

Emergência psiquiátrica e regionalização do SUS na cidade de São Paulo. Uma diretriz ainda distante

Emergency psychiatric services and regional public policy in the city of São Paulo. A very distant directive

Elie Leal de Barros Calfat¹, Rita de Cássia Ferreira de Araújo Jorge², Renata Teixeira da Silva³, Fernanda Romano³, Paula Alves de Paula³, Gabriel Magalhães Lopes³

Resumo

Introdução: Este trabalho foi motivado pela percepção de falhas no sistema de regionalização do SUS, que afetam a demanda no Pronto-Socorro/CAISM. **Objetivo:** Avaliar a proporção de atendimentos regionalizados, aferir distâncias percorridas pelos pacientes e indicar deficiência na regionalização do SUS. **Método:** Aplicar 300 questionários em março de 2007, averiguar o endereço dos pacientes, comparar a distância entre a residência do paciente e o PS/CAISM com a distância entre a residência do paciente e o PS de sua região, medidas por meio eletrônico. **Resultados:** Dos 300 pacientes, 135 eram regionalizados e 11 não tinham residência fixa. Dos 154 pacientes não-regionalizados, 81,9% eram oriundos de outras regiões do município de São Paulo e 18% eram de outros municípios. 21 endereços não constaram do meio de pesquisa. Os pacientes que procuraram o PS/CAISM percorreram, em média, 16,2 km. Se tivessem procurado as emergências de suas regiões, teriam percorrido, em média, 4,6 km. Demonstrou-se que 51,3% dos pacientes não pertenciam à região de abrangência determinada por políticas de saúde e que, para

acessar o referido serviço, tais pacientes percorreram uma distância 3,5 vezes maior do que se procurassem o serviço de sua região. **Conclusões:** Há deficiências na regionalização do SUS, gerando sobrecarga do referido Pronto-Socorro. Demonstrou-se que a aplicação desta diretriz do SUS neste serviço de emergência carece de substancial aperfeiçoamento.

Descritores: Saúde mental; Serviços médicos de emergência; Sistema Único de Saúde; Regionalização; Políticas, planejamento e administração em saúde

Abstract

Objectives: The aim of this study was to evaluate the proportion of consultations belonging to the area covered by CAISM's EP by measuring distances traveled by patients and indicate possible deficiencies in SUS' policy. **Methods:** 300 structured questionnaires were applied and the distance between the patients' house with the regional EP was compared with the distance in fact traveled by them to reach CAISM, all the distances were measured by electronic method. **Results:** From the 300 patients, only 135 belonged to CAISM's region of assistance and 11 did not have an address. Of the non-regionalized patients 81,9% were from others regions of the city and 18% were from other cities. 21 addresses were not even found on the internet. The patients who looked for CAISM's EP covered in average 16.2 km. If they had looked for the nearest EP, the distance would have been in average 4.6 km. We demonstrate that 51,3% of the consultations made were from others regions determined by health policies implemented, by doing so they traveled a distance 3,5 more larger then if they have gone to the nearest EP. **Conclusions:** There are serious deficiencies in the health regionalization system with generates sensible overload in CAISM's EP. The practical application of this particular directory needs severe improvement.

Keywords: Mental health; Emergency medical services; Single Health System; Regional health planning; Health policy, planning and management

1. Médico psiquiatra, segundo assistente do CAISM – Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Mestrando em Saúde Mental pela UNIFESP/EPM

2. Médica psiquiatra, segundo assistente do CAISM – Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Especialista de Dependência Química pela UNIFESP/EPM. Especialista de Gestão e Sistemas de Saúde pela UNIFESP/EPM. Título de Especialista pela Associação Brasileira de Psiquiatria

3. Médicos residentes em Psiquiatria do CAISM – Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Trabalho realizado: Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental de São Paulo (CAISM) da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Endereço para correspondência: Elie Leal de Barros Calfat. Rua Major Maragliano 241 - EP: 04017-030 Telefone: 3466-2100 - FAX:3466-2200 - e-mail: elielcalfat@uol.com.br

Introdução

O SUS foi implementado em 1989, em substituição ao antigo SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde. Em 1990, a Lei 8.080 consolidou o SUS, reafirmando o propósito constitucional de que “A saúde é um direito de todos e um dever do Estado”. Entretanto, apenas em 2001 o Ministério da Saúde aprovou a NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde. Este foi um passo fundamental para a efetiva implantação do SUS, definindo regras para a regionalização e hierarquização do sistema⁽¹⁾.

A doutrina do SUS se norteia por: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade da assistência, enquanto conjunto articulado e contínuo de ações preventivas e curativas, individuais e coletivas; e equidade, assegurando ações e serviços em todos os níveis de acordo com a complexidade requerida por cada caso. Os princípios e diretrizes que regem a organização do SUS incluem: resolubilidade, integração de ações, uso prático da epidemiologia, direito a informações, participação dos cidadãos e complementação do setor privado. Também fica clara a importância do princípio da descentralização dos serviços para os municípios e da regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde. Os objetivos da descentralização e da regionalização são os de aumentar a probabilidade dos resultados alcançados estarem mais próximos possível do desejado pelo usuário, considerados os recursos disponíveis⁽²⁾.

O serviço de Emergência Psiquiátrica é apenas uma das muitas faces do Sistema de Saúde Mental, apresentando-se atualmente como uma das principais portas de entrada para o início do tratamento psiquiátrico ou ainda como meio de acessar a internação. Neste contexto, a diversidade de situações que fazem parte do dia-a-dia destes serviços é substancial, ultrapassando o antigo conceito de emergência psiquiátrica o qual preconizava que a “emergência psiquiátrica é toda e qualquer alteração psíquica que necessite de intervenção imediata e imprescindível”.

Na cidade de São Paulo, nota-se uma sobrecarga nesta ponta do sistema, causada pela dificuldade de acesso dos usuários do SUS aos serviços primários e secundários em psiquiatria, pelo desconhecimento da população em geral acerca das doenças psiquiátricas e por questões culturais que influenciam o processo de compreensão destes sintomas e a procura por ajuda⁽¹⁾. É comum que os familiares não deem importância para os sintomas psiquiátricos ou os atribuam a fatores espirituais, sociais ou psicológicos. Além disso, tais familiares devem vencer concepções estereotipadas, tais como: “os psiquiatras são autoritários e capazes de fazer o paciente ficar pior ainda”; ou que

“obter atendimento psiquiátrico ambulatorial é difícil”, as quais desestimulam a busca por ajuda⁽⁴⁾. Quando, finalmente, a população decide procurar ajuda, encontra restrições de oferta dos serviços públicos ambulatoriais em psiquiatria^(5,6). Tudo isso aponta para o fato de que os serviços de emergência psiquiátrica têm características específicas, demandando dos profissionais de saúde tempo, paciência e discernimento, pois além de uma avaliação metódica do quadro clínico, é necessária também a correta abordagem familiar⁽³⁾.

O presente estudo foi motivado pela observação de que as dificuldades de implementação da regionalização do SUS estariam aumentando a pressão de demanda sobre o referido pronto-socorro, gerando sobrecarga do serviço. Esta sobrecarga existe não pelo número em si de atendimentos realizados no PS, mas pela alta complexidade dos procedimentos realizados em uma emergência psiquiátrica e por conta do tempo que é exigido para que cada caso seja avaliado e encaminhado, de acordo com a necessidade e possibilidades do serviço e também de acordo com as características sócio-econômicas-educacionais do indivíduo e de sua família⁽³⁾.

Pela falta de dados concretos que corroborassem a impressão de grave deficiência da regionalização do serviço de emergência psiquiátrica no PS/CAISM, buscou-se produzir informações objetivas que apontassem deficiências na implementação de uma das principais diretrizes do SUS no nosso meio. Na busca por estas informações, há aproximadamente dois anos estamos realizando um levantamento sistemático da regionalização dos pacientes atendidos no pronto-socorro do CAISM. Os resultados quanto à proporção de atendimentos que de fato pertenciam à região do PS/CAISM eram de apenas 32%.

Métodos

Foram aplicados questionários a 300 pacientes que deram entrada consecutivamente no Pronto-Socorro do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental de São Paulo / CAISM da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo em 10 dias do mês de março de 2007. Estes questionários visavam levantar dados sócio-demográficos e a regionalização.

Trata-se de um estudo retrospectivo, que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Santa Casa de São Paulo. Pela característica do estudo, o Comitê de Ética em Pesquisa dispensou o termo de consentimento livre e esclarecido.

Foram considerados para a pesquisa o endereço completo do paciente e a razão pela qual estavam procurando um PS fora de sua região. Pacientes sem residência fixa e aqueles que apresentaram um quadro de

emergência psiquiátrica na região de abrangência do PS/CAISM foram considerados como regionalizados. Foram incluídos neste estudo apenas os pacientes não-regionalizados de acordo com a política de saúde vigente. Foram excluídos os questionários que estavam ilegíveis, ou cujos endereços fornecidos não puderam ser localizados.

Utilizando-se de um método eletrônico (Guia Ruas São Paulo 2005 Digital), obteve-se a distância entre a residência de cada paciente atendido e o PS/CAISM. Da mesma forma, foi calculada a distância entre a residência de cada paciente e o PS de sua região. Seguiu-se o cálculo das médias destas duas distâncias para o total dos pacientes avaliados e, em seguida, a comparação destes dois valores, para indicar possível deficiência do princípio de regionalização do SUS. Também foram tabuladas as razões oferecidas pelos pacientes não-regionalizados para procurar um PS fora de sua região. O questionamento deste motivo foi feito em pergunta aberta, sendo que todas as respostas foram consideradas.

Trata-se de trabalho com amostra pequena e realizada em apenas uma das unidades de emergência psiquiátrica do município de São Paulo, sendo estas as principais limitações do mesmo. Também consideramos como limitação do estudo o alto índice de ausência de motivo relatado para procurar um PS psiquiátrico fora de sua região (19,3%), pois obviamente há uma razão que não foi devidamente explorada.

Resultados

Dos 300 questionários aplicados, obtivemos que: 135 pacientes (45%) eram da região do referido serviço e 11 pacientes (3,7%) relataram não ter residência fixa, sendo também considerados regionalizados. Desta forma, 48,7% dos atendimentos eram regionalizados, motivo pelo qual foram excluídos do estudo. Os demais 154 pacientes (51,3%) dos atendimentos foram confirmados como não-regionalizados. Destes, 21 questionários (6,7%) foram excluídos do estudo, pois os endereços não foram localizados pelo meio eletrônico de busca (eram de bairros de fora da nossa regionalização, mas com endereços considerados como "não-válidos" pelo meio eletrônico de busca).

Restaram 133 questionários úteis, dos quais 109 pacientes (81,9%) eram oriundos do município de São Paulo, 21 pacientes (15,8%) eram de outros municípios da Grande São Paulo e três pacientes (2,3%) eram de outros municípios fora da Região Metropolitana da Grande São Paulo. Observamos que os pacientes não-regionalizados que procuraram o PS/CAISM percorreram, em média, 16,2 km. Os mesmos pacientes percorreriam, em média, 4,6 km se tivessem procurado as emergências psiquiátricas de suas regiões. As

principais razões alegadas por estes pacientes para procurar um serviço de emergência psiquiátrica fora de sua região foram: sem motivo relatado (19,3%); atendimento prévio neste serviço (18,3%); indicação de outro serviço de saúde fora da região do referido PS (16,5%); e por amigos ou parentes (16,5%); encaminhamento direto de outros hospitais da Santa Casa de São Paulo (12,8%); seguimento ambulatorial psiquiátrico no CAISM (7,3%); falta de resolutividade na região de origem (4,6%); desconhece este tipo de serviço de atendimento em outro centro (2,7%); e trazido pelo SAMU ou Polícia Militar (1,8%).

Discussão

No final dos anos de 1990, houve a resolução política de se retirar o poder decisório sobre as internações psiquiátricas dos hospitais propriamente ditos, passando esta função para os Pronto-Socorros das diversas regiões que passariam a contar com o serviço de emergência psiquiátrica (SEP). Atualmente no município de São Paulo são 16 hospitais públicos que contam com este serviço.

Com isto, tanto profissionais quanto usuários passaram a contar com o recurso da observação psiquiátrica, que seria uma fase anterior a da internação integral. Todavia, nos anos que se seguiram, o conceito de emergência psiquiátrica se modificou na prática, embora não tenha sofrido uma alteração formal, visto que a procura por estes serviços foi cada vez maior, e há discussão até da validade de se iniciar o tratamento nos SEP e do novo papel como porta de entrada para o tratamento.

Curiosamente pouca literatura nacional foi dedicada ao assunto e os poucos artigos sobre o tema foram produzidos em Ribeirão Preto (USP)⁽⁷⁾ fazem inclusive parte de nossas referências. A extensa literatura internacional sobre o tema, muitas vezes sequer pode ser aplicada a nossa realidade, visto que nos EUA, por ex. os pacientes saem da consulta no SEP com seu agendamento ambulatorial feito^(8,9).

O PS / CAISM se caracteriza por ser a única emergência psiquiátrica pública fora de um hospital geral na cidade de São Paulo, exclusivamente coberto pelo SUS, atendendo uma média de 900 pacientes por mês, não necessariamente em situação de urgência ou emergência psiquiátrica no sentido clássico.

A região de atendimento do PS/CAISM corresponde a uma população de 877.810 habitantes, ou seja, aproximadamente 9% da população de São Paulo, segundo o Censo de 2000, abrangendo os seguintes bairros: Aclimação, Água Branca, Anhangabaú, Barra Funda, Bela Vista, Bom Retiro, Brás, Campos Elíseos, Cerqueira Cezar, Consolação, Higienópolis, Ipiranga, Itaim Bibi, Jardim Paulista, Liberdade, Mooca, Paraf-

so, Pari, República, Santa Cecília, Sé, Vila Mariana e Várzea do Carmo.

Como parte do Sistema Público de Saúde, deveria integrar um programa descentralizado e regionalizado, porém isto não ocorre. O presente estudo demonstra que mais da metade dos atendimentos do PS/CAISM (53%) não é regionalizado. Os dados mostram que os pacientes percorreram uma distância 3,5 vezes maior do que se procurassem o serviço de sua região. Este percurso inadequado gera altos custos diretos e indiretos e maior demanda ao nosso centro, sobrecarregando uma unidade de atendimento especializado para alta complexidade.

Quando nos focamos nas razões apresentadas por tais pacientes para procurar um Pronto Socorro tão longe de casa, podemos inferir diversas deficiências na aplicação das diretrizes do Sistema Público de Saúde em psiquiatria. Desta forma fica claro que o problema não é só na regionalização e que existem várias outras questões envolvidas.

Aproximadamente 18,3% dos pacientes já haviam sido atendidos neste serviço anteriormente, porém o serviço dispõe de um procedimento sistemático de orientar os pacientes a procurar o PS de sua região. Os resultados de quantos pacientes foram encaminhados por amigos e parentes (16,5%) reforçam o desconhecimento da população acerca dos recursos públicos do SUS disponíveis para tratá-las em suas próprias regiões. O índice de pacientes encaminhados por profissionais de saúde (16,5%) indica claramente que nem mesmo estes cumprem o princípio da regionalização do SUS. Outro dado preocupante é que uma parte dos pacientes que tem conhecimento sobre serviços de saúde mental em sua região (4,6%) alega procurar o pronto-socorro do CAISM por não encontrar solução para suas necessidades na região de origem, levando o usuário do SUS a uma verdadeira peregrinação em busca do atendimento que julga necessário, o que é compatível com outros estudos⁽¹⁰⁾.

Todos estes dados apontam falhas na aplicação de princípios e diretrizes que são de responsabilidade do SUS, quais sejam: 1 – Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, enfatizando a municipalização, a regionalização e a hierarquização da rede de serviços de saúde; 2 – Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde; 3 – Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis da assistência; 4 - Utilização de indicadores de saúde para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e orientação programática.

Os resultados apontam para algumas sugestões no aprimoramento do SUS, tais como: 1- Implementação de projetos educativos e de conscientização dirigidos à população e aos profissionais de saúde so-

bre normas e diretrizes do SUS, sobre os serviços de emergências de cada região e suas áreas de abrangência, com ampla divulgação através da mídia; 2- Estabelecer estratégias gerenciais que facilitem o acesso dos pacientes ao serviço psiquiátrico ambulatorial primário em unidades próximas de sua residência, sendo os agendamentos eletrônicos uma opção para o futuro; 3- Melhorar a qualidade da condição de trabalho e dos serviços ambulatoriais oferecidos nas diferentes regiões da grande São Paulo, o que atenuaria a pressão de demanda sobre os serviços de emergência⁽¹¹⁾; e 4 – Realização de mais estudos que respaldem as decisões sobre prioridades do sistema de saúde e alocação de recursos.

A importância deste trabalho reside no fato que estudos de fluxo de pacientes que buscam atendimento no SUS podem proporcionar um melhor conhecimento sobre o uso dos serviços de saúde e contribuir para a organização das ações. Quando não se conhece a origem do usuário do serviço de saúde, de onde ele vem, os encaminhamentos se tornam mais difíceis e passíveis de erros, pois muitas vezes há defasagens nas listas oficiais dos recursos da rede.

Em uma cidade do porte de São Paulo a inserção da emergência psiquiátrica na rede pública de saúde e o respeito à regionalização podem ser medidas possíveis e efetivas, mas dependem de uma rede primária de atendimento bem estruturada⁽⁷⁾. Este estudo sugere ainda que a regionalização no serviço de emergência psiquiátrica do CAISM ainda é uma diretriz distante e fica claro que ainda existe um longo caminho a ser percorrido no sentido de aperfeiçoar o atendimento público em psiquiatria na cidade de São Paulo.

Conclusões

O atendimento em psiquiatria engloba diversos níveis de atenção, sendo o serviço de emergência psiquiátrica (SEP) apenas o seu começo. No geral, envolve doenças crônicas as quais necessitam atenção integral para amenizar os prejuízos a longo prazo para os pacientes. Neste contexto o atendimento próximo ao paciente em todos os níveis e de acesso rápido é primordial, mas não é o que vem sendo praticado, sendo necessário um maior número de estudos nesta área, para se ter a real proporção do problema, e uma política pública séria na área de saúde mental.

Referências Bibliográficas

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004. [online] 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf [23 ago 2007]

2. Mello UP. Psiquiatria desequilibrada. *J Min Psiquiatr*. [Periódico on line] 2006; 10(24). Disponível em: http://www.jmpsiatria.com.br/edicao_24/psiquiatriadesequilibrada.html [20 ago 2007]
3. Cabral RRF, Chaves AC. Conhecimento sobre a doença e expectativas do tratamento em familiares de pacientes no primeiro episódio psicótico: um estudo transversal. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2005; 27(1):32-8.
4. Monteiro VBM, Santos JQ, Martin D. Patients' relatives delayed help seeking after a first psychotic episode. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006; 28(2):104-10.
5. Andreoli SB, Almeida-Filho N, Martin D, Mateus MDML, Mari JJ. Is psychiatric reform a strategy for reducing the mental health budget? The case of Brazil. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007; 29(1): 43-6.
6. Leonardo T. Das pressões às ousadias: o confronto entre a descentralização tutelada e a gestão em rede no SUS. *Rev Adm Pública*. 2007; 41(2):237-54.
7. Santos MESB, Amor JA, Del-Ben CM, Zuardi AW. Serviço de emergências psiquiátricas em hospital geral universitário: estudo prospectivo. *Rev Saude Publica*. 2000; 34(5):468-74.
8. Brodsky L, Pieczynski B. The use of antidepressants in a psychiatric emergency department. *J Clin Psychopharmacol*. 1985; 5(1):35-8.
9. Ernst CL, Bird SA, Goldberg JF, Ghaemi SN. The prescription of psychotropic medications for patients discharged from a psychiatric emergency service. *J Clin Psychiatry*. 2006; 67(5):720-6.
10. Botega LA, Rodrigues RN, Andrade MV. Distribuição espacial das internações hospitalares realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em Minas Gerais, 2002: utilização dos serviços de saúde e distância média percorrida pelos pacientes. [on line] [Trabalho apresentado no XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambú-MG – Brasil, de 18 a 22 de setembro de 2006] Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_496.pdf [16 jul 2007]
11. Kane JM. Impact of recent economic changes in psychiatry on academic psychiatry programs. *Am J Psychiatry*. 1996; 153(3):307-8.

Trabalho recebido: 10/09/2007

Trabalho aprovado: 16/10/2008