

INSERÇÃO DE UM HOSPITAL-DIA NA REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Insertion of a day hospital of care network mental health

César Augusto Trinta Weber¹

Mario Francisco Juruena²

Artigo encaminhado: 05/08/2015

Aceito para publicação: 05/07/2017

RESUMO: Objetivos: a) Descrever a inserção do Hospital-Dia/Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo, na rede de atenção em saúde mental do Departamento Regional de Saúde XIII, no Estado de São Paulo; b) Identificar os mecanismos de gestão voltados para a intersectorialidade e integralidade da atenção. Método: Estudo de caso associado às técnicas da revisão documental. Foram visitadas 13 das 15 unidades de assistência que compõem a rede de saúde mental de Ribeirão Preto. Resultados: O Hospital-Dia é um dos equipamentos de saúde especializado na estrutura de saúde local e regional. O tratamento diferenciado entre os diversos serviços que referenciam o acesso para o Hospital-Dia é fator de tensão na gestão do sistema de saúde. A falta de diálogo articulado com e entre as equipes de saúde nos diferentes locais de assistência não permite ao gestor o acompanhamento do itinerário terapêutico percorrido pelo paciente. Conclusões: A capacidade instalada do hospital-dia pode deixar dúvidas sobre o impacto produzido pela assistência realizada. A restrita comunicação entre os serviços e a centralização dos atendimentos em um serviço especializado em saúde mental podem sugerir a fragilidade de uma rede de atenção em saúde mental.

Palavras-Chave: Hospital-Dia. Psiquiatria Comunitária. Saúde Mental. Serviços de Saúde Mental. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT: Objectives: a) To describe the insertion of the day hospital/Ribeirao Preto School of Medicine/University of Sao Paulo, in the mental health care network of the Regional Health Department XIII, in the State of Sao Paulo; b) Identify the management mechanisms focused on intersectorality and integrality of care. Method: Case study associated to document review. Were visited 13 of the 15 care units that make up the mental health network of Ribeirao Preto. Results: The day hospital is one of the health equipment specialized in the local and regional health structure. The differential treatment among the various services that refer to the access to the day hospital is a tension factor in the management of the health system. The lack of articulated dialogue with and among

¹ Pós-Doutor pela Universidade de São Paulo. Doutor pela Universidade Federal de São Paulo. Pesquisador do Programa de Assistência, Ensino e Pesquisa em Estresse, Trauma e Doenças Afetivas - EsTraDA do Depto de Neurociências e Ciências do Comportamento da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. trintaweber@hotmail.com

² Professor no Depto de Neurociências e Ciências do Comportamento, USP; Professor Honorario do Instituto de Psiquiatria, Psicologia e Neurociências, King's College London; Mestre em Affective Neuroscience – Maastricht Universitat, Holanda; Mestre em Psicobiologia- UNIFESP-EPM PhD em Psiquiatria pela Universidade de Londres. mfjuruena@gmail.com

the health teams in the different places of assistance does not allow the manager to follow the therapeutic itinerary covered by the patient. Conclusions: The installed capacity of the day hospital can leave doubts about the impact produced by the assistance performed. The restricted communication between services and the centralization of care in a specialized mental health service may suggest the fragility of a mental health care network.

Keywords: Day Hospital. Community Psychiatry. Mental health. Mental Health Services. Unified Health System.

1 INTRODUÇÃO

As doenças mentais representam um importante problema de saúde pública, interferindo no cotidiano das pessoas, no relacionamento social, seja na família, no trabalho ou na comunidade.

A Organização Mundial da Saúde (2001) enfatiza que a magnitude do campo da saúde mental pode ser medida pela estimativa mundial de que mais de 25% das pessoas, independentes da sua localização em país desenvolvido ou em desenvolvimento, apresentam um ou mais transtornos mentais e comportamentais durante o ciclo da vida.

A Política Nacional de Saúde Mental - PNSM, apoiada na Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2001), protagonizou o fechamento de leitos psiquiátricos e idealizou a criação de uma Rede de Atenção Psicossocial - RAPS predominantemente ambulatorial e de base comunitária (BRASIL, 2001a). Quando devidamente implantada essa rede assistencial seria capaz de responder as necessidades de tratamento do doente mental em ambiente extra-hospitalar.

O Hospital-Dia é um desses serviços substitutivos que integram a RAPS e representa um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório desenvolvendo programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação integral (BRASIL, 1992).

Weber; Juruena (2016) salientam que o hospital-dia em saúde mental ao tratar o paciente durante um tempo limitado sem a necessidade de afastamento do seu meio social, familiar, de trabalho ou acadêmico, tenta prevenir a reclusão e a marginalização/exclusão do paciente psiquiátrico.

Este manuscrito foi desenvolvido com base nos resultados parciais de estágio de pós-doutoramento, tendo os seguintes objetivos: a) descrever a inserção do Hospital-Dia/Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo, na rede de atenção em saúde mental do Departamento Regional de Saúde XIII, no Estado de São Paulo; b) identificar os mecanismos de gestão voltados para a intersetorialidade e integralidade da atenção.

2 MÉTODO

Estudo de caso associado às técnicas da revisão documental, aprovado em 13/10/2014, pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Parecer nº 829.098 – CAAE: 31102514.3.0000.5440).

As atividades de coleta dos dados foram realizadas no período de 31 de março a 17 de abril de 2014, e se desenvolveram no horário das 7h às 18h, nas dependências do HD, localizado no Campus Universitário, em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Foram revisados os registros do Serviço Social do HD/FMRP/USP para conhecer a procedência e a referência dos encaminhamentos dos pacientes internados no período de setembro de 2010 a abril de 2014. Foram visitadas 13 unidades assistenciais de um total de 15 unidades que compõem a rede de saúde mental em Ribeirão Preto.

3 RESULTADOS

O Hospital-Dia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – HD/HCFMRP/USP foi o primeiro HD universitário do Brasil (AZOUBEL NETO, 1996). Atualmente é um dos equipamentos terapêuticos que atende ao modelo de assistência à saúde mental preconizado pela reforma da assistência psiquiátrica, na direção da desospitalização com o propósito, entre outros, da reinserção familiar e comunitária, através da inclusão social do doente mental (CAMPOS, 1986; AZOUBEL NETO, 1996; WEBER, 2013).

O HD cumpre as funções de assistência, ensino e pesquisa com ênfase na formação de pessoal, treinamento em serviço de médicos residentes em Psiquiatria e aprimoramento em Psiquiatria e Saúde Mental de profissionais graduados em Enfermagem, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (CONTEL, 1991).

A clientela do HD é composta por pacientes com patologias psiquiátricas graves, agudas e reagudizadas, encaminhados tanto da rede de atenção em saúde mental de Ribeirão Preto quanto dos 26 municípios da região que integram a estrutura de assistência do Departamento Regional da Saúde (SÃO PAULO, 2006) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo/DRS XIII, com sede em Ribeirão Preto/SP, além de convênios (saúde suplementar) e particulares.

A Tabela 1 apresenta a distribuição dos usuários do HD, por município de origem, durante o período de setembro de 2010 a abril de 2014, tendo sido considerada, para esta análise, a data de internação constante nos registros do Serviço Social do HD.

Do total de 208 internações no HD no período de setembro 2010 a abril 2014, 120 internações (69%) corresponderam a pacientes residentes em Ribeirão Preto. Os municípios de Sertãozinho, com 19 pacientes (9,13%) e Jardinópolis com 19 pacientes

(5,76%) foram as procedências com maior número de residentes, entre os demais municípios de abrangência do DRS XIII, encaminhados para receberem tratamento em regime de semi-internação.

A Tabela 2 apresenta a distribuição dos usuários do HD, por referência de encaminhamento, durante o período de setembro de 2010 a abril de 2014, tendo sido considerada, para esta análise, a data de internação constante nos registros do Serviço Social do HD.

Para a análise da distribuição dos usuários do HD por referência de encaminhamento, durante o período de setembro de 2010 a abril de 2014, os dados obtidos na revisão documental foram reunidos, como recurso didático, em 5 grupos de serviços de saúde mental. A reunião dos 5 grupos forma a estrutura regional de assistência em saúde mental do DRS XIII, o que significa dizer o conjunto de equipamentos de saúde destinados ao cuidado na assistência e na reabilitação psicossocial em saúde mental, independentemente de se tratar de serviço próprio ou conveniado, sob gestão municipal, estadual ou federal.

Cada um dos 5 grupos recebeu o nome de Rede que são diferenciadas entre si, pela denominação dada pela sua especificidade secundária a natureza dos serviços de saúde que os compõem. Dessa forma e para fins deste estudo as redes restaram assim designadas: Rede HCFMRP/USP; Rede municipal de Ribeirão Preto; Rede regional ambulatorial; Rede regional hospitalar e Rede saúde suplementar/particular, tendo as seguintes composições de serviços de saúde mental e seus respectivos critérios de formação:

Rede HCFMRP/USP: Unidade de Emergência - UE, Ambulatório - AMB, Enfermaria Psiquiátrica de Internação Breve - EPIB, Enfermaria Psiquiátrica Internação - ENF A e Hospital-Dia - HD, observado o critério de serem todas as modalidades terapêuticas próprias e sob gestão do HCFMRP/USP.

Rede municipal de Ribeirão Preto: Ambulatório de Saúde Mental do Distrito Central - Dr. Nelson Okano, Ambulatório de Saúde Mental do Distrito Oeste - Dr. Manoel dos Santos Gabarra, Ambulatório de Saúde Mental - Dr. Guido Hetem, CAPS II - Prof. Dr. Cláudio Roberto C. Rodrigues (Semi-Internação), CAPS I - Thalita Lima da Silva, Serviço Residencial Terapêutico (Sanatório Espírita Vicente de Paulo) atendendo ao critério de se tratarem de serviços de saúde mental próprios, conveniados e sob gestão municipal.

Rede regional ambulatorial: está formada pelo conjunto dos municípios e seus respectivos serviços de saúde mental quando existentes - excetuando aqui o município de Ribeirão Preto pela opção feita neste estudo em deixar os respectivos serviços de saúde mental em sua rede própria -, o que atende ao critério de ser cada um, serviços

municipais de saúde mental que integram a estrutura regional de atenção em saúde mental, a qual se constitui a partir do conjunto de municípios que se encontram na área de abrangência do DRS XIII, nesse caso, todos de natureza ambulatorial.

Rede regional hospitalar: é composta pelo Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto, com serviços ambulatorial e hospitalar especializado em psiquiatria e sob gestão estadual, apesar de integrar tanto a rede de atenção em saúde mental de Ribeirão Preto quanto à estrutura regional de atenção em saúde mental do DRS XIII.

Rede saúde suplementar/particular: é constituída pelo conjunto dos beneficiários de planos de saúde e consultórios particulares, distribuídos em todos os municípios que integram a área de abrangência do DRS XIII, independentemente da natureza da referência de encaminhamento, se ambulatorial ou hospitalar.

A Tabela 2 apresenta a distribuição dos usuários do HD por referência de encaminhamento, no período de setembro de 2010 a abril de 2014, e revela que a Rede HCFMRP/USP foi responsável por 34% do total das admissões no HD, enquanto que a Rede municipal de Ribeirão Preto respondeu por 19%, a Rede regional ambulatorial por 35% e as demais por 12% das admissões.

A comparação percentual entre as redes no acesso ao HD mostra a posição de destaque que ocupa a Rede HCFMRP/USP se comparada com as demais no que se refere à obtenção de vaga para o tratamento em regime de semi-internação diurna, especialmente se o exame pormenorizado dos dados obedecerem ao critério de confrontar o número de pacientes existentes em cada uma das redes (que formam a estrutura de atenção em saúde mental do DRS XIII) que também possuam a mesma necessidade e a mesma indicação de tratamento.

A tabela 3 apresenta a rede de atenção em saúde mental em Ribeirão Preto, em abril de 2014, a qual para efeitos didáticos foi subdividida nos serviços próprios e/ou sob gestão municipal, na rede própria do HCFMRP/USP e nos serviços em saúde mental estadual ou sob gestão estadual, muitas referências de encaminhamento de pacientes para tratamento em regime de semi-internação no HD, no período entre setembro de 2010 e abril de 2014.

Foram conhecidos 13 dos 15 serviços de saúde mental integrantes da rede de atenção em saúde mental em Ribeirão Preto cuja ordem de apresentação neste texto obedece ao critério cronológico de realização de cada visita: HD; CAPS ad; Residenciais Terapêuticos; CAPS III; Ambulatório de Saúde Mental; CAPS II; Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto; EU; Unidade Básica Distrital de Saúde – Centro de Saúde Escola Joel Domingos Machado; Núcleo de Saúde Mental; EPIB; ENF A e AMB PSIQ.

A identificação e o conhecimento do funcionamento dos diversos equipamentos de saúde mental que compõem a RAPS local e regional em Ribeirão Preto permitiram duas constatações, levando-se em conta o período em que se desenvolveu este estudo. A primeira constatação é aquela que revelou o momento de estruturação inicial em que se encontrava a RAPS. Com isto, serem pontuais os mecanismos de gestão na concepção, planejamento, implementação, acompanhamento, avaliação e controle do funcionamento dos fluxos assistências entre os diversos serviços de saúde mental. A segunda constatação, em decorrência da primeira, deixou transparecer a fragilidade das articulações das ações com características de trazer para o cotidiano dos serviços a integração com outras políticas públicas.

4 DISCUSSÃO

Dois aspectos relativos à referência dos encaminhamentos de usuários para o HD merecem ser destacados. O primeiro aspecto é aquele que diz respeito ao fato de mesmo sendo o HD um equipamento de saúde credenciado ao SUS, no tocante ao acesso ao tratamento no HD, o fator origem da referência do encaminhamento não adquire como regra geral, relevância maior, fato que poderia inferir dificuldades na regulação dos leitos pelo gestor municipal de saúde, para garantir a universalidade de acesso e a equidade da atenção.

Com efeito, sendo idêntico o processo para o acesso de pacientes tanto da rede SUS quanto da Rede suplementar/privada, o fator determinante para a internação está associado aos possíveis benefícios do tratamento, o perfil do paciente e quadro clínico apresentado.

Todavia, a existência de exceção à regra geral constitui-se no segundo aspecto a ser destacado. Este segundo aspecto está relacionado ao fato de que os pacientes encaminhados pela Rede HCFMRP/USP possuem preferência de acesso para tratamento no HD, fato que pode se constituir como sendo uma das explicações para o expressivo percentual alcançado de internações, conforme apresentado no gráfico 2.

Ambos os aspectos se revestem de singularidades cujos princípios podem refletir, no caso concreto, significados de desigualdade ou injustiça no acesso de pacientes ao serviço de semi-internação no HD, secundário a origem do encaminhamento. Tal circunstância remete a discussão que traz à tona, de um lado, os princípios constitucionais de ser todo e qualquer cidadão igual perante a lei e de ser a saúde um direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988). De outro, os princípios de universalidade do acesso, integralidade da atenção e equidade, nas ações e serviços de saúde oferecidos pelo SUS (BRASIL, 1990).

Weber (2006) identifica na formação discursiva do SUS alguns enunciados por onde é acionada a Medicina Social. Para o autor a universalidade do acesso determina uma verdadeira revolução na forma de se lidar com os direitos dos cidadãos brasileiros. A integralidade da assistência à saúde significa dizer que a o compromisso público em prover as necessidades de saúde das pessoas e das coletividades de modo completo. A equidade dá a garantia de que todos os cidadãos brasileiros, independentemente de sexo, raça, etnia, religião, idade ou situação de emprego, tem a mesma assistência para uma mesma necessidade.

No primeiro caso, a não subordinação entre os diversos encaminhamentos para acesso ao HD, estabeleceria uma iniquidade frente à realidade de insuficiência quantitativa e qualitativa dos serviços de saúde mental disponíveis à população considerando-se a prevalência das doenças mentais em nosso meio. O acesso de um usuário SUS se comparado a outro usuário da Rede suplementar e/ou particular para acesso a serviços de saúde nas mais diversas especialidades e suas respectivas modalidades terapêuticas, foram constatadas.

No segundo caso, sendo significativamente maior o tempo de espera de acesso de um usuário SUS se comparado a outro usuário da Rede suplementar e/ou particular ao tratamento de saúde, cria-se uma disparidade hierárquica entre os diversos serviços que integram a estrutura regional de atenção em saúde mental no âmbito do DRS XIII. A influência da variável origem do encaminhamento permite a inferência da ocorrência de uma gradação de autoridade que determinados serviços de saúde mental possuem sobre os demais, fato que lhes facultaria exercerem a autoridade preferencial no acesso à determinada modalidade terapêutica, nesse caso o HD.

Nessa direção, a tensão resultante do confronto entre o princípio da equidade com o princípio de justiça, dá visibilidade ao que Weber (2006) chamou de possível paradoxo no contexto do texto constitucional de 1988 para o qual todos são iguais perante a lei, e o princípio de justiça em conformidade com o Direito, ou seja, um conjunto das normas jurídicas vigentes num país, um conjunto de normas de vida em sociedade que buscam expressar e também alcançar um ideal de justiça, traçando fronteiras entre o ilegal e o obrigatório.

Nessa perspectiva, chama a atenção ao fato de que com alguma frequência, as justificativas de ações de tratamento desigual aos desiguais, encontram no princípio da equidade o albergue justificativo de fator de justiça social. A equidade significa que, em função das diferenças sociais e das disparidades regionais, os recursos financiadores para saúde deveriam ser distribuídos numa lógica de favorecer aqueles que mais necessitam de atenção e cuidados. O princípio da justiça significa imparcialidade, ou seja,

significa que em um Estado democrático todos os cidadãos são iguais perante a lei e devem ser tratados de maneira similar (STARFIELD, 2002).

Starfield (2002) contribui ainda mais para esta discussão ao sugerir a existência de duas visões, opostas, de imparcialidade: a igualitária e a libertária. Segundo a autora, o igualitário vê a similaridade como significando o estado da humanidade, de forma que todos têm o direito de lutar por um estado de saúde igual. O libertário vê as coisas sob a suposição de que igual se aplica aos méritos; os recursos são distribuídos de acordo com os méritos, ou seja, para aqueles que os merecem por algum critério especificado.

A complexidade da discussão trazida aqui, a qual circunscreve o possível paradoxo existente entre os princípios de justiça e equidade relativos à assistência a saúde, por remeter a questões de julgamento ético, terá a sua reflexão deixada de lado por não ser o foco deste artigo.

A visitação a rede de atenção em saúde mental do município de Ribeirão Preto permitiu a constatação da inexistência de um dispositivo institucionalizado, ou seja, uma forma específica instituída como regra geral, de maneira a permitir o acompanhamento sistemático do tratamento do paciente entre os diversos serviços que integram a rede, pelos profissionais envolvidos no cuidado do doente.

Ocasionalmente, pela gravidade, condições clínicas, estágio da doença ou outra peculiaridade da assistência prestada, é possível se identificar iniciativas - ainda que pontuais e por conta de algum laço pessoal -, de diálogo entre as equipes de assistência.

Essas eventuais medidas dialógicas apenas reforçam que não há comunicação articulada com e entre as equipes dos processos de atenção à saúde no diferentes locais de assistência que permita o acompanhamento do itinerário terapêutico percorrido pelo paciente.

Ferreira; Pereira (2012) reconhecem avanços na assistência em serviços substitutivos, entretanto destacam a presença de problemas a serem enfrentados entre os quais a falta de comunicação entre os diversos serviços que compõem a rede de atenção. A dificuldade de comunicação e de informação acerca das pessoas assistidas dificulta o acompanhamento dos subjetivos percursos marcados pela experiência do transtorno. Em consequência, ocorre um entrave no envolvimento dos serviços que oferecem assistência, havendo assim apenas o encaminhamento entre equipamentos. Desse modo, cada serviço, em meio à competência e ao nível de assistência que oferece, dá sua parcela no processo de cuidado, concede alta e o encaminhamento para continuação do tratamento, e daí para frente desconhece o itinerário de cada pessoa anteriormente assistida. Tal fato pode contribuir para o processo de objetivação do paciente, pois esse é conduzido a uma dinâmica de encaminhamentos ao longo do percurso do tratamento, sendo que nesse

processo, os serviços isolados, fechados em suas rotinas, carentes de comunicação entre si, não realizam a integralidade necessária (FERREIRA; PEREIRA, 2012).

Alves (2001), Pinto (2007) reforçam o fato de que a baixa integralidade entre os serviços é uma constatação frequentemente citada nesse processo de transformação da assistência psiquiátrica.

Entretanto, o sistema municipal de saúde de Ribeirão Preto dispõe de um instrumento informatizado, em tempo real, que permite ao profissional de saúde que está atendendo o paciente em casos em há a necessita de uma internação psiquiátrica ser informado, pelo Complexo Regulador, da disponibilidade de leitos e para qual hospital o paciente deverá ser encaminhado.

Essa iniciativa de um lado merece destaque pelo fato de se constituir em uma efetiva ferramenta de gestão que reforça a responsabilidade do gestor tanto pela busca da integralidade da assistência quanto pelo respeito que demonstra ao usuário. É uma medida tecnológica com impacto imediato, pois, além de dotar de maior agilidade o atendimento, reveste-se como uma ação que evita que o paciente fique de um hospital para outro à procura de uma vaga para internação. De outro, preocupa, pois um sistema informatizado por si só não é a garantia da existência de leitos hospitalares em psiquiatria em número suficientes que requer os indicadores epidemiológicos relativos aos transtornos mentais.

Durante as reuniões com os responsáveis pelas unidades de saúde visitadas, foi recorrente a queixa de dificuldades da rede municipal de atenção em saúde mental de Ribeirão Preto no encaminhamento de pacientes para o HD.

Esse fato poderia ser explicado por se tratar do único HD da rede de atenção em saúde mental, pela limitada capacidade instalada do HD se comparada à demanda reprimida para esta modalidade terapêutica, ou ainda pelo acesso preferencial que desfrutam os pacientes egressos de internação integral em hospitais psiquiátricos ou ainda encaminhados da rede de atenção em saúde mental do HCFMRP/USP.

Uma justificativa para a ocorrência de tratamentos diferenciados em função da origem do encaminhamento, poderia ser aquela é vislumbra o intuito de se evitar a descontinuidade do tratamento pela alta da internação integral, ainda que se faça necessária a o regime de semi-internação. Outra seria a prudência em reconhecer a realidade da infra-estrutura e do financiamento com foco nas ações e serviços dirigidos à promoção, assistência e reabilitação em saúde mental.

Andreoli et al. (2007) investigaram o desenvolvimento da infra-estrutura de serviço de saúde mental e do seu financiamento no Brasil, no período de 1995 a 2005. Os resultados demonstraram uma redução de 41% no número de leitos psiquiátricos,

enquanto os serviços comunitários aumentaram nove vezes. Em relação ao total de gastos, as despesas com saúde mental diminuiram 26,7 %. Os autores concluíram que existe um claro movimento de transformação do modelo de cuidados psiquiátricos no Brasil, passando do hospital psiquiátrico para os serviços comunitários. Entretanto, a cobertura dos serviços comunitários ainda é precária e a reforma da assistência psiquiátrica não foi acompanhada pelo aumento do investimento público em saúde mental.

5 CONCLUSÕES

O HD está inserido na rede própria de serviços de saúde do HC/FMRP/USP, que conveniado ao SUS, é incorporado simultaneamente tanto pela rede de atenção em saúde mental de Ribeirão Preto, quanto pela estrutura regional de atenção em saúde mental do DRS XIII.

A capacidade instalada do HD, entre outros aspectos, pode deixar dúvidas sobre o impacto produzido pela assistência realizada.

A restrita comunicação entre os serviços e a centralização dos atendimentos em um serviço especializado em saúde mental - na perspectiva da efetivação de diretrizes como a integralidade e a intersetorialidade -, podem sugerir a fragilidade de uma rede de atenção em saúde mental (FERREIRA; PEREIRA, 2012).

6 REFERÊNCIAS

ALVES DS. Integralidade nas Políticas de Saúde Mental. In: PINHEIRO R, E MATOS RA (Org.). *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO; 2001.

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. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29 (1): 43-6. 2007.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006005000032>

AZOUBEL NETO D. Organization and function of a day hospital for psychiatric patients. *Newsletter of V.ª Day Treatment Centers*, 2(4):15-9. 1996.

10. BRASIL C 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: DOU, 1988. Disponível em <http://www.senado.gov.br/legislacao/const/>

BRASIL Lei nº 8.080/90. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Brasília: DOU, 1990. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

BRASIL Lei n.º10.216/2001. *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.* Brasília: Diário Oficial da União, 2001.
Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm

4. BRASIL MS. Portaria n.º 224/92. *Estabelece as diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental.* Brasília: Diário Oficial da União, 1992.

Disponível em:

<http://www.mp.sc.gov.br/portal/site/conteudo/cao/ccf/quadro%20sinotico%20sus/portaria%20sas-ms%20n%C2%BA%20224-92%20-%20diretrizes%20e%20normas%20saude%20mental.pdf>

BRASIL MS. Portaria n.º 3.088/01. *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.* Brasília: Diário Oficial da União, 2001a.

Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

CAMPOS MA. *O hospital dia como alternativa assistencial em Psiquiatria: opinião de pacientes e seus familiares* [Tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 1986.

CONTEL JOB. Quinze anos de Hospital Dia: Contribuição ao estudo da prática de comunidade terapêutica, psicoterapia de grupo e princípios psicanalíticos em Hospital psiquiátrico no Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 40(4):163-9. 1991.

FERREIRA MSC, PEREIRA MAO. Mental health care: listening to patients discharged from a Day Hospital. *Revista Brasileira de Enfermagem*. [periódico na Internet], 65(2):317-323. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000200018>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001: Saúde Mental: nova concepção, nova esperança.* Suíça: World Health Organization, 2001.

Disponível em http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf

PINTO TR. Encontros e Desencontros: a Estratégia de Saúde da Família em sua relação com a rede de serviços e dispositivos substitutivos em Saúde Mental. Botucatu. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva] - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2007.

SÃO PAULO Decreto n.º 51.433/2006. *Cria unidade na Coordenadoria de Regiões de Saúde, da Secretaria da Saúde, altera a denominação e dispõe sobre a reorganização das Direções Regionais de Saúde e dá providências correlatas.* São Paulo: DOE, 2006.

Disponível em

ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2006/iels.dezembro.06/iels247/E_DC-51433_281206.pdf

STARFIELD B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf

WEBER CAT. Direction of Mental Health in Brasil After 1980. *Revista Debates em Psiquiatria*, (3):14-22. 2013.

Disponível em http://abp.org.br/download/revista_debates_15_23_07.pdf

WEBER CAT. *Programa de saúde da família: educação e controle da população*. Porto Alegre: AGE, 2006.

WEBER CAT, JURUENA MF. Day hospital and psychosocial care center: Expanding the discussion of partial hospitalization in mental health. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 62(4), 361-367. 2016. <https://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.62.04.361>

Tabela 1 - Distribuição dos usuários do HD/HCFMRP/USP, por município de origem (set/2010-abril/2014).

MUNICÍPIO/ANO	2010	2011	2012	2013	2014	TOTAL
Ribeirão Preto	8	32	36	35	9	120
Altinópolis	1	1				2
Brodowski			4			4
Cajuru			2			2
Cravinhos			1	2	1	4
Dumont	1		1			2
Guariba			2	5	1	8
Guatapará				1		1
Jaboticabal		4				4
Jardinópolis			8	2	2	12
Lagoinha		3	1			4
Monte Alto		1			1	2
Pitangueiras	1	1			1	3
Pontal			6	1		7
Pradópolis		2			1	3
Ribeirão					1	1
Santa Rosa de Viterbo	1					1
Serra Azul				1	1	2
Serrana	1			2		3
Sertãozinho		3	5	10	1	19
Sumarezzinho			1			1
Sem informação			1	2		3
TOTAL	13	47	68	61	19	208

Tabela 2 - Distribuição dos usuários do HD/HCFMRP/USP, por Referência de Encaminhamento (set/2010-abr/2014).

REFERÊNCIA DE ENCAMINHAMENTO	NÚMERO DE USUÁRIOS ENCAMINHADOS	% DE USUÁRIOS ENCAMINHADOS
REDE HCFMRP/USP	70	33,7
REDE MUNICIPAL DE RP	40	19,2
REDE REGIONAL AMB	72	34,4
REDE REGIONAL HOSP	5	2,4
REDE SAÚDE SUPLEM/PART	21	10,1
TOTAL	208	100

Tabela 3 – Rede (Estrutura) de Atenção em Saúde Mental em Ribeirão Preto/abril 2014.

REDE MUNICIPAL DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL	REDE DE SAÚDE MENTAL HCFMRP/USP	SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL DO ESTADO
Ambulatório Saúde Mental Distrito Central/Dr. Nelson Okano	Ambulatório	Hospital Santa Tereza
Ambulatório Saúde Mental Distrito Oeste/ Dr. Manoel dos Santos Gabarra	Unidade de Emergência	10 Residenciais Terapêuticos - Centro Espírita Caminho da Luz
Ambulatório de Saúde Mental/ Dr. Guido Hetem	Enfermaria Psiquiátrica de Internação Integral Breve	
CAPS II/ Prof. Dr. Cláudio Roberto C. Rodrigues (semi-internação)	Enfermaria Psiquiátrica de Internação Integral	
CAPS III/ Dr. André Santiago	Hospital-Dia	
CAPS-ad (álcool/droga)		
CAPS i/Thalita Lima da Silva		
7 Residenciais Terapêuticos Sanatório Vicente de Paulo		