

**Psiquiatria:
a realidade da assistência ao doente mental
no Estado do Rio de Janeiro**



CREMERJ

GESTÃO 2003/2008

Diretoria

Jun. 2005 a Jan. 2007

Presidente - Paulo Cesar Geraldles, **Vice-Presidente** - Francisco Manes Albanesi Filho, **Diretor Secretário-Geral** - Aloísio Carlos Tortelly Costa, **Diretor Primeiro Secretário** - José Ramon Varela Blanco, **Diretor Segundo Secretário** - Pablo Vazquez Queimadelos, **Diretora de Sede e Representações** - Marília de Abreu Silva, **Diretor Tesoureiro** - Luís Fernando Soares Moraes, **Diretora Primeira Tesoureira** - Matilde Antunes da Costa e Silva, **Corregedor** - Sergio Albieri, **Assessores da Presidência** - Abdu Kexfe e Márcia Rosa de Araujo.

Diretoria

Out. 2003 a Maio 2005

Presidente - Márcia Rosa de Araujo, **Vice-Presidente** - Alkamir Issa, **Secretário-Geral** - Sergio Albieri, **Diretor Primeiro Secretário** - Paulo Cesar Geraldles, **Diretor Segundo Secretário** - Sidnei Ferreira, **Diretor Tesoureiro** - Luís Fernando Soares Moraes, **Diretora Primeira Tesoureira** - Marília de Abreu Silva, **Diretor das Seccionais e Subsedes** - Abdu Kexfe, **Corregedor** - Marcos Botelho da Fonseca Lima.

CORPO DE CONSELHEIROS

Abdu Kexfe, Alexandre Pinto Cardoso, Alkamir Issa, Aloísio Carlos Tortelly Costa, Aloísio Tibiriçá Miranda, Antônio Carlos Velloso da Silveira Tuche, Armido Cláudio Mastrogiovanni, Arnaldo Pineschi de Azeredo Coutinho, Bartholomeu Penteado Coelho, Cantídio Drumond Neto, Celso Corrêa de Barros, Eduardo Augusto Bordallo, Francisco Manes Albanesi Filho, Guilherme Eurico Bastos da Cunha, Hildoberto Carneiro de Oliveira, Jacob Samuel Kierszenbaum, Jorge Wanderley Gabrich, José Luiz Furtado Curzio, José Marcos Barroso Pillar, José Maria de Azevedo, José Ramon Varela Blanco, Kássie Regina Neves Cargnin, Luís Fernando Soares Moraes, Makhoul Moussallem, Márcia Rosa de Araujo, Márcio Leal de Meirelles, Marcos André de Sarvat, Marcos Botelho da Fonseca Lima, Marília de Abreu Silva, Mário Jorge Rosa de Noronha, Matilde Antunes da Costa e Silva, Mauro Brandão Carneiro, Pablo Vazquez Queimadelos, Paulo Cesar Geraldles, Renato Brito de Alencastro Graça, Ricardo José de Oliveira e Silva, Sergio Albieri, Sérgio Pinho Costa Fernandes, Sidnei Ferreira, Vivaldo de Lima Sobrinho.

CONSELHEIROS INDICADOS PELA SOMERJ

Carlindo de Souza Machado e Silva Filho
Fernando da Silva Moreira

CREMERJ

**Psiquiatria:
a realidade da assistência ao doente mental
no Estado do Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro
2007

Psiquiatria: a realidade da assistência ao doente mental no Estado do Rio de Janeiro

Publicação do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro

Praia de Botafogo, nº 228 - Centro Empresarial Rio

Botafogo - Rio de Janeiro - RJ

CEP: 22.250-040

Tel.: (21) 3184-7050

Fax: (21) 3184-7120

Homepage: www.cremerj.org.br

e-mail: cremerj@cremerj.org.br

Serviço de Atendimento ao Usuário e ao Médico

Tel.: (21) 3184-7142/7268/7270/7267

Supervisão

Consº Paulo Cesar Geraldês

Contribuição e Pesquisa: Instituto de Estudos em Saúde Coletiva – IESC/UFRJ

Revisão: Centro de Pesquisa e Documentação

Ricardo José Arcuri

Simone Tosta Faillace (coord.)

Waltencir Dantas de Melo

Estagiários

Bianca de Magalhães Silveira

Cristiano Fernando Castro de Oliveira

Danielle de Lemos Jaccoud

Rafael Tinoco Madeira Santos

Rosileide Ribeiro de Melo

Capa e Diagramação

LV Design

Personalidades: Oswaldo Cruz, Philippe Pinel, Salvador Allende, Che Guevara, Michelle Bachelet, João Guimarães Rosa, Sigmund Freud, Noel Rosa, Arthur Conan Doyle, Juscelino Kubitschek de Oliveira.

Impressão

Navegantes Editora Gráfica Ltda.

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELO CPEDOC-CREMERJ

Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro.

Psiquiatria: a realidade da assistência ao doente mental no Estado do Rio de Janeiro / contribuição e pesquisa do IESC/UFRJ. - Rio de Janeiro : CREMERJ, 2007.

64 p. : il. ; 21 cm.

1. Saúde mental. I. Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro.
II. Instituto de Estudos em Saúde Coletiva/UFRJ. III. Título.

Venda proibida. É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que citada a fonte.

APRESENTAÇÃO

Nos últimos sessenta anos, após a Segunda Grande Guerra, o mundo vem experimentando mudanças nas formas de assistência à saúde mental de sua população, especialmente nos países da Europa e nos Estados Unidos. Tentativas que buscavam a transformação do modelo clássico instituído a partir de Pinel, que privilegiava o espaço asilar como local de intervenção na loucura.

No Brasil tal processo vem ocorrendo de maneira mais tardia. Viu-se nas quatro últimas décadas um movimento que se iniciou com críticas às formas violentas com que os pacientes eram tratados nos asilos, ocasionando as primeiras tentativas de humanização desses espaços, coincidindo com o movimento de abertura política e redemocratização da sociedade brasileira.

No final da década de 70 surgem as novas experiências de transformação da assistência psiquiátrica, dentre as quais destaca-se a criação de diversos serviços - Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

O Ministério da Saúde vem assumindo posições confusas quanto à mudança do modelo assistencial, tendo em vista que edita portarias normatizando ações que não constituem matéria legal, isto é, não se circunscrevem a Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001 que "Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental". Aparentemente a interpretação dada a lei seria a extinção de leitos de atendimento psiquiátrico ou de hospitais psiquiátricos. A verdadeira interpretação da lei, porém, refere-se a mudança do eixo assistencial que deixa de ser hospitalocêntrico, sendo o foco assistencial principal o extra-hospitalar e comunitário.

Em que pese a importância do Rio de Janeiro em recentes momentos deste processo de reflexão, a cidade ainda convive com alguns problemas até hoje, pelo fato de ter sido a capital do país até 1960. Na assistência à saúde, como herança, ainda coexistem serviços sob as administrações federal, estadual e municipal.

Essa falta de um "comando único" do planejamento e da execução dos programas e procedimentos dificulta a implantação de uma política de saúde mental para o município do Rio de Janeiro.

Por conta desse quadro atual, torna-se inviável qualquer implementação de um programa, se não houver integração nos três níveis de gerência. Apesar da elaboração de vários projetos de assistência em saúde mental para o município do Rio de Janeiro, pouco foi possível executar.

Em consequência disso, as possíveis mudanças na assistência em saúde mental ocorreram predominantemente no interior dos hospitais públicos federais e universitários públicos, em um primeiro momento, através da humanização dos espaços asilares e posteriormente, principalmente no início da década de 90, com a criação de serviços que buscavam "alternativas" ao modelo clássico.

Esse trabalho busca documentar a trajetória da construção desse serviço, as possibilidades e impossibilidades; busca mapear o que mudou, o que ainda é possível e deve-se transformar e tudo aquilo que está por vir.

É uma reflexão sobre a concepção teórica e a trajetória de construção de serviços que, através da proposta de redirecionamento dos modelos psiquiátricos tradicionais, busca a constituição de novas práticas, onde o indivíduo e a comunidade possam ser participantes ativos do processo terapêutico.

Paulo Cesar Geraldês
Presidente do CREMERJ

SUMÁRIO

Introdução	p. 09
Metodologia de coleta de dados	p. 10
A Reforma Psiquiátrica no Brasil	p. 10
Redução de leitos psiquiátricos	p. 12
Auxílio reabilitação psicossocial - Programa “De Volta para Casa”	p. 13
Serviço Residencial Terapêutico (SRT)	p. 15
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	p. 16
Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral (UPHG)	p. 20
Ambulatórios	p. 20
Participação do Serviço de Atenção Primária	p. 20
Custos	p. 21
O processo de reestruturação da assistência psiquiátrica no Estado do Rio de Janeiro: contexto e indicadores sócio-demográficos	p. 22
Situação dos leitos psiquiátricos	p. 30
Aporte de serviços substitutivos e do Programa “De Volta para Casa”	p. 32
Distribuição dos CAPS	p. 33
Relação de SRTs do Estado do Rio de Janeiro	p. 35
Resultados obtidos a partir de visitas realizadas em alguns municípios das 9 regionais do Estado do Rio de Janeiro: análise qualitativa dos Municípios	p. 35
Discussão	p. 53
Referências Bibliográficas	p. 63

INTRODUÇÃO

O avanço da globalização e a filosofia da assistência médica gerenciada (*managed care*) exigem um esforço dos gestores no sentido de apresentar resultados que justifiquem o investimento financeiro nos diversos programas de saúde, ao mesmo tempo em que incentivam cortes na área dos programas sociais. A globalização permite uma rapidez na comunicação e, portanto, um avanço extraordinário na troca de recursos tecnológicos, mas por outro lado, produz um exército cada vez maior de excluídos crônicos, sem nenhuma possibilidade de acesso a esses recursos (Weil, 1991; Fiori, 1993; Smith, 1997). A política da assistência médica gerenciada apresenta-se como uma ameaça velada à qualidade da assistência comunitária ao doente mental (Dauncey et al., 1992; Fogel, 1993). É um fenômeno que vem dominando o mercado médico, privado e público e afetando profundamente o curso e a distribuição dos serviços de saúde.

No passado, a inadequada destinação de recursos para o setor de Saúde Mental baseava-se na falsa crença de que não havia esperança de mudança significativa na qualidade de vida destes pacientes. Atualmente, os avanços na área dos psicofármacos e na área de reabilitação psicossocial têm demonstrado que esse pessimismo não procede (Lamb & cols., 1984).

Nos últimos 40 anos, com o movimento de desinstitucionalização psiquiátrica, o atendimento aos doentes mentais foi se deslocando do hospital para a comunidade nos países desenvolvidos. Em alguns países, como na Inglaterra, esse movimento deu-se de forma gradual e baseada em um desenvolvimento consistente de alternativas de atendimento na comunidade. Em outros países, como nos EUA, a desospitalização foi radical, provocando alguns efeitos negativos graves como o surgimento de grandes percentuais de doentes mentais entre os moradores de rua (*homeless*) (Roth & Beans, 1986; Rossi et al., 1987).

A maior parte dos recursos na área de Saúde Mental é consumida pelo tratamento hospitalar. Em tempos de restrição econômica, quando é difícil obter recursos para novos investimentos, os gestores passam a ver com simpatia a transferência de recursos dos hospitais para a comunidade. Entretanto, a vantagem financeira da assistência comunitária desaparece quando outras questões são levadas em conta nos cálculos de custo do tratamento na comunidade, tais como a maior demanda de pacientes graves em relação às equipes comunitárias e o maior custo da assistência a este grupo, embora pequeno, de pacientes (Hafner, 1989). Desta forma, em um mercado cada vez mais competitivo, o planejamento das ações de saúde fica cada vez mais distanciado do profissional que atua na ponta do sistema, e passa a ser definido por gestores nem sempre afinados com as reais necessidades dos pacientes.

Segundo Sabin (1997), em um mundo perfeito a sociedade seria rica o suficiente para prover cuidados de saúde a todos e nós não seríamos obrigados a definir prioridades e fazer escolhas difíceis em função da racionalização de recursos. A verdadeira questão é como conduzir este processo de forma ética. Os problemas devem ser discutidos

abertamente e não podem ser evitados. Embora os defensores da reforma psiquiátrica devam continuar lutando pela equidade na cobertura aos diferentes distúrbios mentais, por um sistema de saúde que estabeleça planejamento, programas e definições claras, e por uma prática fundamentada em evidências (*evidence-based*), duras e complexas escolhas poderão vir a ser necessárias.

Apesar de ter problemas, o compromisso do Serviço Nacional de Saúde (NHS) da Inglaterra de prestar assistência tanto aos pacientes mais graves quanto aos que têm problemas mais leves dentro de um único sistema, se traduz em uma prática clínica mais ética e inclusiva. Muito diferente disso é o sistema de saúde dos EUA, caracterizado pela fragmentação de serviços nos setores público e privado, com múltiplas seguradoras competitivas com rescaldo de 15% de sua população, sem qualquer cobertura de serviços, por não ter, de fato, acesso a nenhum deles.

METODOLOGIA DE COLETA DE DADOS

Os dados foram obtidos no Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e no Ministério da Saúde (MS).

O DATASUS vem sofrendo modificações em suas informações, portanto alguns indicadores só estão disponíveis para alguns anos. Só encontramos disponíveis dados relativos a hospitais e CAPS, o mesmo não sendo possível em relação aos ambulatorios.

Os documentos estão listados nas Referências Bibliográficas.

As informações referentes aos municípios do Estado do Rio de Janeiro foram obtidas através de entrevistas realizadas com as coordenações de Saúde Mental dos municípios.

Apesar de inúmeras solicitações de dados gerais e atualizados do Estado, a Coordenação de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro não enviou as informações.

A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Nos últimos 40 anos, o crescimento de alternativas de atendimento para os pacientes psiquiátricos na comunidade, principalmente nos países desenvolvidos, vem propiciando a substituição gradativa do tratamento hospitalar. Hoje, existe um consenso de que os leitos devem ser substituídos, sempre que possível, por serviços de base comunitária, como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ambulatorios e Serviços de Residência Terapêutica (SRTs), de acordo com a autonomia, limitações no comportamento social e desempenho cognitivo do paciente. A saída dos pacientes graves do hospital demanda a existência de Residências Terapêuticas na comunidade com diversos níveis de proteção. A qualidade e a intensidade da assistência prestada aos pacientes nestas moradias contribui para sua reinserção social e diminui suas re-hospitalizações (Arnhoff, 1975; Lamb, 1979; Langsley, 1980; Hafner & Heiden, 1989; Bandeira et al., 1991).

Em 1968, o então Ministro da Saúde Leonel Miranda, criou o Plano Nacional de Saúde procurando cumprir o Decreto-Lei nº 200, de 1967, primeira grande reforma que procurava organizar a assistência à saúde, muito embora os meios para isso nunca viessem a ser disponibilizados. O Plano Nacional de Saúde privilegiava a prática médica curativa, assistencialista e especializada, deixando de lado as medidas de saúde pública e de interesse coletivo. Observa-se no sistema previdenciário, a partir do início da década de 70, um aumento sistemático dos gastos no setor da assistência, principalmente devido ao crescimento acelerado dos convênios com as clínicas privadas. Isto aconteceu porque desde a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), o aumento da cobertura assistencial foi feito, principalmente, através da contratação de serviços no setor privado, e não pela criação de serviços próprios.

A diminuição substancial no número de novas internações e as transferências de pacientes para clínicas psiquiátricas particulares contratadas pelo o INPS, na década de 70, foram os principais fatores responsáveis pela redução do número de internos nos hospitais públicos que se encontravam superlotados. Essa política favoreceu a expansão do setor privado e o declínio da assistência pública à saúde. A aprovação da Lei nº 6.229, de 17/7/75, que criou e organizou o Sistema Nacional de Saúde, consagrou a dicotomia entre o setor público e o setor privado, privilegiando este último. Ao Ministério da Saúde coube formular a Política Nacional de Saúde e as ações da saúde coletiva, ficando o Ministério da Assistência e Previdência Social responsável pela assistência médica individualizada.

No Brasil surge, no final da década de 70, o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), em época de grande efervescência política, na retomada da luta pelos direitos civis suprimidos pela ditadura militar (Amarante, 1997). O MTSM surge a partir de uma série de denúncias dos profissionais da área a respeito das péssimas condições em que eram tratados os pacientes nos hospitais psiquiátricos. A Reforma Psiquiátrica e o processo de desinstitucionalização começaram a ser discutidos a partir desse movimento, que tinha como bandeira principal a luta contra a privatização da saúde, dada as particularidades e deformações do sistema psiquiátrico brasileiro.

Na realidade, no Brasil, já existe legislação que busca garantir a qualidade do atendimento em Saúde Mental. A Lei nº 10.216, de 06 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”. Assegura total proteção contra qualquer forma de abuso e exploração e garante o tratamento adequado, de preferência em serviços comunitários. Ao mesmo tempo em que prioriza este tipo de assistência com reinserção social, garante a internação, quando necessária, com assistência integral. No artigo 4º há explicitamente a garantia de internação quando os recursos extra-hospitalares forem insuficientes. Evidentemente como assinala a lei em seu artigo 8º, a internação somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado em que se localize, preenchendo todos os critérios exigidos, e após ser constatada a impossibilidade ou garantia de tratamento substitutivo naquele momento.

A Portaria GM/MS nº 52, de 20 de janeiro de 2004, também atribui ao Ministério da Saúde a coordenação do processo de, como diz o texto, substituição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos por uma rede comunitária de atenção psicossocial, explicitando a necessidade de uma transição segura, onde a redução de leitos hospitalares possa ser planejada e acompanhada de construção concomitante de alternativas no modelo comunitário. A redução dos leitos contratados/conveniados, em especial em hospitais com mais de 160 leitos, deve conduzir à diminuição progressiva dos hospitais de maior porte. Entre outras garantias menciona que os recursos financeiros que deixarem de ser gastos no componente hospitalar devam ser direcionados às ações territoriais e comunitárias de saúde, também na mesma progressão.

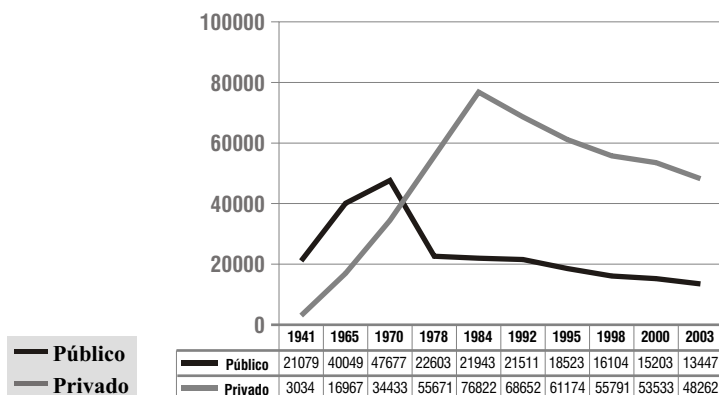
O processo de reforma psiquiátrica brasileira que vem se desenvolvendo no Sistema Único de Saúde necessita ter seus resultados avaliados de uma maneira clara. Apesar dos esforços no sentido de transferir os cuidados aos pacientes psiquiátricos do hospital para a comunidade, até o momento não se conseguiu implantar uma rede comunitária de serviços, para compensar e substituir os leitos hospitalares (Bandeira et al., 1998; Lima et al., 2003).

REDUÇÃO DE LEITOS PSIQUIÁTRICOS

Na década de 70 ocorreu uma privatização acelerada dos leitos psiquiátricos no Brasil. Em 1941, tínhamos 21.079 leitos psiquiátricos públicos e 3.034 leitos privados. Até a década de 70 estes leitos foram crescendo nessa mesma proporção, quando chegamos a ter 47.677 leitos públicos e 34.433 leitos privados. Entretanto, a partir dos anos 70 temos uma inversão dramática destas curvas. Os leitos privados passam a ter um crescimento acelerado, enquanto acontece uma diminuição acentuada dos leitos públicos.

O quadro de 2003 é o inverso do observado para 1941, quando os leitos públicos passam de 21.079 para 13.447 e os leitos privados crescem de 3.034 para 48.262 (privados e filantrópicos) (**Gráfico 1**).

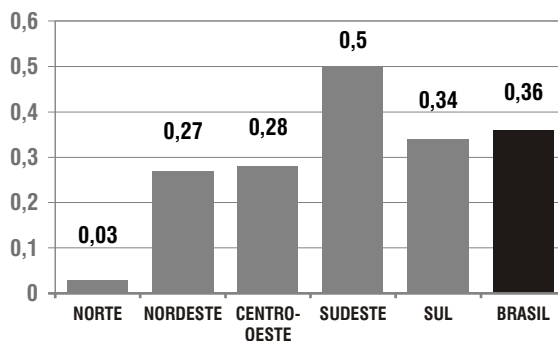
Gráfico 1: Leitos psiquiátricos do Brasil entre 1941-2003, comparando-se a evolução do setor público com o setor privado.



Na realidade, a assistência à saúde mental não pode ser compreendida isoladamente do sistema de saúde onde está inserida. A partir da década de 70 intensificou-se a privatização da assistência médica através da compra de serviços do setor privado pela previdência social. Com a criação do INPS, em 1964, a prestação de serviços assistenciais passou a ser feita principalmente por serviços contratados de terceiros. Os empresários da saúde passam a ser privilegiados, dando um caráter de lucratividade ao setor. Este privilégio se caracteriza por vários dispositivos, entre eles o financiamento para construção de hospitais a fundo perdido, através do Fundo de Assistência à Saúde (FAS), propiciando o aumento de leitos privados, geralmente em regiões onde eles eram menos necessários (Sul e Sudeste) e a compra de serviços através de US (Unidades de Serviço). Esse sistema acabou induzindo a compra de serviços mais caros em detrimento dos mais simples e muitas vezes mais adequados, assim como a fraude e a corrupção (Geraldes, 1992).

Outro dado de importância para a avaliação da realidade da assistência psiquiátrica no país é a taxa de leitos psiquiátricos/1000 habitantes. Esta taxa caiu 59% entre 1984 e 2003. Em 1941, esta era de 0,58, atingindo o ápice de 0,88 em 1984, sendo que atualmente temos a menor taxa já observada nos últimos 50 anos, com um valor de 0,36. Esta distribuição não é uniforme em todo o Brasil, havendo uma acentuada concentração de leitos na Região Sudeste (**Gráfico 2**). Esta taxa traduz um número baixo de leitos, se considerarmos que 1% da população sofre de quadros psicóticos graves e que destes pelo menos 5% necessitam de leitos psiquiátricos, sendo estimada a necessidade de, no mínimo, 50 leitos para cada 100.000 habitantes (Andreoli, 2007). Além disso, a taxa de leitos privados é acentuadamente maior do que a de leitos públicos em todas as regiões.

Gráfico 2: Leitos psiquiátricos/1.000 habitantes, segundo regiões brasileiras, 2003.



AUXÍLIO REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL - PROGRAMA “DE VOLTA PARA CASA”

O Ministério da Saúde vem promovendo ações que visam a desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos, substituindo o tratamento hospitalar por dispositivos substitutivos na comunidade. Para garantir a ressocialização de pacientes acometidos de

transtornos mentais egressos de internações em hospitais ou unidades psiquiátricas, o Presidente da República instituiu, em 31 de julho de 2003 (Lei nº 10.708), o auxílio-reabilitação psicossocial denominado “De Volta para Casa”. O benefício se constitui em pagamento mensal de auxílio pecuniário para pacientes que se enquadrem em alguns critérios definidos na Lei. O auxílio tem a duração de 1 (um) ano, sendo renovável quando necessário.

Dentre os critérios exigidos para inclusão no programa estão: ser egresso de internação psiquiátrica, de no mínimo dois anos, em instituição custeada pelo Sistema Único de Saúde; que seja tecnicamente possível sua inclusão no programa de reintegração social e a necessidade de ajuda financeira; seja garantida ao beneficiado a atenção continuada em Saúde Mental na rede local ou regional; além da aceitação de submissão às regras do programa pelo próprio ou seus familiares. Os recursos para a implantação do auxílio, segundo tal legislação, são aqueles referidos no Plano Plurianual 2000-2003, sob a rubrica “incentivo bônus”, ação 0591 do Programa Saúde Mental nº 0018, garantidos pelo orçamento do Ministério da Saúde e fiscalizados pelas instâncias do SUS.

A Portaria nº 2.077, de 31 de outubro de 2003, regulamenta a Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, e define os critérios de inclusão de beneficiários no programa, o fluxo de solicitação de inclusão dos usuários, a operacionalização do pagamento do auxílio e as competências nos níveis federal, estadual e municipal. Assim, tem direito ao benefício todas as pessoas que preencham os critérios mencionados na Lei e haja documentação compatível do gestor local e dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, referente à relação de beneficiários potenciais colhidos nas unidades prestadoras, além de documentação dos pacientes.

Para se habilitarem, os municípios têm que, obrigatoriamente, ofertar ações de saúde que atendam as necessidades dos beneficiários (certificado pela comissão de acompanhamento CAP-SES). Isto é, ações de reintegração social, serviços residenciais terapêuticos e equipes estruturadas para tal. Ainda são exigidos para priorização, que o município apresente alta concentração de pessoas internadas, há 2 anos ou mais, em hospitais psiquiátricos; que tenham hospitais em processo de descredenciamento do SUS; e que se destinem a acolher também pacientes egressos de programas de desinstitucionalização de outros municípios.

Nessa Portaria, o texto descreve inicialmente as regras documentais da seguinte forma: §1º As relações referidas nos incisos anteriores (referentes às instituições e beneficiários) deverão conter as seguintes informações: nome e CNPJ da instituição, nome do paciente, data de nascimento, RG ou certidão de nascimento (se houver), CPF (se houver), diagnóstico, entre outros documentos. Já no artigo 6º da mesma portaria é escrito como exigência para inclusão do beneficiário que este entregue toda a documentação.

É importante enfatizar o avanço que tais benefícios vem trazendo, com toda certeza, para os pacientes. Entretanto, também é importante lembrar que à luz da situação atual brasileira dos serviços de saúde, o cadastramento de todos os pacientes e a integração

entre instituições de diferentes estados e municípios depende de negociações permanentes, para que todos sejam incluídos e assistidos, de acordo com a que está proposto em Lei. Além do mais, a exigência documental apresentada na portaria dificulta em muito a inclusão, principalmente, daqueles pacientes de longa permanência, que são com toda certeza os mais necessitados e que, há muito excluídos socialmente, que nunca tiveram em seu poder ou de suas famílias tais documentos.

SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO (SRT)

A **Tabela 1** mostra o número de Serviços Residenciais Terapêuticos no Brasil até 2004. São 1.363 pessoas moradoras em 262 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), distribuídos no país. Segundo cálculos da Coordenação de Saúde Mental, seriam necessários 2.522 SRTs para que o processo de desinstitucionalização se tornasse uma realidade. Além da moradia, é necessário que o paciente tenha alguma renda para poder se manter na comunidade, daí a importância da vinculação entre os dois programas. Atualmente existem apenas 900 pessoas beneficiadas pelo Programa de Volta para Casa no país.

Tabela 1: Distribuição das Residências Terapêuticas, segundo UF, 2004.

UF	nº módulos	nº moradores
PA	1	5
CE	1	8
MA	2	14
PE	6	41
RN	2	-
SE	7	36
GO	2	16
MT	10	80
ES	1	-
MG	24	183
RJ	34	168
SP	135	669
PR	5	57
RS	32	86
TOTAL	262	1363

Fonte: RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS, o que são, para que servem - MS/2004.

Do total de moradores de SRTs, apenas 57% são beneficiários da bolsa auxílio reabilitação. É possível que os outros não sejam beneficiados por falta de documentação de identificação. Para receber a bolsa, assim como para ter acesso a qualquer tipo de benefício, como discutido anteriormente, é necessário ter o CPF, e portanto certidão de nascimento e carteira de identidade. A maioria dos moradores de hospitais, assim como parte da população brasileira, não tem documentos.

A reforma psiquiátrica, reintegrando o paciente na comunidade, visando melhorias na qualidade de vida e garantia dos direitos de cidadania, é indiscutivelmente o caminho a ser seguido.

Entretanto, no Brasil há uma retórica que clama pelo fim dos manicômios e responsabiliza o suposto excesso de leitos psiquiátricos pela péssima assistência à Saúde Mental prestada no país (Alves, 1996). Em função desse movimento, o Ministério da Saúde vem praticando uma política de redução de leitos, que teve como principal alvo, os leitos públicos.

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são dispositivos estratégicos para o MS no processo de mudança de modelo. É função dos CAPS: prestar atendimento clínico em regime de atenção diária; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais por meio de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência à saúde mental; e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. Têm uma função estratégica na rede (Delgado et al., 2007).

São lugares de tratamento, ensino e pesquisa, com oficinas e outras modalidades de atendimento, que se destinam principalmente ao atendimento do paciente com distúrbios graves e persistentes (psicótico ou neurótico), com dificuldade de inserção na comunidade e na família, freqüentemente vindos de várias internações psiquiátricas, embora possam ser egressos da primeira internação. Embora o número destas unidades venha aumentando ano a ano, a quantidade ainda é claramente insuficiente para dar conta das necessidades da população de pacientes graves.

Existem diferentes tipos de CAPS, dependendo de sua abrangência e função:

CAPS I – Têm menor porte e capacidade operacional para dar cobertura assistencial a uma população entre 20.000 e 70.000 habitantes. Funciona em regime de 2 turnos.

CAPS II – Têm capacidade operacional para dar cobertura assistencial a uma população entre 70.000 e 200.000 habitantes. Funciona em regime de 2 turnos.

CAPS III - Têm capacidade operacional para dar cobertura assistencial a uma população acima de 200.000 habitantes. Funciona 24 horas, diariamente, inclusive fins de semana e feriado. Tem no máximo 5 leitos para observação e/ou repouso.

CAPSi - Têm capacidade operacional para dar cobertura assistencial a uma população acima de 200.000 habitantes ou outro parâmetro populacional justificado pelo gestor local. Funciona em regime de 2 turnos. Tem como público alvo crianças e adolescentes com transtornos mentais.

CAPS ad - Têm capacidade operacional para dar cobertura assistencial a uma população acima de 100.000 habitantes ou outro parâmetro populacional justificado pelo gestor local. Funciona em regime de 2 turnos, com 2 a 4 leitos para desintoxicação e repouso. Seu público alvo é paciente com transtornos decorrentes do uso e/ou dependência de álcool e outras drogas.

O número de CAPS obtido através de dados do DATASUS pode estar superestimado, uma vez que um estudo dessas instituições no Nordeste (Santos, 1997) verificou que havia uma discrepância entre os dados publicados oficialmente e a realidade observada.

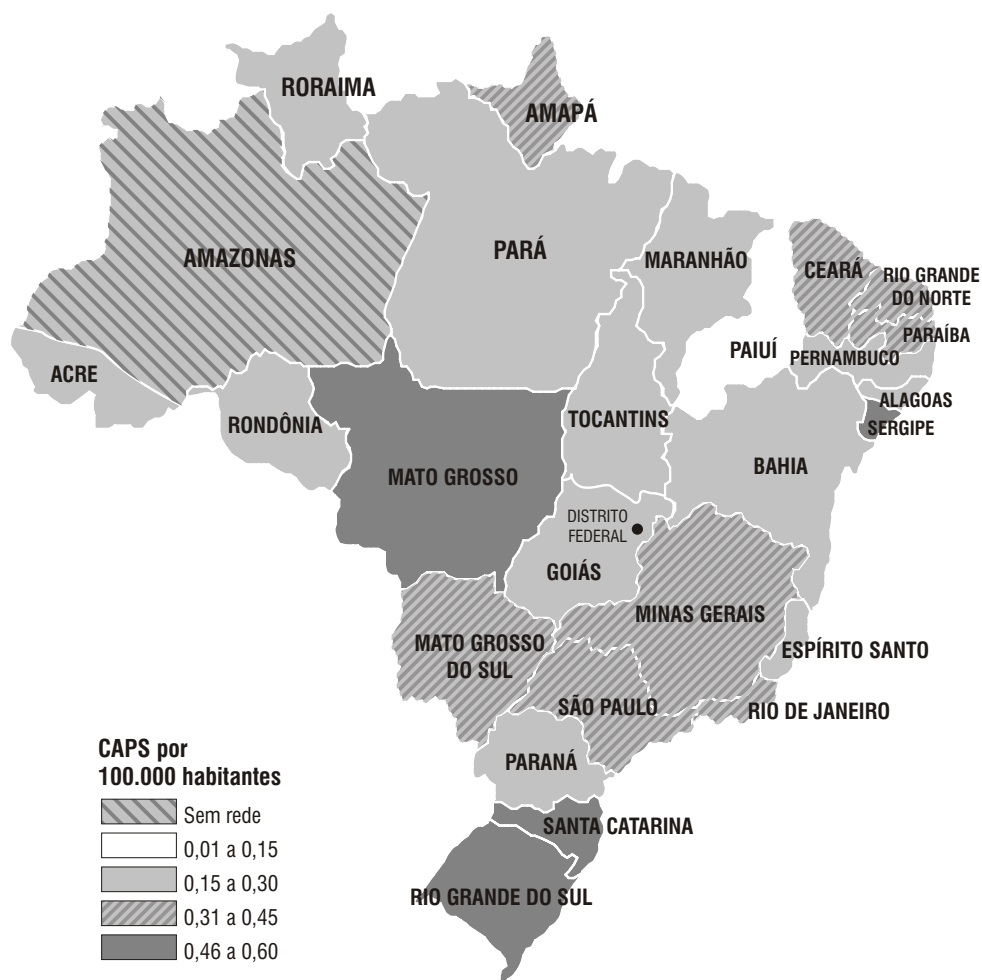
Tabela 2: Perfil dos municípios brasileiros e a composição da rede de saúde mental.

Faixas populacionais	Nº municípios	% municípios	Nº habitantes	% população	Composição Rede de Saúde Mental
até 19.999	3970	71,35	32.654.617	17,73	PSF e Rede Básica de atenção às saúde
20.000 a 49.999	1026	18,44	31.001.201	16,83	CAPSi
50.000 a 99.999	312	5,61	22.131.974	12,02	CAPSII
100.000 a 199.999	130	2,34	17.995.443	9,77	CAPSII, CAPSi, e CAPSad
200.000 a 499.999	91	1,64	27.629.437	15,00	CAPSI, CAPSi e CAPSad
500.000 a 999.999	21	0,38	14.756.423	8,01	CAPSI, CAPSi e CAPSa
Acima de 1.000.000	14	0,25	38.015.169	20,64	CAPSI, CAPSi e CAPSa
Total	5564	100	184.184.264	100	

Fontes: Ministério da Saúde.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) - Estimativa populacional 2005.

Figura 1: Distribuição de CAPS no Brasil, 2005.



O indicador CAPS/100.000 habitantes: cobertura dos CAPS em cada estado brasileiro.

Tabela 3: Distribuição dos CAPS por região e estado, 2005.

Unidade Federativa	População	CAPSI	CAPSII	CAPSIII	CAPSi	CAPSad	Total de Dispositivos	CAPS por 100.000 hab ponderado
Região Norte								
Amazonas	3.232.330	0	0	0	0	0	0	0,00
Acre	669.736	0	1	0	0	1	2	0,30
Amapá	594.587	0	0	0	0	2	2	0,34
Pará	6.970.586	8	8	1	1	2	20	0,24
Tocantins	1.305.728	3	2	0	0	0	5	0,27
Roraima	391.317	0	0	0	0	1	1	0,26
Rondônia	1.534.594	2	3	0	0	0	5	0,26
Subtotal Norte	14.698.878	13	14	1	1	6	35	0,19
Região Nordeste								
Alagoas	3.015.912	7	4	0	1	0	12	0,28
Bahia	13.815.334	16	18	2	3	3	42	0,25
Ceará	8.097.276	14	16	0	1	3	34	0,33
Maranhão	6.103.327	7	4	0	2	0	13	0,16
Paraíba	3.595.886	5	6	0	1	2	14	0,32
Pernambuco	8.413.593	3	13	1	2	5	24	0,27
Piauí	3.006.885	3	1	0	1	1	6	0,15
Rio Grande do Norte	3.003.087	2	6	0	1	3	12	0,37
Sergipe	1.967.791	7	1	2	1	2	13	0,53
Subtotal Nordeste	51.019.767	64	69	5	13	19	170	0,28
Região Centro Oeste								
Distrito Federal	2.333.108	1	0	0	1	1	3	0,11
Goiás	5.619.917	4	6	0	1	3	14	0,21
Mato Grosso	2.803.274	14	1	0	2	3	20	0,46
Mato Grosso do Sul	2.264.468	3	5	0	0	1	9	0,33
Subtotal Centro-Oeste	13.020.767	22	12	0	4	8	46	0,27
Região Sudeste								
Espírito Santo	3.408.365	3	6	0	0	2	11	0,28
Minas Gerais	19.237.450	39	37	3	5	4	88	0,36
Rio de Janeiro	15.383.407	20	30	0	6	6	62	0,34
São Paulo	40.442.795	35	47	14	15	29	140	0,32
Subtotal Sudeste	78.472.017	97	120	17	26	41	301	0,34
Região Sul								
Paraná	10.261.856	5	11	1	4	8	29	0,26
Rio Grande do Sul	10.854.087	32	28	1	4	7	72	0,52
Santa Catarina	5.866.568	18	12	0	4	2	36	0,46
Subtotal Sul	26.973.551	55	51	2	12	17	137	0,41
Brasil	184.184.264	251	266	25	56	91	689	0,31

Fontes: Ministério da Saúde e IBGE

UNIDADE PSIQUIÁTRICA EM HOSPITAL GERAL (UPHG)

A Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral (UPHG) é a mais antiga estratégia de reforma da assistência à Saúde Mental. A primeira UPHG do Brasil foi instalada em 1947, em Recife, no Hospital Pedro II e era um pavilhão psiquiátrico destacado do hospital. Na década de 50 mais três UPHGs são inauguradas; uma em São Paulo, uma na Bahia e uma em Recife. Nos anos de 60 e 70 alguns serviços de psiquiatria em hospital geral surgem pelo país, a maioria em hospitais universitários. A partir da década de 80 intensifica-se a criação de UPHGs, embora ainda em ritmo muito lento, principalmente em função da resistência dos administradores e da equipe dos hospitais em montarem enfermarias psiquiátricas (Martins, 1967; Brasil, 1982; Botega & Dalgalarro, 1993; Botega, 1993).

AMBULATÓRIOS

Os dados sobre ambulatórios psiquiátricos no Brasil são bastante precários. Faltam dados sobre capacidade instalada de ambulatórios nessa especialidade, pois nem todos estão cadastrados no sistema DATASUS. Os registros que existem não refletem a realidade da assistência, pois na maioria das vezes apenas registram a existência do especialista em um serviço (ex.: hospital de oncologia).

O atendimento ambulatorial é de fundamental importância para o acompanhamento do paciente e conseqüentemente para que internações sejam evitadas. Este, ao receber alta hospitalar deveria ser imediatamente referenciado para um ambulatório, o que nem sempre acontece. Mecanismos de referência de pacientes ainda não estão adequadamente estabelecidos, principalmente pela carência de recursos humanos.

PARTICIPAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Embora os transtornos mentais sejam freqüentes nos atendimentos realizados na atenção primária, são pouco diagnosticados. Em algumas cidades foi traçada uma estratégia de treinamento de equipes de profissionais na promoção de Saúde Mental e tratamento psiquiátrico. Essas experiências têm obtido sucesso principalmente em função da proximidade das equipes em relação ao paciente e à continuidade do tratamento (Andreoli, 2007). No Brasil, a capacitação das equipes de Saúde da Família tem um papel importante na política de atendimento à saúde mental principalmente nas regiões de extenso território e baixa densidade populacional. Nessas regiões, a criação de CAPS tem pouco impacto, em função das distâncias a serem percorridas para obter atendimento.

CUSTOS

As internações psiquiátricas continuam a ser as principais responsáveis pelos gastos em saúde mental, representando 32% das despesas hospitalares realizadas pelo SUS. A proporção de recursos destinados aos hospitais psiquiátricos caiu de 93% (1997) para 64% (2004), enquanto que o percentual de gastos com recursos extra-hospitalares subiu de 7% para 36% no mesmo período (**Tabela 4**).

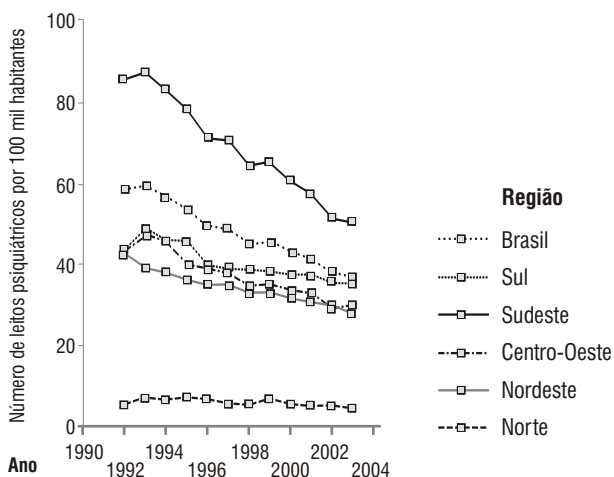
Entretanto, os gastos com saúde mental no Sistema Único de Saúde vêm caindo (40%), nos últimos 5 anos, em todas as regiões do país, com exceção da Região Norte, onde já era insignificante e não se alterou. Em 2003 esse gasto foi de R\$ 543.996.018,87 (3,1% dos gastos do SUS), o que representa 3,1% dos gastos totais em saúde. É um gasto pequeno, se considerarmos que os problemas neuropsiquiátricos foram responsáveis por 12% da carga global de doença no mundo (OMS, 2001).

Tabela 4: Proporção de recursos do SUS destinados aos Hospitais Psiquiátricos e aos Serviços Extra-Hospitalares nos anos 1997, 2001 e 2004.

Composição de Gastos	1997	2001	2004
% Gastos Hospitalares em Saúde Mental	93,14	79,54	63,84
% Gastos Extra-Hospitalares em Saúde Mental	6,86	20,46	36,16
Total	100	100	100

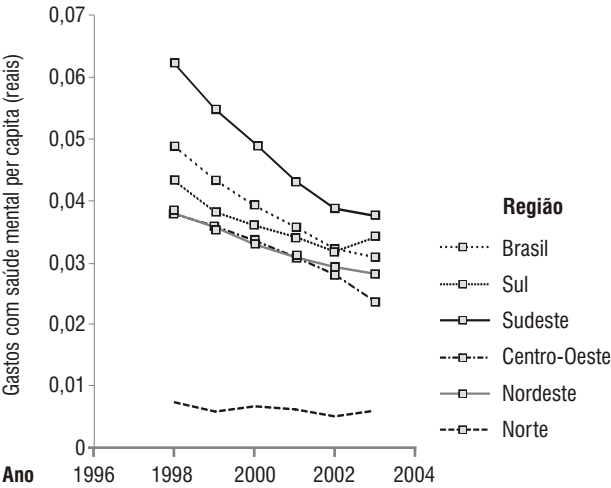
Fonte: Ministério da Saúde

Gráfico 3: Número de internações psiquiátricas no sistema de saúde público do Brasil, no período de 1998 a 2003, por região.



Fonte: Andreoli, 2007

Gráfico 4: Gastos em reais com ações e serviços de saúde mental *per capita*, no período de 1998 a 2003, por região no Brasil.



Fonte: Andreoli, 2007

O PROCESSO DE REESTRUTURAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: CONTEXTO E INDICADORES SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

O Estado do Rio de Janeiro atualmente é composto por 92 municípios e tem população estimada em 15.561.720 habitantes (DATASUS, 2006). Destes, 62% têm menos de 100.000 habitantes (**Tabela 5**).

Tabela 5: Distribuição dos municípios do Estado do Rio de Janeiro, por população.

População	Nº de municípios
Até 9.999	29
De 10.000 a 49.999	28
De 50.000 a 99.999	12
De 100.000 a 199.999	11
De 200.000 a 499.999	8
De 500.000 a 999.999	3
Acima de 1.000.000	1

Em 2000, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal de Rio de Janeiro era 0,807. Segundo a classificação do PNUD, o Estado está entre as regiões consideradas de alto desenvolvimento humano (IDH maior que 0,807) (**Tabela 6**).

Tabela 6: Municípios do Estado do Rio de Janeiro com 10 maiores Índices de Desenvolvimento Humano Municipal, 2000.

Município	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, 2000
Estado do Rio de Janeiro	0,807
Niterói (RJ)	0,886
Rio de Janeiro (RJ)	0,842
Volta Redonda (RJ)	0,815
Nova Friburgo (RJ)	0,81
Resende (RJ)	0,809
Barra Mansa (RJ)	0,806
Petrópolis (RJ)	0,804
Itatiaia (RJ)	0,8
Pinheiral (RJ)	0,796
Iguaba Grande (RJ)	0,796

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil

Tabela 7: Municípios do Estado do Rio de Janeiro com 10 menores Índices de Desenvolvimento Humano Municipal, 2000.

Município	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, 2000
Varre-Sai (RJ)	0,679
São Francisco de Itabapoana (RJ)	0,688
Cardoso Moreira (RJ)	0,706
Laje do Muriaé (RJ)	0,71
Duas Barras (RJ)	0,712
Sumidouro (RJ)	0,712
Paty do Alferes (RJ)	0,718
São José de Ubá (RJ)	0,718
São José do Vale do Rio Preto (RJ)	0,72
Tanguá (RJ)	0,722

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil

Como se vê pela **Tabela 8**, os dados de mortalidade infantil para alguns municípios do Estado do Rio de Janeiro ainda estão distantes ou muito próximos do limite máximo tolerado e preconizado pela OMS de 30 por cada 100.000 nascidos vivos. Quando estes dados são comparados com outros países e mesmo com outros estados do nordeste brasileiro (**Gráficos 5 e 6**) pode-se ver com mais nitidez o nível de condições de saúde gerais para alguns municípios de nosso Estado.

Tabela 8: Taxas de mortalidade infantil em alguns municípios do RJ.

Taxas de Mortalidade Infantil (1000 nascidos vivos) nos Municípios do Estado do Rio de Janeiro	1994	2004
Rio das Flores	26,7	43,9
Santa Maria Madalena	25,8	40,0
Cardoso Moreira	39,4	36,8
Carmo	20,8	29,2
Paty do Alferes	33	28,6
Valença	24,9	28,5
Bom Jardim	33,3	27,6
Barra do Pirai	39	27,5
Maricá	19,5	25,8
Mesquita	-	25,0
Cabo Frio	30,7	13,3
Pirai	35,0	17,0
Casimiro de Abreu	-	4,7
Município do Rio de Janeiro	22,9	15,1
Estado do Rio de Janeiro	29	17,1

Gráfico 5: Taxa de mortalidade infantil no Brasil e no mundo.



Fontes: Fundação CIDE, MS e OMS

Gráfico 6: Taxa de mortalidade infantil em alguns estados do Brasil.



Fontes: Fundação CIDE, MS e OMS

Para atender aos fluxos já existentes de necessidade de atenção à saúde, muitas vezes definidos pela própria população, a Secretaria de Estado de Saúde utiliza basicamente a divisão geográfica do Estado, com pequenas adaptações. Assim, a Região Metropolitana do Rio de Janeiro, devido ao grande contingente populacional, capacidade instalada e acesso, foi subdividida em duas.

1) Região Baía de Ilha Grande

MÓDULOS ASSISTENCIAIS

MUNICÍPIOS SEDE

- △ Módulo 1
- ▲ Módulo 2
- ▲ Módulo 3
- ▲ Módulo 4
- ▲ Módulo 5
- ▲ Módulo 6

MUNICÍPIOS RESCRITOS

- Módulo 1
- Módulo 2
- Módulo 3
- Módulo 4
- Módulo 5
- Módulo 6



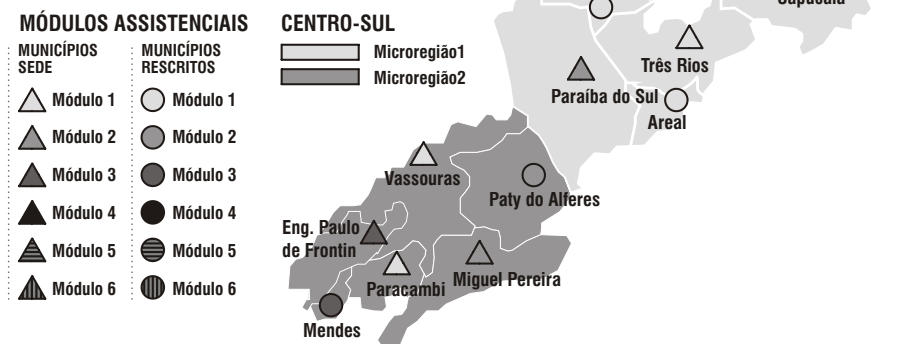
A Região Baía da Ilha Grande (BIG) é composta por três municípios: Angra dos Reis, Paraty e Mangaratiba, totalizando 177.831 habitantes, o que representa 1,20% da população total do Estado do Rio de Janeiro. Esta região, por possuir apenas três municípios, não foi subdividida em microrregiões, sendo composta, então, por dois Módulos Assistenciais: Módulo Assistencial BIG I - Angra dos Reis (Angra dos Reis e Paraty) e Módulo Assistencial BIG II - Mangaratiba.

2) Região Baixada Litorânea



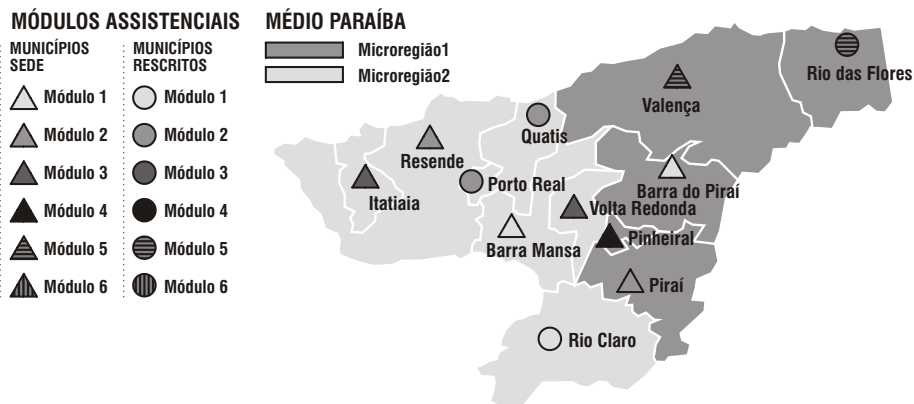
A Baixada Litorânea (BL) é composta por nove municípios: Saquarema, Araruama, Iguaba Grande, São Pedro da Aldeia, Arraial do Cabo, Cabo Frio, Armação de Búzios, Casimiro de Abreu e Rio das Ostras. Este conjunto de municípios possui 686.965 habitantes, o que corresponde a 3,06% do total da população estadual. Esta Região está dividida em duas microrregiões: Baixada Litorânea I (BL I - Saquarema, Araruama, Iguaba Grande e São Pedro da Aldeia, Araruama e São Pedro da Aldeia) e Baixada Litorânea II (BL II - Arraial do Cabo, Armação de Búzios, Cabo Frio, Casimiro de Abreu e Rio das Ostras).

3) Região Centro-Sul



A Região Centro Sul (CS) possui onze municípios, com uma população de 273.066 habitantes, representando 2,05% da população total do estado. A região foi subdividida em duas microrregiões: Centro-Sul I (CS I - Três Rios, Areal, Comendador Levy Gasparian, Sapucaia e Paraíba do Sul) e Centro-Sul II (CS II - Vassouras, Miguel Pereira, Paty do Alferes, Engenheiro Paulo de Frontin, Mendes e Paracambi).

4) Região Médio-Paraíba



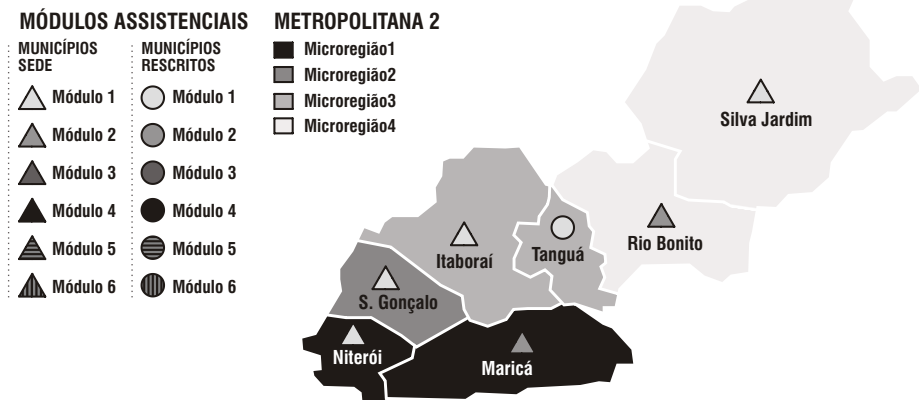
A Região Médio-Paraíba possui 852.406 habitantes, o que corresponde a 5,47% da população total do Estado do Rio de Janeiro. Duas microrregiões compõem esta região: Médio-Paraíba I (MP I - Piraí, Pinheiral, Volta Redonda, Barra do Piraí, Valença e Rio das Flores) e Médio-Paraíba II (MP II - Rio Claro, Barra Mansa, Quatis, Porto Real, Resende e Itaiaia).

5) Região Metropolitana I



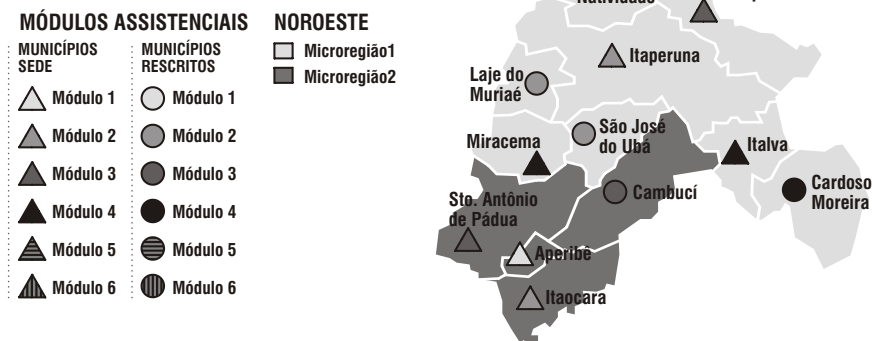
A Região Metropolitana I (METRO I) têm 9.773.143 habitantes, correspondendo a 62,8% da população total do Estado. Para esta Região foram previstas cinco microrregiões: Microrregião Metro I.1 (Rio de Janeiro), Microrregião Metro I.2 (Itaguaí e Seropédica), Microrregião Metro I.3 (Duque de Caxias e Magé), Microrregião Metro I.4 (Nova Iguaçu, Japeri, Queimados e Mesquita) e Microrregião Metro I.5 (São João de Meriti, Belford Roxo e Nilópolis).

6) Região Metropolitana II



A Região Metropolitana II (METRO II) é composta por sete municípios, sendo que 11,89% da população estadual residem nesta região, o que significa 1.876.788 habitantes. Esta região está dividida em quatro microrregiões: METRO II.1 (Niterói e Maricá), METRO II.2 (São Gonçalo), METRO II.3 (Itaboraí e Tanguá) e METRO II.4 (Silva Jardim e Rio Bonito).

7) Região Noroeste



A Região Noroeste (NO) possui quatorze municípios, com uma população de 315.906 habitantes, representando 1,97% da população total do Estado. A Região foi subdividida em duas microrregiões: Noroeste I (NO I - Natividade, Varre e Sai, Porciúncula, Itaperuna, Laje do Muriaé, São José de Ubá, Bom Jesus de Itabapoana, Italva e Cardoso Moreira) e Noroeste II (NO II - Aperibé, Itaocara, Santo Antônio de Pádua, Cambuci e Miracema).

8) Região Norte

MÓDULOS ASSISTENCIAIS

MUNICÍPIOS SEDE



MUNICÍPIOS RESCRITOS



NORTE

- Microregião1
- Microregião2



A Região Norte (N) possui oito municípios, com uma população de 763.241 habitantes, representando 4,76% da população total do Estado. A região foi subdividida em duas microrregiões: Norte I (N I - Macaé, Carapebus, Conceição de Macabu e Quissamã) e Norte II (N II - Campos, São Fidélis, São Francisco do Itabapoana e São João da Barra).

9) Região Serrana

MÓDULOS ASSISTENCIAIS

MUNICÍPIOS SEDE

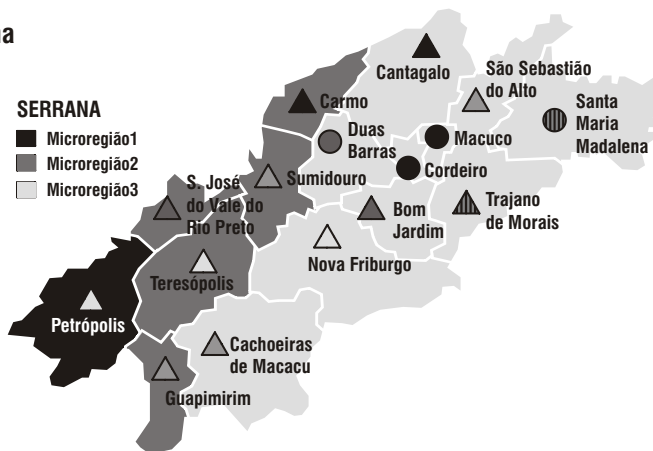


MUNICÍPIOS RESCRITOS



SERRANA

- Microregião1
- Microregião2
- Microregião3



A Região Serrana (SR) possui dezesseis municípios, com uma população de 800.207 habitantes, representando 5,3% da população total do Estado. A região foi subdividida em três microrregiões: Serrana I (SR I - Petrópolis), Serrana II (SR II - Teresópolis, Guapimirim, São José do Vale do Rio Preto, Sumidouro e Carmo) e Serrana III (SR III - Nova Friburgo, Cachoeira de Macacu, Bom Jardim, Duas Barras, Cordeiro, Macuco, Cantagalo, São Sebastião do Alto, Trajano de Moraes e Santa Maria Madalena).

SITUAÇÃO DOS LEITOS PSIQUIÁTRICOS

O Estado do Rio de Janeiro se apresenta como realidade diferenciada em relação aos outros, exibindo uma relação de leitos/1.000 habitantes maior do que o restante do país (**Tabela 9**).

Tabela 9: Leitos Psiquiátricos/1.000 hab, segundo região/UF, jul./2003.

Região/UF	Leitos/1.000 hab.
Total	0,36
Região Norte	0,04
Região Nordeste	0,3
Região Sudeste	0,4
Minas Gerais	0,3
Espírito Santo	0,3
São Paulo	0,5
Rio de Janeiro	0,5
Região Sul	0,34
Região Centro-Oeste	0,3

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

O Rio de Janeiro tem atualmente 9.426 leitos psiquiátricos (DATASUS). Destes, 33% (3.106) são localizados no Município do Rio de Janeiro e 9% (854) no Município de Paracambi.

Quanto à redução dos leitos nos municípios do Estado do Rio de Janeiro (**Tabela 10**), em alguns deles como Petrópolis, em cerca de 14 anos, 62,93% dos leitos foram desativados. No Município do Rio de Janeiro este número chega a 68,28%. Há dados do DATASUS que exibem aumentos no número de leitos para alguns municípios. Os números de Quatis, indicando aumento de 200 leitos, por exemplo, são explicados pela emancipação deste município, quando ocorre uma migração de dados que eram computados anteriormente para Barra Mansa. O mesmo ocorre com o Município de Itaboraí, que até 1999 tinha 181 leitos que migram para Tanguá. Já o aumento de leitos no Município de São Gonçalo acontece no ano de 1993 voltando a baixar em 2006. Os dados de Paracambi para 1992 provavelmente estão sub-registrados. Neste município, em 1992, já existiam 2 hospitais, sendo um deles com mais de 500 leitos.

Tabela 10: Redução de leitos em Municípios com mais de 500 leitos psiquiátricos (1992-2003).

Município	1992	2003	2006	Redução	%
Petrópolis	1055	361	391	664	62,93
Rio de Janeiro	9792	4455	3106	6686	68,28
Niterói	823	535	723	100	12
Campos dos Goytacazes	361	247	272	89	24,65
Nova Iguaçu	261	201	201	60	23
Rio Bonito	783	631	630	153	19,54
Nova Friburgo	262	213	208	54	20,61
Duque de Caxias	306	285	287	19	6,2
São João de Meriti	371	347	279	92	24,79
Carmo	401	401	284	117	29,17
São Gonçalo	619	829	606	13	2,1
Quatis	0	250	200	-200	0
Bom Jesus de Itabapoana	76	351	390	-314	0
Paracambi	154	1962	854	-700	0
Estado RJ	17474	11870	9426	8048	46,06

Fonte: Datasus, 2006

APORTE DE SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS E DO PROGRAMA “DE VOLTA PARA CASA”

Quanto à progressiva desativação dos leitos e criação de serviços substitutivos, a situação atual não é das mais otimistas. Por exemplo, somente no Município do Rio de Janeiro, com o processo de desinstitucionalização, 522 pacientes (**Tabela 11**) seriam elegíveis para receber o benefício (SMS-RJ, 2006) do Programa de Volta para Casa, sem contar com os 600 pacientes do Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira. Até agora, somente 39 foram beneficiados pelo programa neste município (**Tabela 12**).

Tabela 11: Distribuição de pacientes por tempo de internação, nas diversas unidades assistenciais do Município do Rio de Janeiro, abril de 2006.

Unidades	Menor que 1 dia	1 a 3 dias	4 a 7 dias	8 a 30 dias	31 dias a 3 meses	3 a 6 meses	6 meses a 1 ano	1 a 2 anos	> 24 meses	Total
Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro	0	5	2	3	0	1	0	0	0	11
Clín. Santa Edwiges	0	8	1	18	26	5	5	8	24	95
Clín. Valência	0	0	0	0	4	2	6	11	43	6
Clín. da Gávea	0	0	0	0	2	2	0	5	153	162
Clín. das Amendoeiras	0	0	0	0	0	0	1	7	131	139
Credeq	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hosp. Jurandyr Manfredini	0	0	0	0	0	13	18	2	2	35
Hosp. Pedro de Alcântara	0	0	0	0	9	8	8	9	24	58
Hosp. Univers. Pedro Ernesto	0	0	1	3	6	0	0	0	0	10
Instituto Francisco Spinola	0	8	6	75	72	19	11	7	101	299
Instituto Nise da Silveira	1	4	7	23	17	9	1	6	1	69
Instituto Philippe Pinel	0	0	0	7	22	18	4	6	2	59
Instituto de Psiquiatria	0	0	14	21	20	17	7	7	12	98
Sanatório Rio de Janeiro	0	9	15	25	20	7	5	8	29	118
Total	1	34	46	175	198	101	66	76	522	1219

Fonte: SMS-RJ, abril 2006

Tabela 12: Frequência de beneficiários do Programa de Volta para Casa em municípios do Rio de Janeiro.

UF	Município	Quantidade de Beneficiários
RJ	Paracambi	88
RJ	Carmo	65
RJ	Rio de Janeiro	39
RJ	Niterói	24
RJ	Bom Jesus do Itabapoana	15
RJ	Duque de Caxias	10
RJ	Nova Iguaçu	8
RJ	Belford Roxo	5
RJ	Santo Antônio de Pádua	4
RJ	Petrópolis	3
RJ	Cantagalo	2
RJ	Itaocara	2
RJ	Itaperuna	2
RJ	São João de Meriti	2
RJ	Cordeiro	1
RJ	Queimados	1
RJ	Resende	1

DISTRIBUIÇÃO DOS CAPS

O Estado do Rio de Janeiro tem um total de 57 CAPS (21 CAPS I, 28 CAPS II, 7 CAPSi e 5 CAPSad), localizados em 40 municípios (**Tabela 13**). Isto significa que não temos ainda este tipo de dispositivo em 65,2% dos municípios. Entre as cidades beneficiadas com o dispositivo, as de menor porte têm uma relação CAPS/habitantes bem mais favorável. Os municípios com mais de 400.000 habitantes, à exceção de Niterói, têm uma taxa menos que 0,5, quando o preconizado pelo MS é 1 CAPS/100.000 habitantes.

Observamos que 5 municípios com menos de 20.000 habitantes possuem CAPS: Carmo, Comendador Levy Gasparian, Quissamã, São Sebastião do Alto e Sumidouro.

Tabela 13: Taxa de CAPS por 100.000 hab. no Brasil, Região Sudeste, Estado do Rio de Janeiro e municípios, 2005.

Municípios	População hab	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	Total de Dispositivos	CAPS/100.000 hab. Ponderados
Angra dos Reis	140.401		1				1	0,71
Barra do Piraí	94.335	1					1	1,06
Barra Mansa	175.325		1		1		2	1,14
Belford Roxo	480.695		1				1	0,21
Bom Jesus de Itabapoana	36.027	1					1	2,77
Cachoeira de Macacu	53.765	1					1	1,86
Campos dos Goytacazes	426.212		1			1	2	0,47
Cantagalo	20.716	1					1	4,83
Carmo	15.778	1					1	6,34
Comendador Levy Gasparian	8.454	1					1	11,83
Cordeiro	19.767	1					1	5,06
Duque de Caxias	842.890		2		1		3	0,35
Itaperuna	92.181		1				1	1,08
Japeri	94.237		1				1	1,06
Macaé	156.409	1					1	0,64
Magé	232.254		1				1	0,43
Mendes	17.723	1					1	5,64
Miracema	28.300	1					1	3,53
Natividade	15.428	1					1	6,48
Nilópolis	150.970		1				1	0,66
Niterói	474.046		2		1	2	5	0,84
Nova Friburgo	177.387		1				1	0,56
Nova Iguaçu	830.902		1				1	0,12
Paracambi	43.012	1					1	2,32
Paraíba do Sul	39.597	1					1	2,52
Paraty	33.059	1					1	3,02
Queimados	136.509		1				1	0,73
Quissamã	15.683	1					1	6,38
Rezende	117.416		1				1	0,85
Rio Bonito	52.528	1					1	1,90
Rio de Janeiro	6.094.183		7		3	1	11	0,18
Sto. Antônio de Pádua	42.076	1					1	2,38
São Gonçalo	960.841		1				1	0,1
São João de Meriti	464.327		1				1	0,22
São Pedro D'Aldeia	75.934	1					1	1,32
São Sebastião do Alto	8.744	1					1	11,43
Seropédica	75.032		1				1	1,33
Sumidouro	14.930	1					1	6,70
Valença	69.758	1					1	1,43
Volta Redonda	255.697		2		1	1	4	1,56
Estado do RJ *	15.383.407	21	28	-	7	5	57	0,34
Subtotal Região Sudeste *	78.472.017	97	120	17	26	41	301	0,34
Brasil *	184.184.264	272	270	26	56	99	723	0,33

Fonte: Ministério da Saúde, dezembro de 2005

* Fontes : Ministério da Saúde

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – estimativa populacional 2005

Observação: Para o cálculo do indicador CAPS/100.000 habitantes, considera-se que o CAPS I dá resposta efetiva a 50.000 habitantes, que o CAPS III dá cobertura a 150.000 habitantes e que os CAPS II, CAPSi e CAPSad dão cobertura a 100.000 habitantes.

RELAÇÃO DE SRTs DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Apesar do Estado do Rio de Janeiro ter, ainda hoje, a maior taxa de leitos por 1.000 habitantes do país, a implantação de serviços de residências terapêuticas tem se dado a passos lentos. A implantação vem ocorrendo principalmente no Município do Rio de Janeiro e em regiões onde estão sendo desativados hospitais de grande porte, como Paracambi e Carmo (**Tabela 14**).

Tabela 14: Distribuição de Serviços Residenciais Terapêuticos no Estado do Rio de Janeiro, 2006.

Município	Módulos	Moradores
Baía da Ilha Grande	0	0
Baixada Litorânea	0	0
Centro-Sul Fluminense		
Paracambi	7	44
Metropolitana		
Duque de Caxias	1	6
Rio de Janeiro	17	71
Metropolitana II		
Niterói	2	14
Noroeste Fluminense		
Itaocara	1	2
Norte Fluminense	0	0
Serrana		
Carmo	5	24
Total	33	161

Fonte: www.inverso.org.br

RESULTADOS OBTIDOS A PARTIR DE VISITAS REALIZADAS EM ALGUNS MUNICÍPIOS DAS 9 REGIONAIS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: ANÁLISE QUALITATIVA DOS MUNICÍPIOS

Entrevistas feitas com os coordenadores de Saúde Mental de alguns municípios:

ANGRA DOS REIS

População: 144.136 (DATASUS, 2006)

Demanda: Há muita demanda para a quantidade de serviços existentes, mas os 4 leitos da Santa Casa (Irmandade da Santa Misericórdia de Angra dos Reis) dão conta da demanda. Necessita-se de 1 CAPS AD, 1 ambulatório ampliado de psiquiatria infantil e 1 serviço de emergência.

Fila de espera: Existe fila de espera somente para o serviço ambulatorial do Centro de Especialidades Médicas (CEM), o que não acontece com os outros serviços.

Principais problemas: Há dificuldade na transferência do paciente internado no leito de emergência psiquiátrico para o de curta permanência dentro do hospital geral porque existe resistência na internação de pacientes psiquiátricos por parte da instituição. Há problemas na carência de recursos humanos e não há um hospital psiquiátrico de referência.

Encaminhamento após internação: Programa de Volta para Casa e CAPS.

Redução de leitos psiquiátricos: Hoje o município tem 4 leitos psiquiátricos em UPHG, 2 a menos do que em 2003, o que corresponde a uma redução de 33 % do total registrado nesse ano.

Serviços Substitutivos: 1 CAPS II e 2 ambulatórios de Saúde Mental (ambulatório do Cais São Bento e ambulatório do Centro de Especialidades Médicas - CEM). O CEM não é um ambulatório específico de saúde mental, mas de todas as especialidades. Lá são atendidos todos os pacientes com transtornos mentais leves, usuários de álcool e drogas, crianças e adolescentes. 5 pacientes são beneficiados pelo Programa de Volta para Casa.

Medicamentos disponíveis:

Neurolépticos: haloperidol, clorpromazina, levomepromazina, pipotil, flufenazina depot

Ansiolíticos: diazepam, clonazepam

Antidepressivos: imipramina, amitriptilina, fluoxetina

Anticonvulsivantes: carbamazepina, fenobarbital, fenitoína

Estabilizadores do humor: carbonato de lítio, carbamazepina, ácido valpróico

A rede é abastecida mensalmente. Os medicamentos estão disponíveis no CAPS e Farmácia Central do Município (válido para todos os medicamentos).

Recursos Humanos:

Psiquiatras: 03 (+01 contratado)

Lotação: 02 no CAPS e 02 no ambulatório CEM.

Psiquiatras infantis: 01 no ambulatório CEM.

Psicólogos: 09 (+4 contratados)

Lotação: 03 CAPS, 01 CEM, 04 PSF e 05 Atenção Básica.

Terapeutas Ocupacionais: 01

Lotação: 01 CAPS

Assistentes Sociais: 02

Lotação: 01 CAPS e 01 Amb. CEM.

Enfermeiros: 01

Lotação: 01 CAPS

Outros Profissionais: 02

Lotação: 01 Artista Plástico no CAPS e 01 Supervisora Clínica Institucional

Outras Informações: Os 4 leitos são tanto masculinos quanto femininos, de acordo com a demanda. Na porta de entrada (Pronto Socorro Municipal) há mais 4 leitos de emergência de 72 h. Está em andamento a implementação de primeiro serviço de residência terapêutica. Há um serviço de geração de renda que funciona em uma unidade descentralizada vinculada ao CAPS, conhecida com “CAIS Areal”.

CAMPOS DOS GOYTACAZES

População: 429.668 (IBGE, 2006)

Demanda: Os hospitais psiquiátricos deste município atendem a mais 8 municípios vizinhos e os CAPs só a população de Campos. Não há dificuldades para conseguir vagas para internação e os recursos, de modo geral, dão conta da demanda.

Fila de espera: Nos CAPs não tem fila de espera; nos ambulatorios o tempo de marcação é hoje de cerca de 60 dias.

Principais Problemas: Dificuldade na contratação de recursos humanos. Outro problema é a constituição da rede com outros setores além da saúde, tais como justiça, trabalho e promoção social.

Encaminhamento após internação: CAPs e ambulatorios.

Redução de leitos psiquiátricos: Hoje o município tem 2 psiquiátricos, totalizando 253 leitos (167 masculinos e 87 femininos) e 13 leitos de curta permanência no hospital geral que funciona como porta de entrada.

Serviços Substitutivos: 1 CAPS II, 1 CAPsi, 1 CAPS AD e 3 ambulatorios de Saúde Mental.

Unidades:

. Instituto de Doenças Nervosas e Mentais Ltda - Hospital Henrique Roxo - 120 leitos: 80 M e 40 F -(particular conveniado com SUS)

. Hospital Abrigo Dr. João Viana - 120 leitos: 80 M e 40 F (filantrópico conveniado com SUS)

. Posto de Urgência (PU) Psiquiátrico 24h “Saldanha Marinho” - 13 leitos de curta permanência: 7 M e 6 F

. CAPS II – Dr. João Batista Araújo Gomes (2001)

. CAPS AD II – Dr. Ari Viana (2000) .CAPsi II – Dr. João Castelo Branco (2006)

. Ambulatório Psiquiátrico de Guarus (público)

. Ambulatório de Saúde Mental São José (público)

. Ambulatório do Hospital João Viana (Conveniado com SUS).

Medicamentos disponíveis:

Neurolépticos: haloperidol, clorpromazina, levomepromazina, periciazina, risperidona*, olanzapina*

Ansiolíticos: diazepam, clonazepam, bromazepam

Antidepressivos: imipramina, amitriptilina, fluoxetina*, clorimipramina

Anticonvulsivantes: carbamazepina, fenobarbital, fenitoína

Estabilizadores do humor: carbonato de lítio, carbamazepina, ácido valproico

Hipnóticos: nitrazepam, zolpiden*

Outros: biperideno, prometazina, levodopa + carbidopa, sulpiride

* Medicamento fornecido pelo município, porém através de processo.

Recursos Humanos:

Psiquiatras: 07 (+ 11 contratados)

Lotação: 01 no CAPS e 01 no ambulatório CAPS AD, 09 no ambulatorios, 07 no PU Psiquiátrico

Psiquiatras infantis: 01 no CAPSI

Psicólogos: 04 (+23 contratados)

Lotação: 02 no CAPS, 02 no CAPSi, 03 no CAPS AD, 19 nos ambulatorios e 01 no PU

Psiquiátrico.

Terapeutas Ocupacionais: 01 (+3 contratados)

Lotação: 01 no CAPS, 01 no CAPSi, 01 no CAPS AD, 01 no ambulatorio

Assistentes Sociais: 03 (+11 contratados)

Lotação: 03 no CAPS, 01 no CAPSi, 04 no CAPS AD, 04 no ambulatorio, 02 no PU

Psiquiátrico

Enfermeiros: 01 (+11 contratados)

Lotação: 02 CAPS, 02 CAPSi, 01 CAPS AD, 07 PU Psiquiátrico

Outros Profissionais: 03 (contratados)

Lotação: 03 professores de Educação Física, 1 em cada CAPS

Outras Informações: Há um dispositivo que faz parte da rede de atendimento a usuários de álcool e drogas voltado para crianças e adolescentes chamado “Programa Resgate” vinculado a ONG Associação de Proteção à Infância de Campos (APIC).

MENDES

População: 17.801 (DATASUS, 2006)

Demanda: Os leitos, de maneira geral, dão conta da demanda. Normalmente as internações são breves e acontecem quando o paciente está em crise. Quando há necessidade, o município utiliza leitos de hospitais psiquiátricos de municípios próximos, principalmente da Clínica Engenheiro Paulo de Frontin Ltda., antigo Hospital Psiquiátrico de Mendes (106 leitos masculinos). As emergências são atendidas no CAPS e no Hospital Santa Maria (clínico). A prioridade é o CAPS, o paciente só é levado para o Hospital Santa Maria quando o CAPS não pode atender, como por exemplo, quando este já está fechado. O problema é que lá não tem psiquiatra. Assim, quando há necessidade de atendimento, a equipe do CAPS dá suporte.

Fila de espera: Há fila de espera no CAPS e no ambulatorio, a demanda é grande. Só no CAPS são 1855 pacientes cadastrados. Destes, em torno de 100 são portadores de transtorno mental maior e recebem tratamento mais intensivo.

Principais problemas: Falta de recursos humanos e de leitos psiquiátricos no hospital geral.

Encaminhamento após internação: CAPS

Redução de leitos psiquiátricos: Hoje o município tem 2 leitos em hospital geral, 1 a menos do que os 3 registrados em 2003 pelo DATASUS.

Serviços Substitutivos: 1 CAPS I e 1 ambulatorio de Saúde Mental.

Medicamentos disponíveis:

Neurolépticos: haloperidol, clorpromazina

Ansiolíticos: diazepam, clonazepam, bromazepam

Antidepressivos: imipramina, fluoxetina, sertralina

Anticonvulsivantes: carbamazepina, fenobarbital

Estabilizadores do humor: carbonato de lítio, carbamazepina

A rede é abastecida mensalmente ou semanalmente. Isso varia de acordo com a necessidade do medicamento.

Recursos Humanos:

Psiquiatras: 01 (+ 1 contratado)

Lotação: 02 no CAPS

Psiquiatras infantis: 01 no CAPSI (um dos 2 acima)

Psicólogos: 02 (+ 02 contratados)

Lotação: 04 no CAPS

Terapeutas Ocupacionais: 01 (contratado)

Lotação: 01 no CAPS

Assistentes Sociais: 02 (+ 1 contratado)

Lotação: 03 no CAPS

Enfermeiros: 01 (contratado)

Lotação: 01 no CAPS

Outros Profissionais: 02 (+ 02 contratados)

Lotação: 01 Musicoterapeuta no CAPS, 01 Pedagoga (+ 02 contratada) no CAPS

BELFORD ROXO

População: 489.002 (IBGE, 2006)

Demanda e fila de espera: Não há fila de espera, em todas as unidades há um técnico responsável por acolher as pessoas, que são encaminhadas para outra unidade de acordo com sua necessidade. Isso acontece desde outubro de 2005.

Principais Problemas: Não há leitos de internação, depende da disponibilidade de leitos psiquiátricos na unidade mista Lote XV localizada em Nova Iguaçu. Espera-se que esses quatro leitos se tornem permanentes e disponíveis para Belford Roxo. O Lote XV é a porta de entrada, pois tem ambulatório e emergência. Encaminhamento após internação: CAPS e ambulatório ou, se for viável, para família com apoio de profissionais.

Redução de leitos psiquiátricos: O município não tem leitos psiquiátricos: mesma situação encontrada em 2003 no DATASUS. Quando há a necessidade de internação, esta é solicitada ao Lote XV, uma unidade mista que fica em Nova Iguaçu e disponibiliza para Belford Roxo até 4 leitos por um período máximo de até 72h.

Serviços Substitutivos: 1 CAPS II, 1 CAPSi, 1 CAPS AD e 2 Residências Terapêuticas e ambulatórios. Dados de dezembro de 2005 do MS mostram que o município tinha apenas 1 CAPS II e 5 beneficiários no Programa de Volta para Casa.

Medicamentos disponíveis:

Neurolépticos: haloperidol, clorpromazina

Ansiolíticos: diazepam, clonazepam, bromazepam

Antidepressivos: imipramina, sertralina

Anticonvulsivantes: carbamazepina, fenobarbital

Estabilizadores do humor: carbonato de lítio, carbamazepina

A rede é abastecida mensalmente, embora o município forneça de 3 em 3 meses. Não há problemas com o abastecimento.

Recursos Humanos:

Psiquiatras: 06

Lotação: 02 no CAPSAD, 02 no CAPS, 01 no CAPSI, 04 no ambulatório. 04 trabalham em 2 lugares.

Psiquiatras infantis: 01 no CAPSI

Psicólogos: 16

Lotação: 04 CAPS AD, 08 CAPS, 04 CAPSI. Em toda rede de saúde são 32.

Terapeutas Ocupacionais: 03

Lotação: 01 no CAPSI, 01 no CAPS, 01 no CAPs AD.

Assistentes Sociais: 04

Lotação: 01 no CAPs AD, 01 no CAPS, 02 CAPSI.

Enfermeiros: 04

Lotação: 01 no CAPs AD, 02 CAPS, 01 CAPSI.

Outras informações: As 2 residências terapêuticas foram inauguradas em junho deste ano. A coordenadora não soube informar quantos eram os beneficiários atuais do Programa de Volta para Casa.

CABO FRIO

População: 165.591 (IBGE, 2006)

Demanda: O serviço de emergência (Hospital Central de Emergência) e os ambulatórios funcionam como porta de entrada. Não há problema demanda x serviços.

Fila de espera: Não há fila de espera. O município ainda não tem CAPS, que deverá ser inaugurado em breve.

Encaminhamento após internação: Ambulatórios localizados em 3 regiões dentro do próprio município (1 ambulatórios em Cabo Frio, 1 na periferia e 1 no 2º Distrito).

Redução de leitos psiquiátricos: O município tem 4 leitos psiquiátricos de curta permanência na emergência de um hospital geral. Comparado com os dados de 2003 do DATASUS, o município teve um aumento de três leitos. Segundo o DATASUS, a maior redução dos leitos no município foi entre os anos de 2002 e 2003, reduzindo de 10 para 1.

Encaminhamento após internação: Ambulatórios.

Medicamentos disponíveis:

Neurolépticos: haloperídon, clorpromazina, levomepromazina

Ansiolíticos: diazepam, clonazepam, bromazepam

Antidepressivos: imipramina, amitriptilina

Hipnóticos: nitrazepam

Anticonvulsivantes: carbamazepina, hidantal

Estabilizadores do humor: carbamazepina

A rede é abastecida mensalmente.

Recursos Humanos:

Psiquiatras: 12

Lotação: 07 na emergência e 05 nos ambulatórios.

Psiquiatras infantis: 01 no ambulatório (PAM).

Psicólogos: 05

Lotação: 04 no ambulatório e 01 no ambulatório infantil (PAM).

Assistentes Sociais: 02

Lotação: Existem somente 2 assistentes sociais na secretaria de saúde.

Outros Profissionais: 05 auxiliares de enfermagem na emergência psiquiátrica.

Outras informações: Existem pelo menos 06 pacientes crônicos internados na Colônia de Rio Bonito e que pertencem ao Município de Paracambi, acompanhados por psicóloga. O PSF cobre 40% da população.

NITERÓI

População: 476.671 (IBGE, 2006)

Demanda: Os 14 serviços funcionam como porta de entrada. Há cerca de 5.000 pacientes em tratamento regular continuado, o que corresponde um aumento no número de atendimentos de 20% em 2 anos.

Fila de espera: Não há fila de espera.

Principais Problemas: a coordenação não relatou problemas. Citou a questão como um processo em desenvolvimento.

Encaminhamento após internação: Ambulatório ou o CAPS.

Redução de leitos psiquiátricos: O município conta hoje com 320 leitos psiquiátricos, 215 a menos do que registrados em 2003 pelo DATASUS: uma redução de 40,2 %.

Hospital: Unidades: Hospital Psiquiátrico de Jurujuba – 120 leitos (Público), Casa de Saúde Alfredo Neves - 80 leitos Masculinos (Conveniado) , Casa de Saúde Niterói – 120 leitos mistos (Conveniado).

Serviços substitutivos: 2 CAPs II, 1 CAPsi, 1 CAPs AD, 2 residências terapêuticas com 14 moradores e 27 inscritos no Programa de Volta Para Casa. CAPS - Casa do Largo e Herbet de Souza (CAPS II), CAPsAD Alameda, CAPSi Monteiro Lobato. Há um serviço de atendimento na UFF conhecido com CRIAA voltado para o atendimento de usuários de drogas que é credenciado pelo MS como sendo um CAPs AD. A redução de leitos psiquiátricos no município vem acompanhada de um crescimento significativo no número de serviços substitutivos. Niterói é o município do Estado do Rio de Janeiro com o maior número de CAPs/100.000 habitantes, segundo dados do MS de dezembro do ano passado (0,84/100.000). O número de inscritos no Programa de Volta para Casa aumentou de 24 para 27 beneficiários (Informativo da Saúde Mental, ano IV, nº 21, 2005).

Medicamentos disponíveis:

Neurolépticos: Haloperidol, Risperidona, Clorpromazina e Olanzapina

Ansiolíticos: Diazepam, Clonazepam e Bromazepam

Antidepressivos: Imipramina, Fluoxetina, Sertralina

Hipnóticos: Zolpiden, Nitrozezan

Anticonvulsivante: Carbamazepina

Estabilizante de Humor: Carb. de lítio e Carbamazepina

Medicamentos fornecidos pela Sec. Estadual de Saúde. A rede é abastecida mensalmente.

Recursos Humanos:

Psiquiatras: 54

Lotação: 06 CAPS, 14 Ambulatório, 33 Hospital, 01 Supervisão das Clínicas Contratadas.

Psiquiatras infantis: 02

Lotação: 02 CAPSi

Psicólogos: 61

Lotação: 21 CAPS, 20 Ambulatório, 18 Hospital, 02 Supervisão do Setor

Contratado.

Número de Neurologistas: 01

Lotação: 01 Hospital.

Terapeutas Ocupacionais: 15

Lotação: 04 CAPS, 04 Ambulatório, 07 Hospital.

Assistentes Sociais: 12

Lotação: 04 CAPS, 08 Hospital.

Enfermeiros: 21

Lotação: 04 CAPS, 01 Supervisão do Setor Contratado, 16 Hospital.

Outros Profissionais: 04 Médicos Clínicos - 01 CAPsAD, 01 Supervisor do Setor Contratado, 02 Hospital, 04 Musicoterapeutas - 01 CAPSi, 01 CAPsAD, 02 Hospital.

Observações: Dentro do hospital há um centro de convivência chamado Centro de Convivência Oficinas Integradas.

NOVA IGUAÇU

População: 844.581 (DATASUS, 2006)

Demanda: A demanda do município é muito grande para os recursos existentes; o número de habitantes da cidade exige um número maior de serviços. A internação é feita através da Central Reguladoras de vagas da Metro I. Não há dificuldades para conseguir vagas para internação masculina. Já a internação feminina é mais demorada, cerca de 3 dias.

Fila de espera: Há fila de espera para atendimento ambulatorial. As consultas são marcadas com um intervalo grande de tempo devido à quantidade de pacientes atendidos. Alguns chegam a voltar à emergência na falta de atendimento.

Principais problemas: Grande demanda por atendimento, sobrecarga do ambulatório de Saúde Mental e carência de profissionais.

Encaminhamento após internação: Ambulatório e CAPS.

Redução de leitos psiquiátricos: Não têm hospitais psiquiátricos. Existem 02 leitos de curta permanência disponíveis na Unidade Mista de Austin.

Serviços substitutivos: 1 CAPS II, 1 CAPSi, 1 CAPS AD, 1 ambulatório de Saúde Mental e 15 inscritos no Programa de Volta Para Casa. Comparado com dados de dezembro de 2005, foram implementados 1 CAPSi e 1 CAPs AD. O número de beneficiários no Programa de Volta para Casa aumentou de 8 inscritos para 15 (INFORMATIVO DA SAÚDE MENTAL, ANO IV, Nº 21, 2005). As emergências são atendidas no CAPS José Miller (2 turnos) e na Unidade Mista Dr. Moacir de Carvalho em Austin (24hs). Unidades: CAPS II -

José Miller (2001), CAPSi Dr. Adriano Hipólito, CAPs AD Vanderlei Marins.

Outras informações: Está para ser implementado um serviço de emergência com 2 leitos psiquiátricos no Hospital da Posse e em mais 2 Unidades Mista de Saúde. Também está em fase de implementação um Serviço de Residência Terapêutica para egressos do Hospital Dr. Eiras de Paracambi.

Medicamentos disponíveis:

Neurolépticos: Haloperidol, *Risperidona, Clorpromazina e *Olanzapina

Outros: Levomepromazina, periciazina.

Ansiolíticos: Diazepam, Clonazepam e Bromazepam

Antidepressivos: Imipramina, Fluoxetina e Sertralina

Outros: Amitriptilina, Clomipramina.

Hipnóticos: não

Anticonvulsivante: Carbamazepina e Fenobarbital

Estabilizante de Humor: Carbamazepina Outros: Ácido Valpróico.

* Fornecido pela Secretaria Estadual de Saúde.

A rede é abastecida mensalmente.

Recursos Humanos:

Psiquiatras: 05 (+ 4 contratados)

Lotação: 06 Ambulatório, 01 CAPS II e 01 CAPs AD e 01 CAPSi.

Psiquiatras infantis: 01

Lotação: 01 CAPSi.

Psicólogos: 03 (+ 13 contratados)

Lotação: 03 Ambulatórios, 05 CAPS, 03 CAPSi, 02 CAPS AD e 03 Unidade Mista.

Neurologistas: 04 (+ 1 contratado)

Lotação: 05 Ambulatório.

Terapeutas Ocupacionais: 01 (+ 1 contratado)

Lotação: 02 CAPS

Assistentes Sociais: 02 (contratados)

Lotação: 01 CAPS, 01 CAPs AD.

Enfermeiros na Saúde Mental: 02 (+ 1 contratado)

Lotação: 01 CAPS, 01 CAPs AD, 01 Ambulatório.

Outros Profissionais: 03

Lotação: 02 Musicoterapeutas no CAPS, 01 Arte Terapeuta no CAPs AD, 02

Psicólogos de supervisão (1x/semana).

Obs.: Falta saber se o psiquiatra infantil é contratado ou efetivo e se são realmente 13 contratados, de todos os 16 psicólogos.

PARACAMBI

População: 43.467 (DATASUS, 2006)

Demanda: O Programa de Saúde Mental dá conta da demanda do município que, atualmente, está voltado para atender os egressos do Hospital Dr. Eiras, sob intervenção municipal desde junho de 2004 e em processo de desativação. Na instituição as internações

foram interrompidas em 2000. Atualmente o município conta com 1267 pacientes ativos cadastrados, 374 no CAPs II, 82 no CAPs AD e 811 no ambulatório.

Fila de espera: Não há fila de espera.

Principais problemas: Muitas pessoas de outros municípios buscam atendimento com comprovante de residência de Paracambi, aumentando a demanda. Outra dificuldade está em transferir a assistência de egressos, originários de outros municípios, do Hospital Dr. Eiras para serviços no município de origem.

Encaminhamento após internação: Os egressos do Dr. Eiras, antigos moradores de Paracambi, vão para casa de suas famílias e Residências Terapêuticas da cidade. Os outros vão para o município de origem, retornando para sua família ou para Residências Terapêuticas do respectivo município. Os internos que têm bolsa ou alguma forma de renda alugam seu próprio imóvel. Todos os egressos do Hospital Dr. Eiras são referenciados ao CAPS. Já os que saem do Hospital Paracambi (contratado do SUS), ou vão para atendimento ambulatorial ou ficam sendo atendidos pelo CAPS.

Redução de leitos psiquiátricos: O município registrou a maior redução de leitos psiquiátricos dentre os locais visitados. De 2003 a 2006 foram extintos 1127 leitos, uma redução de 57,4% em relação aos dados do DATASUS (2003). Número total de leitos psiquiátricos informados: 835 leitos (DATASUS, 2003).

Hospitais Psiquiátricos: Casa de Saúde Dr. Eiras - 595 leitos (Conveniado sob intervenção municipal), Hospital Paracambi Ltda - 240 leitos (Conveniado).

Serviços substitutivos: 1 CAPS II, 1 CAPs AD, 1 ambulatório de Saúde Mental, 21 Residências Terapêuticas com 148 moradores (7 módulos de 44 pacientes) e 135 inscritos no Programa de Volta Para Casa e 10 leitos psiquiátricos em Hospital Geral - Hospital Municipal Alberto da Graça. Comparado com os dados do MS de dezembro de 2005, houve um aumento de 47 inscritos no Programa de Volta Para Casa, um crescimento de 53,4 % no número de beneficiários (Informativo de Saúde Mental, ano IV, Nº 21, 2005).

Unidades: Pólo de Saúde Mental no Hospital Municipal Alberto da Graça (1 ambulatório). CAPS II Vila Esperança inaugurado em 2001 - CAPs AD Renascer em funcionamento desde de 2005, mas ainda não cadastrado.

Medicamentos disponíveis:

Neurolépticos: Haloperidol e Clorpromazina

Outros: Meleril e Levomepromazina

Ansiolíticos: Diazepam, Clonazepam e Bromazepam

Antidepressivos: Imipramina, Amitriptilina e Fluoxetina

Hipnóticos: Nitrozepam

Anticonvulsivante: Carbamazepina e Fenobarbital

Estabilizante de Humor: Carbonato de lítio e Carbamazepina

A rede é abastecida semanalmente

Recursos Humanos:

Psiquiatras: 8

Lotação: 02 CAPS II, 01 CAPs AD, 05 Pólo de SM, sem contar com os profissionais do Dr. Eiras, contratados e pagos pela prefeitura, e do Hospital Paracambi Ltda., pagos pelo próprio hospital.

Psicólogos: 23

Lotação: 06 no CAPS II, 02 Pólo de SM, 04 CAPs AD, 04 Postos de Saúde, 03 Casa de Passagem, 02 Residências Terapêuticas, 01 Coordenação de Saúde Mental e 01 Supervisão.

Terapeutas Ocupacionais: 02

Lotação: 01 no CAPS II e 01 CAPS AD.

Assistentes Sociais: 04

Lotação: 02 Residências Terapêuticas, 01 CAPS II e 01 CAPs AD.

Enfermeiros: 01

Lotação: 01 CAPs AD e no Pólo de Saúde Mental.

PETRÓPOLIS

População: 309.498 (DATASUS, 2006)

Demanda: De modo geral, os serviços dão conta da demanda. Entretanto, há deficiência de Recursos Humanos principalmente no ambulatório e faltam supervisores no PSF. Não há problemas para vagas e internações nos serviços. A central de regulação é exclusivamente municipal, não atendendo outros municípios da região serrana. As emergências são atendidas no Hospital Municipal Nelson de Sá Earp.

Fila de espera: Existe fila de espera para atendimento ambulatorial, principalmente para psicologia. As vagas dos hospitais-dia e dos hospitais psiquiátricos dão conta da demanda, não há problemas por falta de leitos.

Principais problemas: Não existem Residências Terapêuticas, faltam projetos de geração de renda e recursos humanos. Embora o município tenha um número razoável de profissionais na área da Saúde Mental, estes servidores têm vínculo trabalhista precário e é importante lembrar que a contagem de carga horária dedicada aos serviços é feita com base nos seus vínculos de 20h.

Encaminhamento após internação: Ambulatórios, CAPS e Hospitais-dia.

Redução de leitos psiquiátricos: Hoje o município tem 71 leitos psiquiátricos a menos do que em 2003 (DATASUS), ou seja, dos 361 registrados nesse ano restam 290 leitos, uma redução de 19,7 %. Existem 02 hospitais psiquiátricos (pelo DATASUS - 10), com 160 leitos psiquiátricos masculinos e 120 leitos psiquiátricos femininos.

Unidades: Casa de Saúde Santa Mônica Ltda. - 200 leitos: 80M e 120F – (Conveniada), Clínica Solar Pedras Brancas Ltda - 80 leitos: 80M - (Conveniada) e Hospital Municipal Nelson de Sá Earp – 10 leitos: 5M e 5F de 72h.

Serviços substitutivos: 1 CAPS II, 1 CAPsi, 2 ambulatórios de Saúde Mental, 04 Postos de saúde com atendimento psicológico, 2 Hospitais-dia com 60 vagas (Conveniados). 4 beneficiários do Programa de Volta Para Casa. Este quadro difere daquele apresentado pelo MS em dezembro de 2005, quando não havia nenhum CAPS e apenas 3 inscritos no Programa de Volta Para Casa (Informativo de Saúde Mental, ano IV, N° 21, 2005). O número de leitos em hospitais Gerais: 10, sendo 5 masculinos e 5 femininos.

Unidades: CAPS II Nise da Silveira (2004) e CAPsi Silvia Orthof (2004), Ambulatório Central de Saúde Mental e Ambulatório do Hosp. Municipal Alcides Carneiro. 04 Postos de

Saúde com atendimento psicológico, PS da Posse, PS Pedro do Rio, PS de Ararás e Centro de Saúde do Itamarati. Hospital-dia da Casa de Saúde Santa Mônica – 30 vagas (Conveniada), hospital-dia Vila Bromélia - 30 vagas (Conveniada).

Medicamentos disponíveis:

Neurolépticos: Haloperidol e Clorpromazina

*Disponíveis em toda rede menos no ambulatório e em duas farmácias do município. (Válido para todos os medicamentos).

Ansiolíticos: Diazepam

Antidepressivos: Imipramina

Anticonvulsivante: Carbamazepina e Fenobarbital

Estabilizante de Humor: Carbamazepina

Outros: Amitriptilina, Biperideno, Clomipramina, Fenitoína, Levodopa+ Cloridrato de Benserazida, Levomepromazina, Prometazina.

A rede é abastecida mensalmente.

Recursos Humanos:

Psiquiatras: 15 (+2 contratados).

Lotação: 06 Ambulatórios, 01 CAPS, 08 Hospital NE, 02 de supervisão de SM.

Psicólogos: 36

Lotação: 19 Ambulatórios, 03 CAPS, 03 CAPSi, 08 Postos de Saúde, 01 Hospital AC, 01 PSF, 01 Supervisão de Saúde Mental.

Neurologistas: 02

Lotação: 02 ambulatórios.

Terapeutas Ocupacionais: 03

Lotação: 01 Ambulatórios, 01 CAPS, 01 CAPSi.

Assistentes Sociais: 03

Lotação: 01 Ambulatórios, 01 CAPS, 01 CAPSi.

Outros Profissionais : 01 pediatra com formação em Saúde Mental

Lotação: CAPSi.

Obs.: Os funcionários foram contados por vínculo de 20h.

Observações: Maioria dos pacientes internados nos hospitais psiquiátricos do município é de Petrópolis. Existe uma Coordenadoria Anti-drogas que funciona no Ambulatório Central de Saúde Mental. A pretensão é de transformá-la em um CAPS AD.

QUATIS

População: 12.181 (IBGE, 2006)

Demanda: De uma maneira geral, os serviços dão conta da demanda do município. Na Clínica Vale da Paraíba Ltda. até sobram vagas e o ambulatório atende a todos os pacientes que o procuram. A demanda de pacientes com transtornos mentais é pequena, pois o município é pequeno. A maioria dos atendimentos é por problemas com álcool e outras drogas, mas não há dificuldade para atendê-los. Ainda não há um controle efetivo das internações feitas no município pela equipe de SM. As emergências são atendidas no

Hospital São Lucas, instituição filantrópica que recebe recursos do município. Na unidade não têm uma equipe de saúde mental. Os casos que não necessitam de internação são encaminhados para o ambulatório e, os que necessitam, são internados no hospital psiquiátrico da região. Ainda não há um controle dessas internações pela equipe de SM do Município.

Fila de espera: Não existe fila de espera para o ambulatório de psiquiatria, só para psicologia. Só há um profissional no atendimento.

Principais problemas: Carência de profissionais e falta de veículo para locomoção da equipe, principalmente para visitas à Clínica Vale do Paraíba. Não há uma equipe de Saúde Mental no Hospital São Lucas que é a unidade porta de entrada do município.

Encaminhamento após internação: Não há um encaminhamento direto da Clínica Vale do Paraíba para o serviço ambulatorial do município, porém muitos egressos de lá acabam por procurar o serviço por conta própria, principalmente à procura de medicação.

Redução de leitos psiquiátricos: A partir de junho de 2005, a Clínica Vale do Paraíba reduziu de 240 leitos psiquiátricos para 200 leitos (150 masculinos e 50 femininos). Comparando com os dados do DATASUS de 2003 a redução foi ainda maior: 50 leitos a menos do que naquele ano, passando de 250 para 200. Embora o município tenha muitos leitos, apenas uma pequena parcela desses são usados por Quatis, cerca de 20 a 25 leitos, ou seja, 10% a 12,5% do total.

Serviços substitutivos: Um ambulatório de Saúde Mental.

Unidade: Policlínica Municipal.

Outras informações: Os leitos da Clínica Vale do Paraíba pertenciam a Barra Mansa, pois Quatis ainda não era emancipado, fato que justifica o aumento do número de leitos psiquiátricos no ano 2000, no município.

Medicamentos disponíveis:

Neurolépticos: Haloperidol e Clorpromazina - Farmácia na Policlínica Municipal (válido para todos os medicamentos).

Ansiolíticos: Diazepam e Clonazepam

Antidepressivos: Imipramina

Anticonvulsivante: Carbamazepina

Estabilizante de Humor: Carbamazepina

Outros: Amitriptilina, Biperideno, Carbidopa/Levidopa, Clomipramina, Fenitoína, Levomepromazina.

O abastecimento é feito de acordo com a necessidade de cada remédio. Portanto é variável.

Recursos Humanos:

Psiquiatras: 01 (contratado)

Lotação: 01 Ambulatório.

Psicólogos: 01

Lotação: 01 Ambulatório.

Neurologistas: 01* (contratado)

Lotação: 01 Ambulatório.

Obs: Mesmo profissional psiquiatra.

Assistentes Sociais: 01

Lotação: 01 Ambulatório.

Enfermeiros: 01 (contratada).

Lotação: 01 Ambulatório.

Observações:

Embora o município possua muitos leitos psiquiátricos, somente cerca de 20 a 25 leitos são usados por pacientes de Quatis. Até junho de 2005 a Clínica Vale do Paraíba tinha 240 leitos. Hoje a Clínica Vale do Paraíba tem 169 internos. Os leitos da Clínica Vale do Paraíba pertenciam a Barra Mansa, pois Quatis ainda não era emancipado.

RIO BONITO

População: 53.036 (IBGE, 2006)

Demanda: A demanda é maior para o atendimento ambulatorial onde há fila de espera. Depois da implantação da Central de Regulação de Vagas, a partir do início desse ano, passou a ser exigida uma avaliação prévia para internação. Essa medida contribuiu para reduzir as internações desnecessárias. As emergências são atendidas no CAPS (2 turnos) de segunda à sexta. Fora desse horário a emergência funciona no Hospital Regional Darci Vargas.

Fila de espera: Há fila de espera somente para atendimento ambulatorial, onde existe um grupo de recepção para minimizar a espera pelo atendimento. Para internação, não há dificuldade para conseguir vagas.

Principais problemas: O município não tem hospital geral, o que inviabiliza a implantação de UPHG.

Encaminhamento após internação: CAPS, família com suporte da equipe do CAPS e ambulatório.

Redução de leitos psiquiátricos: Hoje o município tem 630 leitos (480 masculinos e 150 femininos). Dos municípios visitados, Rio Bonito é o que teve menor redução de leitos psiquiátricos nos últimos 3 anos. Embora o município possua uma grande quantidade de leitos psiquiátricos, apenas 88 leitos do Hospital Colônia de Rio Bonito e 15 da Clínica Egos (Tanguá) são destinados a pacientes de Rio Bonito.

Unidades: Hospital Colônia de Rio Bonito e Clínica Egos (Tanguá).

Serviços substitutivos: 1 CAPS I e 1 ambulatório. O PSF e a Coordenação de Saúde Mental do Município trabalham juntos na reinserção social dos egressos do hospital psiquiátrico da região. Unidade: CAPS I Dr. Cleber Paixão (2002) e CMS Dr. Almir Branco (Posto - ambulatório).

Medicamentos disponíveis:

Neurolépticos: Haloperidol, Risperidona e Clorpromazina

Farmácia Municipal tanto para CAPS quanto para os Ambulatórios (válido para todas as medicações).

Ansiolíticos: Diazepam, Clonazepam e Bromazepam

Antidepressivos: Imipramina, Fluoxetina e Sertralina

Anticonvulsivante: Carbamazepina e Fenobarbital
 Estabilizante de Humor: Carbonato de lítio, Carbamazepina e Ac. Valprórico
 Outros: Biperideno, Clor. de Tioridazina, Cloripramina, Levozine, Longactil, Prometazina.
 A rede é abastecida semanalmente.

Recursos Humanos:

Psiquiatras: 01 (+ 2 contratados)
 Lotação: 01 CAPS, 02 Ambulatório.
 Psicólogos: 16
 Lotação: 02 CAPS, 10 Ambulatório, 02 PSF, 02 Clínica Municipal Loyola.
 Neurologistas: 02
 Lotação: 02 Clínica Municipal Loyola.
 Assistentes Sociais: 03
 Lotação: 02 CAPS, 01 Ambulatório.
 Número de Enfermeiros na Saúde Mental: 01
 Lotação: 01 CAPS.
 Outros Profissionais: 01
 Lotação: 01 Pedagoga no Ambulatório.

Observações: Apesar do município possuir uma grande quantidade de leitos apenas 88 leitos do Hospital Colônia de Rio Bonito e 15 da Clínica Egos (Tanguá) são destinados a pacientes de Rio Bonito. O PSF trabalha junto à Saúde Mental do Município na inserção social dos egressos do hospital psiquiátrico da região.

RIO DE JANEIRO

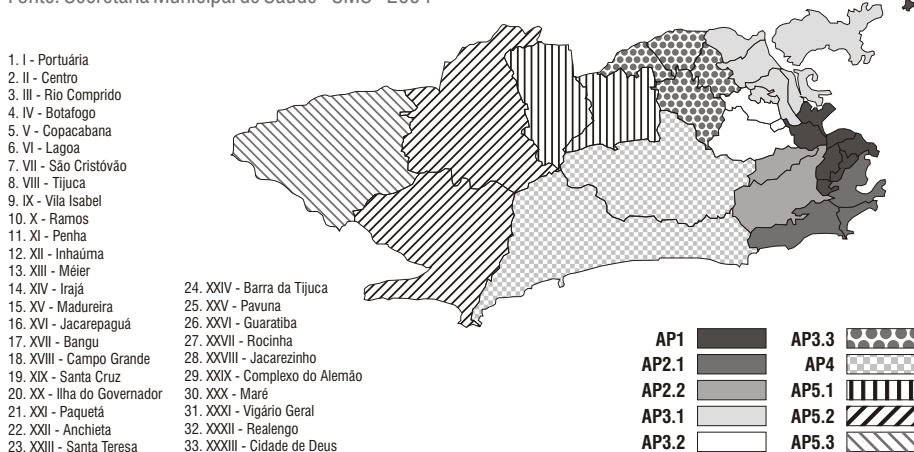
População: 6.136.656 (DATASUS, 2006)

O município está dividido em 10 áreas, denominadas: Coordenação de Área Programática (CAP) com o objetivo de fazer o atendimento regionalizado da clientela.

Demanda e principais problemas: Os recursos são poucos para a demanda. O

Áreas de Planejamento de Saúde (AP's) e Regiões Administrativas - 2004

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde - SMS - 2004



problema é que apesar do Rio de Janeiro possuir uma grande quantidade de leitos, muitos deles estão ocupados por pacientes moradores, internos de longa permanência. Hoje, nessa situação, encontram-se cerca de 1400 leitos não ativos (60% do total de leitos).

Fila de espera: Não há fila de espera, os serviços são orientados a não criarem. Para evitar as filas de espera existem grupos de recepções, nos serviços. Quando não há vaga, o paciente é orientado a voltar depois.

Encaminhamento após internação: Ambulatório, CAPS, hospitais-dia, Residências Terapêuticas, além do Programa de Volta para Casa (Bolsa Federal) e do Programa de Bolsas Incentivo à Desospitalização (Lei nº 3.400, 17 de maio de 2002).

Redução de leitos psiquiátricos: O município apresentou uma grande redução no número de leitos psiquiátricos. Dos municípios visitados, foi o segundo que mais reduziu proporcionalmente o número de os leitos, só perdendo para Paracambi (57,4%). Foram extintos 2238 leitos psiquiátricos nos últimos três anos, passando de 4.455 (2003) para 2217 leitos (2006), diferença que corresponde a uma redução de 50,2%.

Hospitais psiquiátricos: Existem atualmente 8 hospitais psiquiátricos públicos, 6 particulares e conveniados com o SUS e 25 leitos em hospital geral (**Figura 2**).

Figura 2: Hospitais psiquiátricos do Município do Rio de Janeiro, 2006.

Hospitais Psiquiátricos	Leitos
Instituto Philippe Pinel	91
Instituto Nise da Silveira	280
Hospital Jurandyr Manfredini	53
UERJ	15
Instituto Psiquiatria - UFRJ	115
Clínica Santa Edwiges	100
Clínica Valência	74
Clínica da Gávea	159
Clínica das Amendoeiras	160
Hospital Pedro de Alcântara	60
Sanatório Rio de Janeiro	120
Instituto Dr. Francisco Spinola	360
Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro	18
Instituto Juliano Moreira	612
Hospital Custódia Heitor Carrilho*	160
Leitos em Hospitais Gerais**	25
Total de Leitos em Operação	2402

* Hospital não atende o Universo do SUS.

** PAM Rodolpho Rocco e Hospital Estadual Pedro II.

Emergências: São atendidos no Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro (unidade estadual), no Instituto Municipal Phillipe Pinel, no PAM Rodolfo Rocco, porta de entrada do IMAS Nise da Silveira e no Hospital Municipal Jurandyr Manfredini. Essas unidades de emergência funcional 24h por dia.

Serviços substitutivos: Existem atualmente 10 CAPS II, 3 CAPSi, 1 CAPs AD, 79

ambulatórios de Saúde Mental, 21 Residências Terapêuticas com 100 moradores, 49 beneficiários no Programa de Volta Para Casa e 77 beneficiários da Bolsa Incentivo à Desospitalização municipal.

Medicamentos disponíveis:

Neurolépticos: Haloperidol, (*) Risperidona (*) Olanzapina e Clorpromazina

*Esses medicamentos são fornecidos pela Secretaria Estadual de Saúde somente para pacientes internados.

Ansiolíticos: Diazepam, Clonazepam e Bromazepam

Antidepressivos: Imipramina, Fluoxetina e Sertralina

Anticonvulsivante: Carbamazepina e Fenobarbital

Estabilizante de Humor: Carbonato de lítio, Carbamazepina

A rede é abastecida mensalmente. Os medicamentos estão disponíveis em toda a rede.

Recursos Humanos:

Psiquiatras: 235

Lotação: 110 em hospitais psiquiátricos, 73 em ambulatórios, 34 em CAPS, 03 em maternidades e 15 em hospitais gerais, de emergência, de apoio e institutos.

Psicólogos: 352

Lotação: 80 em hospitais psiquiátricos, 147 em ambulatórios, 54 em CAPS, 12 em maternidades e 59 em hospitais gerais, de emergência, de apoio e institutos.

Neurologistas: 26

Lotação: 25 em ambulatórios, 01 em hospital Psiquiátrico e 01 em CAPSi.

Terapeutas Ocupacionais: 40

Lotação: 21 em hospitais psiquiátricos, 05 em ambulatórios e 14 em CAPS.

Assistentes Sociais: 52

Lotação: 31 em hospitais psiquiátricos, 10 em ambulatórios e 11 em CAPS.

Número de Enfermeiros na Saúde Mental: 30

Lotação: 13 em hospitais psiquiátricos, 01 em ambulatórios e 16 em CAPs.

Outros Profissionais: 277

Lotação: 223 em hospitais psiquiátricos, 02 em ambulatório e 52 em CAPS.

Observação: Estão sendo implantadas mais 8 Residências Terapêuticas.

VASSOURAS

População: 33.520 (DATASUS, 2006)

Demanda: Os dispositivos de Saúde Mental dão conta da demanda. As internações são realizadas pela Casa de Saúde São José de Vassouras LTDA., que atende também outros municípios da região Centro-Sul. As internações normalmente são breves, ou seja, a rotatividade dos leitos é grande (80 leitos masculinos e 40 femininos).

Fila de espera: Há fila de espera para o ambulatório, por problemas de recursos humanos.

Principais Problemas: O maior problema do município é a falta, principalmente, de psiquiatras.

Encaminhamento após internação: Ambulatórios.

Redução de Leitos Psiquiátricos: O município apresenta hoje o mesmo número de leitos psiquiátricos dos registrados em 2003 pelo DATASUS (120).

Serviços substitutivos: 4 ambulatórios de Saúde Mental (1 na Policlínica Municipal (nome não oficial), 1 no Hospital Universitário Sul Fluminense (Univ. Severino Sombra), 1 no Hospital Eufrásio Teixeira Leite, instituição filantrópica, e 1 que funciona em um espaço destinado a ser um CAPS).

Medicamentos disponíveis:

Neurolépticos: Haloperidol, Risperidona, Clorpromazina e Olanzapina*

Ansiolíticos: Diazepam, Clonazepam e Bromazepam

Antidepressivos: Sertralina**

Hipnóticos: Nitrozepam**

Anticonvulsivante: Carbamazepina e Fenobarbital

Estabilizante de Humor: Carbamazepina

* Medicamento fornecido pela Secretaria Estadual através de cadastro.

** Não souberam informar. Observações: Os medicamentos foram informados com pouca precisão, pois o serviço funciona descentralizado em uma farmácia do município. A rede é abastecida trimestralmente.

Recursos Humanos:

Psicólogos: 04 (+ 1 contratado)

Lotação: 3 em ambulatório e 1 não soube informar

Neurologistas: 1

Lotação: 1 no ambulatório da Policlínica

Terapeutas Ocupacionais: 1

Lotação: 1 no ambulatório

BOM JESUS DO ITABAPOANA

População: 36.452 (DATASUS, 2006)

Demanda: Existem 680 pacientes cadastrados no CAPS, destes, cerca de 380 estão em atendimento atualmente. A entrada de pacientes é feita através do Pronto Atendimento (PA) do H. Geral (que não interna), direto no CAPS ou direto na Clínica conveniada do SUS. O CAPS tem conseguido êxito, mantendo, quando necessário, a maior parte da clientela com atendimento emergencial e sem internação.

Principais problemas: Na realidade não houve redução nas internações. Embora os leitos psiquiátricos contratados pelo SUS tenham sido reduzidos para 240, cerca de 380 internações continuam ocorrendo no único hospital psiquiátrico que existe na região Noroeste Fluminense, para 13 municípios - a Clínica de Repouso Itabapoana. Este hospital continuou internando pacientes de 3 estados, ES, RJ e MG, através de liminares na justiça, para garantia das AIHs que ultrapassam o teto estipulado pelo SUS. Além disto, os 10 leitos psiquiátricos que existiam em hospital geral (São Vicente de Paulo), foram desativados. A casa em que fica instalado o único CAPS é muito velha. A unidade deverá ser transferida para outra casa, a ser alugada pela prefeitura. Não há um repasse certo de recursos, depende das necessidades. A coordenação solicita repasses, de acordo com as necessidades que

surtem. Também existem alguns problemas com a garantia de periodicidade dos medicamentos. São realizadas compras emergenciais.

Encaminhamento após internação: CAPS.

Redução de leitos psiquiátricos: Comparado com os dados do DATASUS de 2003, em três anos o município registrou um acréscimo de 29 leitos, passando de 351 para 380 leitos, um aumento de 8,3%. Segundo a coordenação, a Clínica de Repouso Itabapoana (informações também nos dados do DATASUS 2006), deveria reduzir para 240 leitos, porém a instituição continua internando até seu limite.

Serviços substitutivos: 1 CAPSI, passando a CAPS II, 2 residências terapêuticas com 13 moradores, sendo 1 delas com 7 pacientes masculinos e a outra com 6 pacientes femininos. Há muito poucos inscritos no Programa de Volta Para Casa, segundo a coordenação, por falta de documentação principalmente. Os que recebem, dividem a bolsa com os outros moradores das Residências Terapêuticas que não tem.

Medicamentos disponíveis:

Neurolépticos: Haloperidol, Clorpromazina, Melleril, Levomepromazina

Ansiolíticos: Bromazepan, Clonazepan, Diazepan

Antidepressivos: Amitriptilina, Clomipramina, Fluoxetina, Imipramina

Anticonvulsivante: Fenitoína, Carbamazepina

Estabilizador de Humor: Lamotrigina, Valproato de Sódio

Hipnóticos: Dalmadorm, Nitrazepan

Outros: Sulpiride, Prometazina, Biperideno, Artane

Obs: A rede tem problemas com as compras de medicamentos, que são adquiridos algumas vezes emergencialmente, por causa do tempo exigido para licitação. Assim observa-se alguma descontinuidade nos tratamentos. O tempo máximo em que a unidade ficou sem medicamentos foram 15 dias.

Recursos Humanos:

Psiquiatras: 2

Lotação: CAPS e 1 deles também no Hospital Geral (PA).

Psiquiatras infantis: 0, as crianças são atendidas pela APAI e os adolescentes são cadastrados no CAPS.

Psicólogos: 7

Lotação: 2 no CAPS, 3 no CANCA (clínica de crianças, adolescentes e mulheres, que atende pacientes psiquiátricos crianças e adolescentes) e 2 no PA do Hospital Geral.

Terapeutas ocupacionais: 1

Lotação: CAPS

Assistentes Sociais: 8

Lotação: Prefeitura e CAPS

Outros: 2

Lotação: 2 professoras (ensino de 1º grau), no CAPS.

DISCUSSÃO

Um dado de importância para a avaliação da realidade da assistência psiquiátrica no Estado é a taxa de leitos psiquiátricos/1.000 habitantes. Esta taxa caiu 20% entre 1992 e 2004. Além disso, a taxa de leitos privados é acentuadamente maior do que a de leitos públicos. Entretanto os dados também mostram que essa desativação não foi acompanhada pela disponibilização de uma rede comunitária de serviços.

Hoje, o Estado tem uma taxa de 0,5 leitos/1.000 habitantes. Esta taxa traduziria um número adequado de leitos, se considerarmos que 1% da população sofre de quadros psicóticos graves e que destes pelo menos 5% necessitam de leitos psiquiátricos, sendo estimada a necessidade de, no mínimo, 0,5 leitos/1.000 habitantes (Andreoli, 2007). Entretanto, boa parte destes leitos não está disponível, pois pertencem a grandes hospitais psiquiátricos que têm seus leitos ocupados por pacientes com longo período de internação.

A política oficial do governo aponta para a redução cada vez maior dos leitos psiquiátricos, e para a criação das alternativas de tratamento na comunidade. Esta redução vem se acelerando a cada dia, principalmente em relação aos leitos públicos, ao mesmo tempo em que há um abandono destas unidades no que diz respeito aos recursos humanos, sem que os serviços comunitários alternativos à internação sejam criados em número suficiente. O número de ambulatórios em vez de ser aumentado, na realidade vem diminuindo. Hoje, a realidade que vemos nos ambulatórios ainda são filas de espera e um atendimento massificado, com longo intervalo entre as consultas. É importante destacar que, sem um tratamento ambulatorial efetivo, é muito difícil evitar internações. O que acontece é que os pacientes, por não terem acompanhamento ambulatorial quando recebem alta do hospital, acabam se reinternando. As alternativas de atendimento na comunidade, como os CAPS, são importantes, porém não substituem o atendimento psicoterápico ambulatorial individual e em grupo. O acompanhamento individualizado de cada paciente é indispensável para manter os pacientes na comunidade e manter o vínculo com o tratamento.

Outra questão relevante diz respeito à redução do percentual dos recursos em saúde investido em saúde mental nos últimos 5 anos em todo o Brasil, incluindo a Região Sudeste. Podemos observar que esta redução se deu em função de que os recursos, antes utilizados em internações, não foram transferidos para equipamentos extra-hospitalares.

De acordo com a política nacional de saúde mental, os Centros de Atenção Psicossociais são considerados dispositivos estratégicos no processo de mudança de modelo, e tem como uma das funções principais regular a porta de entrada da rede de assistência à saúde mental. Apesar de sua importância na reforma no modelo de assistência, mais que a metade dos municípios deste Estado ainda não têm este serviço, e mesmo nos que têm, a distribuição é bastante desigual. Cidades com menos de 20.000 habitantes deveriam contar principalmente com a rede básica e programa de saúde da família.

O Estado do Rio de Janeiro teve e ainda tem na sua área hospitais de grande porte. A desinstitucionalização destes pacientes, a maioria vivendo há muitos anos no hospital e com pouco ou nenhum vínculo social exige a presença de dispositivos que garantam programas de reinserção psicossocial e muitas vezes Programas de Residências

Terapêuticas. A distribuição dos Serviços Residenciais Terapêuticos no Estado ainda é bastante reduzida. Observamos, também, que o número de pacientes beneficiados com o Programa de Volta para Casa ainda é pequeno.

O principal instrumento utilizado nos países desenvolvidos para possibilitar o processo de desinstitucionalização foram as Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHGs). Seria utópico pensar que nenhum dos pacientes tratados nos ambulatórios e postos de saúde precisaria ser internado. Nas UPHGs, os pacientes não só ficam menos estigmatizados, como têm um acesso mais fácil e imediato a outras especialidades no caso de intercorrências clínicas. As UPHGs seguem a dinâmica do hospital geral – diagnóstico e tratamento imediatos, com alta logo a seguir; essa dinâmica é muito diferente da do hospital psiquiátrico – onde o indivíduo tende a ficar internado por períodos mais longos, pois este é encarado como um locus natural do paciente. No Brasil, a partir da década de 80 observamos um número maior de UPHGs, sendo que 1/3 delas foram criadas na década de 90, atingindo um total de 81 UPHGs em todo o país em 1996, com 27 delas em serviços públicos, 18 em universidades e 36 em serviços contratados. Entretanto, o surgimento de UPHGs substituiu apenas um percentual muito pequeno do total de internações psiquiátricas no país. Nos últimos 5 anos o percentual de internações em UPHGs em relação ao total de internações em leitos de hospitais psiquiátricos se manteve constante, representando apenas 3% das internações psiquiátricas no país. Portanto o país não se beneficiou deste excelente recurso para substituir com sucesso os hospitais psiquiátricos, e esses últimos continuam sendo praticamente a única alternativa para os momentos de crise.

As principais explicações para a lentidão do crescimento do número de UPHGs são:

- A organização assistencial em torno da internação psiquiátrica favorece a manutenção do hospital psiquiátrico com grande número de leitos. Esse modelo torna a assistência mais barata, sendo assim um meio de conter custos. A diária magra leva os pequenos serviços (UPHGs, micro-clínicas) a fecharem suas portas ou, no caso das UPHGs, a não abri-las. Ao mesmo tempo, todos, inclusive os dirigentes, criticam o macro-hospital; este, contraditoriamente, continua prestando tacitamente seus serviços, como requer o modelo.

- A resistência da equipe dos hospitais gerais em aceitar o paciente psiquiátrico, a qual se deve principalmente ao preconceito em relação aos transtornos mentais, como foi constatado em nosso meio por Tavares (1997). Segundo esse autor, as causas da referida resistência são as seguintes:

- Transtornos na enfermaria - os pacientes psiquiátricos seriam agitados e provocariam transtornos, ameaçando a tranquilidade das enfermarias.

- Medo do doente mental - o paciente psiquiátrico seria naturalmente agressivo, representando uma ameaça para os outros pacientes e para a equipe.

- Preocupações em relação a suicídio, agitação e agressão - o paciente psiquiátrico representaria uma grande responsabilidade para a equipe pela imprevisibilidade de seu comportamento.

- Falta de verba para manter equipe especializada e instalações apropriadas.

Em função dos problemas descritos acima, a admissão de pacientes psiquiátricos em um hospital geral exigiria instalações e equipe especiais para garantir a segurança e a tranquilidade no hospital.

Levando-se em conta os dois grupos de fatores acima, entende-se bem porque os leitos em UPHGs não conseguiram até hoje chegar à marca inicial de 5% do total de leitos psiquiátricos. Numa época em que se busca eficácia e lucro, a perspectiva não é otimista para as UPHGs, porque em relação a pacientes clínicos e cirúrgicos, o paciente psiquiátrico não é um bom meio para sucessos e lucro; ao contrário disso, ele pode ser um fator de diminuição dos lucros do hospital.

A organização dos serviços, o fluxo da demanda e o acompanhamento dos casos são fundamentais para o tratamento e a manutenção dos pacientes na comunidade. Quando se falha em tais cuidados, o paciente se perde numa rede de atendimentos mal articulados e insuficientes, sem conseguir ser tratado e visto adequadamente. Casos que poderiam ser resolvidos muitas vezes pelo clínico geral, passam por vários especialistas em função da falta de treinamento adequado destes profissionais para detectar problemas mais leves de distúrbios mentais. Neste sentido, o treinamento e capacitação de profissionais da atenção básica é de grande importância, principalmente em municípios de baixa densidade populacional.

A taxa de recursos humanos dos serviços de saúde mental por 100.000 habitantes nos diferentes municípios é exibido na **Tabela 15**. Na **Tabela 16** vemos a distribuição de serviços substitutivos em cada município.

Podemos verificar que a distribuição de recursos humanos é bastante heterogênea entre as cidades. As taxas para os psiquiatras das diferentes cidades variam entre 0,5 em Bom Jesus de Itabapoana, a 18,4 em Paracambi. Esta é a cidade com a maior concentração de psiquiatras e psicólogos, com taxas de 18,4 e 52,9 por 100.000 para psiquiatras e psicólogos, respectivamente. Na realidade, o Programa de Saúde Mental deste município está voltado para atender os egressos do Hospital Dr. Eiras, sob intervenção municipal desde junho de 2004 e em processo de desativação. Atualmente o município conta com 1267 pacientes ativos cadastrados em serviços substitutivos da cidade. Há 1 CAPS II, 1 CAPS AD, 1 ambulatório de Saúde Mental, 21 Residências Terapêuticas com 148 moradores (7 módulos de 44 pacientes) e 135 inscritos no Programa de Volta Para Casa e 10 leitos psiquiátricos em Hospital Geral - Hospital Municipal Alberto da Graça. Como Paracambi possui apenas 43.467 habitantes, apresenta uma das maiores taxas de serviços disponíveis. Interessante observar que Paracambi está muito acima das taxas de profissionais de Saúde Mental na Itália em 2005 (**Tabela 17**), próxima da taxa da França (2005) e mais distante das taxas de inúmeras cidades do mesmo Estado, tais como do Rio de Janeiro.

Rio Bonito, outra cidade que possui dois hospitais psiquiátricos - Hospital Colônia de Rio Bonito e Clínica Egos (Tanguá), tem 1 CAPS I e 1 ambulatório, tem menor concentração de psiquiatras do que a Itália, porém a segunda maior taxa de psicólogos encontrada, sendo cerca de 10 vezes maior que a da Itália e 6 vezes a da França. Aliás esta é a categoria profissional com maior taxa observada no estudo, chegando a ser no Município de Paracambi, por exemplo, 17 vezes maior que a da Itália.

Ainda sobre Rio Bonito, hoje o município tem 630 leitos (480 masculinos e 150 femininos), sendo o que teve menor redução de leitos psiquiátricos nos últimos 3 anos. Embora o município possua uma grande quantidade de leitos psiquiátricos, apenas 88 leitos do Hospital Colônia de Rio Bonito e 15 da Clínica Egos (Tanguá) são destinados a pacientes de Rio Bonito.

Entre as categorias profissionais é a de enfermeiros que tem a menor frequência, sendo a maior taxa destes municípios, a de Quatis (8,2), seguido por Mendes (5,6). Nos países desenvolvidos, a enfermagem representa papel central nos cuidados comunitários. No Reino Unido essa taxa é de 104, na França, 98 e na Itália 32,9.

A maior concentração de assistentes sociais está em Vassouras (taxa de 23,9) e Bom Jesus de Itabapoana (21,9), seguidas por Mendes (16,8), enquanto o Município do Rio de Janeiro apresenta taxa de 0,8 por 100.000 habitantes.

O Município do Rio de Janeiro, o maior visitado, tem uma das menores taxas de psiquiatrias, superando apenas Bom Jesus de Itabapoana, Angra dos Reis, Belford Roxo e Nova Iguaçu. A taxa de 3,8 é cerca de 6 vezes menor que a da França e 2,5 vezes menor que a da Itália. A taxa de psicólogos é semelhante à da França e maior que a da Itália e a de enfermeiros, inúmeras vezes menor que os três países europeus cujos dados são apresentados na **Tabela 17**. Em termos de frequência relativa, exhibe das menores. O município apresentou uma grande redução no número de leitos psiquiátricos. Dos municípios visitados, foi o segundo que mais reduziu proporcionalmente o número de os leitos, só perdendo para Paracambi (57,4%). Foram extintos 2.238 leitos psiquiátricos nos últimos três anos, passando de 4.455 (2003) para 2.217 leitos (2006), diferença que corresponde a uma redução de 50,2%.

Existem atualmente no município 10 CAPS II, 3 CAPSi, 1 CAPs AD, 79 ambulatórios de Saúde Mental, 21 Residências Terapêuticas com 100 moradores, 49 beneficiários no Programa de Volta Para Casa e 77 beneficiários da Bolsa Incentivo à Desospitalização. Assim, comparativamente, o Rio de Janeiro é um dos que possui menos recursos humanos e de dispositivos extra-hospitalares. Entretanto Mendes, uma cidade de apenas 17.801 habitantes, possui 1 CAPS I e 1 ambulatório de Saúde Mental, exhibe a terceira maior concentração de psiquiatrias, a primeira maior concentração de Terapeutas Ocupacionais, Assistentes Sociais e outros profissionais de Saúde Mental não especificados e a segunda de enfermeiros. Possui também psiquiatra infantil, o que não ocorre em 50% das outras cidades visitadas. O antigo Hospital Psiquiátrico de Mendes ainda disponibiliza 106 leitos masculinos. Mendes, tem também 2 leitos em hospital geral, 1 a menos do que os 3 registrados em 2003 pelo DATASUS.

Outra cidade de menos de 20.000 habitantes é Quatis, que não possui CAPS e tem 1 ambulatório para atendimentos de Saúde Mental. Quatis tem apenas psiquiatra infantil e TO. Em Quatis, até junho de 2005, a Clínica Vale do Paraíba tinha 240 leitos, que estão em processo de desativação. Hoje são 169 internos.

Niterói tem melhor frequência de recursos humanos do que o Rio de Janeiro, sendo que a taxa ponderada de CAPS é de 0,84 por 100.000, enquanto no Rio é de 0,18.

O município conta hoje com 320 leitos psiquiátricos em 3 instituições, 215 a menos do que registrados em 2003 pelo DATASUS: uma redução de 40,2 %. Têm 2 CAPS II, 1 CAPSi, 1 CAPs AD, 2 residências terapêuticas com 14 moradores e 27 inscritos no Programa de Volta Para Casa. É o município do Estado do Rio de Janeiro com o maior número de CAPS/100.000 habitantes, segundo dados do MS de dezembro do ano passado (0,84/100.000). A redução de leitos psiquiátricos no município vem acompanhada de um crescimento significativo no número de serviços substitutivos.

Quanto a disponibilização de medicamentos, os municípios visitados alegam não ter problemas de abastecimento em relação aos medicamentos psiquiátricos básicos.

Em tempos de globalização, é pouco provável que a combinação entre a atenção clínica e psiquiátrica receba alta prioridade em um sistema de saúde orientado pelo managed care, a menos que o problema seja revisto em termos de otimizar resultados, em um sistema de cuidados médicos outcome driven (dirigidos pelo resultado). Nos EUA, alguns planos de saúde americanos orientados pelo managed care alertam os psiquiatras para que seja utilizada toda tecnologia farmacológica disponível para tratar doenças clínicas que possam levar a um estado depressivo. É importante que a depressão e a ansiedade sejam tratadas, mesmo quando ainda não atingiram a dimensão de transtorno psiquiátrico, pois agravam o impacto funcional na doença física.

A partir desta ótica, as soluções propostas para o sistema de Saúde Mental podem basear-se em serviços de Saúde Mental de emergência e limitar o atendimento do paciente psiquiátrico crônico ao tratamento farmacológico. Qualquer destas soluções é dar um passo para trás, porque ambos levam a um racionamento extremo da prestação de serviços clínicos em psiquiatria. A defesa de uma reforma na assistência à saúde mental é necessária, pois a distribuição de recursos na área de saúde é injusta, insatisfatória, e indefensável do ponto de vista ético ou científico. A questão de limitar o atendimento ou defini-lo a partir de estratégia de custos é duvidosa, tanto para a clínica quanto para a psiquiatria.

A política neoliberal do Banco Mundial e do FMI, em relação às Reformas Sanitárias e à Seguridade Social, fracassou no enfrentamento da desigualdade e da injustiça social na América Latina. Doenças como cólera, malária, dengue e tuberculose voltaram a assaltar o continente, além de não se ter conseguido um controle da AIDS. A utopia do direito à saúde para todos, e de que todos os povos do mundo, até o ano 2000, atingissem um nível de saúde que lhes permitisse levar uma vida social e economicamente produtiva (Declaração de Alma-Ata, 1978), foi definitivamente adiada; o lema “saúde para todos até o ano 2000” de fato transformou-se em pesadelo público nos países pobres, que pagam o maior tributo à AIDS e à tuberculose. Os conflitos e as tensões sociais foram intensificadas pela política de privatização, aumentando a pobreza da maioria da população mundial. A globalização da economia organizou um único mercado mundial onde circula principalmente o capital

especulativo, com o conseqüente aumento da prevalência dos transtornos mentais diante da desigualdade.

Como já foi dito, para que se evite ao máximo a internação psiquiátrica é indispensável que exista uma rede ambulatorial bem distribuída que se disponha a promover assistência de qualidade os portadores de distúrbios mentais, sejam eles leves ou graves. No Brasil estes dados não estão disponíveis, ou seja, número de ambulatórios de psiquiatria por região; não se sabe nem mesmo quantos ambulatórios existem no país. Por testemunho dos profissionais do setor, sabe-se que são poucos, muito aquém do que seria necessário. Podemos apenas supor, diante do quadro de sucateamento geral do sistema, que esses não tenham sido poupados. As unidades ambulatoriais do INAMPS, antigos PAMs, faziam atendimentos quase trimestrais, que muitas vezes se limitavam à troca de receitas, sem um plano ou proposta psicoterápica ou de reintegração social. Esta realidade não se modificou muito, apesar das lutas e propostas de reforma psiquiátrica, pois os serviços públicos não têm investido na contratação de pessoal, principalmente na contratação de médicos psiquiatras. Além disso, a falta de integração dos serviços, num programa de fluxo e encaminhamentos adequados, provoca a desintegração dos diversos níveis do sistema de Saúde Mental e muitas vezes a superposição de funções.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos são instrumentos fundamentais no processo de reforma psiquiátrica. Isto porque o doente mental grave não tem como garantir sua sobrevivência sozinho.

Em resumo, os serviços comunitários alternativos à internação psiquiátrica no Estado do Rio de Janeiro estão muito aquém do necessário. Os 57 CAPS, embora representem avanços na política de atendimento, na melhor das hipóteses significam 35% do que é necessário. Os Serviços Residenciais Terapêuticos vêm se mostrando alternativas eficientes à internação prolongada, mas ainda estão restritos a determinadas áreas, geralmente no entorno de antigos macro-hospitais e em número insuficiente. O Programa de Volta para Casa não consegue atingir um número significativo de usuários, muito em função da burocracia que envolve a obtenção dos documentos necessários para sua efetivação, como certidão de nascimento e CPF. Os ambulatórios funcionam com deficiência de recursos humanos, principalmente psiquiatras.

Se o objetivo é mesmo atender o conjunto de usuários da população, infelizmente não é neste rumo que vem caminhando o nosso sistema de saúde. Isto é, na área de saúde mental, as decisões não têm vindo de encontro aos interesses da população, mas afastam-se deles.

Tabela 15: Taxa de recursos humanos dos serviços de saúde mental por 100.000 habitantes em diferentes municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2006.

Município	Psiquiatra	Psiquiatra infantil	Psicólogo	Terapeuta Ocupacional
Angra dos Reis	2,8	0,7	9	0,7
Campos	4,2	0,2	7,2	0,9
Mendes	11,2	5,6	22,5	5,6
Belford Roxo	1,2	0,2	3,3	0,6
Cabo frio	7,2	0,6	3	-
Niterói	11,3	0,4	12,8	3,1
N. Iguaçu	0,9	0,1	1,9	0,2
Paracambi	18,4	-	52,9	4,6
Petrópolis	5,5	-	11,6	0,9
Quatis	8,2	-	8,2	-
Rio Bonito	5,6	-	30,1	-
Rio de Janeiro	3,8		5,7	0,6
Vassouras	-	-	14,9	3
B. J. Itabapoana	0,5	-	19,2	2,7
Município	Assistente Social	Enfermeira	Neurologista	Outros
Angra dos Reis	1,3	0,7	-	1,3
Campos	3,2	2,8	-	0,7
Mendes	16,8	5,6	-	11,2
Belford Roxo	0,8	0,8	-	7,2
Cabo frio	1,2	-	-	3
Niterói	2,5	4,4	0,2	0,8
N. Iguaçu	0,2	0,3	0,6	0,3
Paracambi	9,2	4,3	-	-
Petrópolis	0,9	-	0,6	0,3
Quatis	8,2	8,2	8,2	-
Rio Bonito	5,6	1,9	3,8	1,9
Rio de Janeiro	0,8	0,5	0,4	4,5
Vassouras	23,9	-	3	-
B. J. Itabapoana	21,9	-	-	0,5

Tabela 16: Distribuição de serviços substitutivos em municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2006.

Município	CAPs I	CAPs II	CAPs III	CAPSI
Angra dos Reis		1		
Campos		1		1
Mendes	1			
Belford Roxo		1		1
Cabo frio				
Niterói		2		1
N. Iguaçu		1		1
Paracambi		1		
Petrópolis		1		1
Quatis				
Rio Bonito	1			
Rio de Janeiro		10		3
Vassouras				
Município	CAPs AD	Ambulatório	SRT	Prog. Volta Casa (pacientes)
Angra dos Reis		2		
Campos	1	3		
Mendes	1			
Belford Roxo	1		2	
Cabo frio		3		
Niterói	1		2	
N. Iguaçu	1	1		15
Paracambi	1	1	21	135
Petrópolis		2		
Quatis			1	
Rio Bonito		1		
Rio de Janeiro	1		21	49
Vassouras		4		

Tabela 17: Taxas de recursos humanos de saúde mental/100.000 habitantes, em diversos sistemas de saúde.

	Psiquiatra	Psicólogo	Assistente Social	Enfermeiro
Itália (2005)*	9,8	3,2	6,4	32,9
UK (2005)*	11	9	58	104
França (2005)*	22	5	-	98
Brasil (2003)**	2,7	6,9	6,6	0,38
Est. Rio de Janeiro (2002)***	4,7	6,9	-	-
Mun. Rio de Janeiro (2006)****	3,8	5,7	0,8	0,5

Fontes:

* WHO, 2005 (Project Atlas: Resources for Mental Health and Neurological Disorders)

** Andreoli,SB, 2007

*** DATASUS, 2002

**** Coordenação de Saúde Mental – SMS RJ, 2006

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABELHA, L., LEGAY, L.F. & LOVISI, G. O processo de reforma psiquiátrica brasileira na era da globalização: desafios e perspectivas. *Cadernos de Saúde Coletiva*, v. 12, n. 1, p. 9–25, 2004.
- ANDREOLI, S.B. Serviços de saúde mental no Brasil. In: MELLO, M.F., MELLO, A.A.F. & KOHN, R. *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. Porto Alegre : Artmed , 2007.
- ARNHOFF, F.N. Social consequences of policy towards mental illness. Indiscriminate shifts from hospital to community treatment may incur high social costs. *Science*, n. 188, p. 1277-1281, 1981.
- BANDEIRA, M. Desinstitucionalização ou transinstitucionalização: lições de alguns países. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* , v. 40, n. 7, p. 355-360, 1991.
- BANDEIRA, M., LESAGE, A., MORISSETTE, R. Desinstitucionalização: importância da infra-estrutura comunitária de saúde mental. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 4, n. 12, p. 659-666, 1998.
- FURTADO, J.P. *Avaliação da situação atual dos serviços residenciais terapêuticos existentes no SUS*. Brasília : Ministério da Saúde, 2005.
- HAFNER, H. & HEIDEN, W. The evaluation of mental health care system. *Br. J. Psychiatry*, n. 155, p. 12-17, 1989.
- JORGE, Mauro Aurélio Soares. *Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental*. (Mestrado) Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 1997. 117 p.
- LAMB, R.H. The new asylums in the community. *Arch. gen. Psychiatry*, n. 36, p. 129-134, 1979.
- LANGSLEY, D.G. The Community Mental Health Center: does it treat patients? *Hosp. Com. Psychiatry*, n. 31, p. 815-819, 1980.
- LEFF, J. *Care in the community. Illusion or reality?* Chichester : John Willey & Sons, 1997.
- LEFF, J., DAYSON, D., GOOCH, C., THORNICROFT, G. & WILLS, W. The TAPS Project 19: quality of life of long-stay patients discharged from two psychiatric institutions. *Psychiatr. Serv.*, n. 47, p. 62-67, 1996a.
- LEFF, J., TRIEMAN, N. & GOOCH, C. The TAPS Project 33: a prospective follow-up study of long-stay patients discharged from two psychiatric hospitals. *Am. J. Psych.*, n. 153, p. 1318-1324, 1996b.
- LEFF, J. & TRIEMAN, N. Long-stay patients discharged from psychiatric hospitals: social and clinical outcomes after five years in the community. The TAPS Project 46. *Br. J. Psychiatry*, n. 176, p. 217-223, 2000.
- LIMA, L.A., BANDEIRA, M., GONÇALVES, S. Validação transcultural do inventário de habilidades de vida independente para pacientes psiquiátricos-(ILSS-BR). *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 52, n. 2, p. 137-142, 2003.
- MINAYO, M.C.S. & SANCHES, O. Quantitativo - Qualitativo: oposição ou complementaridade? Rio de Janeiro, *Cadernos de Saúde Pública*, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993.

