

SAÚDE MENTAL: ANÁLISE DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM GOIÁS

*Airton dos Santos Filho (MD), Wisley Velasco (AnSist, MSc)
Alessandra Lima (CD, PhD), Luciana Vieira (Ft, PhD),
14 de dezembro de 2021*

Contextualização

A evolução das ferramentas terapêuticas e modelos de atenção em saúde mental deve ser analisada sob a ótica da história da Psiquiatria como especialidade, suas possibilidades e adequação ao contexto sociocultural vigente. O modelo asilar, ultrapassado nos dias de hoje diante dos avanços da psicofarmacologia e da psiquiatria comunitária, já representou, no passado, um progresso; numa época em que as pessoas portadoras de transtornos mentais eram marginalizadas da sociedade e literalmente abandonadas a própria sorte, por exemplo, em navios à deriva nos rios europeus, descritos como “Nau dos loucos” por Michel Foucault em “A história da Loucura” (FERREIRA, 2001).

A estratégia de abrigar os doentes em instituições asilares no intuito de compreender a psicopatologia e evolução natural dos transtornos mentais foi utilizada, por exemplo, na França por Philippe Pinel (1745-1826), dando origem aos primeiros hospitais psiquiátricos do mundo (HARRIS, 2003). Entretanto, no século XX, estas instituições foram marcadas por superlotação, negligência de cuidados e maus-tratos. O fechamento destes hospitais, chamados de “manicômios”, ocorreu de forma mais intensa a partir do início do século XXI, atendendo aos princípios gerais de respeito aos Direitos Humanos e desinstitucionalização preconizados pela Organização Mundial de Saúde – OMS (WHO, 2003).

Os modelos de assistência em Saúde Mental têm sido revistos nas últimas quatro décadas ao redor do mundo (SEALY, 2004; DALTON-LOCKE, 2021; JOHNSON, 2021). Neste período, mudanças profundas foram impulsionadas por organismos internacionais com o objetivo de garantir a dignidade das pessoas como pilar fundamental das diversas modalidades de atenção à saúde mental e coibir violações de direitos humanos. Marcos legislativos importantes, como a Declaração de Caracas (PAHO/WHO,1990); e normas técnicas como as Diretrizes para a Promoção dos Direitos Humanos de Pessoas com Transtornos Mentais (WHO,1996), foram desenvolvidos pela OMS para nortear a organização de serviços de modo a garantir a aplicação desses direitos (WHO, 2003).

Em termos práticos, os sistemas de saúde passaram a investir em dispositivos de base comunitária invertendo, gradativamente, a lógica de cuidado centrada no hospital psiquiátrico (WHO, 2021a). Esta transição, também chamada de “desinstitucionalização”, envolve fundamentalmente 03 (três) processos: mudança do paradigma de dependência do hospital psiquiátrico, aumento da oferta de leitos de saúde mental nos hospitais gerais e criação de redes de atenção / serviços na comunidade (SEALY, 2004).

O processo de desinstitucionalização ocorre de forma heterogênea entre diferentes países e, até mesmo, entre regiões de um mesmo país (SEALY, 2004). Na União Europeia (UE), embora tenha havido uma redução de cerca de 9% do número de leitos psiquiátricos por 100.000 habitantes entre 2007 e 2017, esta taxa varia consideravelmente entre os estados-membros, conforme demonstrado na Figura 1 (EUROPEAN COMISSION, 2019).

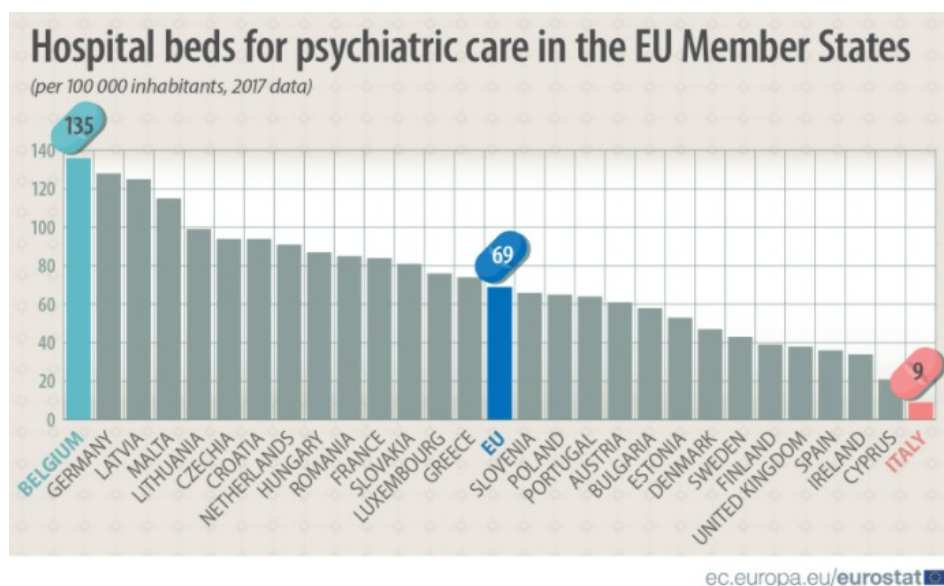


Figura 1: Número de leitos psiquiátricos por 100.000 habitantes nos países da União Europeia em 2017 (EUROPEAN COMISSION, 2019).

As causas desta heterogeneidade dos números ainda não foram completamente esclarecidas. Podem estar associadas ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) dos países e, conseqüentemente, aos investimentos em saúde, educação e políticas sociais, bem como à velocidade de desenvolvimento de serviços comunitários e transição do modelo hospitalocêntrico (METCALFE, 2020). A Itália, por exemplo, que apresenta o menor número de leitos por 100.000 habitantes quando comparada aos demais membros da UE, é historicamente reconhecida por adotar medidas drásticas de reformulação da assistência psiquiátrica, tendo iniciado o fechamento de hospitais psiquiátricos nas décadas de 60 e 70 em um movimento conduzido pelo psiquiatra italiano Franco Basaglia (FOOT, 2014).

Qualidade da Assistência

A OMS desenvolveu, em 2012, um manual de avaliação de serviços de saúde mental (**WHO QualityRights Tool Kit**) com base nos princípios da “*United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities – CRPD*” (WHO, 2012). Um dos objetivos do manual é de auxiliar os países na melhoria da qualidade da rede assistencial (ambulatorial/internação) e coibir a violação dos direitos humanos. Cada princípio ou direito da CRPD é subdividido em padrões de qualidade e critérios a serem seguidos pelas instituições, como apresentado no quadro 1.

Princípio CRPD: Direito a um nível de vida adequado (Artigo 28)
Padrão de qualidade: A instituição está em boas condições físicas.
Critérios: <ul style="list-style-type: none">• As instalações da instituição (hospital) estão em bom estado de conservação (ex.: as janelas não estão quebradas, as paredes não estão descascadas etc);• O prédio é acessível para pessoas com deficiências físicas;• A iluminação (artificial e natural), climatização e ventilação proporcionam um ambiente confortável;• As medidas de prevenção contra incêndio estão em ordem.
Padrão de qualidade: Usuários do serviço podem se comunicar livremente e o direito à privacidade é respeitado.
Critérios: <ul style="list-style-type: none">• Telefones, cartas, e-mail e/ou internet são disponibilizados de maneira gratuita e sem censura aos usuários do Serviço;• Privacidade de comunicação é preservada;• Usuários podem receber visitas, escolher quem e quando poderá visitá-los em tempo adequado;• Usuários podem circular livremente pela Instituição.

Quadro 1: WHO QualityRights Tool kit (WHO, 2012).

No Reino Unido, o **Royal College of Psychiatrists** por meio do seu departamento **CCQI – College Centre for Quality Improvement** publicou, em 2017, um manual reunindo as diretrizes e padrões de qualidade estabelecidos pelo **NHS – National Health Service** e **NICE – National Institute for Health and Care Excellence** para serviços de internação em saúde mental (ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS, 2017). O guia aborda desde o acesso do paciente às enfermarias ou unidades, admissão, avaliação, manejo, tratamentos e planos de alta, até o ambiente físico, staff e governança. Cada critério passa por avaliação crítica de um time de especialistas em acreditação, sendo classificado de acordo com a qualidade (definida como a proximidade com a experiência do paciente), clareza e mensurabilidade. Os valores que norteiam o desenvolvimento dos padrões de qualidade assistencial são:

- Acesso: pacientes têm o acesso aos tratamentos e cuidados de que necessitam, quando e onde precisam;
- Compaixão: serviços comprometidos com o cuidado compassivo dos pacientes;
- Valorização das relações: o valor das relações entre as pessoas é primordial;

- Envolvimento do cuidador e paciente: pacientes e colaboradores estão envolvidos em todos os aspectos do processo de cuidado;
- Ambiente de aprendizagem: aprendizagem contínua dos colaboradores;
- Liderança, gestão, cuidado eficaz e eficiente: os serviços são bem conduzidos, dotados de recursos e geridos de forma eficiente;
- Segurança: os serviços são seguros para pacientes e cuidadores.

Em relação às boas práticas de funcionamento dos serviços de internação para pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, as instituições norte-americanas **SAMHSA – Substance Abuse and Mental Health Services Administration**, vinculadas ao *U. S. Department of Health & Human Services* (SAMHSA, 2021), e a **ASAM – American Society of Addiction Medicine** (ASAM, 2021) desenvolveram manuais com base nas melhores evidências disponíveis até o momento. O guia da SAMHSA, publicado em 2021, intitulado *“Treating Concurrent Substance Use Among Adults”* reúne além de diretrizes de cuidado com base em evidências científicas, exemplos de programas eficientes e uma seção destinada exclusivamente ao desenvolvimento de estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade dos serviços (SAMHSA, 2021). Os critérios da ASAM (quadro 2), constantemente revistos desde a década de 80, estão divididos em 06 (seis) dimensões no intuito de criar uma avaliação holística e biopsicossocial do indivíduo, devendo ser utilizados para o planejamento de serviços e tratamento em todos os níveis de cuidado (ASAM, 2021).

Dimensões de avaliação – Critérios ASAM (American Society of Addiction Medicine)	
Dimensão	Avaliação e foco do plano de tratamento
Potencial de intoxicação aguda ou abstinência	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar e manejar quadros de intoxicação e/ou abstinência agudos
Complicações clínicas e condição médica geral	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar e tratar comorbidades clínicas • Encaminhar problemas clínicos graves para unidades de maior complexidade
Comorbidades psiquiátricas / aspectos comportamentais, cognitivos e emocionais	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar e tratar complicações psiquiátricas subdiagnosticadas • Encaminhar comorbidades psiquiátricas graves para unidades especializadas
Prontidão para mudança	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar estágios motivacionais • Adequar abordagens ao nível de prontidão para mudança (reforço das técnicas de entrevista motivacional)
Recaída, uso contínuo ou persistência de uso problemático	<ul style="list-style-type: none"> • Reforço das estratégias de prevenção de recaídas • Avaliar períodos anteriores de abstinência e/ou bem-estar
Ambiente de reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação das necessidades individuais (moradia, emprego, renda, educação, problemas legais) • Identificar pontos de apoio, suporte social e/ou familiar

Quadro 2: Critérios ASAM – Dimensões de avaliação (ASAM, 2021).

Como serviços de excelência de natureza pública, que unem além de assistência em saúde mental (ambulatorial e internação), atividades de ensino e pesquisa de qualidade, podemos citar:

- Canadá (Toronto): **CAMH – The Centre of Addiction and Mental Health**, vinculado à Universidade de Toronto;
- Inglaterra (Londres): **Maudsley Hospital** vinculado ao NHS e à universidade *King's College London*;
- Brasil (São Paulo): **CAISM – Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental** vinculada à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) e à Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

Análise de Dados Locorregionais

No Brasil, as mudanças da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) se iniciaram de forma mais intensa a partir da promulgação da Lei Federal 10.216/2001 que estabeleceu a internação psiquiátrica como intervenção a ser realizada apenas quando os recursos terapêuticos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (BRASIL, 2001), realçando desta forma, a necessidade de criação de uma rede de serviços de base comunitária e territorial substitutiva. Desde então, tem ocorrido a estruturação de novos dispositivos pertencentes à chamada Rede de Atenção Psicossocial – RAPS (BRASIL, 2011), bem como a redução progressiva do número de leitos em hospitais psiquiátricos. De acordo com levantamento realizado pelo Ministério da Saúde, o Brasil possuía 51.393 leitos em hospitais especializados no ano de 2002. Já em 2014, este número havia caído para 25.988, ou seja, uma diminuição de cerca de 50% em uma década (BRASIL, 2015).

A realidade brasileira e do estado de Goiás foi analisada sob o aspecto de número de leitos de psiquiatria cadastrados, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) habilitados e Índice de Cobertura da Assistência Psicossocial (iRAPS). Para tanto, os dados foram extraídos em novembro de 2021, utilizando-se as ferramentas Tabwin e Tabnet do DATASUS.

A implantação dos demais dispositivos da RAPS e o ritmo da oferta de serviços varia entre os estados. Dados extraídos em novembro de 2021 (Tabwin/DATASUS), referentes ao período de 2012 a outubro de 2021, mostram que a Paraíba, por exemplo, ocupava em 2019 o 1º lugar no ranking das UF com a maior taxa de CAPS habilitados por habitantes no Brasil (Figura 2), enquanto Goiás estava na 20ª posição.

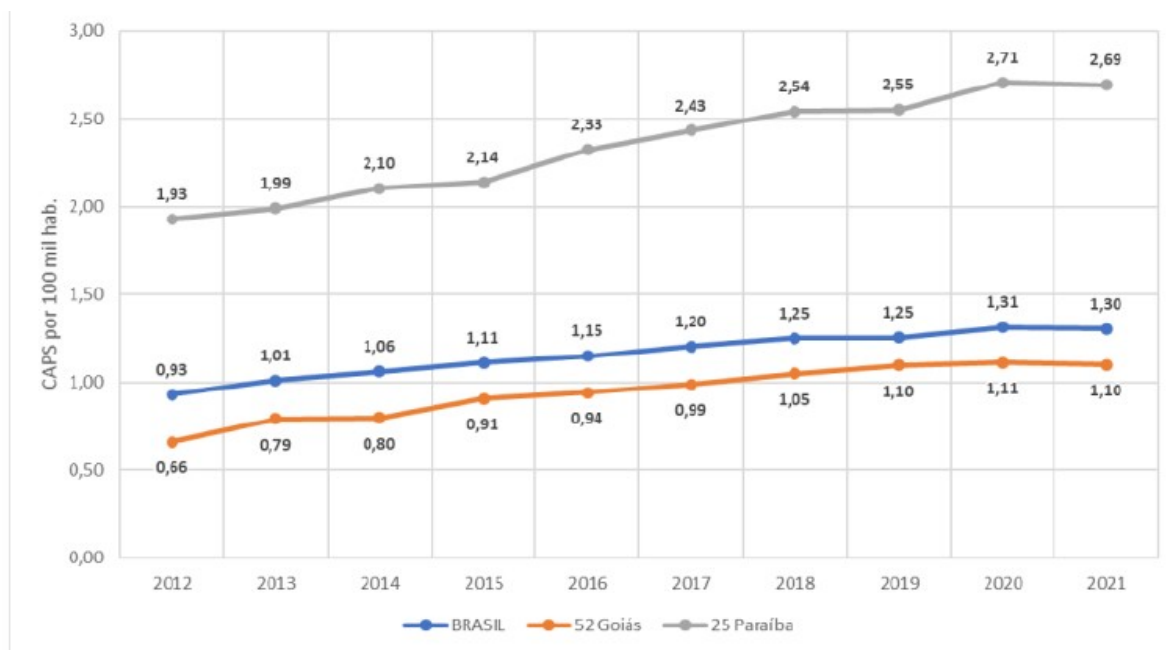


Figura 2: Taxa de CAPS habilitados por 100 mil habitantes no Brasil, em Goiás e na Paraíba.

Fonte: DATASUS, dados extraídos em novembro de 2021, via Tabwin

De acordo com dados referentes a **outubro de 2021**, provenientes do banco de dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS), extraídos via Tabet/DATASUS), existem **18.929 leitos** de internação cadastrados na especialidade Psiquiatria no Brasil, sendo 13.352 em hospitais especializados e 4.033 em hospitais gerais. Este número corresponde a **8,84 leitos por 100.000 habitantes**. As taxas variam entre as Unidades Federativas (UF), por exemplo, de 9,68 leitos/100.000 habitantes no estado de Goiás e 7,66 na Paraíba, além de refletir o mesmo fenômeno descrito anteriormente na União Europeia, apontam também uma correlação entre a expansão da rede de serviços extra-hospitalares e a diminuição dos leitos nos hospitais psiquiátricos.

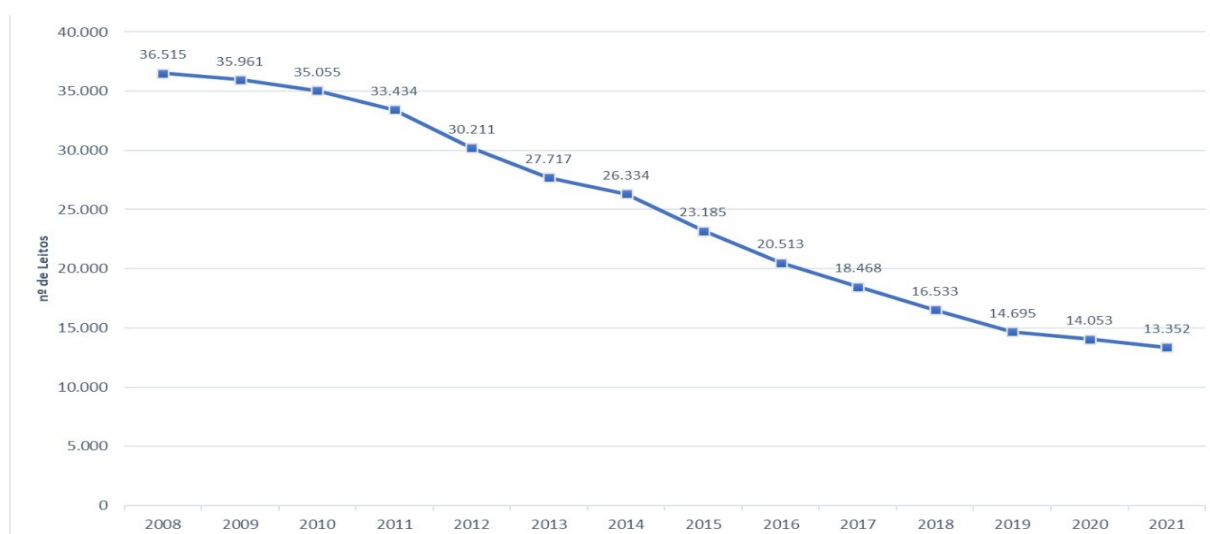


Figura 3: Número de leitos SUS (públicos/conveniados) em hospitais psiquiátricos, no Brasil.

Fonte: DATASUS, dados extraídos em novembro de 2021, via Tabwin

A Figura 3 apresenta evolução do número de leitos públicos e conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS), em hospitais psiquiátricos, no Brasil de 2008 até 2021. As figuras 4 e 5, por sua vez, mostram a evolução do número de leitos de Psiquiatria no Brasil e em Goiás, respectivamente, conforme o tipo de financiamento (público/conveniado ao SUS e privado), para o mesmo período (2008 a 2021); a partir de dados extraídos em novembro de 2021, via Tabwin/DATASUS.

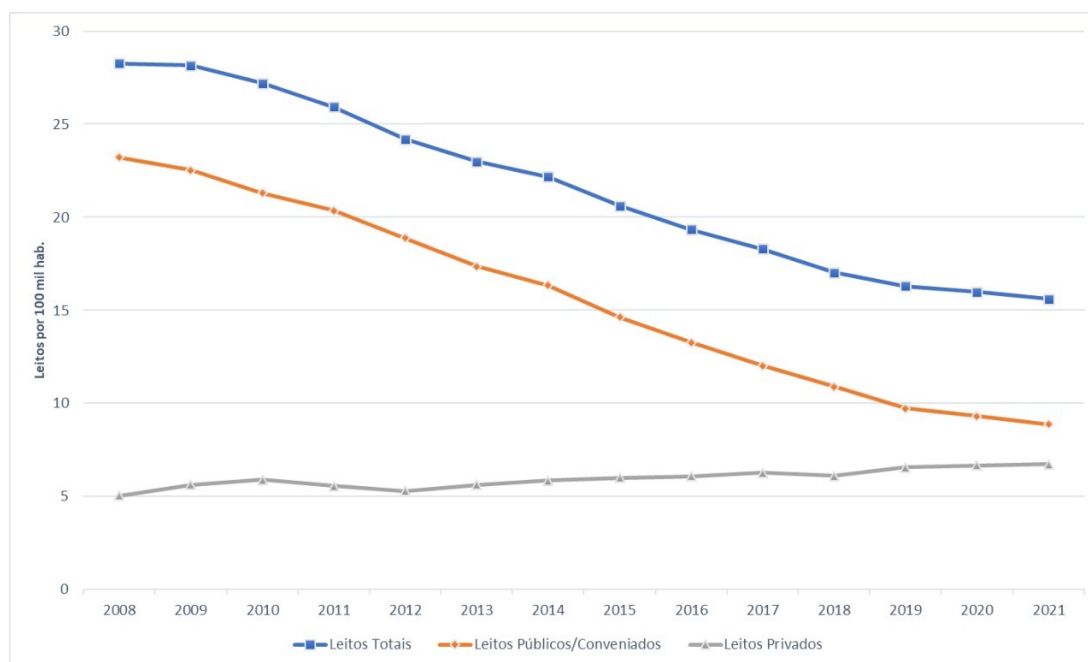


Figura 4: Número de leitos cadastrados na especialidade Psiquiatria, no Brasil

Fonte: DATASUS, dados extraídos em novembro de 2021, via Tabwin

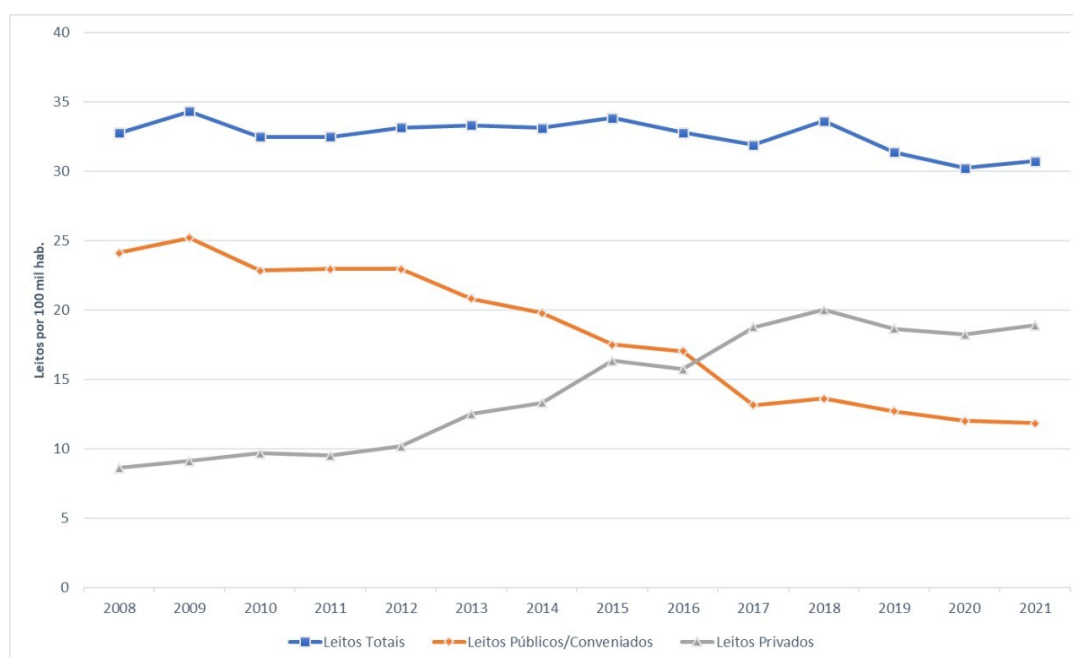


Figura 5: Número de leitos cadastrados na especialidade Psiquiatria, em Goiás

Fonte: DATASUS, dados extraídos em novembro de 2021, via Tabwin

Ao comparar a evolução das curvas no Brasil (figura 4) e em Goiás (figura 5), observa-se no estado uma tendência diferente, com aumento do número de leitos privados, a partir de 2012, resultando na manutenção do número total de leitos (considerando públicos/conveniados e privados) relativamente estável ao longo dos anos. Este fenômeno torna-se mais perceptível a partir de 2016, quando o número de leitos privados por 100 mil habitantes ultrapassa os leitos públicos/conveniados ao SUS. Tal fato aponta indícios de que a demanda por internações continua a existir no estado de Goiás e, ao não ser absorvida pelo SUS, deixa uma lacuna importante que é aproveitada pelo mercado de saúde – rede privada.

Em relação à demanda de serviços de internações em psiquiatria, Rocha e colaboradores (2021) demonstraram que, simultaneamente à redução das internações em hospitais especializados, observou-se um aumento das internações psiquiátricas em hospitais gerais, entre os anos de 2000 e 2014 (ROCHA, 2021).

Nesse sentido, analisou-se as taxas de internações psiquiátricas pelos grupos de causas da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) mais prevalentes, quais sejam, Transtornos Orgânicos (F00– F09), Transtornos por Uso de Substâncias (F10–F19), Transtornos psicóticos (F20–29) e Transtornos de Humor (F30–F39). A taxa de internações psiquiátricas em leitos públicos e conveniados ao SUS, por 100 mil habitantes, foi calculada para o Brasil e para Goiás, conforme tipo de hospital (hospitais especializados e hospitais gerais), no período de 2008 a 2021, a partir de dados extraídos em novembro de 2021, via Tabwin/DATASUS. Foram incluídas, também, as internações em leitos não psiquiátricos pelos mesmos CIDs, elencados acima.

O resultado de tal análise pode ser observado nas figuras 6 e 7, para Brasil e Goiás, respectivamente. Assim como os resultados de Rocha e colaboradores (2020), a série histórica após 2014 demonstra nítida redução das internações nos hospitais especializados, tanto no Brasil como em Goiás.

No entanto, é necessário ponderar que, no estado de Goiás, ao mesmo tempo que se observa a redução total da taxa de internações psiquiátricas existe uma tendência de aumento das internações psiquiátricas em outros tipos de leitos/hospitais. Ou seja, observa-se a ocorrência de internações psiquiátricas em leitos que não sejam de saúde mental, como por exemplo, leitos clínicos, cirúrgicos e/ou obstétricos no estado de Goiás (Figura 7). Ainda é digno de nota que, no ano de 2016, tais internações superam as internações psiquiátricas em leitos de saúde mental e de psiquiatria dos Hospitais Gerais. Fato não observado no Brasil (figura 6).

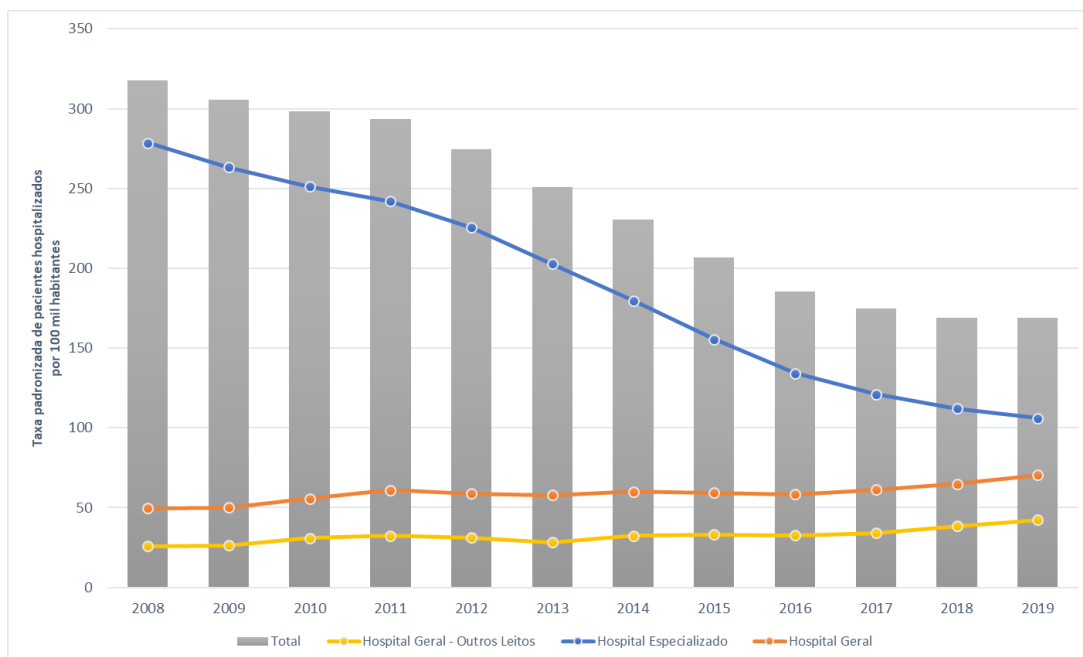


Figura 6: Taxa de internações psiquiátricas por 100 mil habitantes no Brasil.

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH), dados extraídos em novembro de 2021, via Tabwin

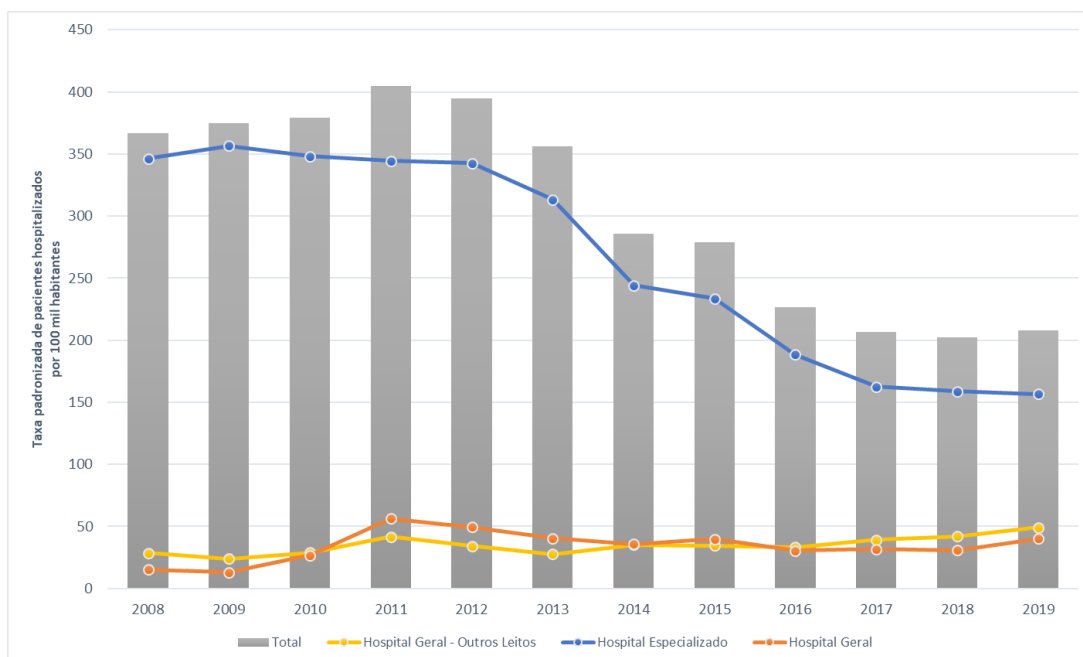


Figura 7: Taxa de internações psiquiátricas por 100 mil habitantes em Goiás.

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH), dados extraídos em novembro de 2021, via Tabwin

Frente a tais discrepâncias procedeu-se ao cálculo dos coeficientes de inclinação ou angular da reta de regressão, que contribui para a análise do ritmo de evolução das taxas de internações psiquiátricas ao longo dos anos.

A diminuição das internações em hospitais especializados em Goiás ocorreu em um ritmo mais acelerado do que no Brasil: coeficiente de inclinação (GO) = -20,2 por 100 mil

habitantes versus coeficiente (BR) = -16,9 por 100 mil habitantes. Isso quer dizer que, para cada ano, espera-se que a taxa de internações psiquiátricas em hospitais especializados diminua, em média, 20,2 internações para cada 100 mil habitantes em Goiás (tabela 1).

Em contrapartida, as taxas de internação nos hospitais gerais permaneceram relativamente estáveis no Brasil e em Goiás (Coeficiente de inclinação = 0,3) no período entre 2008 e 2021. Apesar dos esforços do Ministério da Saúde para promover o aumento da oferta de leitos de saúde mental neste tipo de estabelecimento, como por exemplo, por meio da publicação da Portaria MS 148/2012 (BRASIL, 2012), que regulamentava os Serviços Hospitalares de Referência – SHR como estratégia de expansão e fortalecimento do componente hospitalar da RAPS, inclusive aumentando o valor das diárias de internação no hospital geral, esta política pouco avançou no Brasil e, tampouco no estado de Goiás.

Taxa de Internações Psiquiátricas	Evolução Média Anual (por 100 mil Hab.)	
	Goiás	Brasil
Geral	-20,2	-16,3
Geral – Outros Leitos	1,3	0,7
Em Hospitais Especializados	-21,2	-16,9
Em Hospitais Gerais	0,3	0,3

Tabela 1: Coeficiente de inclinação ou angular da reta de regressão, por tipo de leito

Fonte: DATASUS, dados extraídos em novembro de 2021, via Tabwin

Fernandes et al.(2020) modelaram um indicador de avaliação da efetividade do processo de redirecionamento do modelo hospitalocêntrico ou asilar para o modelo de assistência em saúde mental de ênfase comunitária no Brasil. Tal indicador, chamado de Índice de Cobertura da Assistência Psicossocial (iRAPS), contou com os seguintes componentes: serviços de Unidade de Acolhimento Adulto e Infanto-Juvenil, NASFs 1, 2 e 3, CAPS 1, 2, e 3, CAPS AD e CAPS AD 3, CAPS Infantil e Leitos de Saúde Mental e Psiquiátricos em Hospitais Gerais. Todos esses serviços tiveram suas coberturas populacionais calculadas, sendo o iRAPS o resultado da média aritmética deles.

Este constructo mede, portanto, a cobertura populacional média do total de serviços de atenção psicossocial de uma localidade. O resultado seu cálculo pode ser estratificado da seguinte forma: RAPS Inexistente (iRAPS = 0), RAPS de Baixa Efetividade (iRAPS = 0 – 0,49), RAPS de Média Efetividade (iRAPS = 0,50 – 0,99) e RAPS Efetivada (iRAPS \geq 1) (FERNANDES, 2020).

Calculou-se o iRAPS das diferentes regiões e estados do país, ao longo dos últimos anos de 2008 a 2019, a partir de dados extraídos em novembro de 2021, via Tabwin/DATASUS. Os resultados obtidos estão apresentados nas Tabela 2.

Os valores do iRAPS foram considerados somente até o ano de 2019, pois a partir de 2020, os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF's) foram excluídos das classificações de equipes existentes e cadastráveis no CNES, a partir da publicação da Portaria MS 99/2020 (BRASIL, 2020). Conseqüentemente, por ser uma das variáveis do iRAPS, esta mudança comprometeu o cálculo do Índice. Com a nova normativa do Ministério da Saúde, as Equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária (eNASF-AB) e Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (eMAESM) passaram a figurar, como algo equivalente aos NASF's. Entretanto, não foi possível incluir as eNASF-AB e eMAESM no cálculo iRAPS, uma vez que ainda não existem parâmetros populacionais definidos para estas equipes.

iRAPS LOCAL	ANO											
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Brasil	0,34	0,38	0,40	0,44	0,49	0,54	0,56	0,58	0,59	0,61	0,65	0,65
Centro-Oeste	0,24	0,26	0,32	0,33	0,35	0,36	0,36	0,40	0,42	0,42	0,50	0,50
DF	0,10	0,10	0,09	0,09	0,09	0,03	0,02	0,09	0,09	0,10	0,35	0,37
GO	0,15	0,19	0,31	0,35	0,39	0,46	0,46	0,49	0,53	0,51	0,58	0,58
MS	0,59	0,65	0,68	0,63	0,61	0,46	0,51	0,54	0,57	0,55	0,58	0,57
MT	0,23	0,25	0,26	0,25	0,28	0,35	0,34	0,38	0,38	0,39	0,40	0,40
Nordeste	0,30	0,35	0,38	0,42	0,46	0,54	0,56	0,58	0,60	0,62	0,66	0,65
AL	0,19	0,23	0,23	0,24	0,31	0,45	0,52	0,53	0,52	0,55	0,57	0,56
BA	0,21	0,26	0,29	0,31	0,33	0,40	0,45	0,48	0,47	0,51	0,54	0,54
CE	0,32	0,39	0,44	0,48	0,51	0,58	0,65	0,68	0,69	0,70	0,76	0,75
MA	0,13	0,21	0,26	0,28	0,30	0,38	0,43	0,45	0,48	0,51	0,53	0,53
PB	0,35	0,50	0,60	0,65	0,77	0,89	0,98	1,01	1,07	1,06	1,12	1,11
PE	0,52	0,49	0,52	0,57	0,62	0,67	0,50	0,51	0,56	0,58	0,60	0,59
PI	0,22	0,29	0,37	0,42	0,45	0,57	0,63	0,70	0,71	0,76	0,82	0,80
RN	0,46	0,50	0,37	0,44	0,46	0,53	0,55	0,57	0,56	0,58	0,61	0,57
SE	0,29	0,35	0,49	0,52	0,59	0,64	0,71	0,71	0,73	0,79	0,83	0,81
Norte	0,17	0,20	0,22	0,25	0,26	0,30	0,34	0,35	0,37	0,39	0,41	0,42
AC	0,23	0,25	0,28	0,28	0,32	0,32	0,41	0,49	0,48	0,54	0,56	0,60
AM	0,06	0,08	0,09	0,10	0,12	0,15	0,22	0,24	0,23	0,24	0,27	0,27
AP	0,34	0,45	0,62	0,59	0,57	0,55	0,59	0,53	0,52	0,47	0,52	0,45
PA	0,20	0,22	0,20	0,23	0,26	0,28	0,31	0,33	0,35	0,35	0,38	0,38
RO	0,26	0,26	0,41	0,42	0,38	0,39	0,39	0,38	0,37	0,46	0,40	0,52
RR	0,05	0,22	0,22	0,39	0,44	0,57	0,57	0,54	0,53	0,55	0,54	0,60
TO	0,09	0,18	0,21	0,25	0,26	0,43	0,53	0,52	0,64	0,71	0,74	0,73
Sudeste	0,29	0,34	0,34	0,37	0,43	0,46	0,49	0,51	0,52	0,55	0,58	0,58
ES	0,18	0,20	0,21	0,21	0,19	0,26	0,25	0,28	0,30	0,30	0,30	0,31
MG	0,28	0,32	0,35	0,39	0,47	0,50	0,58	0,64	0,61	0,69	0,74	0,72
RJ	0,24	0,31	0,28	0,32	0,39	0,42	0,44	0,43	0,46	0,47	0,50	0,50
SP	0,32	0,37	0,38	0,40	0,44	0,46	0,49	0,51	0,52	0,54	0,56	0,56
Sul	0,70	0,69	0,75	0,83	0,93	1,02	1,02	1,03	1,03	1,01	1,04	1,08
PR	0,37	0,40	0,44	0,44	0,52	0,69	0,71	0,70	0,72	0,72	0,75	0,76
RS	1,03	0,94	1,01	1,16	1,33	1,38	1,37	1,34	1,32	1,33	1,38	1,46
SC	0,68	0,76	0,81	0,90	0,92	0,95	0,97	1,04	1,04	0,96	0,97	0,97

Tabela 2: Índice de Cobertura da Assistência Psicossocial, Brasil, Grandes Regiões e Estados

Fonte: DATASUS, dados extraídos em novembro de 2021, via Tabwin

Além da heterogeneidade dos índices de cobertura já observada nas análises anteriores, nota-se que a maioria dos estados brasileiros apresentava, em 2019, RAPS de Baixa ou Média Efetividade e, apenas 02 (dois) estados – Rio Grande do Sul (RS) e Paraíba (PB) – poderiam ser classificados na categoria RAPS Efetivada, ou seja, com iRAPS ≥ 1 .

Em Goiás (GO) houve um aumento do índice no período entre 2008 e 2019, assim como índice do país; de acordo com a estratificação proposta por Fernandes e colaboradores (2020), o estado apresentava, em 2019, RAPS de Média Efetividade (iRAPS = 0,58), abaixo do índice nacional (iRAPS = 0,65).

O resultado alcançado no estado de Goiás foi discriminado por macrorregião e região de saúde e pode ser observado na Tabela 3, na qual observa-se que as regiões de saúde Centro-Sul e Sul encontravam-se, em 2019, na categoria RAPS Efetivada, ou seja, com iRAPS ≥ 1 .

iRAPS LOCAL	ANO											
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
GO	0,15	0,19	0,31	0,35	0,39	0,46	0,46	0,49	0,53	0,51	0,58	0,58
5201 Centro Oeste	0,25	0,26	0,37	0,45	0,45	0,50	0,44	0,46	0,52	0,45	0,44	0,43
Central	0,30	0,30	0,44	0,54	0,53	0,55	0,45	0,45	0,50	0,41	0,41	0,40
Oeste I	0,05	0,12	0,16	0,19	0,19	0,54	0,75	0,79	0,79	0,79	0,59	0,59
Oeste II	0,00	0,03	0,03	0,03	0,06	0,33	0,41	0,47	0,47	0,47	0,46	0,46
Rio Vermelho	0,07	0,07	0,07	0,07	0,09	0,13	0,24	0,31	0,56	0,59	0,59	0,62
5202 Nordeste	0,03	0,04	0,06	0,10	0,13	0,17	0,20	0,22	0,22	0,23	0,25	0,23
Entorno Norte	0,13	0,13	0,12	0,20	0,24	0,24	0,34	0,34	0,33	0,34	0,35	0,26
Entorno Sul	0,00	0,02	0,05	0,09	0,11	0,17	0,18	0,19	0,19	0,19	0,22	0,21
Nordeste I	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,04	0,11	0,11	0,28	0,28	0,28
Nordeste II	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,18	0,20	0,19	0,21	0,21	0,29
5203 Centro Norte	0,15	0,17	0,20	0,24	0,25	0,31	0,33	0,37	0,40	0,41	0,44	0,46
Norte	0,00	0,02	0,05	0,12	0,16	0,27	0,39	0,40	0,57	0,60	0,46	0,46
Pirineus	0,32	0,34	0,37	0,37	0,36	0,36	0,37	0,40	0,41	0,37	0,42	0,46
São Patrício I	0,04	0,04	0,04	0,11	0,15	0,30	0,34	0,39	0,45	0,60	0,64	0,70
São Patrício II	0,03	0,03	0,03	0,08	0,13	0,27	0,13	0,25	0,25	0,24	0,35	0,36
Serra da Mesa	0,04	0,11	0,17	0,24	0,24	0,25	0,31	0,33	0,32	0,32	0,32	0,32
5204 Sudoeste	0,15	0,23	0,21	0,21	0,37	0,42	0,43	0,35	0,35	0,44	0,44	0,41
Sudoeste I	0,06	0,16	0,16	0,15	0,46	0,51	0,54	0,39	0,40	0,54	0,52	0,49
Sudoeste II	0,32	0,36	0,32	0,32	0,20	0,23	0,23	0,26	0,26	0,24	0,29	0,25
5205 Centro Sudeste	0,09	0,18	0,55	0,57	0,65	0,78	0,84	0,94	0,99	0,99	1,27	1,28
Centro Sul	0,02	0,13	0,72	0,73	0,77	0,85	0,93	1,03	1,05	1,03	1,53	1,50
Estrada de Ferro	0,11	0,11	0,10	0,15	0,42	0,44	0,56	0,59	0,62	0,63	0,67	0,65
Sul	0,30	0,44	0,51	0,50	0,50	0,94	0,86	1,06	1,20	1,25	1,07	1,27

Tabela 3: Índice de Cobertura da Assistência Psicossocial de Goiás por Macrorregião e Região de Saúde

Fonte: DATASUS, dados extraídos em novembro de 2021, via Tabwin

A Figura 8 exibe a série histórica do Índice de Cobertura da Assistência Psicossocial (iRAPS) no Brasil, em Goiás (GO) e no Rio Grande do Sul (RS) entre 2008 e 2019.

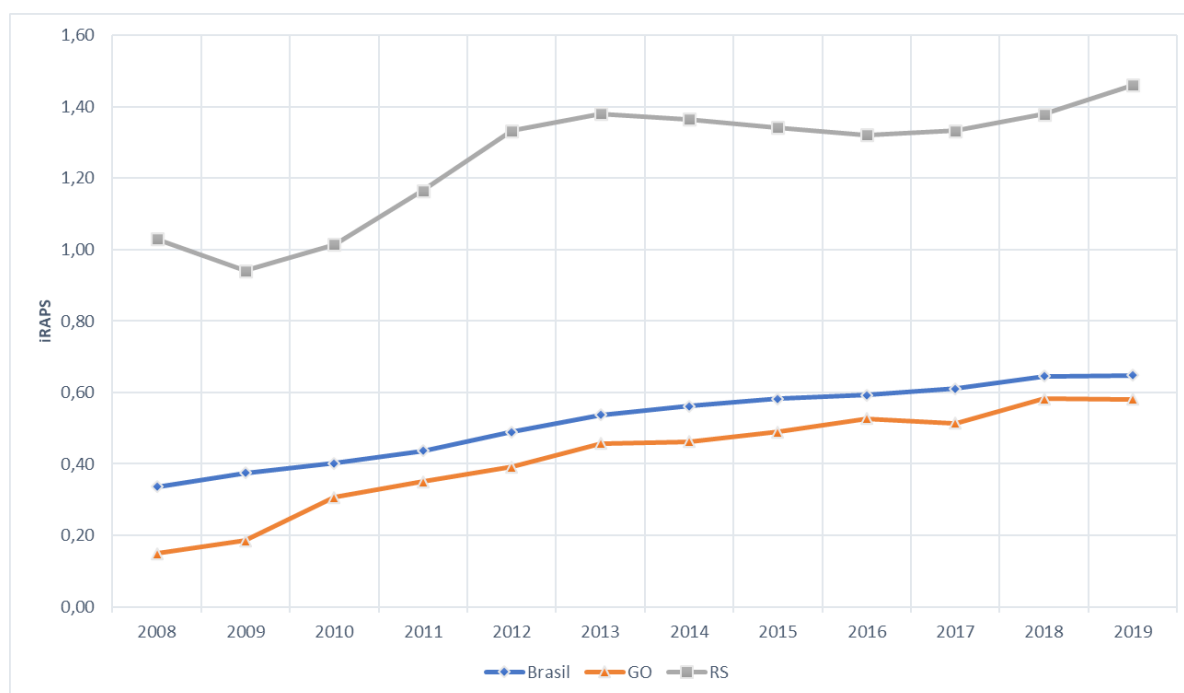


Figura 8: Índice de Cobertura da Assistência Psicossocial no Brasil, Goiás e Rio Grande do Sul
Fonte: DATASUS, dados extraídos em novembro de 2021, via Tabwin

O redirecionamento do modelo assistencial em Saúde Mental, no Brasil e no mundo, prevê a mudança da natureza dos serviços de caráter ou ênfase asilar, ou seja, centrado no hospital psiquiátrico para serviços de ênfase comunitária, pautados primordialmente em redes de atenção extra-hospitalar e internações em hospitais gerais. Como relatado anteriormente, essa transição no Brasil vem ocorrendo nas últimas duas décadas numa lógica inversa, com a diminuição progressiva dos leitos nos hospitais especializados e aumento dos dispositivos da RAPS.

Com o intuito de aferir, de forma gráfica e quantitativa, a evolução da assistência em saúde mental no país e no estado de Goiás, levando em consideração seus dois possíveis modelos ou ênfases, modelou-se um índice para representar a ênfase asilar (iRAPS-a) nos moldes propostos pelo iRAPS-c (FERNANDES, 2020), que, por sua vez, mede a cobertura de serviços de ênfase comunitária.

Para o iRAPS-a, tabulou-se na base de dados do CNES os leitos por ano de competência estratificando seu tipo como psiquiátrico e de saúde mental, ambos padronizados para estabelecimentos de saúde do tipo Hospital Especializado. Com os valores anuais tabulados, calculou-se a taxa por mil habitantes para cada um dos tipos de leitos e, por fim, tomou-se a média aritmética de ambas taxas. O resultado desta operação denominou-se iRAPS-a.

Devido à diferença de escalas, tanto o iRAPS-c quanto o iRAPS-a, tiveram seus valores normalizados, seguindo a metodologia Min-Max com o intuito de transformá-las deixando-as com a mesma ordem de grandeza, ficando, assim, todos os valores dentro do intervalo de 0 e 1.

Os valores normalizados foram representados em um gráfico de linhas (figura 9 e 10), revelando uma possível correlação linear inversamente proporcional, isto é, à medida que um indicador crescia o outro diminuía. Com a intenção de quantificar e examinar a relação linear entre as duas ênfases, bem como verificar quão correlacionados estavam os dois índices, aplicou-se a Correlação de Pearson. Resumidamente, o coeficiente de correlação pode variar em termos de valor de -1 a +1. Os quais devem ser interpretados da seguinte forma: quanto maior for o valor absoluto do coeficiente, seja ele negativo ou positivo, mais forte será a relação entre as variáveis, ao passo que, quanto mais próximo de zero, menor será a relação (MUKAKA, 2012).

A aplicação da Correlação de Pearson retornou um coeficiente de **-0,76**, em Goiás, indicando uma correlação negativa forte. No contexto do Brasil este coeficiente foi de **-0,98**.

Este dado traduz a magnitude da relação inversa entre os modelos de assistência asilar e comunitária nas últimas duas décadas no Brasil. Neste período, à medida que o modelo de ênfase comunitária avançou, o modelo asilar recuou. Portanto, do ponto de vista de política de saúde pública, o redirecionamento da assistência vem funcionando, embora em ritmos descompassados, o que reflete negativamente no Sistema de Saúde conforme demonstrado nas análises anteriores. O ritmo acelerado da redução da oferta de leitos de internação em hospitais psiquiátricos, no estado de Goiás, pode não ter sido acompanhando, de forma suficiente, pelo ritmo do avanço da RAPS em todos os seus componentes, o que gerou impactos em outras redes assistenciais/leitos de internação, bem como possivelmente possibilitou o aumento de leitos privados em hospitais especializados devido ao aprisionamento da demanda (figuras 5 e 7).

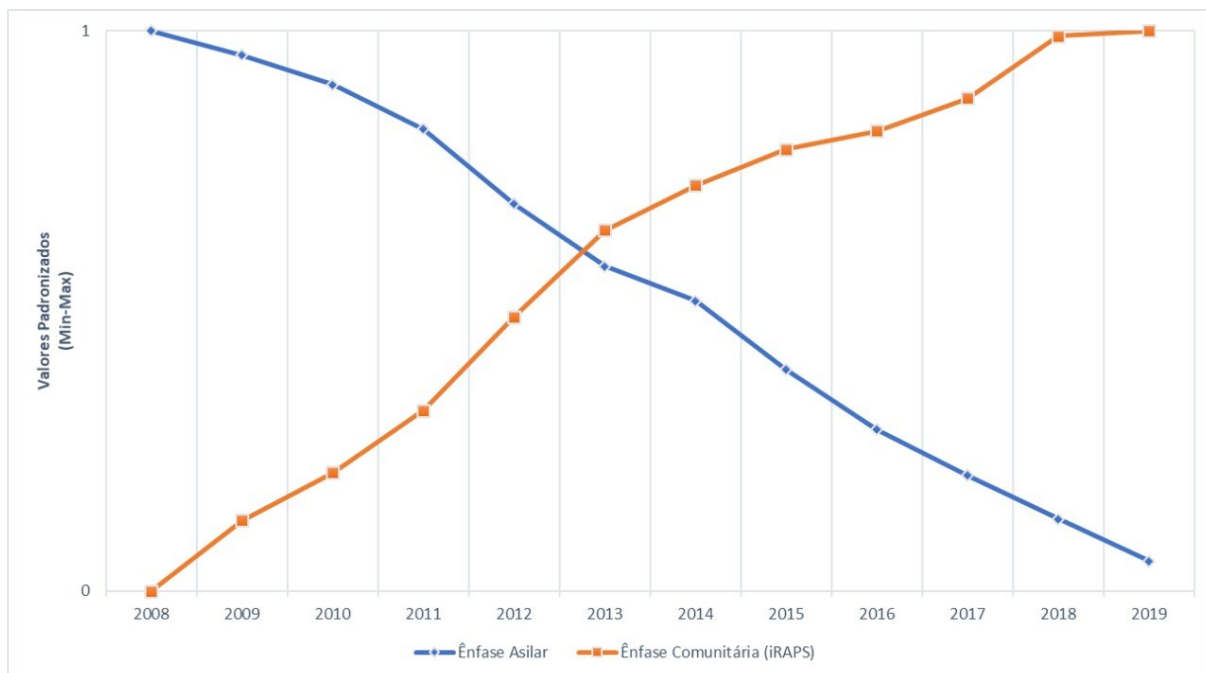


Figura 9: Representação gráfica da correlação entre os modelos assistenciais em saúde mental: ênfase asilar/comunitária, no Brasil.

Fonte: DATASUS, dados extraídos em novembro de 2021, via Tabwin

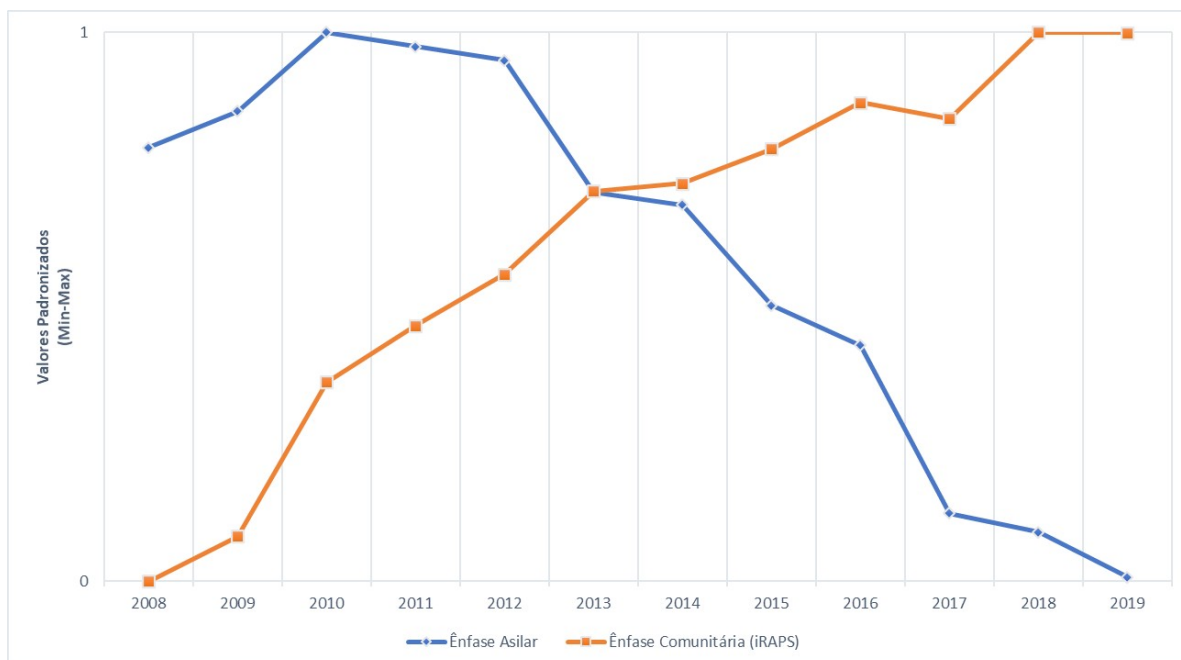


Figura 10: Representação gráfica da correlação entre os modelos assistenciais em saúde mental: ênfase asilar/comunitária, em Goiás.

Fonte: DATASUS, dados extraídos em novembro de 2021, via Tabwin

Um dos desafios atuais do SUS é promover o acesso equânime das pessoas aos componentes do sistema, atendendo de forma eficaz suas necessidades, com o objetivo de evitar desassistência e judicialização da saúde. Esta tem ocorrido de forma crescente no país, refletindo em efeitos deletérios ao Sistema, gastos adicionais de alto valor e comprometimento dos interesses coletivos (COSTA, 2020). No intuito de complementar a análise das possíveis repercussões desta transição dos modelos de cuidado em saúde mental, observou-se as demandas judiciais por internação psiquiátrica em Goiás nos últimos 02 (dois) anos. De acordo com dados da Gerência de Regulação de Internações da Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás (GERINT/SCRS/SES-GO), houve uma redução do número de demandas judiciais/administrativas por internações em Psiquiatria no estado de 41 casos em 2020, para 24 em 2021 até o momento do levantamento de dados (10 de dezembro).

Considerações Finais

Apesar da redução de leitos ocorrida nos últimos 20 anos no Brasil (BRASIL, 2015), o hospital especializado ainda convive com os demais dispositivos da RAPS (Portaria MS 3588/2017). Sobretudo em locais onde pontos críticos de atenção, como leitos de saúde mental no hospital geral, CAPS tipo III e IV ainda não foram implantados ou estão abaixo da cobertura populacional necessária, a dependência da internação hospitalar na atenção à crise torna-se mais evidente (FERNANDES, 2020). Nestes cenários, o hospital psiquiátrico funciona como um equipamento terciário de cuidado, evitando lacunas assistenciais e demanda reprimida de pacientes graves não absorvida pela rede extra-hospitalar. Considerando, portanto, que o hospital especializado, nestas regiões, cumpre um papel social importante, o mesmo deve garantir boas práticas assistenciais exigidas pelo atual momento histórico em que está inserido, de forma que os erros do passado não sejam repetidos.

Por fim, o aporte de recursos financeiros é crucial para o desenvolvimento de redes assistenciais de qualidade. Além de financiamento adequado, é necessário equilíbrio entre os gastos públicos com serviços de atenção secundária (por exemplo, CAPS e Ambulatórios especializados) e terciária (hospitais psiquiátricos e leitos em hospitais gerais), levando-se em consideração a análise de custo-efetividade dos dispositivos componentes da rede (MOROZ, 2020).

Sem perder de vista a realidade mundial, frente à pandemia de COVID-19 que trouxe grande impacto à saúde mental da população, torna-se necessário que os gestores expandam e qualifiquem a rede assistencial instalada (WHO, 2021b), analisando os aspectos supramencionados perante a realidade local/regional.

REFERÊNCIAS

ASAM (AMERICAN SOCIETY OF ADDICTION MEDICINE). About the ASAM Criteria. ASAM, 2021. Acesso em 26/11/2021.

BRASIL. Lei Nº 10.216 de 6 de abril de 2001 – Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. BRASIL, 2001. Acesso em 24/11/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011 – Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). BRASIL, 2011. Acesso em 24/11/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados – 12. BRASIL, 2015. Acesso em 24/11/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 148 de 31 de janeiro de 2012 - Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. BRASIL, 2012. Acesso em 08/12/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017 – Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. BRASIL, 2017. Acesso em 25/11/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES. Acesso em 26/11/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 99 de 7 de fevereiro de 2020 – Redefine registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). BRASIL, 2020. Acesso em 10/12/2021.

CAISM – CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRADA À SAÚDE MENTAL. São Paulo, Brasil. Acesso em 26/11/2021.

CAMH – THE CENTRE OF ADDICTION AND MENTAL HEALTH. Toronto, Canadá. Acesso em 26/11/2021.

COSTA, K. B. et al. A judicialização da saúde e o Sistema Único de Saúde: revisão integrativa. Cad. Ibero-amer. Dir. Sanitário, 2020. Acesso em 09/12/2021.

DALTON-LOCKE, C. et al. Emerging models and trends in mental health crisis care in England: a national investigation of crisis care systems. BMC Health Services Research, 2021. Acesso em 23/09/2021.

EUROPEAN COMMISSION. Mental health care – psychiatric hospital beds. EUROPEAN COMMISSION, 2019. Acesso em 29/11/2021.

FERNANDES, C. J. et al. Índice de Cobertura Assistencial da Rede de Atenção Psicossocial (iRAPS) como ferramenta da análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira. Cadernos de Saúde Pública, 2020. Acesso em 23/11/2021.

FERREIRA, A. A. L. et al. Da nau dos loucos ao grande excluduramento: uma história das histórias focaultianas sobre a loucura. *Cad Saúde Col*, 2001. Acesso em 25/11/2021.

FOOT, J. Franco Basaglia and the radical psychiatry movement in Italy, 1961-78. *Crit Radic Soc Work*, 2014. Acesso em 24/11/2021.

HARRIS, J. C. Pintel delivering the Insane. *Arch Gen Psychiatry*, 2003. Acesso em 25/11/2021.

JOHNSON, S. et al. In-patient and residential alternatives to standard acute psychiatric wards in England. *The British Journal of Psychiatry*, 2009. Acesso em 23/09/2021.

METCALFE, J.; DRAKE, R. National levels of human development and number of mental hospital beds. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 2020. Acesso em 24/09/2021.

MUKAKA, M.M. Statistics corner: A guide to appropriate use of correlation coefficient in medical research. *Malawi medical journal: the journal of Medical Association of Malawi*, 2012. Acesso em 09/12/2021.

MOROZ, N. et al. Mental health services in Canada: Barriers and cost-effective solutions to increase access. *Healthcare Management Forum – Canadian College of Health Leaders*, 2020. Acesso em 30/11/2021.

PAHO/WHO (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION/WORLD HEALTH ORGANIZATION). The Caracas Declaration. PAHO/WHO, 1990. Acesso em 23/11/2021.

ROCHA, H. A. et al. Internações psiquiátricas pelo Sistema Único de Saúde no Brasil ocorridas entre 2000 e 2014. *Rev. Saúde Pública*, 2021. Acesso em 24/11/2021.

ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS. Standards for Inpatient Mental Health Services. *RCPSYCH*, 2017. Acesso em 26/11/2021.

SAMHSA (SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION). Evidence-based resource guide series: Treating Concurrent Substance Use Among Adults. SAMHSA, 2021. Acesso em 26/11/2021.

SEALY, P.; WHITEHEAD, P. C. Forty Years of Deinstitutionalization of Psychiatry Services in Canada: An Empirical Assessment. *Can J Psychiatry*, 2004. Acesso em 23/09/2021.

THE MAUDSLEY HOSPITAL. Londres, Inglaterra. Acesso em 26/11/2021.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). Mental health legislation and human rights. WHO, 2003. Acesso em 23/09/2021.

Guidelines for the promotion of human rights of persons with mental disorders. WHO, 1996. Acesso em 23/11/2021.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches. WHO, 2021a. Acesso em 23/09/2021.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). WHO Qualityrights tool kit: assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities. WHO, 2012. Acesso em 26/11/2021.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). WHO report highlights global shortfall in investment in mental health. WHO, 2021b. Acesso em 30/11/2021.