

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS



**GESTÃO REGIONAL DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:
DESENVOLVENDO TECNOLOGIAS PARA A AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE
IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NA 15ª CRS**

MARÍLIA PINTO BIANCHINI

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS



**GESTÃO REGIONAL DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:
DESENVOLVENDO TECNOLOGIAS PARA A AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE
IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NA 15ª CRS**

MARÍLIA PINTO BIANCHINI

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS no Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS do Grupo Hospitalar Conceição.

Orientador: Alcindo Antônio Ferla
Coorientadora: Rosa Maria Levandovski

Marília Pinto Bianchini

**GESTÃO REGIONAL DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: DESENVOLVENDO
TECNOLOGIAS PARA A AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA
POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NA 15ª CRS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS no Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS do Grupo Hospitalar Conceição.

Aprovado em 03 de agosto de 2017.

Alcindo Antônio Ferla, Prof. Dr. (Presidente/Orientador)

Daniela Dallegrave, Dra (GHC)

Lúcia Inês Schaedler, Dra (GHC)

Károl Veiga Cabral, Dra.

Porto Alegre, RS
2017

AGRADECIMENTOS E DEDICATÓRIAS

Foram dois anos cansativos, trabalhando de nove a dez horas por dia para juntar um pequeno banco de horas e poder atravessar o Rio Grande e frequentar as aulas e orientações. Nestas 12 horas de ônibus na madrugada, entre idas e vindas, jamais foi cogitada a desistência da formação graças à rede de suporte afetivo que tenho. Logo, registrar esta gratidão aqui é reconhecer que sem amor eu nada seria: nem Marília, nem trabalhadora, nem militante, nem mestre.

Agradeço e dedico esta escrita e todo o esforço investido neste trabalho a quem é, para mim, sinônimo de afeto, repouso e pulsação:

A minha vó Carolina, meu maior tesouro, cada letra neste trabalho é sua.

A minha irmã Vivian e pai Miguel que me aqueceram em seu apartamento nas estadias em Porto Alegre e minha mãe Zaíra que sempre contribuiu para a continuidade da formação: minha família, fonte infinita de estímulo e apoio aos meus vôos.

Aos colegas do Departamento de Ações em Saúde da 15ª CRS que compreenderam e deram suporte às minhas ausências. A minha amiga e assessora jurídica Patrícia de Carli que me representou quando ausente e abraçou como suas as demandas minhas e da saúde mental.

Aos meus colegas do Mestrado que traduziram a linguagem dura da epidemiologia e estatística e tornaram possível o avanço nas disciplinas que pouco dialogavam com a minha formação anterior. Devo um pedaço do diploma a cada um de vocês.

Ao meu orientador Alcindo, fonte de inspiração desde que nasci na saúde pública. E que sorte a minha ter o ídolo como orientador!

Aos trabalhadores de saúde mental da 15ª CRS que participaram da pesquisa e estão ajudando a conduzir o Grupo Condutor da RAPS da 15ª CRS, desenvolvendo e qualificando o cuidado em saúde mental em toda a região.

SUMÁRIO

ABREVIATURAS E SIGLAS	6
LISTA DE GRÁFICOS	7
RESUMO	8
APRESENTAÇÃO.....	12
1. OBJETIVOS	14
1.1 GERAL	14
1.2 ESPECÍFICOS	14
2. INTRODUÇÃO	15
3. REVISÃO DA LITERATURA	19
3.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA: DA CENTRALIDADE DO HOSPITAL À PERSPECTIVA DA REDE EXTRA-MUROS	19
3.2 A 15ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE E OS IMPASSES NO ACOMPANHAMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL.....	25
4. PERCURSO METODOLÓGICO.....	28
5. ARTIGOS E OUTROS PRODUTOS TÉCNICOS	34
5.1 PRODUTO 1.....	34
5.2 PRODUTO 2.....	42
5.3 PRODUTO 3.....	55
5.4 PRODUTO 4.....	92
6. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
7. ANEXOS.....	96
7.1. Aprovação pelo Comitê da Ética e Pesquisa.....	96
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	98

ABREVIATURAS E SIGLAS

BI - *Business Intelligence*

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CIR – Comissão Intergestores Regional

CRS - Coordenadoria Regional de Saúde

GCRAPS - Grupo Conductor da Rede de Atenção Psicossocial

NAAB - Núcleo de Apoio à Atenção Básica

NASF - Núcleo de Apoio da Saúde da Família

OT - Oficina Terapêutica

PMAQ – Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

SISAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SISPACTO – Sistema de Pactuação Integrada

SUS - Sistema Único de Saúde

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Internações reguladas e ocorridas de agosto de 2014 a dezembro de 2015.....	47
Gráfico 2 – Usuários atendidos e reinternados por sexo no período analisado.....	47
Gráfico 3 – Diagnóstico das internações no período analisado.....	48
Gráfico 4 – Diagnósticos das reinternações no período analisado.....	49
Gráfico 5 – Percentual de reinternações no período analisado.....	49
Gráfico 6 – Diagnóstico das internações compulsórias no período analisado.....	50
Gráfico 7 – Duração das internações no período analisado.....	51
Gráfico 8 – Faixa etária dos usuários internados por sexo no período analisado.....	51

RESUMO

Na divisão de responsabilidades entre as esferas administrativas no Sistema Único de Saúde, é responsabilidade do ente estadual o acompanhamento, controle e avaliação das redes hierarquizadas em saúde. No Rio Grande do Sul, a Secretaria Estadual da Saúde possui instâncias descentralizadas nos territórios das Regiões de Saúde - as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS). Estas acompanham, monitoram e avaliam as políticas de saúde em seu território de abrangência. Em relação à Política de Saúde Mental, há entraves que dificultam seu monitoramento como a escassez de indicadores e informações de saúde na área. Neste cenário, era necessário desenvolver uma tecnologia/*modus operandi* para a gestão que ofertasse insumos para o desenvolvimento da Política de Saúde Mental regional. Este trabalho foi desenvolvido na 15ª CRS, região composta por pequenos municípios, caracterizada pela ausência de serviços especializados como os Centros de Atenção Psicossocial, alta cobertura de Estratégia de Saúde da Família e atenção hospitalar em saúde mental. Neste sentido, propôs-se uma pesquisa-intervenção que partiu do desenvolvimento de um Inventário da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) regional através da articulação de informações em saúde e banco de dados disponíveis e criados para tal finalidade. Neste caminho, foi traçado o perfil de usuários que acessaram a internação em leito integral de saúde mental na região, no período de agosto de 2014 a dezembro de 2015. Posteriormente, foi provocado o encontro do Inventário com o coletivo de trabalhadores municipais de saúde mental, em momento de educação permanente em saúde. A análise do perfil das internações mostrou que a maioria das internações ocorreu por problemas decorrentes do uso de álcool (37%) e episódios depressivos (19%) e que em torno de 21% dos usuários atendidos reinternaram no período analisado. A faixa etária que mais acessa a internação em saúde mental está entre os 35 e 49 anos e a média de duração da internação é de cinco semanas. O tratamento dos dados coletados no momento de educação permanente junto aos trabalhadores de saúde mental foi realizado através da análise de conteúdo de Bardin (2009). Nela, evidenciaram-se a carência de dispositivos da RAPS na região que além de poucos se encontram desarticulados, o distanciamento entre gestão e atenção e o predomínio de ações curativas tendo a medicação e a internação em saúde mental como recursos culturalmente requisitados e desconectados de ações preventivas. A tecnologia de gestão almejada demandava a instituição de um espaço regional que ampliasse a interface entre gestão e atenção, incidindo sobre os nós de rede visualizados e fortalecendo a RAPS regional. Assim,

foi criado o Grupo Condutor da RAPS regional (GCRAPS) que é composto pelos coordenadores municipais de saúde mental, representantes dos hospitais com leitos de saúde mental e equipe técnica da CRS. Ainda que a pesquisa tenha alcançado seu objetivo, reafirma-se a necessidade de se ampliar o escopo de informações sobre saúde mental nos sistemas de informação em saúde, o que irá contribuir para o melhor monitoramento da efetivação da Política de Saúde nos territórios.

Palavras-chave: Avaliação de Tecnologia em Saúde, Sistema Único de Saúde, Saúde Pública, Política de Saúde Mental, Gestão regional, Rede de Atenção Psicossocial.

ABSTRACT

On the responsibility division between the administrative spheres in the Unique Health System (SUS), is responsibility of the state body the tracking, control and evaluation of hierarchy networks of health. In Rio Grande do Sul State, the health state board have decentralized instance in the areas of Health Regions – Regional Coordination of Health (RCH). These have to track, control and evaluate the public policies in your zones coverage. Regarding the Mental Health Policy, there are barriers that make difficult the tracking, like the lack of indicators and information of health in this area. In this scenario, it was necessary to elaborate a *modus operandi* technology to the public management that offers inputs to development of the regional Mental Health Policy. This work was produced on the 15° RCH, region formed by small towns, featured by the lack of specializes services, as the Psychosocial Care Center, high coverage of Family health Strategy and hospital care in Mental Health. In this sense, was proposed a research-intervention that came from the development of a survey in the regional Psychosocial Care Network, through the health information and database available and created for this purpose. In this way was traced/outlined the users profile that had access to full hospitalization in mental health, in the term of August 2014 to December 2015. After that, was made the meeting between the Survey and the municipal public servants, in a health conference of permanent education. The hospitalization profile analysis showed the majority of the hospitalization happened by problems due to the use of alcohol (37%) and depressive episodes (19%) and about 21% of the assisted users were re-hospitalized in the analyzed period. The age range that more access hospitalization in mental Health is between 35 and 49 years old and the average hospitalization term is Five weeks. The analysis of the permanent education conference with the mental health workers was made through the review of Bardin (2009) content. On this, was make clear the lack of devices on the Regional Psychosocial Care Network, that besides few are disarticulated; the gap between management and care; and the predominance of curative actions having medication and mental health hospitalization as culturally required resources however disconnected from preventive actions. The Management technology aimed had demanded the foundation of a regional space that expands the interface between management and care, incurring in the network nodes and strengthening the regional Psychosocial Care Network. So, was created the regional Psychosocial Care Network leader group, composed by municipal coordinators of mental health, spokesman of hospitals with

mental health treatment and the CRS technical team. Even though the research had reached its goal, it reassures the necessity of enlarging the information scope about mental health in the Health data systems, which will contribute to better tracking of the effectiveness of the public policies in the zones.

Keywords: Health Technology Assessment, Health Unic System, Public Health, Mental Health Policies, Regional management, Psychosocial Care Network.

APRESENTAÇÃO

Este é o Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS no Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Tecnologias para o Sistema Único de Saúde do Grupo Hospitalar Conceição, desenvolvido pela mestrandia Marília Pinto Bianchini sob orientação do Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla e Coorientação da Prof. Dra. Rosa Maria Levandovski.

O mesmo nasceu da pretensão e ensejo de se desenvolver tecnologias/modos de fazer a gestão da Política de Saúde Mental regional, a partir do olhar de trabalhadora do ente federativo estadual em uma Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Tecnologias estas que enfrentassem o cenário de escassez de parâmetros para a gestão regional da política associado a pouca tradução das singularidades regionais nos bancos de dados e informações em saúde mental disponíveis.

Nos Objetivos do trabalho, há a descrição do desejado com a construção do mesmo. A Introdução traz como a temática da gestão regional da Política de Saúde Mental tornou-se o corpo e alma do trabalho, desnudando a construção de pensamento que levou à elaboração do problema investigado pela pesquisa.

A Revisão de literatura traz o embasamento teórico que sustenta e direciona o olhar sob o fenômeno estudado. Nela, discute-se a história do tratamento da loucura, desde o modelo hospital centrado, anterior à Reforma Psiquiátrica, até a construção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a partir da Portaria nº 3.088 (BRASIL, 2011). Além disso, descreve o cenário onde a pesquisa foi desenvolvida: a 15ª Coordenadoria Regional de Saúde (15ª CRS).

O Percorso Metodológico explica o caminhar da pesquisa que, para o alcance dos objetivos aspirados, se dividiu em três momentos. Primeiro, propôs-se a construir um Inventário da RAPS regional, a partir do cruzamento de informações em saúde de sistemas de informações disponíveis e também criados para a finalidade. Depois, foi provocado o encontro do Inventário com trabalhadores municipais da saúde mental dos municípios da região de abrangência da CRS em um momento de educação permanente em saúde. Por último, analisou-se o material do encontro, buscando-se elementos que servissem como insumos para os processos de gestão da Política de Saúde Mental na Coordenadoria.

Na seção de Artigos e Outros Produtos técnicos, apresenta-se os quatro principais produtos deste Trabalho de Conclusão de Curso, a saber: os dois artigos principais derivados da pesquisa, o Inventário da RAPS da 15ª CRS que foi construído e apresentado aos trabalhadores de saúde mental dos municípios no percurso da pesquisa e, por último, talvez o mais significativo produto deste trabalho, a deliberação da Comissão Intergestores Regional da 20ª Região de Saúde do Estado instituindo o Grupo Condutor da RAPS regional da 15ª CRS.

Por último, traz as Considerações Finais do trabalho onde se reafirma a trajetória do mesmo, o que se produziu a partir de sua construção e sua inscrição no desenvolvimento da Rede de Atenção Psicossocial regional, cerne e norte de todo o trabalho.

1. OBJETIVOS

1.1 GERAL

- Desenvolver tecnologias de gestão para o acompanhamento da Política de Saúde Mental na 15ª CRS;

1.2 ESPECÍFICOS

- Sistematizar um conjunto de indicadores regionais de saúde mental, a partir do cruzamento de dados obtidos dos sistemas de informações públicos disponíveis e criados pela 15ª CRS;
- Debater o Inventário da RAPS regional aos trabalhadores municipais da saúde mental em momento de educação permanente em saúde, ampliando-o e construindo novos sentidos (inteligência coletiva) ao cenário levantado;
- Traçar estratégias junto aos atores envolvidos para o desenvolvimento da Política de Saúde Mental Regional a partir do cenário levantado e do uso desta tecnologia sobre a mudança de paradigma e potencialidade para operar mudanças, mesmo frente a condições adversas (não favoráveis);
- Traçar o perfil dos usuários que acessaram as internações em saúde mental nos hospitais com leitos integrais em saúde mental da região da 15ª CRS, no período de agosto de 2014 a dezembro de 2015.

2. INTRODUÇÃO

Enquanto direito fundamental assegurado na Constituição Federal, a saúde da população torna-se responsabilidade do Estado (BRASIL, 1988). Ainda que o dever do Estado não exclua o das pessoas, o da família e o da sociedade, cabe ao Estado a formulação e execução de políticas econômicas e sociais e a garantia do acesso universal e integral às ações de proteção, promoção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990).

A garantia da saúde enquanto direito de cidadania é conquista do movimento da Reforma Sanitária formalizado com a Constituição Federal de 1988. A Lei 8.080 (BRASIL, 1990), inaugura o Sistema Único de Saúde (SUS) e regulamenta as ações em saúde em todo o território nacional, atribuindo responsabilidades às esferas interfederativas (União, estados, Distrito Federal e municípios).

A luta pelo acesso à saúde pública deu-se concomitante ao movimento da busca pelos direitos dos usuários da saúde mental. A Reforma Psiquiátrica, movimento internacional de contestação ao tratamento ofertado à loucura centrado no hospital psiquiátrico teve, no Brasil, importantes desdobramentos. A Política de Saúde Mental Brasileira, instituída com a promulgação da Lei 10.216 (BRASIL, 2001), assegura o cuidado do usuário no território, em redes de atenção e proteção à saúde, com a criação de serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico.

Com a rede de atenção psicossocial em funcionamento, a internação em saúde mental – antes único recurso no tratamento a loucura, passa a ser indicada apenas quando os recursos extra-hospitalares mostram-se insuficientes no atendimento às demandas do usuário.

Assim como as demais políticas de saúde, o funcionamento e a efetivação da política de saúde mental dependem da articulação entre os entes federativos. Estes, por sua vez, compartilham responsabilidades desde a formulação até a execução das ações em saúde. Entre as atribuições da direção estadual do Sistema Único de Saúde, encontra-se, por exemplo, o acompanhamento, controle e avaliação das redes hierarquizadas do SUS (BRASIL, 1990).

O Estado do Rio Grande do Sul é dividido em trinta Regiões de Saúde. As Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) são órgãos da gestão estadual da saúde do Estado do Rio Grande do Sul descentralizados nos territórios das Regiões de Saúde. A elas cabe o acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e políticas de saúde em seu território de abrangência. No Rio Grande do Sul há 19 CRS, sendo a 15ª CRS responsável pelo

acompanhamento de 26 municípios de sua região. Destes 84,6% possuem população inferior a 10 mil habitantes (IBGE, 2010).

Em relação ao acompanhamento da Política de Saúde Mental pelas Coordenadorias Regionais de Saúde, há alguns impasses que dificultam o mesmo. Um deles refere-se à escassez de indicadores de saúde mental. O Sistema de Pactuação Integrada – SISPACTO, por exemplo, inclui apenas um indicador de saúde mental, o Indicador 21 - Ações de matriciamento sistemático realizadas por Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) com equipes de Atenção Básica, que passou a ser utilizado a partir do ano de 2017 (BRASIL, 2016). Nos anos anteriores, o indicador utilizado era o de cobertura populacional dos CAPS. Ainda que estes sejam importantes indicativos sobre a efetivação da Política de Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica, é necessário ponderar que a grande maioria dos municípios brasileiros e do Rio Grande do Sul possui população inferior a 20 mil habitantes, não havendo possibilidade de implantação desse serviço em seu território, a não ser de forma regionalizada através da soma de municípios na implantação de um CAPS regional.

A ausência de serviços como os CAPS faz com que as ações de saúde mental sejam desenvolvidas em outros pontos da rede de atenção, especialmente na atenção básica. Apesar disso, há uma lacuna de informações em saúde sobre a saúde mental no Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB).

Em um material produzido pelo Ministério da Saúde em 2003, há menção sobre a inclusão da saúde mental nos sistemas de informação da atenção básica como prevenção ao uso de benzodiazepínicos, atenção a pessoas com problema de uso prejudicial de álcool, atenção a pessoas com transtorno mental grave (severo) e persistente, entre outros (BRASIL, 2003). Apesar da relevância destas informações, passada mais de uma década deste documento, os sistemas de informação ainda não armazenam informações importantes sobre a saúde mental da população, dificultando o acompanhamento da Política de Saúde Mental pelos entes da saúde, como as Coordenadorias de Saúde.

Quanto às internações em leitos de atenção integral em saúde mental, estratégia de cuidado intensivo para usuários em situação de sofrimento psíquico agravado e ameaça de rompimento com o laço social, há um esforço para as Coordenadorias regularem regionalmente as mesmas. Porém, não há um monitoramento padronizado da regulação das mesmas no Estado. Ainda que com escassez de dados, percebe-se, através da atividade regulatória da 15ª CRS, um quantitativo expressivo de demanda à internação em leito integral de saúde mental na região e de reinternações em curtos espaços de tempo. Estas observações

indicam certa centralidade desse nível de atenção no cuidado ao usuário de saúde mental, necessitando estudos mais profundos sobre o tema.

Os sistemas de informação sobre mortalidade, através das taxas de suicídio e mortes por violência ou abuso de substância psicoativa também são importantes ferramentas para o acompanhamento da efetivação da política de saúde mental. Todavia, é notório o cenário de subnotificação dos agravos, mesmo nas notificações de ordem compulsória como as tentativas de suicídio.

Diante deste cenário e da inquietação provocada pelo lugar de Coordenação Regional da Política de Saúde Mental em uma CRS do interior do Estado esta pesquisa começou a ser desenhada. A escassez de dados e informações em saúde sobre saúde mental associada às características singulares do território as quais nem sempre encontravam tradução nos bancos de dados disponíveis abriu caminho para a proposta da pesquisa: era necessário, então, pensar/criar/desenvolver tecnologias para a gestão, um *modus operandi* para contornar (no sentido de “dar contorno, forma”) o cenário e poder operar sobre ele, modificando-o e desenvolvendo-o.

Se por um lado a escassez de ferramentas e tecnologias para a gestão regional da política de saúde mental dificulta o monitoramento da implementação da mesma no território onde se insere, por outro lado dá a liberdade criativa e a licença poética da criação deste “jeito de fazer” singular como o território onde se insere. A referência à arte, nesse caso, busca contato com diversos dispositivos utilizados no cotidiano dos serviços substitutivos para superar a lógica do problema-solução, que se assenta na prática biomédica vigente em todo o setor saúde e na própria ciência. (FERLA, 2007). A fragilidade dos instrumentos de gestão é verdadeira quando a cena atual é olhada da perspectiva da política e do movimento de reforma sanitária. Provavelmente não será igualmente verdadeira se mirada na perspectiva dos imaginários vigentes sobre a assistência às doenças e, em particular, sobre a atenção na saúde mental, onde a segregação segue sendo uma medida considerada legítima e necessária, uma vez que o cuidado não está, nessa perspectiva, centrado no direito do usuário, mas na tradução da doença no sistema de classificação biomédica. Assim, a referência à poesia e à arte, de forma geral, constitui para a articulação atenção/gestão uma possibilidade que está para além das práticas vigentes, partindo de insumos que pertencem ao cotidiano do trabalho na rede de atenção.

A partir disso, este trabalho caminha na direção da construção de uma espécie de Inventário da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da região da 15ª CRS gerado pela

combinação de dados de sistemas de informação disponíveis articulados a bancos de dados regionais criados para esta finalidade e a ampliação e produção de novos sentidos ao conhecimento produzido junto aos trabalhadores municipais da saúde mental, em espaço coletivo de reflexão e educação permanente em saúde. Além disso, tem ambição de que o conhecimento produzido por este estudo se configure como matéria-prima para os processos de acompanhamento, monitoramento e avaliação da Política de Saúde Mental regional pela CRS onde se insere, por meio do desenvolvimento de tecnologias de gestão.

Neste ponto, está se considerando como “tecnologias de gestão” a soma de tecnologias duras (normas, legislações e estruturas organizacionais), tecnologias leve-duras (saberes estruturados) e tecnologias leves (tecnologias de relação e comunicação) (MERHY E FEUERWERKER, 2009) nos processos de organização e gerenciamento dos sistemas de atenção à saúde. Tecnologias de gestão que devem compor junto às demais tecnologias (medicamentos, equipamentos, sistemas organizacionais e de suporte, entre outras) àquilo que se considera como “Tecnologia em Saúde”, por meio das quais o cuidado em saúde é realizado (BRASIL, 2009a).

No país, a gestão de tecnologias em saúde é regulamentada pela Portaria nº 2.690 (BRASIL, 2009b). Nela, a avaliação de tecnologias em saúde (ATS) é entendida como a análise dos benefícios e das conseqüências econômicas e sociais e do uso de tecnologias em saúde. A ATS faz parte do desenvolvimento científico e tecnológico o qual é atribuição do Sistema Único de Saúde, cuja responsabilidade é compartilhada entre os entes (BRASIL, 1990).

A referência às tecnologias de gestão, nesse caso, inclui a produção de dispositivos para realizar a coordenação regional de forma participativa entre o ator estadual e os atores municipais, associando modos de organizar a atenção de acordo com o previsto nas políticas do Sistema Único de Saúde. Trata-se de analisar o cenário regional, por meio da sistematização de indicadores de diversas naturezas e da produção compartilhada de conhecimentos a partir deles, e a produção de recursos para a gestão regional, conforme assinalado.

A construção epistemológica do problema da pesquisa-intervenção segue-se com a revisão teórica e das políticas que orientam a atenção à saúde mental, vigentes no Brasil e no Estado do Rio Grande do Sul.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA: DA CENTRALIDADE DO HOSPITAL À PERSPECTIVA DA REDE EXTRA-MUROS

A Reforma Psiquiátrica consiste em um movimento internacional de mudança e questionamento acerca do cuidado e atenção à loucura centrado no modelo hospitalocêntrico. O hospital, instituição criada inicialmente com a finalidade de hospedagem, passou, a partir do século XVIII, a receber aqueles que socialmente não se encaixavam nos padrões sociais da época como os delinquentes e desajustados, além dos pobres e necessitados (LANCETTI E AMARANTE, 2012).

A primeira separação entre a loucura das demais doenças inicia com o médico Philippe Pinel que retira do hospital aqueles que não eram considerados enfermos. Pinel, considerado pai da Psiquiatria, aconselhava que os loucos fossem isolados nos hospitais, com o intuito de preservá-los das interferências externas e potencializar sua observação para a obtenção de conhecimento científico (LANCETTI E AMARANTE, 2012). O isolamento dos loucos nos manicômios tornou-se, com isso, a condição para a elaboração do conceito da loucura, pois, nesta lógica, somente livre das influências externas seria possível descrever verdadeiramente a doença (JARDIM E DIMENTEIN, 2007).

O manicômio fechado, murado e isolado do mundo externo, no entanto, não possuía mais razões de existir. Duzentos anos depois, como a escravidão, era injustificável sua permanência e manutenção (DELGADO, 2009). O hospital psiquiátrico criado por Pinel não poderia mais ser considerado como uma instituição de cuidados às pessoas com sofrimento psíquico: denúncias por todo o mundo de violação de direitos humanos, violência e maus-tratos eclodiram em questionamentos e propostas de mudanças ao modelo de tratamento centrado no hospital psiquiátrico (LANCETTI E AMARANTE, 2012).

Essa movimentação conhecida como Reforma Psiquiátrica surge para questionar o modelo centrado no manicômio, pois o mesmo mostrou-se iatrogênico, ineficiente e desumano. Assim, a Reforma Psiquiátrica defende que o cuidado em saúde mental não exclua o usuário do seu espaço social, apostando na superação do modelo de atenção centrado no hospital (DIMENSTEIN, SEVERO, BRITO, PIMENTA, MEDEIROS E BEZERRA, 2009). Defendendo formas de cuidado para além da internação psiquiátrica, a Reforma Psiquiátrica pauta a inclusão do território de vida do usuário como central na oferta de cuidados, ampliando o atendimento de forma a contemplar a família, os vínculos sociais e comunitários,

através de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (ANTONACCI E PINHO, 2011).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, muito embora inscrita em um contexto internacional de mudança e questionamentos em relação ao tratamento ofertado à loucura, possui uma história própria. Coetâneo ao movimento da Reforma Sanitária nos anos 70 se orienta tanto pela crítica ao modelo assistencial centrado no hospital quanto pelo empenho de movimentos sociais na luta pelos direitos dos pacientes psiquiátricos (BRASIL, 2005).

No país, em todas as capitais foram construídos grandes Hospitais Psiquiátricos. As experiências internacionais de reforma, no entanto, inspiraram movimentos de contestação do tratamento ofertado nos Hospitais Psiquiátricos e experiências de transformação se espalharam pelo país todo. A intervenção na Casa de Saúde de Anchieta, Hospital Psiquiátrico que abrigava mais de 500 pacientes em Santos “foi mais uma escola de liberdade” (p.673). O desmantelamento do Hospital acompanhou a criação de serviços substitutivos ao hospital e mostrou que era possível cuidar do louco fora do manicômio (LANCETTI E AMARANTE, 2012).

Apesar dos movimentos de contestação do tratamento vigente à loucura provocar reformas em diversos lugares do país, a lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira – Lei 10.216 foi promulgada anos mais tarde, apenas em 2001 (BRASIL, 2001). Após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, considerada como uma lei social que abrange ampla parcela da população, a lei da Reforma Psiquiátrica atinge diretamente 600 mil brasileiros que passam ou passaram sua vida em asilos (DELGADO, 2009).

A referida lei versa sobre os direitos dos usuários acometidos por transtorno mental. Além disso, coloca sob responsabilidade do Estado a criação de políticas de saúde, assistência e promoção de saúde mental, vedando que a assistência seja prestada em instituições de caráter asilar (BRASIL, 2001).

A necessidade de políticas de saúde para esse público se sustenta nas estimativas que assinalam que, ainda que não haja um estudo significativo que aponte a prevalência de problemas associados aos transtornos mentais no país, o Ministério da Saúde estima que em torno de 20% da população brasileira necessite de cuidados em saúde mental. Dentre estas, 3% demandam cuidados contínuos e 9% necessitam de cuidados eventuais (BRASIL, 2003). Transpondo tal estimativa para a realidade local da 15ª CRS que possui população de 161.508 (IBGE, 2010), estima-se que em torno de 4.845 usuários necessitam de cuidados contínuos e

14.535 de cuidados eventuais, demandando atenção e articulação para a construção de linhas de cuidado para os mesmos.

Com o movimento da Reforma Psiquiátrica, a política de saúde mental nacional assume caráter antimanicomial. A preconização de ações no território, em serviços de caráter aberto e a organização do cuidado com vistas à reinserção social do usuário em detrimento à práticas excludentes e segregadoras comumente presentes no paradigma manicomial, passam a exigir uma nova configuração do cuidado ofertado. Esta nova configuração, por sua vez, exige a criação de outros modos de acolher o sofrimento nos espaços onde a vida acontece: nos territórios cotidianos dos usuários (DIMENSTEIN et al, 2009).

Esta mudança no cuidado implica na reorientação

[...] no uso e na gestão dos recursos e potencialidades dos territórios, afirmando coletivamente que a responsabilidade pelo cuidado é uma prática de vários agentes, instituições, sistemas de saúde e sociedade (DELGADO, COUTINHO E GOMES, 2001, p.452).

Apesar dos esforços da Reforma Sanitária e Psiquiátrica, no entanto, lacunas assistenciais importantes, gastos crescentes, fragilidades no processo de gestão de recursos e de pessoal passaram a caracterizar a atenção ofertada pelo Sistema único de Saúde (SUS). O modelo de atenção centrado na figura do médico, baseado em ações curativistas mostrava-se insuficiente para responder as demandas atuais da saúde. Além disso, complexidade do cenário brasileiro, marcado pela diversidade cultural e sócio-econômica entre as regiões demarcava a necessidade de reorganizar o sistema de saúde de forma a contemplar equitativamente à população, garantindo a integralidade da atenção prestada.

A complexidade das demandas de saúde associada à heterogeneidade de atores envolvidos no processo do cuidado e à multiplicidade de formas de cuidar faz com que nenhum serviço e/ou profissional da saúde isolado seja suficiente para responder às demandas de saúde da população. As redes atenção à saúde tornam-se, assim, condição indispensável à produção do cuidado (QUINDERÉ, JORGE E FRANCO, 2014).

Na tentativa de reverter aquele cenário, o Ministério da Saúde lança Portaria nº 4.279 (BRASIL, 2010) que institui as Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para superação da fragmentação da atenção e gestão, bem como aperfeiçoamento do funcionamento do SUS. As redes de atenção à saúde são definidas como:

[...] arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade da atenção (BRASIL, 2010, s.p).

Com o objetivo de garantir a atenção certa, no tempo e lugar certo, com o custo certo, às redes de atenção à saúde reorganizam e reorientam o funcionamento político-institucional do SUS.

A rede de atenção à saúde está contida dentro do território de uma ou mais Regiões de Saúde. Estas, por sua vez, são entendidas como agrupamentos de municípios que dividem um território geográfico contínuo e compartilham identidades culturais, econômicas e sociais, além de sistemas de comunicação e infra estrutura, com a finalidade de executar conjuntamente as ações em saúde. Para serem instituídas, as Regiões de Saúde devem conter minimamente ações de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde (BRASIL, 2011a).

É importante ressaltar, no entanto, que para além dos pontos de uma rede e sua estruturação organizativa e fixa nos pontos de atenção, as redes compreendem uma dimensão que se edifica na micropolítica dos processos do trabalho vivo em ato e articulação entre trabalhadores e equipes, operando sob uma estrutura, mas que não se reduzindo a ela (QUINDERÉ, JORGE E FRANCO, 2014).

Na saúde mental, a partir de 2011, a Portaria nº 3088 entra em vigor instituindo a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), sendo esta destinada às pessoas acometidas por transtorno ou sofrimento mental, incluindo as com necessidades decorrentes do uso de drogas. A RAPS surge, dessa forma, da necessidade de o SUS ofertar ao usuário uma rede de cuidados em saúde mental integrada e articulada, condizente às necessidades do usuário, ampliando e diversificando a atenção prestada (BRASIL, 2011b).

A RAPS é constituída por diversos pontos de atenção, entre eles: unidades básicas de saúde, equipes de atenção básica para populações específicas, centros de convivência, centros de atenção psicossocial (CAPS), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência 192 (SAMU), salas de estabilização, Unidade de Pronto-Atendimento 24 horas (UPA), portas hospitalares de atenção à urgência, unidades de acolhimento, serviços de atenção em regime residencial, enfermarias especializadas em Hospital Geral, serviços hospitalares de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, serviços residenciais terapêuticos, entre outros (BRASIL, 2011b). Vale destacar que na configuração em rede todos os pontos de atenção são igualmente importantes, diferenciando-se apenas quanto à densidade tecnológica apresentada (BRASIL, 2010).

Os CAPS são serviços de composição multiprofissional que trabalham de forma interdisciplinar e que ofertam cuidados sob forma intensiva, semi-intensiva e não intensiva a pessoas acometidas por sofrimento psíquico intenso e/ou persistente e àquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. São subdivididos de acordo com o público a que se destina e a população a qual está referenciado (BRASIL, 2011b).

Na RAPS, apesar de os CAPS serem considerados serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, os mesmos são indicados apenas para municípios com população acima de 20 mil habitantes (BRASIL, 2011b), o que exclui a possibilidade da presença deste serviço na maioria dos municípios brasileiros. Na região da 15ª Coordenadoria Regional de Saúde, por exemplo, apenas dois municípios (em torno de 8% do total de municípios) apresentam uma população compatível com a implantação deste tipo de serviço, sendo que há apenas um CAPS em funcionamento até o momento.

Para além dos pontos de atenção criados pelo Ministério da Saúde, o Rio Grande do Sul, ciente da necessidade de maior articulação entre saúde mental e atenção básica, da ampliação dos pontos da rede de atenção psicossocial que incluísse a criação de serviços e dispositivos que pudessem ser implantados em municípios de pequeno porte e da necessidade de se estimular práticas terapêuticas nos territórios, cria os Núcleos de Apoio à Atenção Básica (NAAB) e as Oficinas Terapêuticas (OT).

Os NAAB são serviços pensados para municípios de pequeno porte, com população inferior a 16 mil habitantes. São compostos por equipe multiprofissional, onde as categorias profissionais são eleitas de acordo com as necessidades locais de saúde. A equipe do NAAB é responsável pelo apoio à atenção básica em relação à saúde mental, trabalhando em parceria com os profissionais das equipes de saúde da família e atenção básica, através do apoio matricial às equipes e compartilhamento de ações, bem como promovendo a articulação entre as redes do município e região (ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2011a).

Os NAAB surgem, pois, inicialmente, os Núcleos de Atenção a Saúde da Família (NASF) eram serviços a serem implantados em municípios com no mínimo três Estratégias de Saúde da Família (ESF). No entanto, em 2012, o Ministério da Saúde, ciente da necessidade de ampliar os serviços em municípios pequenos, atualiza a portaria de criação dos NASF incluindo a modalidade NASF III que pode ser implantado em municípios menores que possuam de uma a duas Estratégias de Saúde da Família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a).

Já as OT são atividades educativas que consistem em encontros grupais para a realização de atividades criativas (música, artesanato, costura, cerâmica, entre outras). São

partes integrantes da rede de atenção psicossocial municipal, devendo ocorrer de forma articulada às Unidades Básicas de Saúde e demais serviços da rede como o CAPS, NASF, NAAB, quando houver. Apresentam-se sob duas formas: Oficina Terapêutica Tipo I (para municípios que possuam CAPS) e Oficina Terapêutica Tipo II (para municípios com população de até 20 mil habitantes) (ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2011b).

Na perspectiva da rede, a internação psiquiátrica, antes centro de toda a terapêutica, passa a ser indicada apenas em situações de intenso sofrimento, onde haja risco para usuário e/ou seu entorno (CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO/RS, s.d). Vale ressaltar que, ainda que importante dentro da rede de cuidados na crise, a internação psiquiátrica não deve ser reduzida a um instrumento/ínsumo do cuidado, desconectado de um modo de agir antimanicomial. Do contrário, corre-se o risco de tomar qualquer internação como manicomial, mesmo que inserida em um contexto real criação de linhas de cuidado articuladas com redes sociais mais amplas (MERHY, 2007).

Dentro do paradigma manicomial, a crise (intensificação dos sintomas psiquiátricos associada à ameaça de ruptura com o laço social) é o que delimita a presença ou ausência da loucura. Nele, é a crise que evidencia a presença da doença mental e justifica o agir manicomial – o afastamento do usuário de seu território, através da percepção da internação psiquiátrica enquanto única possibilidade terapêutica no momento. Na perspectiva do cuidado em rede, a eclosão da crise não implica necessariamente na segregação do usuário através da internação psiquiátrica. A ética do cuidado na atenção ao usuário em crise demanda a articulação entre os pontos da rede para intensificação do cuidado. Como qualquer outra demanda do usuário, a crise requer o acolhimento do usuário na sua singularidade (COORDENAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL/RS, 2013).

Essa mudança de paradigma reforça, ainda mais, a importância do cuidado em rede e a inserção de práticas de saúde mental na atenção básica torna-se uma prioridade no cenário atual (DIMENSTEIN et al, 2009). A proximidade com o território e o cotidiano da vida das pessoas faz da atenção básica a principal porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde e um potente espaço para a construção da integralidade da atenção (BRASIL, 2013). A nova configuração em rede de cuidados que inclui vários outros níveis de atenção e complexidade (atenção básica, ambulatorios, estratégias de reabilitação psicossocial, entre outros) contribui para a ampliação do conceito de saúde e faz com seja necessário a criação de novas formas de tratar e acolher o usuário em sofrimento no cotidiano de sua vida no

território. Assim, a atenção básica torna-se central na oferta deste acompanhamento (DIMENSTEIN et al 2009).

Acrescenta-se a isso o fato de que municípios com população inferior a 20 mil habitantes não possuem porte populacional para a implantação de serviços especializados como os CAPS, reafirmando a importância de que nesses os cuidados sejam organizados a partir da atenção básica (BRASIL, 2003).

Todas as considerações acima a respeito do cuidado ao usuário de saúde mental são resultado do processo permanente da Reforma Psiquiátrica. A Política Nacional de Saúde Mental, ancorada em legislações específicas para o campo, proporciona diretrizes para a organização do cuidado. Estas diretrizes organizam o planejamento em saúde, levando em conta a adscrição do território e o reconhecimento da atuação e responsabilidades das três esferas de governo (união, estados e municípios) na construção do cuidado (TEIXEIRA, VILASBÔAS E JESUS, 2010).

A garantia dos direitos dos usuários defendida pela Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira depende, assim, da articulação entre os entes federativos na orquestração da oferta de cuidado. As responsabilidades específicas ou compartilhadas entre os entes federativos edificam as redes de atenção à saúde e organizam seus fluxos assistenciais.

3.2 A 15ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE E OS IMPASSES NO ACOMPANHAMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

A 15ª Coordenadoria Regional de Saúde é parte da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul descentralizada no território. O Estado do Rio Grande do Sul está dividido em 30 Regiões de Saúde, sendo a 15ª CRS responsável pela 20ª Região de Saúde – Rota da Produção. Esta, por sua vez, é composta pelos municípios de Barra Funda, Boa Vista das Missões, Braga, Cerro Grande, Chapada, Constantina, Coronel Bicaco, Dois Irmãos das Missões, Engenho Velho, Gramado dos Loureiros, Jaboticaba, Lajeado do Bugre, Miraguaí, Nova Boa Vista, Novo Barreiro, Novo Xingu, Palmeira das Missões (município sede), Redentora, Ronda Alta, Rondinha, Sarandi, Sagrada Família, São José das Missões, São Pedro das Missões, Três Palmeiras e Trindade do Sul (ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2014), somando uma população total de 161.508 habitantes (IBGE, 2010).

Essencialmente caracterizada por municípios de pequeno porte (84,6% possuem menos de 10.000 habitantes), a regional possui cobertura populacional de Estratégia de Saúde

da Família de 96,83% (BI, 2015). Quanto a RAPS regional, a região conta com 1 CAPS, 11 NAAB, 8 NASF, 13 OT e 45 leitos integrais de saúde mental distribuídos em três hospitais da Região.

Referente aos leitos é importante destacar que a legislação vigente orienta a presença de 1 leito integral de saúde mental para cada 23 mil habitantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b). Comparando a população regional ao número de leitos em saúde mental percebe-se que a região possui em torno de 500% acima do preconizado pela legislação. Apesar do expressivo número de leitos em saúde mental, os mesmos não se encontram ociosos, mantendo taxa de ocupação média em 80%.

A alta cobertura populacional pela Estratégia de Saúde da Família e baixa presença de serviços de média complexidade como os CAPS associados ao expressivo quantitativo de leitos de atenção integral em saúde mental com alta taxa de ocupação na região propicia certa caracterização preliminar da RAPS regional: é uma rede composta essencialmente por ações desenvolvidas pela atenção básica e atenção hospitalar.

No compartilhamento do cuidado e de responsabilidades entre os entes federativos, cabem às Coordenadorias Regionais de Saúde o planejamento, monitoramento e avaliação das Políticas de Saúde nas Regiões de Saúde de sua abrangência. Para isso, são utilizadas ferramentas de gestão como os indicadores de saúde, os sistemas de informação, entre outros. Estes instrumentos são fundamentais para a gestão dos sistemas de saúde, pois proporcionam a reflexão crítica e a transformação das realidades (RITTER, ROSA E FLORES, 2013).

No entanto, em relação ao acompanhamento da Política de Saúde Mental, há certa carência de ferramentas (referenciais para gestão, indicadores de saúde, entre outros) que auxiliem a gestão de seus processos, dificultando seu monitoramento.

Os sistemas de informação da atenção básica não dispõem de informações importantes de saúde mental como o uso de medicação psiquiátrica na atenção básica e o número de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas. O Sistema de pactuação integrada (SISPACTO) pactua apenas um indicador de saúde mental (Indicador 21) que se refere às ações de matriciamento realizadas por CAPS (BRASIL, 2016) que, ainda que útil no planejamento para ampliação da política de saúde mental, não se traduz em grande estratégia de monitoramento da RAPS regional visto que apenas 8% dos municípios da 15ª CRS têm porte populacional capaz de comportar este serviço.

Outro indicador de saúde disponível na saúde mental são as taxas de morte por suicídio. Ainda que importante, há considerável atraso na publicação destes dados – no início

de 2016, os dados referentes as taxas de suicídio no Sistema de Informação sobre Mortalidade (DATASUS, 2016) ainda não mostravam os dados referentes aos anos de 2014 e 2015.

O acompanhamento da política de saúde mental, dessa forma, possui impasses importantes. A carência de indicadores de saúde e da articulação entre as bases de dados existentes demonstra a necessidade da construção de tecnologias/estratégias de gestão capazes de ofertar maior visualização e acompanhamento dos fluxos da RAPS regional, a fim possibilitar a garantia da efetivação dos pilares da Política de Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica.

Sendo assim, a presente pesquisa advém da ambição de desenvolver estratégias de gestão para pensar e problematizar a rede de cuidados em saúde mental da região da 15ª CRS, levando em conta suas peculiaridades regionais (maioria de municípios de pequeno porte, ausência de CAPS, amplo acesso à internação em leito integral de saúde mental, ampla cobertura de atenção básica e outros).

Por fim, acredita-se que esta pesquisa possibilitará a visualização e reflexão crítica de como se organiza e se efetiva a rede de cuidados em saúde mental da 15ª CRS. Ainda, espera-se que a inteligência gerada por este estudo venha a compor as ações e o planejamento da política de saúde mental regional, dentro de sua esfera de gestão, ofertando elementos, inclusive, para a estruturação de parâmetros e indicadores que dialoguem com as especificidades regionais para o acompanhamento, monitoramento e avaliação da Política de Saúde Mental.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

Agir, ali, no dia-a-dia, pede capacidade de manejar os acontecimentos, para muito além de uma certa capacidade de previsibilidade, que um saber-fazer estruturado, com dado *a priori* da ação, possa conter. Esse manejo tem que ter o sentido prático de produzir algo que faça sentido no campo de ação onde se insere e, assim, há que ter certa instrumentalidade. Tem que ter também profunda direcionalidade, de acordo com o lugar de produção onde ocorre e com a “alma” do fazer desse mesmo lugar. Estar no campo das práticas de saúde o implica com o ato de cuidar e o compromisso de produção de vida. Por isso, falar e pensar o que acontece diariamente nos vários fronts de trabalho, em uma rede substitutiva ao manicômio e à segregação social, é abrir-se para olhar multiplicidades de acontecimentos e fazeres, bem como as implicações dos vários sujeitos em relação e ação (MERHY, 2007, p.13).

O presente trabalho caracteriza-se por uma pesquisa-intervenção de caráter quali-quantitativa. Parte-se do pressuposto da não neutralidade da pesquisadora na produção do conhecimento, pois o conhecimento e os sujeitos são produzidos em determinadas condições (AGUIAR E ROCHA, 2007). Exercendo a função de coordenação regional da Política de Saúde Mental na 15ª CRS, a pesquisadora coloca-se como co-autora do processo de montagem da situação-problema, pois é parte do cenário, bem como da construção de estratégias para o enfrentamento das problemáticas levantadas.

Sustentar-se na posição de que os fenômenos, as ideias, etc. produzem a objetivação dos sujeitos que os pretendem objetivar (AGUIAR E ROCHA, 2007) é compreender que sua prática na gestão é construída e significada na micropolítica do seu cotidiano em serviço e sua implicação para/com os fenômenos não traduz neutralidade. Partir deste pressuposto torna a pesquisa-intervenção a metodologia mais adequada para o delineamento da pesquisa a que se propõe.

Além disso, por ter como propósito a ação do grupo (pesquisador e participantes), a pesquisa-intervenção objetiva a transformação da realidade local a que se propõe investigar. Nesse sentido, “seus resultados estão vinculados à tomada de consciência dos fatores envolvidos nas situações de vida imediata e na participação coletiva para a mudança da ordem social” (ROCHA E AGUIAR, 2003, p.65).

A pesquisa tramitou pelo Comitê de Ética em Pesquisa, observando-se a Resolução nº 466 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012) e obteve parecer favorável. A participação dos sujeitos foi voluntária e deu-se após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A pesquisa foi delineada em três momentos:

a) Montagem do Cenário de Rede de Atenção Psicossocial Regional

A primeira parte deste estudo apresentou um desenho exploratório e descritivo, onde foi montado um cenário da rede de atenção psicossocial da região da 15ª CRS. Para tanto, foram sistematizadas as informações obtidas através do acesso a banco de dados em saúde disponíveis (SISAB, PMAQ, entre outros). Este panorama foi construído a partir do cruzamento de informações disponíveis nos sistemas de informações como o do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), através da utilização de dados como a população de cada município, do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES), através da verificação dos serviços instalados na região associada às possibilidades de implantação de serviços da RAPS pela população residente. Além disso, foram consultadas as bases de dados do sistema de informação da atenção básica (SISAB), sistema de informação sobre a mortalidade (SIM), o *business intelligence* (BI)¹ do Estado do Rio Grande do Sul e os dados do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ-AB)².

Partiu-se do pressuposto que os sistemas de informações e banco de dados são ferramentas importantes no processo de avaliação das políticas de saúde, serviços e sistemas (FERLA, CECIM, ALBA, 2012). Além disso, tomou-se a tradição brasileira de estruturação de sistemas de registro que, mesmo fragmentados e com bases tecnológicas diversas, oferecem condições de aproximações com diferentes campos de estudo, e a atenção à saúde mental, ainda que não conte com sistemas específicos, contém registros em diferentes sistemas de informação, em particular nos sistemas de produção ambulatorial e hospitalar. Mesmo registros parciais e fragmentários, tomados no seu conjunto e referidos a territórios concretos (como os municípios) podem suscitar análises sobre o fenômeno “atenção à saúde mental” quando analisados em redes locais de atores envolvidos. A “dobra” da análise dos indicadores com as experiências e perspectivas dos atores locais caracteriza um intervalo do ciclo quantitativo-qualitativo que inclui a produção de novos conhecimentos, significativos por envolver o trabalho do cotidiano e a aprendizagem dos diferentes atores, como nos indica a política de educação permanente em saúde.

Além disso, foi construída a caracterização das internações em leito integral em saúde mental da 15ª CRS. Neste ponto, vale destacar que não há uma padronização estadual da atividade de regulação nas CRS. No Estado, há CRS que são reguladas pela Central Estadual

¹ BI – *Business Intelligence* é uma plataforma de dados de saúde que passou a ser utilizada pelo Estado do Rio Grande do Sul em 2015.

² O PMAQ-AB é um programa do Ministério da Saúde que objetiva incentivar através do repasse de recursos financeiros a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção básica em todo o território brasileiro. O programa inclui estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de atenção básica (DAB, 2016).

de Leitos³, há outras que regulam suas vagas através de e-mail e contato telefônico diário com os Hospitais de Referência, outras onde os hospitais desempenham o papel de regulador do acesso e outras poucas utilizam o Sistema nacional de regulação (SISREG).

A 15ª CRS utiliza desde agosto de 2014 o SISREG para a regulação diária das vagas e para o acesso aos leitos integrais em saúde mental da região. Esse sistema *online* e gratuito do Ministério da Saúde oferece em tempo real o mapa de leitos disponíveis o que facilita e otimiza o acesso ao cuidado intensivo, contribuindo para que a atenção seja prestada no tempo certo. Além disso, a solicitação da vaga realizada neste sistema implica no preenchimento pelo município de origem de uma justificativa para a solicitação da vaga, classificando-a em graus de urgência.

Como a internação em leito integral de saúde mental é um recurso bastante utilizado na região, visualizado através do quantitativo de leitos acima do preconizado associado às taxas de ocupação superiores a 80%, é fundamental para o monitoramento da RAPS regional traçar o perfil de usuários e municípios que acessam esse nível de atenção.

Neste trabalho o perfil dos usuários que acessam o cuidado intensivo em saúde mental na modalidade de internação hospitalar foi construído a partir dos dados do sistema de regulação associado às cópias dos documentos de contra-referência dos usuários internados em leito integral de saúde mental emitidos pelos hospitais regulados, durante do período de agosto de 2014 a dezembro de 2015.

O inventário foi organizado em forma de livreto contendo três blocos. A capa do livreto foi costurada à mão, em tecidos de chita coloridos. Tratou-se de constituir, ao mesmo tempo, um cardápio de indicadores que permitissem analisar o cenário da atenção em saúde mental na região e um convite à análise, por meio do simbolismo de um tratamento artístico singular a cada exemplar, do que foi denominado de “INVENTÁRIO DA RAPS DA 15ª CRS”.

O primeiro bloco do Inventário reunia informações sobre os dispositivos da rede de atenção psicossocial implantados ou com possibilidade de implantação nos municípios da região incluindo CAPS I, NAAB, Oficinas Terapêuticas, Composição de Redução de Danos e leitos integrais de saúde mental. Além disso, incluía informações sobre o financiamento da RAPS regional, com os valores dos recursos que os municípios recebem e que poderiam receber, caso ampliassem sua rede de serviços. Por último apresentava um panorama geral do

³ Órgão da Secretaria Estadual de Saúde responsável pela regulação dos leitos hospitalares, nas instituições de saúde vinculadas ao SUS (SES, 2017).

Programa Primeira Infância Melhor⁴ com o número de visitadoras, comunidades, famílias e crianças em acompanhamento pelo programa nos municípios da região.

No segundo bloco, foram compiladas informações sobre monitoramento e avaliação de serviços da região. Nele, foram inclusos um resumo dos formulários de monitoramento do NAAB realizado pela Secretaria Estadual da Saúde/RS e preenchido pelos municípios em agosto de 2016 e uma síntese sobre a avaliação do 2º ciclo do PMAQ sobre o atendimento a pessoas com sofrimento psíquico pelos municípios da região.

O último bloco reunia o perfil das internações em saúde mental da região reguladas pela 15ª CRS e ocorridas no período de agosto de 2014 a dezembro de 2015, incluindo sua distribuição por município de origem do usuário, modalidade (voluntária, involuntária ou compulsória)⁵, o diagnóstico da internação de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID10), duração média da internação, entre outros. Este bloco também compilou uma série histórica (1996-2014), com as taxas de suicídios ocorridos nos municípios que compõe a regional.

A informação, entendida como a interpretação ou significado de dados, pode ser produzida a partir da articulação de um conjunto dos mesmos. Neste sentido, a informação torna-se matéria-prima para a gestão e para o ensino, com potencial intrínseco de compor o *hall* de ferramentas para orientar a tomada de decisão e produção de conhecimento (FERLA, CECCIM E DALL ALBA, 2012).

Para os mesmos autores, o espaço mais importante, entretanto, é o que ocorre no intervalo entre dado/informação – inteligência coletiva. Isto porque a informação não apenas é capaz de responder do lugar de uma análise situacional dos problemas de saúde (caráter instrumental), mas configura-se enquanto dispositivo potente de produção de novos sentidos, reordenadores de saberes e práticas. Logo, a melhor análise da realidade local é aquela produzida no encontro entre os diferentes atores na sua heterogeneidade de saberes e práticas.

b) Processos de Análise e Gestão – Inteligência Coletiva

A concepção do ciclo dado/informação – inteligência coletiva abriu caminho para o segundo momento da pesquisa, onde, em momento de educação permanente junto ao grupo formado pelos profissionais responsáveis e/ou trabalhadores da saúde mental dos municípios

⁴ Programa estadual de ações de promoção e prevenção de saúde em gestantes e crianças de zero a seis anos, através de visita domiciliar (PIM, 2017), presente em 21 municípios da região.

⁵ Internação voluntária é quando há o desejo do paciente pela internação; involuntária é quando se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiros e compulsória é a modalidade de internação determinada pela Justiça (BRASIL, 2001).

e representantes dos hospitais gerais com leitos em saúde mental que compõe a região foi proposta uma discussão sobre o inventário construído. Participaram do encontro 13 profissionais de diferentes áreas (psicólogos, assistente social, nutricionista e enfermeiros) e que compõe a equipe técnica de diferentes serviços (NAAB, NAAB, ESF e hospital geral com leito integral em saúde mental).

Os profissionais foram convidados a participar da pesquisa através de convite emitido pela pesquisadora via e-mail e contato telefônico e o encontro ocorreu em dia útil. No encontro, o primeiro contato dos trabalhadores com o inventário deu-se através de uma breve apresentação do mesmo. Após, os trabalhadores foram divididos em grupos para a discussão dos blocos do inventário. Ao final, o grupo se reuniu e discutiu-se no coletivo de trabalhadores as impressões que tiveram sobre o inventário.

O segundo momento da pesquisa objetivou tanto a análise crítica do conhecimento produzido no inventário e ampliação e construção de novos sentidos quanto à implicação dos trabalhadores municipais na construção de estratégias de fortalecimento da RAPS regional (informação enquanto disparadora de processos de análise e gestão – inteligência coletiva). Como já se registrou anteriormente, além da análise dos dados a partir de perspectivas diversas, o inventário “duro”, com indicadores sistematizados, foi um convite à agregação de outras informações singulares de cada contexto, numa dobra quantitativo-qualitativo que buscou ampliar a compreensão sobre os fenômenos que envolvem a atenção à saúde mental na região.

Este momento se ancorou na perspectiva de que a educação permanente, enquanto dispositivo que “coloca o cotidiano do trabalho em saúde em análise [...] e possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentidos nos atos produzidos no cotidiano” (CECCIM, 2005, p.161) tem potencial de transformar realidades e práticas para potencializar o cuidado em saúde. Ao produzir um conhecimento significativo que se conecta com o cotidiano do trabalho, a educação permanente também produz novos imaginários sobre esse cotidiano, além de amálgamas atenção/gestão, que são importantes no caso de um tema tão sensível como a atenção à saúde mental, onde diferentes interesses se chocam, muitas vezes, com a própria orientação das políticas atuais.

c) Análise dos dados

O perfil de usuários que acessam os leitos integrais de saúde mental foi construído e analisado a partir dos percentuais da diferença entre os sexos, entre as faixas etárias, entre os

municípios de origem, percentual discriminado entre as patologias que mais demandam internação em saúde mental e médias entre os períodos da internação, diagnóstico da internação segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID10) e modalidades da internação (voluntária, involuntária ou compulsória).As demais informações levantadas a partir das bases de dados foram apresentadas na forma de inventário composto por gráficos, tabelas que possibilitassem a visualização da RAPS regional.

Quanto ao momento de educação permanente com os trabalhadores, a discussão foi gravada e transcrita, com a autorização prévia dos participantes. O material obtido foi submetido à análise de conteúdo (BARDIN, 2009), método que se utiliza da sistematização e objetivação dos dados coletados, através da pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados.

Sobre a pesquisa qualitativa, Minayo (1996) refere que a mesma torna-se importante para avaliação das políticas públicas sociais tanto na sua formulação, aplicação técnica como aos usuários a quem se destina. Dessa forma, é possível perceber de que forma as ações em saúde estão alinhadas com as políticas públicas e se estas abarcam a demanda do trabalho em saúde. A associação de dados de ordem quantitativa e qualitativa, segundo Goldenberg (2005)

[...] permite que o pesquisador faça um cruzamento de suas conclusões de modo a ter maior confiança que seus dados não são produto de um procedimento específico ou de alguma situação particular (p.62).

Por fim, o delineamento desta pesquisa apostou que seus resultados ofertassem elementos que viessem a compor as ações e planejamento da política de saúde mental regional, dentro de sua esfera de gestão.

5. ARTIGOS E OUTROS PRODUTOS TÉCNICOS

Neste segmento, serão apresentados os produtos deste estudo, como os dois artigos principais derivados da pesquisa. Também será apresentado o Inventário da RAPS Regional construído para a pesquisa e a Deliberação CIR- 20ª Região de Saúde instituindo o Grupo Condutor da RAPS Regional.

5.1 PRODUTO 1

5.3 PRODUTO 3

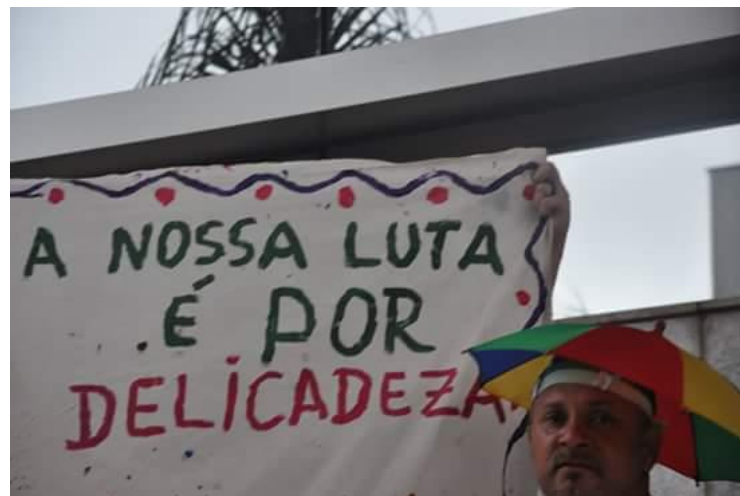
Inventário da RAPS regional construído para a pesquisa e apresentado aos trabalhadores municipais de saúde mental em momento de educação permanente em saúde.

INVENTÁRIO DA RAPS 15ª CRS*

***Baseado em fatos e afetos reais.**

BLOCO I

- OS PONTOS DA REDE -



1. DISPOSITIVOS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA 15ª CRS (RAPS)

MUNICÍPIO	POP (IBGE 2014)	IDHM	PMAQ (3º ciclo P. 1658/16)	CAPS (acima de 20.000 hab)		NAAB (abaixo de 16.000 hab)		NASF		OT		RD	
				IMPLANT	POSSÍVEL	IMPLANT	POSSÍVEL	IMPLANT	POSSÍVEL	IMPLANT	POSSÍVEL	IMPLANT	POSSÍVEL
BARRA FUNDA	2487	0,76	S	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0
BRAGA	2171	0,68	N	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0
BOA VISTA MISSÕES	3711	0,67	S	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0
CERRO GRANDE	2457	0,67	S	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0
CHAPADA	9622	0,76	S	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0
CONSTANTINA	10086	0,75	S	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0
CORONEL BICACO	7855	0,67	S	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0
DOIS IRMÃOS DAS M.	2183	0,67	S	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0
ENGENHO VELHO	1428	0,72	S	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0
G. DOS LOUREIROS	2282	0,69	S	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0
JABOTICABA	4136	0,66	S	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0
LAJEADO BUGRE	2583	0,61	S	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0
MIRAGUAI	4985	0,73	S	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0
NOA BOA VISTA	1965	0,77	S	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0
NOVO BARREIRO	4150	0,71	S	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0
NOVO XINGU	1798	0,77	S	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0
PALMEIRA MISSÕES	35045	0,74	S	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1
REDENTORA	10938	0,63	S	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0
RONDA ALTA	10633	0,72	S	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0
RONDINHA	5569	0,76	S	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0
SAGRADA FLIA	2675	0,68	S	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0

SÃO JOSÉ DAS M.	2748	0,65	S	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0
SÃO PEDRO DAS M.	1977	0,66	S	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0
SARANDI	22840	0,78	S	0	1	0	-	0	1	0	1	0	1
TRES PALMEIRAS	4478	0,7	S	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0
TRINDADE DO SUL	5962	0,68	S	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0
TOTAL	166.764			25	1	11	23	08	26	14	26	0	2

LEITOS INTEGRAIS EM SAÚDE MENTAL	ATRA – RONDA ALTA	STA RITA - JABOTICABA	H. COMUNITÁRIO DE SARANDI	TOTAL
INCENTIVO FEDERAL	03	04	03	10
INCENTIVO ESTADUAL	16	08	11	35
TOTAL	19	12	14	45*

Fonte: CNES, Bussiness Intelligence, Atlas Brasil, IBGE

* Em torno de 500% acima do preconizado pela Portaria nº 148/2012.

2. PROGRAMA PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR (PIM)

O PIM é uma política intersetorial (saúde, educação e assistência) de desenvolvimento e promoção da primeira infância. Na 15ª CRS, vinte municípios possuem o programa.

REPASSES FINANCEIROS ESTADUAIS/MÊS

CARGA HORÁRIA VISITADOR	Nº FAMÍLIAS ATENDIDAS	VALOR POR VISITADOR/MÊS
20h	14	R\$ 500,00
30h	17	R\$ 750,00
40h	20	R\$ 1.000,00

Nome do município	População do município																
	Total	Crianças			GTM	Monit	Digit	Visitadores			Comun	Fam	Gest	Crianças			
		0-3a	3-5a	Tot				Hab	Atv	Com Fam				0-3a	3-5a	Tot	% cob
Barra Funda	2401	117	71	188													
Boa Vista das Missões	2118	82	80	162													
Braga	3635	158	135	293	2	1		9	6	4	5	50	6	41	9	50	17,06

Cerro Grande	2405	115	82	197	3	1		7	7	7	12	115	1	60	58	118	59,90
Chapada	9341	320	235	555													
Constantina	9814	504	315	819	3	1		10	8	8	10	138	13	104	36	140	17,09
Coronel Bicaco	7609	425	331	756	4	1	1	10	10	10	11	157	14	120	38	158	20,90
Dois Irmãos das Missões	2148	120	103	223	3	1	1	7	7	7	15	124	10	54	70	124	55,61
Engenho Velho	1469	97	63	160	1	1		8	5	5	13	83	4	56	30	86	53,75
Gramado dos Loureiros	2246	110	86	196													
Jaboticaba	4042	128	142	270	3			4	4	4	4	66	3	45	26	71	26,30
Lajeado do Bugre	2489	133	122	255	3	1	1	7	7	7	16	116	9	65	56	121	47,45
Miraguaí	4920	239	163	402	4	1	1	12	6	6	16	97	14	72	23	95	23,63
Nova Boa Vista	1942	87	40	127	3			2	1	1	3	16	2	15		15	11,81
Novo Barreiro	4015	179	123	302	5	1		7	6	6	8	113	15	81	24	105	34,77
Novo Xingu	1737	56	50	106	3		1	3	3	3	4	48	1	45	4	49	46,23
Palmeira das Missões	34101	1876	1417	3293													
Redentora	10611	770	545	1315	2	1		15	10	10	25	177	9	97	98	195	14,83

Ronda Alta	10255	459	352	811	3	1	1	5	4	4	18	77	10	56	13	69	8,51
Rondinha	5420	199	148	347													
Sagrada Família	2636	101	87	188	4	1		10	10	10	12	155	10	84	80	164	87,23
São José das Missões	2684	102	98	200	2	1		6	5	5	7	85	10	57	24	81	40,50
São Pedro das Missões	1920	105	69	174	4	1		7	5	5	8	76	5	50	29	79	45,40
Sarandi	21909	1082	789	1871	2	1		7	6	6	6	107	5	53	68	121	6,47
Três Palmeiras	4406	231	149	380		1		9	9	9	17	128	1	58	80	138	36,32
Trindade do Sul	5800	297	219	516	2	1		11	12	11	14	196	23	136	65	201	38,95
Totais	162073	8092	6014	14106	59	17	6	173	131	128	224	2124	165	1349	831	2180	15,45

Consulta ao Sistema PIM em 19/10/16.

3. FINANCIAMENTO* PARA A RAPS DA 15ª CRS

SERVIÇO	MODALIDADE	REPASSE ESTADUAL	REPASSE FEDERAL	TOTAL de recursos repassados por mês
CAPS (MS 3.088/2013)	I (entre 20.000 e 70.000 hab)	R\$ 12.000 (CIB 100/14)	Implantação: R\$ 20.000 Custeio mensal: R\$ 28.305	R\$ 40.305
NAAB (CIB 403/2011) (menos de 16.000 hab, mínimo 1 UBS e max 3 ESF)	Com PMAQ	Implantação: R\$ 10.000 Custeio mensal: R\$ 8.000 Com residência: + 20%	-	R\$ 8.000 ou R\$ 9.600
	Sem PMAQ	Implantação: R\$ 10.000 Custeio mensal: R\$ 6.000 Com residência: + 20%	-	R\$ 6.000 ou R\$ 7.200
Núcleo de Apoio a Saúde da Família (MS 3124/2012)	I (5 a 9 ESF)	-	Implantação: R\$ 20.000 Custeio mensal: R\$ 20.000	R\$ 20.000
	II (3 a 4 ESF)	-	Implantação: R\$ 12.000 Custeio mensal: R\$ 12.000	R\$ 12.000
	III (1 a 2 ESF)	-	Implantação: R\$ 8.000 Custeio mensal: R\$ 8.000	R\$ 8.000
Oficina Terapêutica (CIB 404/2011)	Tipo I (com CAPS)	R\$ 1.500	-	R\$ 1.500
	Tipo II	R\$ 3.000	-	R\$ 3.000
Acompanhante Terapêutico (CIB 233/2014)		R\$ 1.200		R\$ 1.200
Composição de Redução	I	Implantação: R\$10.000	-	R\$ 6.000

de Danos (acima de 16.000 hab) (CIB 234/2014)		Custeio mensal R\$ 6.000		
	II (intersetorial)	Implantação: R\$10.000 Custeio mensal R\$ 3.000 para intersetorial	-	R\$ 3.000

*Na tabela não foram contabilizados as contrapartidas financeiras dos municípios.

3.1 REPASSES FINANCEIROS MENSIS PARA A RAPS¹ DA 15^aCRS

MUNICÍPIO	POP IBGE 2014	CAPS (acima de 20.000hab)		NAAB (abaixo de 16.000 hab)		NASF		OT		Composição RD modalidade I		TOTAL	
		RECEBE/mês	POSSÍVEL L/mês	RECEBE/mês	POSSÍVEL/mês ²	RECEBE/mês	POSSÍVEL/mês	RECEBE/mês	POSSÍVEL/mês	RECEBE/mês	POSSÍVEL L/mês	RECEBE/mês	POSSÍVEL/mês
B. FUNDA	2487	-	-	0	8.000	0	8.000	0	3.000	0	0	0	19.000
BRAGA	2171	-	-	0	6.000	0	8.000	0	3.000	0	0	0	17.000
BV MISSÕES	3711	-	-	0	8.000	0	8.000	0	3.000	0	0	0	19.000
C. GRANDE	2457	-	-	0	8.000	8.000	8.000	0	3.000	0	0	8.000	19.000
CHAPADA	9622	-	-	0	0	0	12.000	3.000	3.000	0	0	3.000	15.000
CONST.	10086	-	-	8.000	8.000	0	8.000	3.000	3.000	0	0	11.000	19.000
CEL BICAC	7855	-	-	0	8.000	0	12.000	0	3.000	0	0	0	23.000

O DOIS IRMÃO S M.	2183	-	-	0	8.000	8.000	8.000	0	3.000	0	0	8.000	19.000
ENG. VELHO	1428	-	-	8.000	8.000	0	8.000	3.000	3.000	0	0	11.000	19.000
G. LOURE IROS	2282	-	-	0	8.000	0	8.000	0	3.000	0	0	0	19.000
JABOTI CABA	4136	-	-	8.000	8.000	8.000	8.000	3.000	3.000	0	0	19.000	19.000
LAJ.DO BUGRE	2583	-	-	8.000	8.000	0	8.000	3.000	3.000	0	0	11.000	19.000
MIRAG UAI	4985	-	-	8.000	8.000	0	8.000	3.000	3.000	0	0	11.000	19.000
NBV	1965	-	-	8.000	8.000	0	8.000	3.000	3.000	0	0	11.000	19.000
N. BARRE IRO	4150	-	-	0	8.000	0	8.000	3.000	3.000	0	0	3.000	19.000
NOVO XINGU	1798	-	-	0	8.000	8.000	8.000	0	3.000	0	0	8.000	19.000
PALM. MISSÖ ES	3504 5	28.305	40.305	0	0	0	20.000	1.500	1.500 ³	0	6.000	29.805	61.805
REDEN T	1093 8	-	-	0	8.000	0	12.000	0	3.000	0	0	0	23.000
R. ALTA	1063 3	-	-	8.000	8.000	0	12.000	3.000	3.000	0	0	11.000	23.000
RONDI NHA	5569	-	-	0	8.000	0	8.000	0	3.000	0	0	0	19.000
SAGRA DA FLIA	2675	-	-	8.000	8.000	8.000	8.000	3.000	3.000	0	0	19.000	19.000
SÃO JOSE M.	2748	-	-	8.000	8.000	0	8.000	3.000	3.000	0	0	11.000	19.000

SÃO PEDRO M.	1977	-	-	8.000	8.000	8.000	8.000	3.000	3.000	0	0	19.000	19.000
SARANDI	22840	0	40.305	0	0	0	12.000	0	3.000	0	6.000	0	55.305
TRÊS PALM. TRIND. DO SUL	4478	-	-	0	8.000	8.000	8.000	0	3.000	0	0	8.000	19.000
5962	-	-	8.000	8.000	12.000	12.000	3.000	3.000	0	0	23.000	23.000	
TOTAL	166.764	28.305	80.610	88.000	182.000	68.000	244.000	40.500	75.000	0	12.000	224.805	593.610

¹ Não levando-se em conta o atraso de repasses estaduais ou federais;

² Não considerando o acréscimo de 20% por presença de profissional com residência;

³ Considerando a presença de CAPS no município.

BLOCO II

- MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS -

"Gritava um homem da rua
Cantando com sua voz
Embargada de pigarro
Em sua língua rota e nua:
Cuidar do outro é cuidar de mim,
Cuidar do outro é cuidar de mim,
Cuidar do mundo é cuidar de mim,
Cuidar de mim é cuidar do mundo."

*Cuidar do outro é cuidar de mim/ Johnson Soares, Júnior Santos, Ray Lima

4. MONITORAMENTO NAAB – FORMSUS 2016

LEGISLAÇÃO	DESCRIÇÃO	REPASSE ESTADUAL	EQUIPE MÍNIMA
NAAB Resolução CIB n.403/2011	Equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que atuarão em parceria com os profissionais das Equipes de Saúde da Família e das Unidades Básicas de Saúde, através do apoio matricial às equipes, do compartilhamento de ações de promoção em saúde nos territórios e da construção da rede de saúde e intersetorial dos municípios e região.	Implantação: R\$ 10.000 Custeio mensal: R\$ 8.000 (com PMAQ) e R\$ 6.000 (sem PMAQ) + 20% se profissional de nível superior com residência	02 profissionais de nível superior (assistente social, médico, terapeuta ocupacional, educador físico, fonoaudiólogo, pedagogo, bacharel ou licenciado em artes e psicólogo) 01 profissional de nível médio

MUNICÍPIO	EQUIPE	ATIVIDADES REALIZADAS	FORMA DO MATRICIAM	CASOS/MÊS	CASOS CONJUNTO AB	PLANEJ COMPART COM AB	RELAÇÃO COM A REDE	DIFICULDADES	ESTRATÉGIAS
Constantina	Enfermeira (40h), Assistente Social (20h), Psicóloga	Oficinas, grupos, visita domiciliar, atendimento psicológico individual e	Através de encaminhamento da ESF	10	30	Sim	Boa	Carga horária dos profissionais, reincidência	Adaptar-se a situação apresentada com o que se tem disponível

	(20h)	familiar, acompanhamento na internação e pós alta							
Engenho Velho	Fisioterapeuta, Psicóloga, Enfermeira, Nutricionista	Grupos, visita domiciliar, campanhas, palestras, acompanhamento pós alta hospitalar	Não realiza, dificuldades com AB	06	0	Não	Boa	Pouco apoio da ESF, falta de veículo	Busca de suporte com outras equipes, utilizam carro próprio
Jaboticaba	Psicóloga (20h), 2 Oficineiras (20h)	Grupos, visita domiciliar, atendimento individual e compartilhado, ações de educação permanente	ESF levanta a demanda e compartilha com NAAB	30	30	Sim	Articulada	Atrasos nos repasses, falta de profissional e veículo	Diminuição de 1 profissional, articulação com CRAS

Lajeado do Bugre	Pedagoga (40h), Psicóloga (20h), Auxiliar Administrativo (40h)	Grupos, visita domiciliar, acompanhamento psicológico	Discussão de caso, atendimento compartilhado e individual, grupos	24	16	Sim	Boa	Falta de veículo	Reuniões com equipe
Miraguaí	Psicóloga (20h), Assistente Social (20h)	Grupos, participação rede de apoio	Não houve adesão ao matriciamento. Discute-se casos individualmente com outros profissionais	**	**	Não	Com o CRAS é positiva	Apoio da equipe, falta de adesão ao cuidado do usuário de saúde mental	Persistência da equipe
Nova Boa Vista	Psicóloga (20h), Assistente Social (20h)	Grupos	Reuniões de equipe	28	28	Sim	Boa	Licitação de materiais	Conversa com Assessoria Jurídica e Coordenadoria
Ronda Alta	02 Psic (20h), As Social (20h)	Grupos, visita domiciliar, consultas com	Visita domiciliar conjuntas, discussão de	40	10	Sim	Acontece conforme a	Procura por atendimentos individuais, falta	Divulgação dos objetivos do NAAB

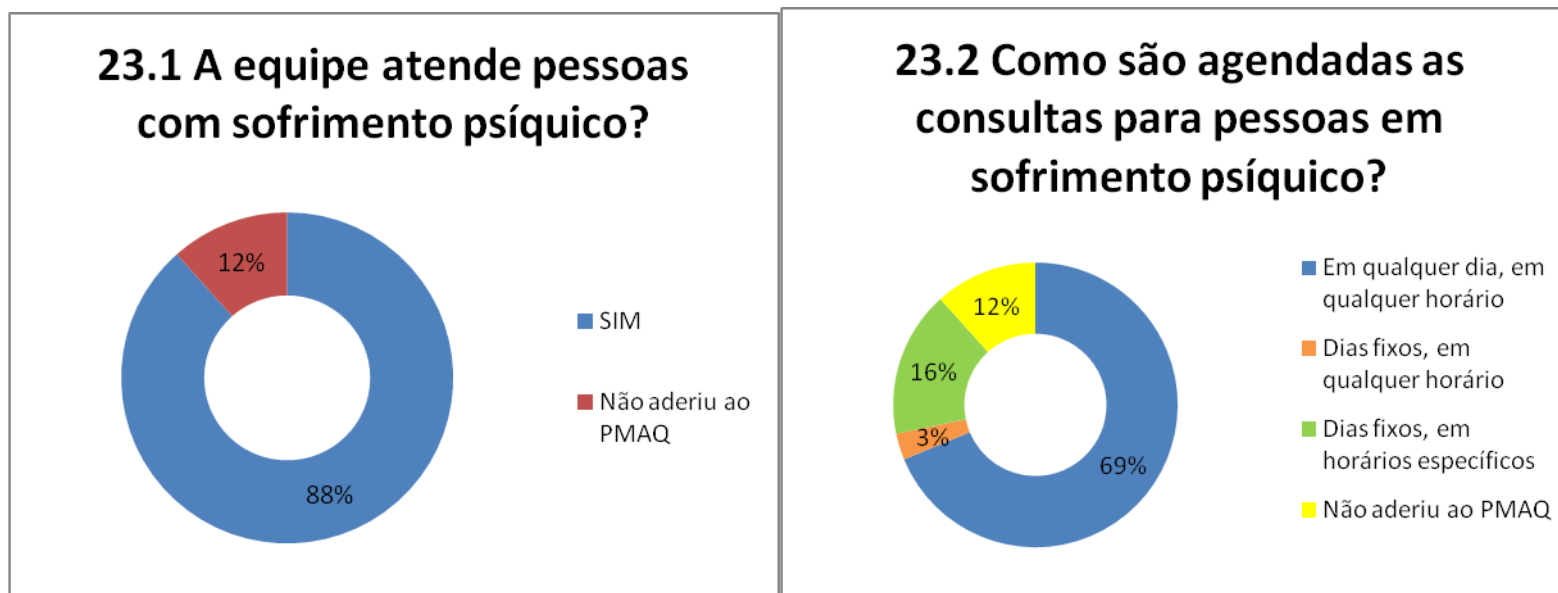
		especialista, atendimento individual	casos, mas ainda falta matriciamento					demanda	de tempo para planejamento, pouca procura da rede, falta de carro	
Sagrada Família	Educação Física (40h), Técnico Enfermagem (40h), As Social (20h), Oficineira (40h)	Reuniões de equipe, grupos, palestras, atividades físicas	Reuniões de equipe	16	Grande maioria	Sim	Boa	Falta de veículo, reuniões com toda a equipe	Visitas conjuntas, adequação de horários	
São Pedro Missões	Psicóloga (20h), Educador Físico (40h), Oficineira (40h)	Grupos, apoio a atenção básica, visita domiciliar	Reuniões de equipe com NASF, ESF	10	05	Sim	Boa (CRAS, educação, PIM)	Capacitações com rede pouco articulada	Diálogo	
São José das	Educador Físico (20h),	Grupos, oficinas	Palestras, reunião de	30	8 a 10	Sim	Apoio do CRAS e	Aceitação do público,	Usam veículo do ESF, busca	

Missões	ensino médio (40h)		equipe, busca ativa				Educação	deslocamento	ativa, divulgação com ACS
Trindade do Sul	Redutor de danos (40h), Psicóloga (20h), Educador Física (30h)	Grupos, visita domiciliar, acompanhamento pós alta hospitalar	Reuniões de equipe com saúde e assistência	20	20	Sim	Boa	Atraso no repasse	Diminuição de gastos

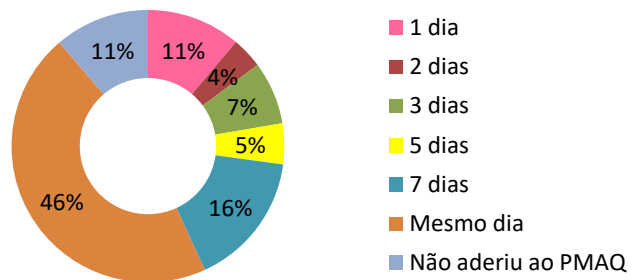
Fonte: Formulário do FORMSUS preenchido pelos municípios em 2016.

5. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – 2º CICLO

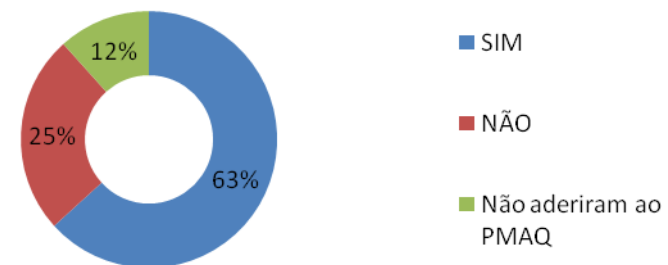
Quase todos os municípios aderiram ao segundo ciclo do PMAQ, exceto Braga, Nova Boa Vista e Novo Barreiro.



23.3 Normalmente, qual é o tempo de espera para o primeiro atendimento de pessoas em sofrimento...

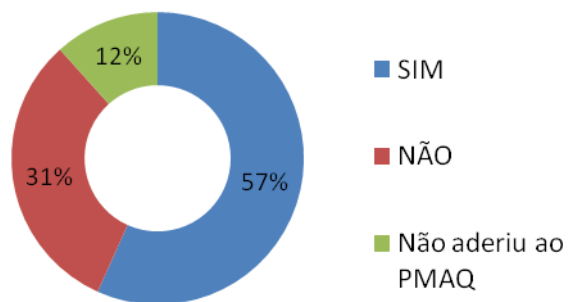


23.5 A equipe teve preparação para o atendimento dos usuários em sofrimento psíquico?

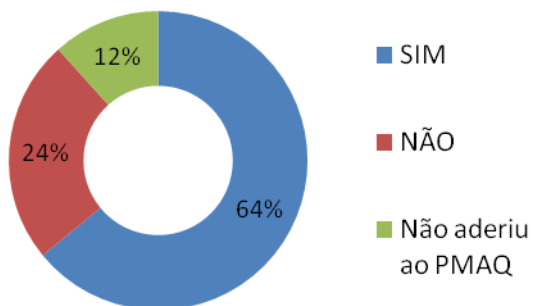


23.4 A equipe utiliza alguma estratégia específica para cuidar destes casos?

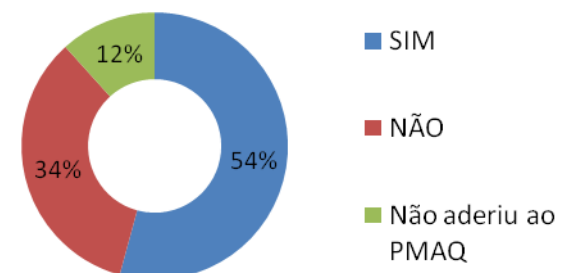
2.4 .1 Consulta específica com tempo maior



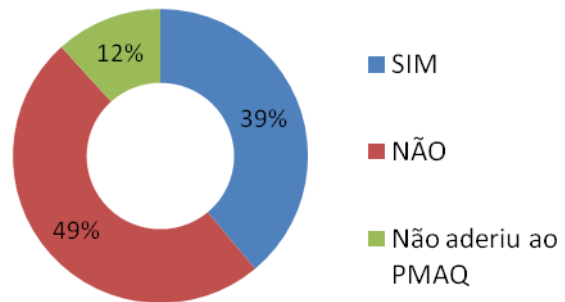
23.4.2 Registro da história de vida



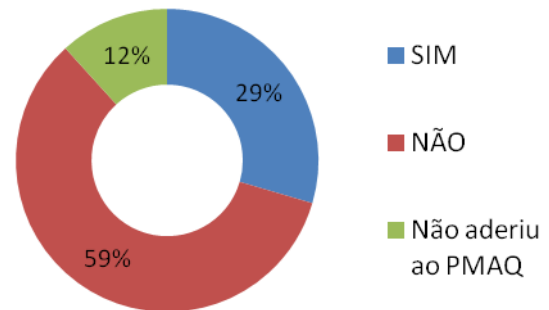
23.4.3 Oferta de algum tipo de atendimento em grupo



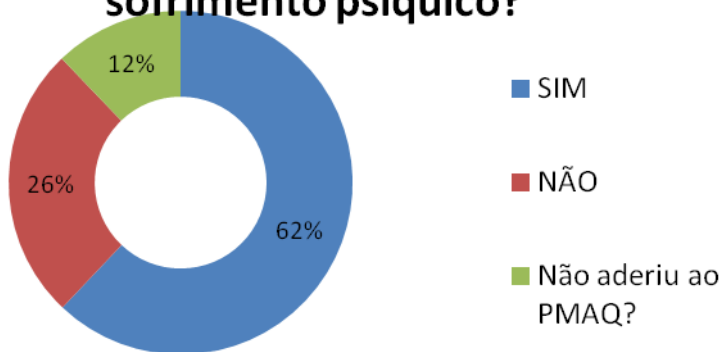
23.4.4 Atendimento com profissional da saúde mental



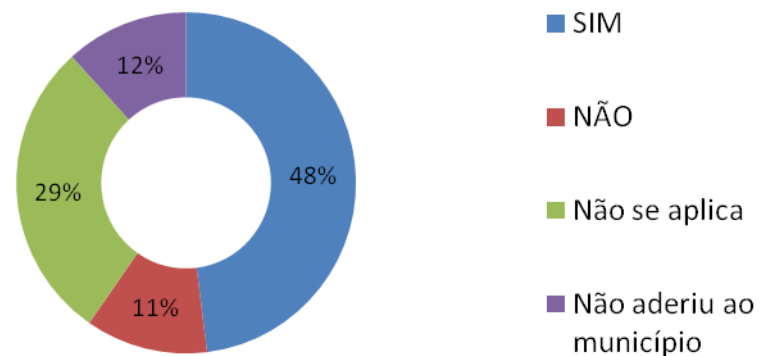
23.4.5 Outro (s)



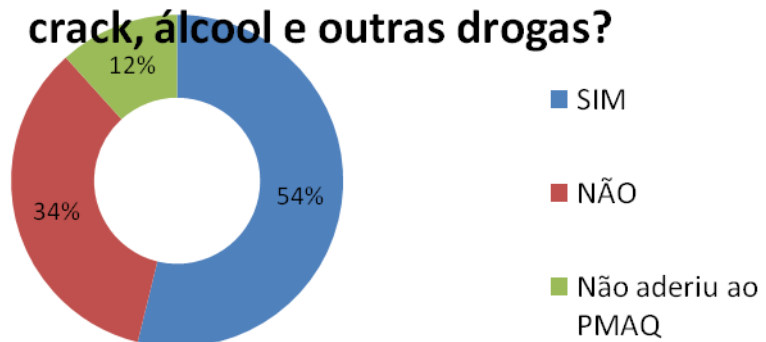
23.6 A equipe de atenção básica possui registro do número de casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico?



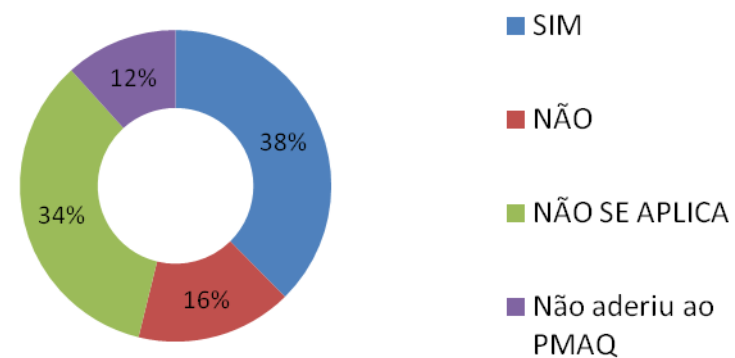
23.6 Existe documento que comprove?



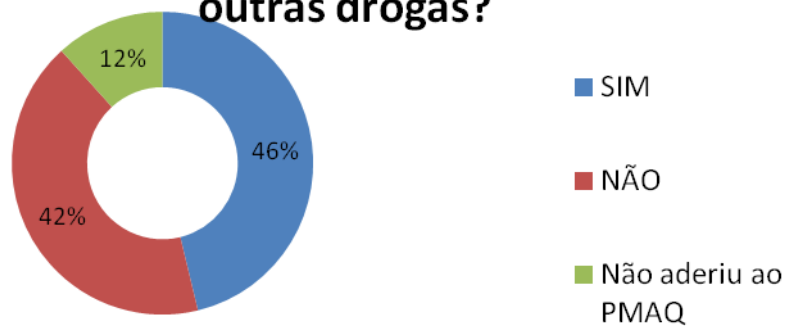
23.7 A equipe de atenção básica possui registro dos usuários com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas?



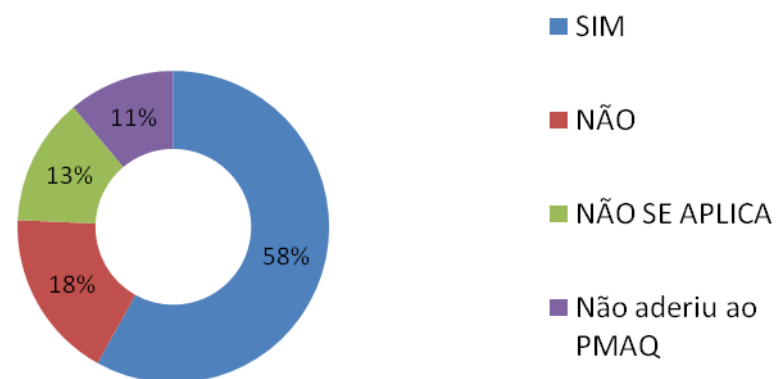
2.7.1 Existe documento que comprove?



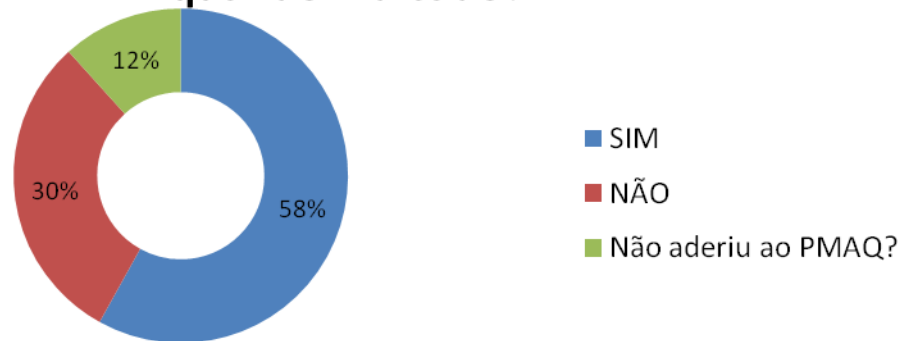
23.8 A equipe realiza ações para pessoas com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas?



23.9.1 Existe documento que comprove?



23.10 A equipe realiza ações para pessoas que fazem uso crônico dos medicamentos citados acima para o acompanhamento e avaliação dos casos e diminuição das doses quando indicado?



BLOCO III

- ALGUNS PERFIS -

“O louco carnaval chegou
E o povo afinal dançou
Vamo acordar para vida
Com vontade nada é difícil
De mãos dadas, sorriso aberto
Ocupando o hospício.
Está louco, disse o doutor
Enlouqueça, disse o poeta
Não há nada escrito na testa
Além do amor”.

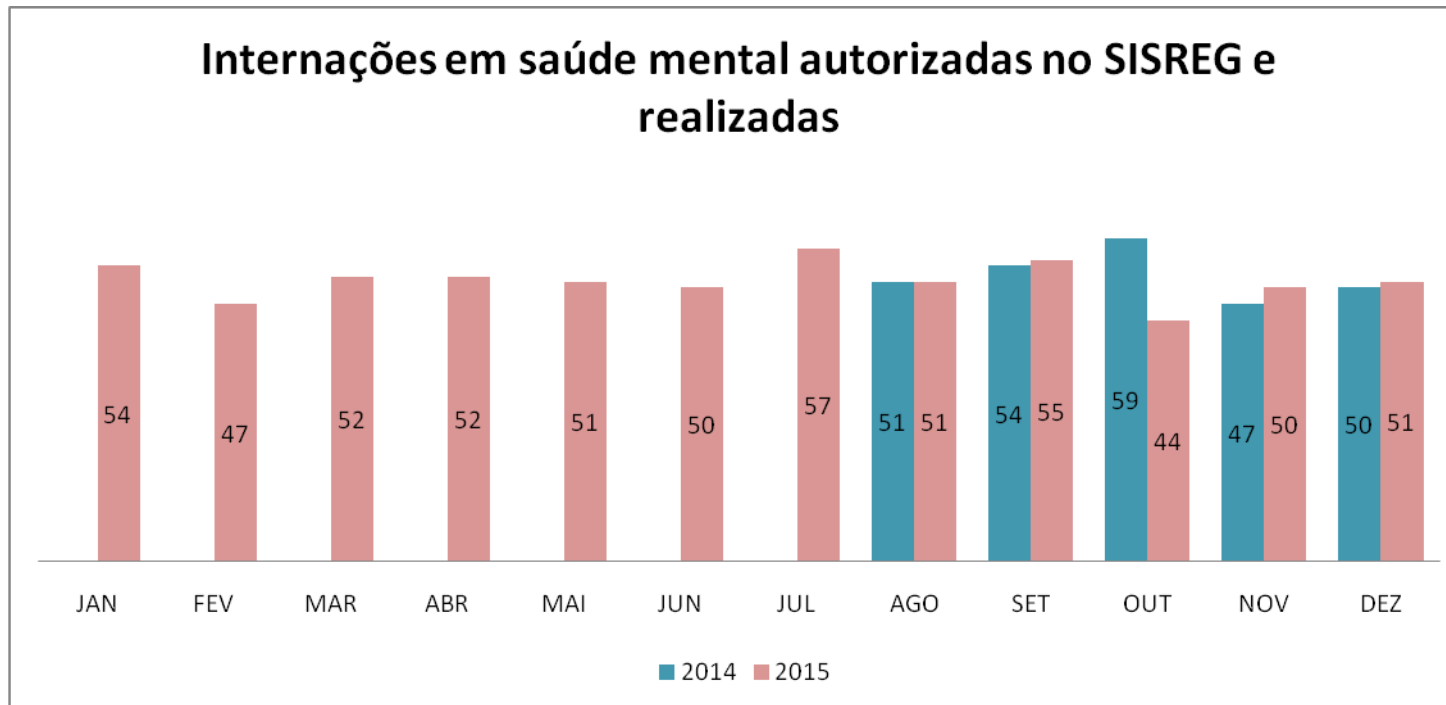
Folia do hospício, de Vitor Nina e Jadiel Lima

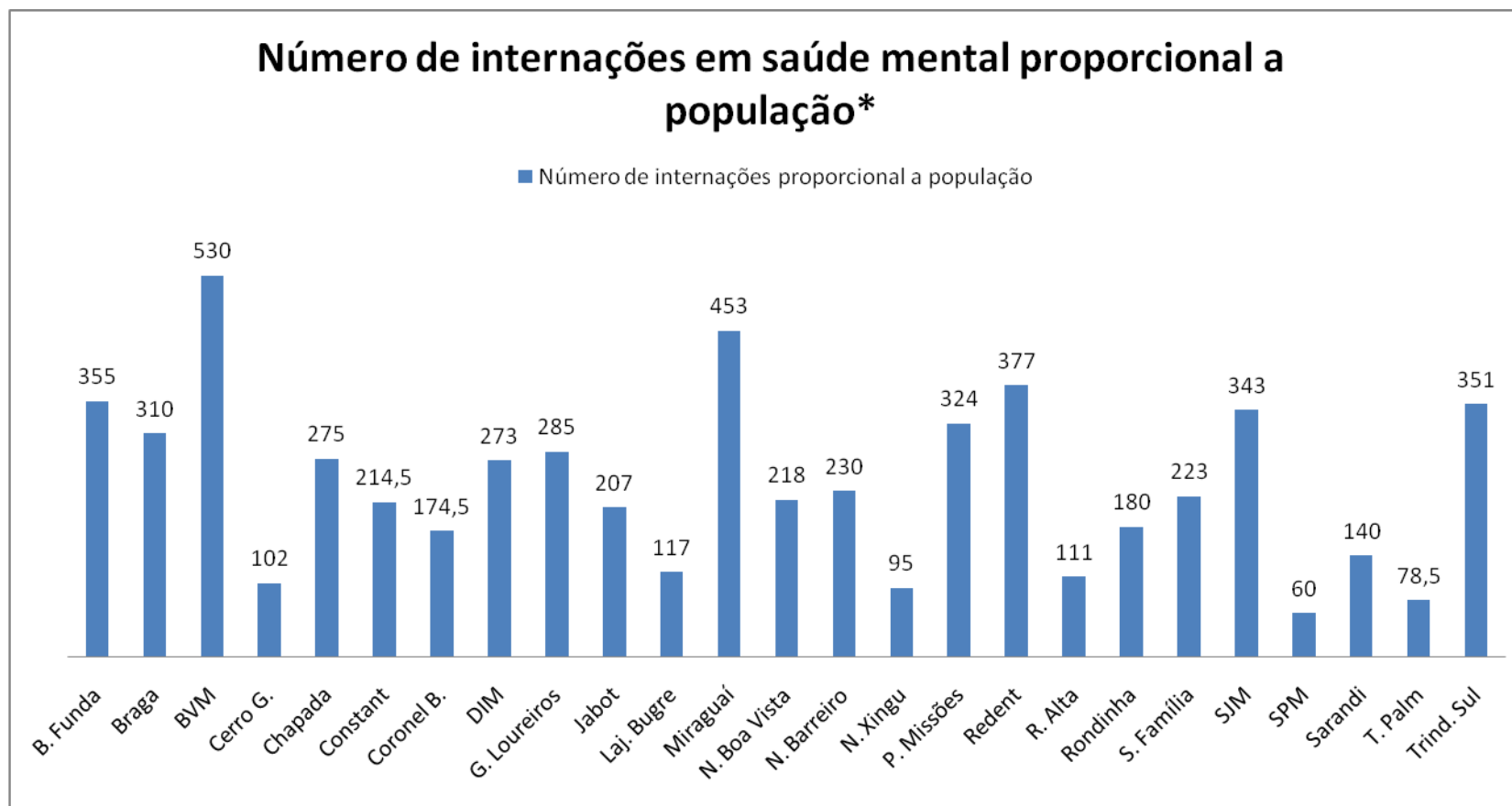
6. PERFIL DAS INTERNAÇÕES EM SAÚDE MENTAL DA 15ª CRS

Fonte: Relatórios do SISREG e contra-referência enviadas pelos hospitais com leitos integrais em saúde mental referência para a 15ª CRS aos municípios de origem dos usuários. Foram contabilizadas 875 internações autorizadas no SISREG e ocorridas no período.

Período: Agosto de 2014 a Dezembro de 2015.

Leitos regulados: Associação dos Trabalhadores de Ronda Alta (19 leitos), Hospital Santa Rita de Jaboticaba (12 leitos) e Hospital Comunitário de Sarandi (14 leitos)

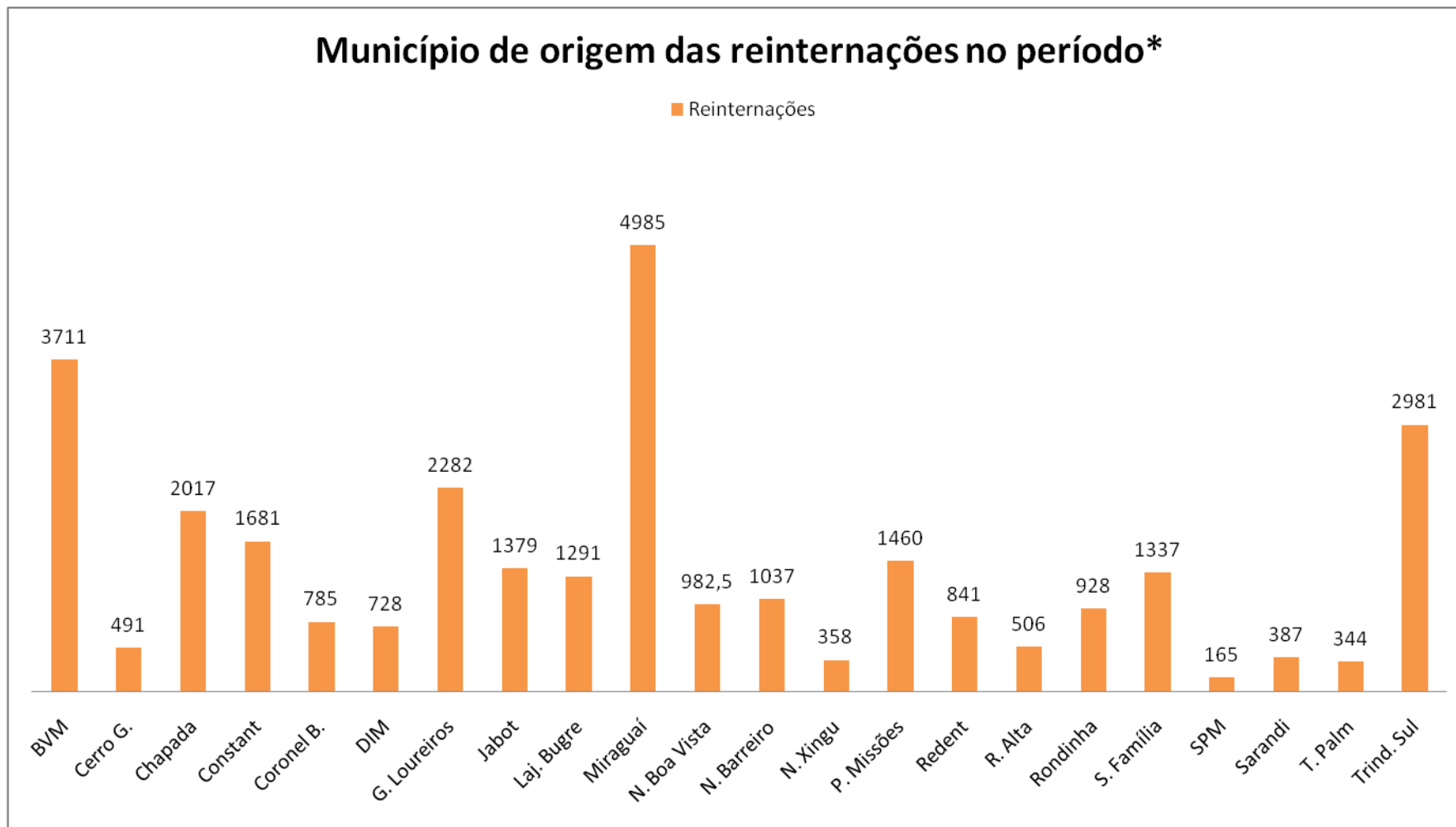




* Método de cálculo: população do município/nº de internações ocorridas no período.

* Dado inversamente proporcional à população municipal, ou seja, quanto maior o índice menor o número de internações no município.

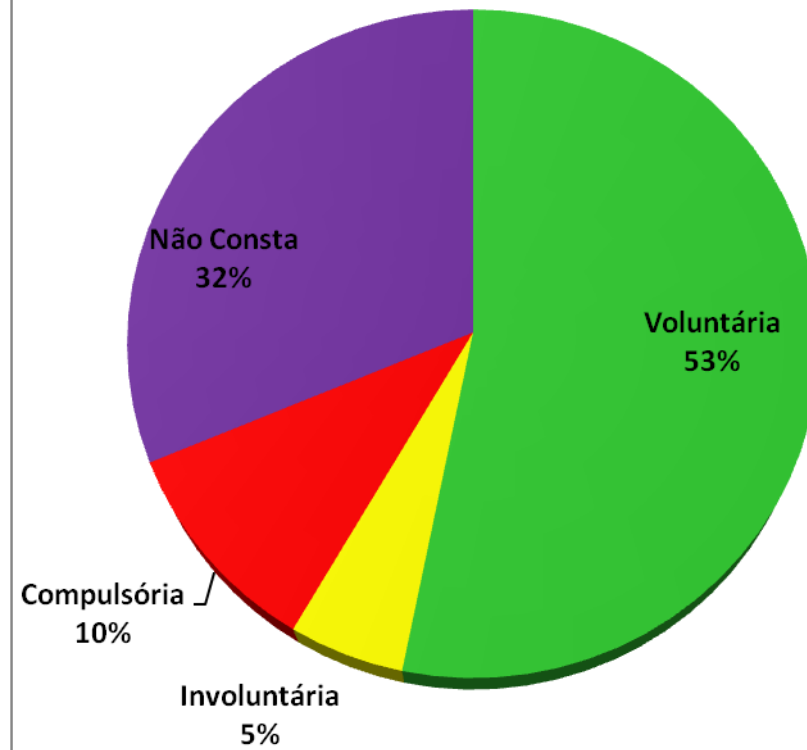
Como ler o gráfico (exemplo): Há 1 internação em saúde mental a cada 102 habitantes de Cerro Grande. Há 1 internação em saúde mental a cada 530 habitantes de Boa Vista das Missões.



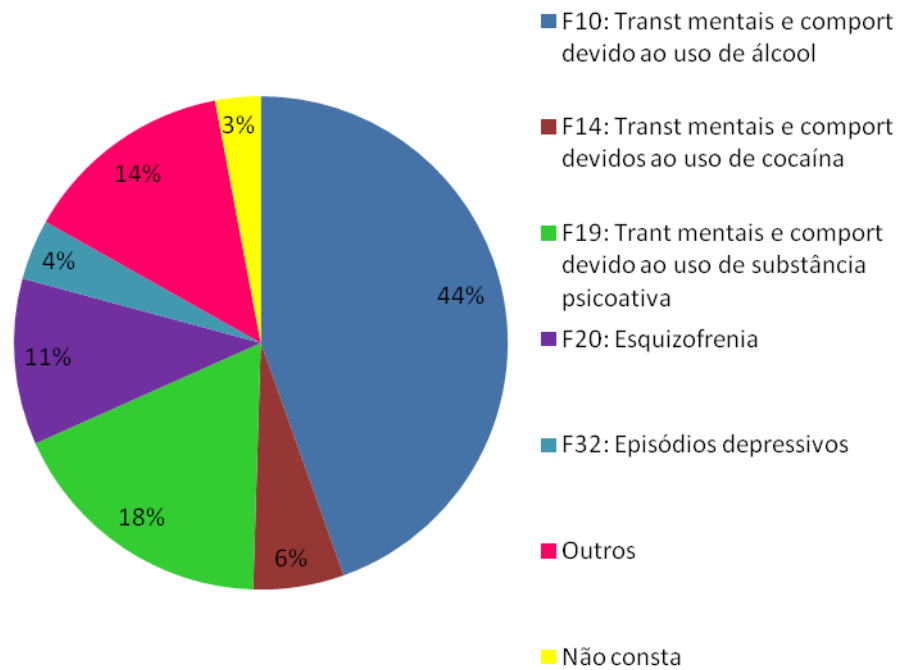
* Método de cálculo: população do município/nº de internações ocorridas no período.

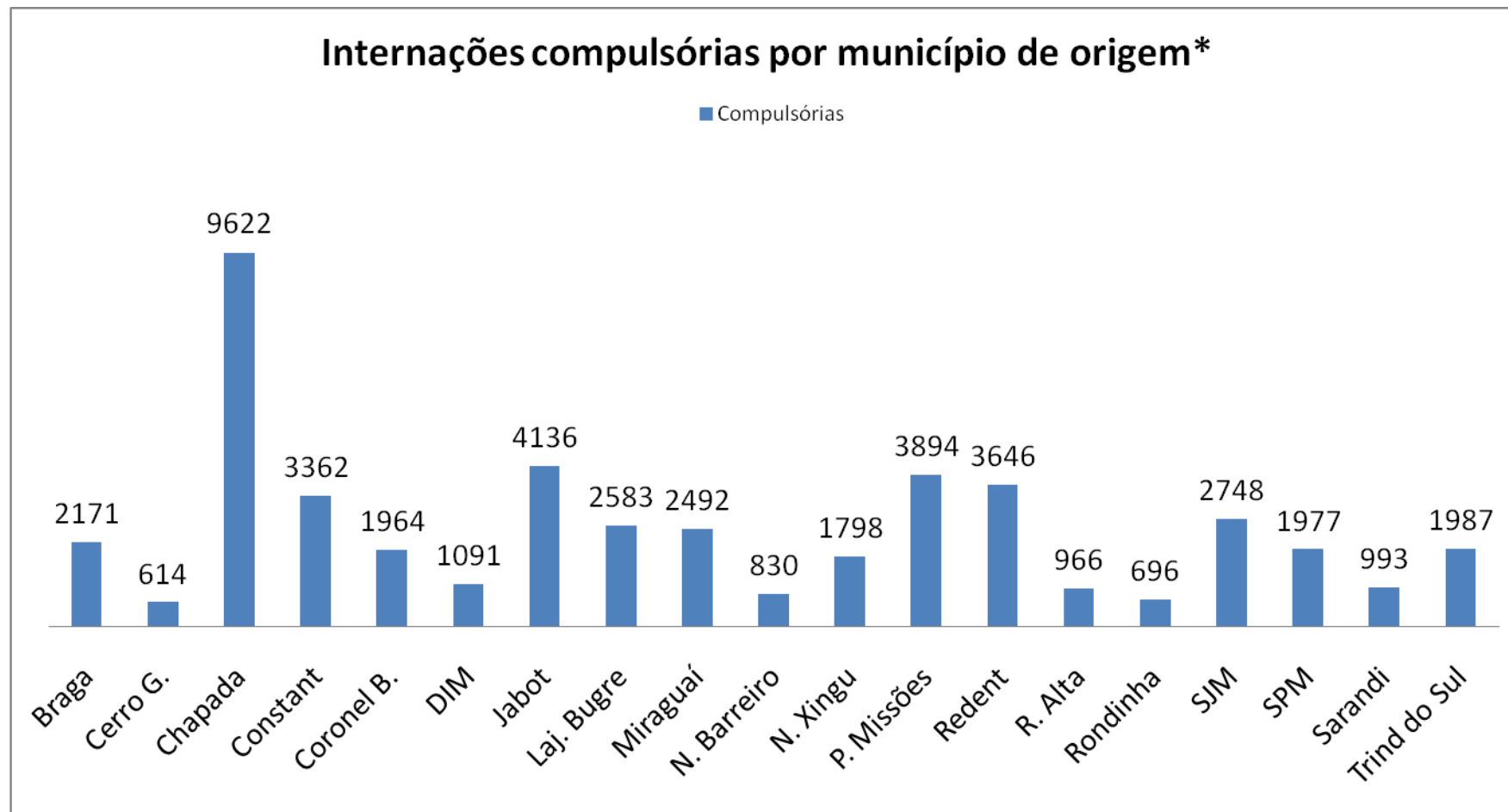
Como ler o gráfico (exemplo): Em Miraguaí, há 1 reinternação a cada 4.985 habitantes. Em Três Palmeiras, a cada 344 habitantes, um é reinternado.

MODALIDADE DAS INTERNAÇÕES



CID DAS INTERNAÇÕES COMPULSÓRIAS



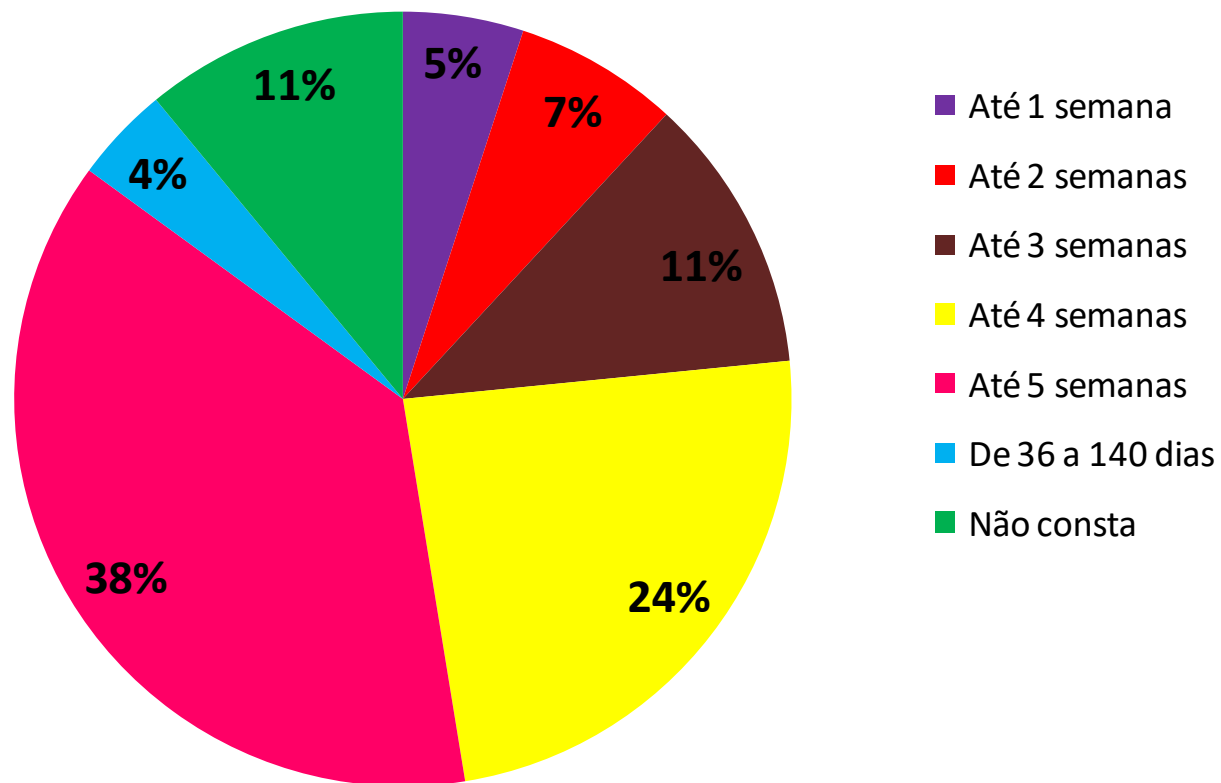


* Método de cálculo: população do município/nº de internações ocorridas no período.

* Inversamente proporcional à população municipal, ou seja, quanto maior o índice menor o número de internações no município.

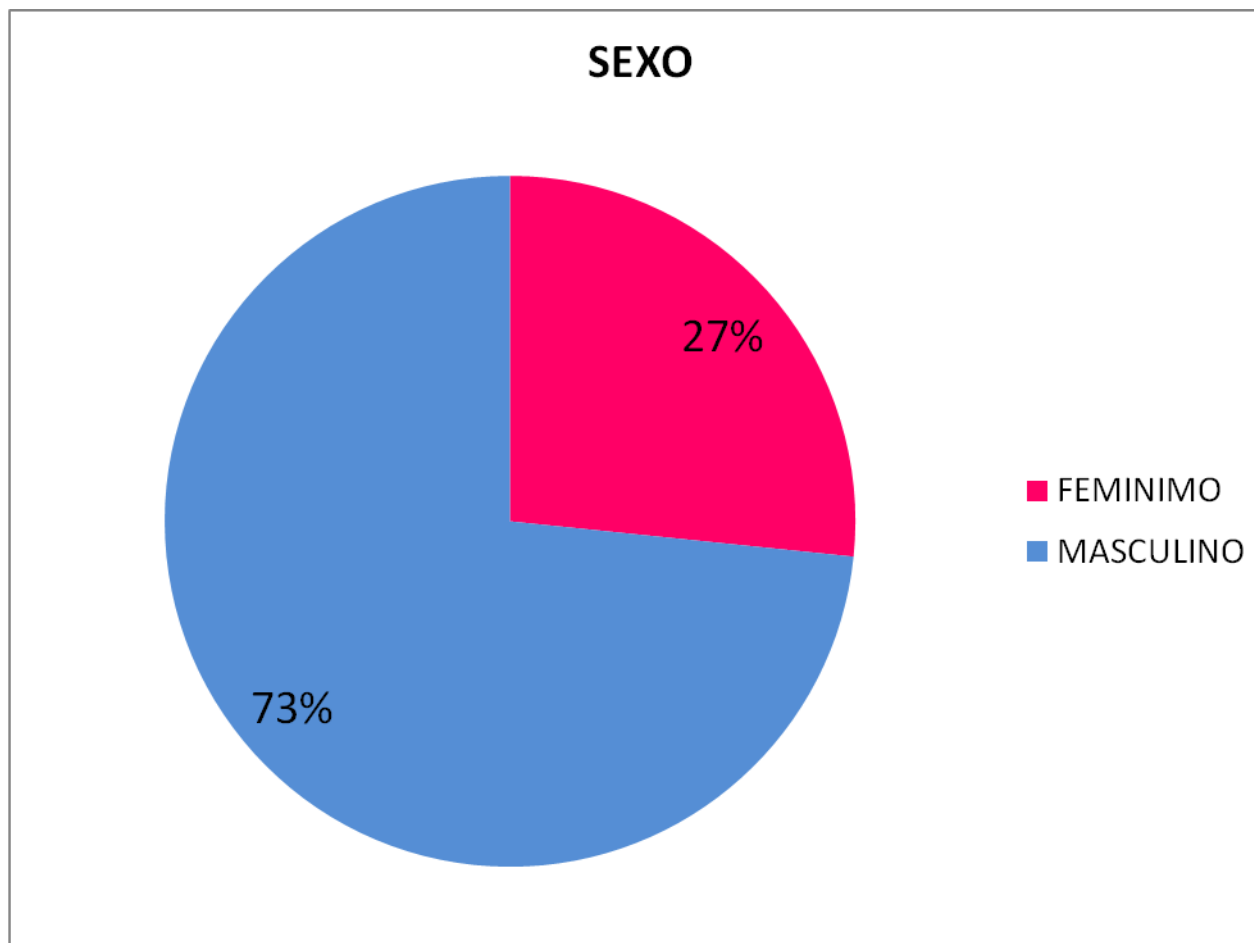
Como ler o gráfico (exemplo): Há 1 internação compulsória em saúde mental a cada 3.894 habitantes de Palmeira das Missões. Há uma internação compulsória a cada 993 habitantes de Sarandi.

Duração da internação

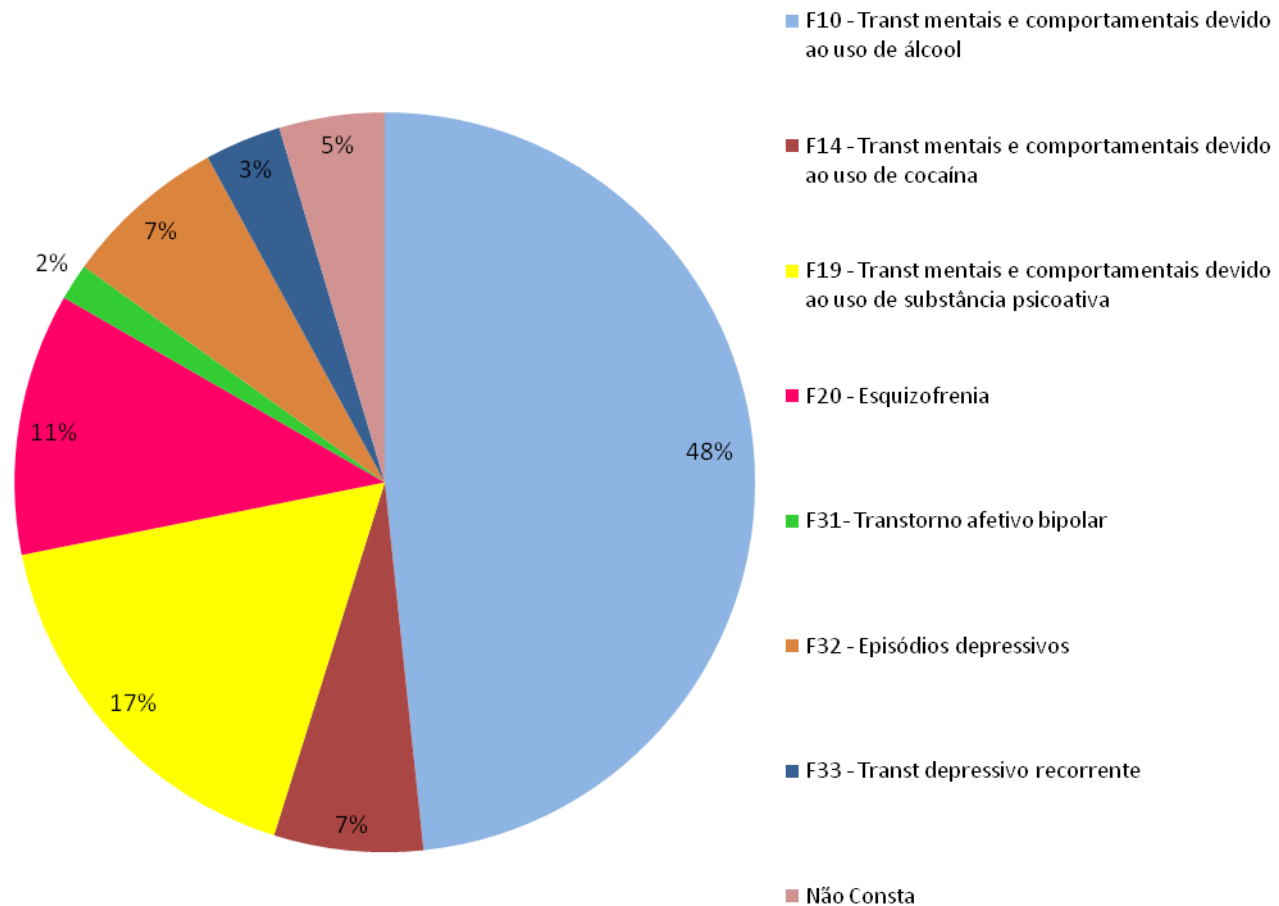


Obs: Preconizado pelas políticas públicas internações de curta a curtíssima duração.

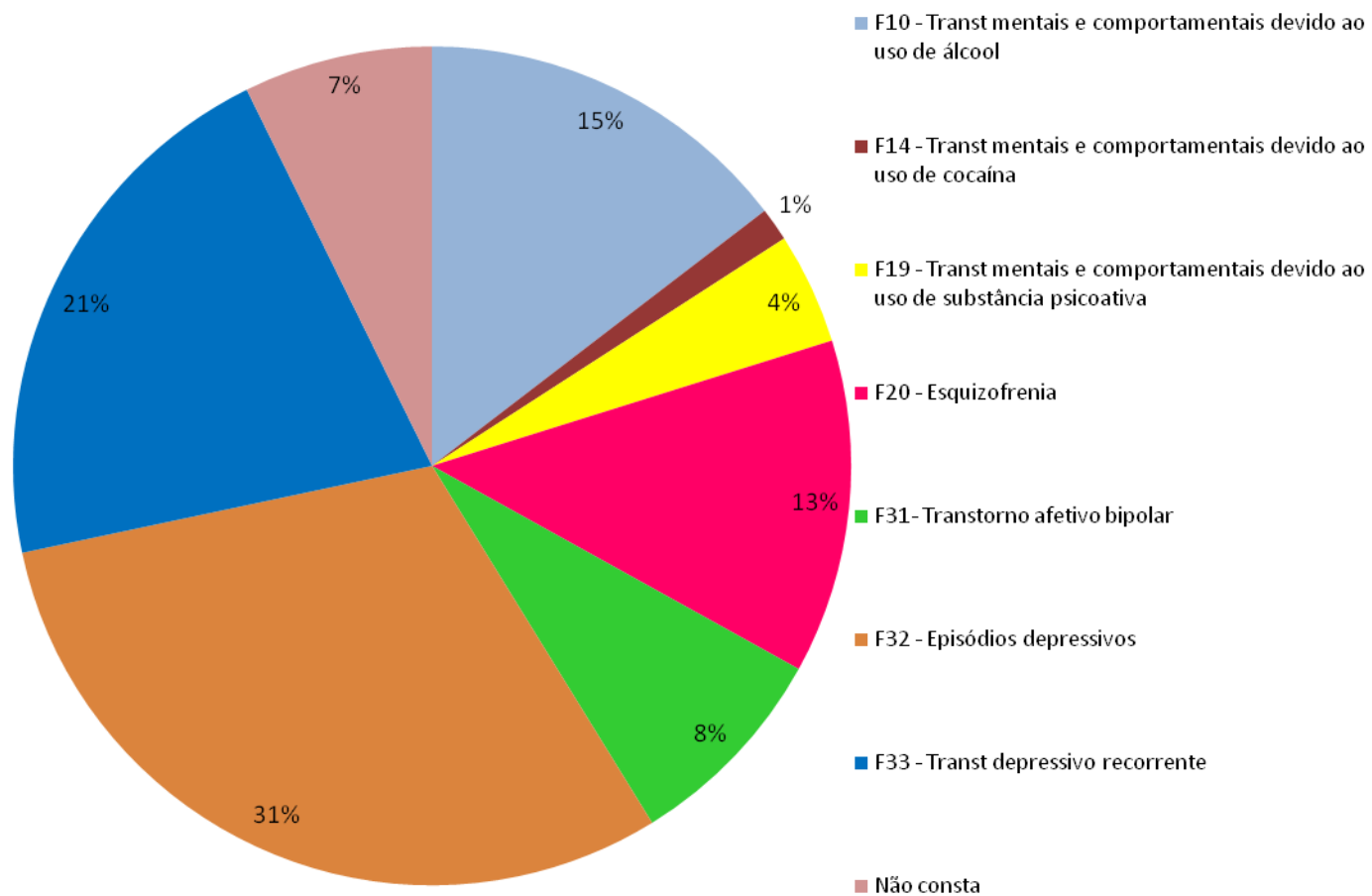
7. PERFIL DO USUÁRIO QUE ACESSA A INTERNAÇÃO EM LEITO INTEGRAL DE SAÚDE MENTAL NA 15ª CRS



CID - SEXO MASCULINO



CID- SEXO FEMININO

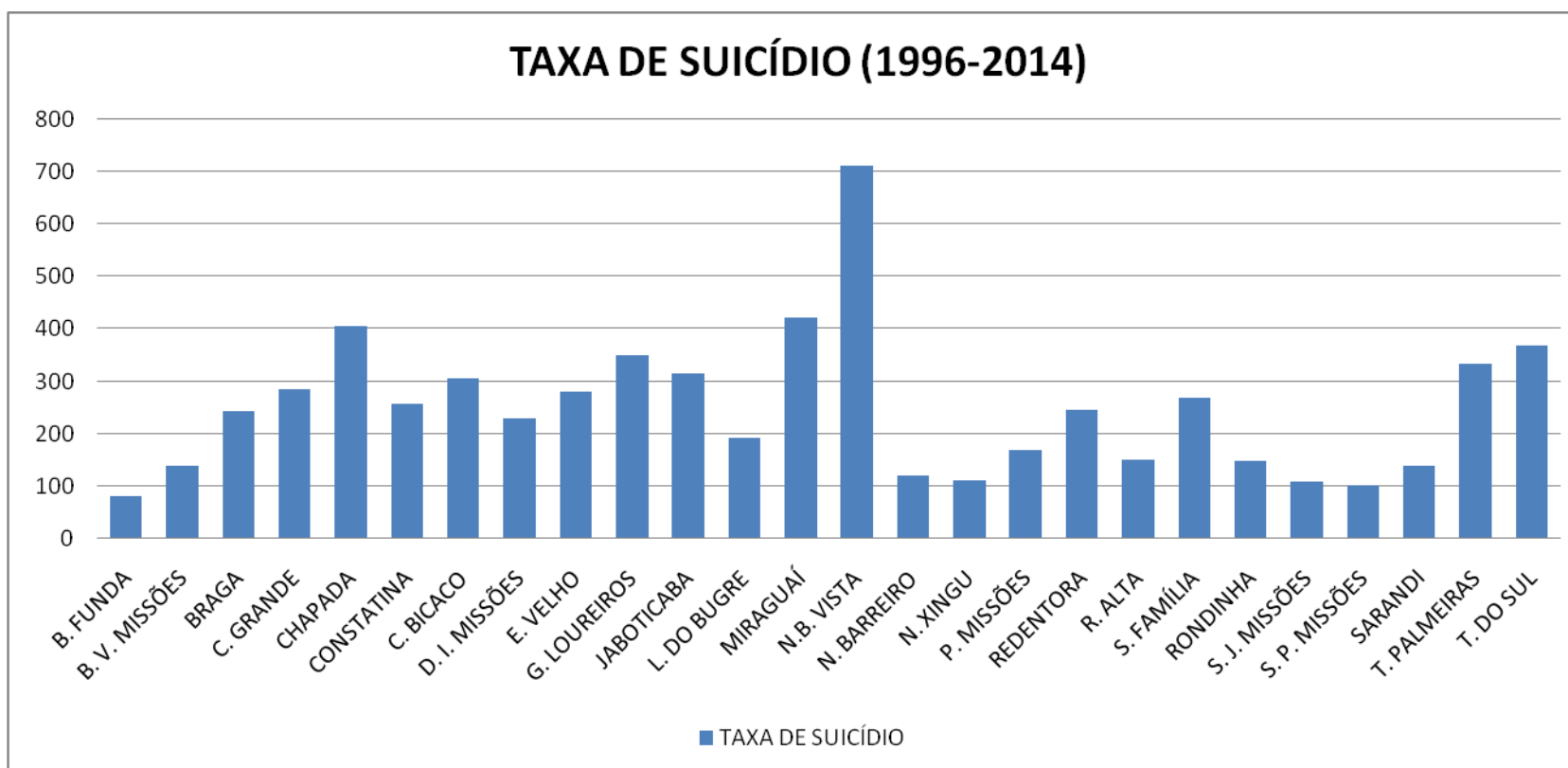


8. TAXA DE SUICÍDIO

Grupo CID 10: Lesões auto provocadas intencionalmente

Série histórica: 1996-2014

Método de cálculo: (nº de óbitos por suicídio/ população do município)x 100.000



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

5.4 PRODUTO 4

Deliberação da Comissão Intergestores Regional da 20ª Região de Saúde instituindo o Grupo Condutor da RAPS regional.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
15ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE
CIR 20- COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL- REGIÃO DE SAÚDE ROTA
DA PRODUÇÃO

DELIBERAÇÃO Nº 17/2017

Institui o Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial da 15ª Coordenadoria Regional de Saúde

A Comissão Intergestores Regional - CIR da Região de Saúde Rota da Produção, no uso de suas atribuições legais, considerando:

- A lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira nº 10.216/2001;
- A Portaria nº 3.088/2011 que institui a Rede de Atenção Psicossocial;
- A necessidade da criação de espaços de articulação e cooperação horizontal entre os municípios da Região com vistas à qualificação das ações regionais em saúde;
- A necessidade de maior articulação entre gestão e atenção no acompanhamento da implementação da política de saúde mental;

Resolve:

Art. 1º- INSTITUIR o Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial (GCRAPS) da 15ª CRS.

Art 2º – O GCRAPS – 15ª CRS tem como objetivo apoiar a organização dos processos de trabalho voltados a implantação/implementação da RAPS regional, identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos da rede e monitorar e avaliar o processo de implantação/implementação da mesma;

Art 3º – O GCRAPS é composto pelos Coordenadores/representantes da Saúde Mental dos municípios da região, membros 15ª Coordenadoria de Saúde e representantes dos Hospitais com leitos de saúde mental regulados pela 15ª CRS.

§ Os Coordenadores/ representantes da saúde mental dos municípios serão nomeados pelo Secretário Municipal de Saúde.

Art 4º – O GCRAPS se reunirá mensalmente, em calendário pré-definido, nas primeiras quartas-feiras de todo o mês.

Palmeira das Missões, 30 de maio de 2017.

Dorival Walfrid Werkhausen
Delegado Regional de Saúde
15ª CRS

6. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das dificuldades do acompanhamento, monitoramento e avaliação da implementação da política de saúde mental pela 15ª CRS, esta pesquisa foi realizada com o objetivo de se desenvolver uma tecnologia/instrumento/*modus operandi* para a gestão regional que ofertasse uma leitura de realidade sobre a qual se pudesse disparar ações para o desenvolvimento da mesma.

O desenvolvimento científico e tecnológico é uma atribuição do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990) compartilhada entre os entes, cuja avaliação e desenvolvimento de tecnologias em saúde fazem parte. Nesse ponto, tanto o Inventário da RAPS regional (tecnologia instrumental para análise da realidade local) quanto seu encontro com os trabalhadores (tecnologia relacional para a ampliação e produção de novos sentidos ao Inventário) e os processos de gestão da RAPS regional disparados a partir da construção compartilhada com os atores locais (como a criação do GCRAPS) podem ser considerados como produtos do empenho do ente estadual no desenvolvimento de tecnologias para a gestão regional da Política de Saúde Mental.

Na evolução da pesquisa, o caráter interventivo se deu para além do encontro do Inventário da RAPS com o coletivo de trabalhadores – produção de inteligência coletiva: a escuta atenta as demandas explicitadas ou presentes nas entrelinhas dos discursos dos trabalhadores ofertou elementos para os processos de gestão regional realizada pela Coordenadoria.

A montagem de cenário através da construção do Inventário Regional relacionando dados de sistemas de informações desagregados, bem como a construção do perfil dos usuários que acessam as internações em saúde mental, estratégia de cuidado muito utilizada na região, possibilitou uma leitura importante da realidade. O encontro do Inventário com o coletivo de trabalhadores ampliou os significados das informações compiladas e disparou processos até então inéditos na região, como a implicação dos secretários municipais de saúde na nomeação de um profissional da saúde inserido na rede municipal como coordenador municipal da saúde mental.

No encontro realizado junto aos trabalhadores e na discussão dos nós de rede visualizados com o Inventário, uma fala de uma trabalhadora municipal reverberou na pesquisadora e apontou caminho para uma ação necessária e decorrente da pesquisa:

Tulipa: [...] A minha sensação que eu tenho toda vez que eu saio dos encontros muito empolgada, me dá uma energia, que dura uma semana, risos, mas me faz muito bem estar aqui nos fóruns, nos encontros e tal. Areja a

minha cabeça, eu consigo pensar coisas diferentes que a gente não vê, então só isso já seria um benefício de a gente poder sistematizar alguma coisa para poder ser mais freqüente.

Esta fala sintetizou uma direção para a gestão regional: da mesma forma que a gestão municipal das redes não pode estar paralela ao cuidado ofertado na mesma, a gestão estadual realizada pelas Coordenadorias não poderia abster-se de ofertar espaços sistemáticos de encontro com trabalhadores e gestores das redes municipais. A tecnologia de gestão, o *modus operandi* para a Política de Saúde Mental almejado com a construção da pesquisa passava por este lugar.

Revisitando a literatura e legislação na área, ocorreu que a Portaria nº 3.088 (BRASIL, 2011) já referia a necessidade de construção de Grupos Condutores da RAPS (GCRAPS) estaduais e municipais para o acompanhamento da implementação da RAPS nos territórios. Devido as características regionais (maioria dos municípios com menos de 10 mil habitantes, equipes de saúde pequenas, rede hospitalar regionalizada e bastante utilizada, ausência de GCRAPS nos municípios e distância expressiva da capital do Estado, entre outras) percebeu-se que a instituição do Grupo Condutor da RAPS regional – não excluindo o estímulo à criação de GC municipais, configurava-se como um produto importante e necessário da pesquisa.

O GCRAPS foi, assim, instituído e conta com a participação dos coordenadores municipais da saúde mental indicados pela gestão municipal, representantes dos Hospitais com leitos de saúde mental regulados pela CRS e equipe técnica da 15ª CRS. O Grupo tem se reunido mensalmente na CRS e discute, planeja e avalia as ações em saúde mental na região, traçando no coletivo estratégias de (re)organização da rede, qualificando-a. O grupo também tem por finalidade configurar-se como um espaço de cooperação horizontal entre os municípios e suporte entre os trabalhadores, com o compartilhamento e a aproximação das ações na região.

O GCRAPS regional foi submetido a apreciação na CIR, legitimando sua existência e garantindo espaço na condução regional da Política de Saúde Mental. A organização dos encontros do GCRAPS regional tem levado em conta a discussão e a organização de estratégias de intervenção sobre as demandas levantadas pela pesquisa como: a necessidade da criação e manutenção de uma cultura que estranhe a internação como recurso terapêutico único e desconectado de ações preventivas, a organização da demanda de cuidados em saúde mental através de ações municipais e regionais intersetoriais, principalmente com a assistência social, a necessidade de criação de

formas de quantificar, analisar e intervir sobre o excesso do uso de medicação psiquiátrica, sensibilização dos gestores municipais para as questões de saúde mental e outros.

Ainda que o desenvolvimento desta pesquisa tenha ofertado elementos para a gestão regional da Política de Saúde mental, apontando horizontes para seu desenvolvimento, foi capaz apenas em parte de incidir sobre a problemática que deflagrou a pesquisa: a escassez de informações em saúde mental nos bancos de dados disponíveis. Neste ponto, na conformação de RAPS regional que tem o hospital como um dos principais pontos de atenção, a criação e análise do banco de dados das internações em saúde mental ocorridas na região ofertou uma leitura necessária da realidade local.

Por outro lado, o cenário de escassez de informações de saúde mental nos sistemas de informação disponíveis e de indicadores de saúde mental que dialoguem com as singularidades de cada Região de Saúde permanece. Neste sentido, a capilaridade da atenção básica e sua inserção nos territórios tornam fundamental a ampliação de informações sobre saúde mental no SISAB, a abrangência da pactuação anual de indicadores (SISPACTO) requer a ampliação do escopo de pactuação, possibilitando aos municípios menores e sem CAPS - maioria no país - a pactuação de metas de saúde mental condizentes com sua realidade e princípios da Reforma Psiquiátrica. É necessário também que a atividade regulatória dos leitos de saúde mental seja padronizada e passe a produzir sistematicamente inteligência para a gestão - e não apenas quando uma servidora que é coordenadora, reguladora e mestranda se vê diante da necessidade premente de conhecer e intervir sobre o perfil de adoecimento em saúde mental da população em seu território.

Esta pesquisa, assim, deu um passo importante que tem produzido reflexos no desenvolvimento e qualificação da Rede de Atenção Psicossocial regional e pode ser replicada em outros contextos e Coordenadorias, qualificando outros territórios. Macropoliticamente, no entanto, reforça a necessidade do monitoramento do avanço da Reforma Psiquiátrica, através da ampliação das informações de saúde mental nos sistemas de informação em saúde e do acompanhamento longitudinal das mesmas.

7. ANEXOS

7.1. APROVAÇÃO PELO COMITÊ DA ÉTICA E PESQUISA

GRUPO HOSPITALAR
CONCEIÇÃO/HOSPITAL
NOSSA SENHORA DA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: GESTÃO REGIONAL DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: DESENVOLVENDO TECNOLOGIAS PARA A AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NA 15ª CRS

Pesquisador: Marília Pinto Bianchini

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 58454716.3.0000.5530

Instituição Proponente: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO SA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.751.171

Apresentação do Projeto:

Projeto referente à pesquisa-intervenção de caráter quali-quantitativo, vinculada ao trabalho final do Mestrado Profissional em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS da Escola do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), cujo objetivo é elaborar tecnologia de gestão para o acompanhamento da Política de Saúde Mental na 15ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS). A primeira parte do estudo apresentará um desenho exploratório e descritivo, onde será montado o cenário da rede de atenção psicossocial da região da 15ª CRS. Para tanto, serão utilizadas as informações obtidas por meio do acesso a banco de dados em saúde disponíveis (SISAB, PMAQ, entre outros). Este panorama será construído a partir do cruzamento de informações disponíveis nos sistemas de informações como o do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (população de cada município, dados do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde - CNES pela verificação dos serviços instalados na região associada às possibilidades de implantação de serviços da RAPS pela população residente). Além disso, serão consultadas as bases de dados do sistema de informação da atenção básica (SISAB), sistema de informação sobre a mortalidade (SIM), o business intelligence (BI) do Estado do Rio Grande do Sul, os dados do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ-AB) e dados do programa Caminhos do Cuidado. O perfil dos usuários que acessam o cuidado intensivo em saúde mental na modalidade de internação

Endereço: Francisco Trein, 596 - Bloco H, 3º andar, Escola GHC (HNSC), sala 11
Bairro: CRISTO REDENTOR **CEP:** 91.350-200
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3357-2407 **Fax:** (51)3357-2407 **Email:** cep-ghc@ghc.com.br



Página 01 de 05

Continuação do Parecer: 1.751.171

hospitalar será traçado a partir dos dados do sistema de regulação associado aos relatórios emitidos pelos prestadores sobre as internações efetuadas, durante do período de agosto de 2014 a dezembro de 2015. A estatística descritiva será utilizada para a análise desses dados. A segunda parte da pesquisa acontecerá em momento de educação permanente junto ao grupo formado pelos profissionais responsáveis pela saúde mental dos municípios e representantes dos hospitais gerais com leitos em saúde mental que compõe a região. Será proposta uma discussão sobre o inventário da RAPS regional construído a partir das bases de dados. Por indicação do Secretário Municipal de Saúde e do gestor do hospital, estes profissionais são a referência para contato da 15ª CRS nas questões relacionadas à saúde mental. Os profissionais são de diferentes áreas (psicólogos, fisioterapeutas, enfermeiros, etc.) e compõe a equipe técnica de diferentes serviços (NAAB, CAPS, ESF, hospital geral, entre outros). O encontro tem previsão de até 3 horas. A discussão será gravada e transcrita, com a autorização prévia dos participantes e o material produzido será analisado pela análise de conteúdo da Bardin. Esse segundo momento, assim, objetiva tanto a análise crítica do conhecimento produzido e ampliação e construção de novos sentidos quanto a implicação dos gestores municipais na construção de estratégias de fortalecimento da RAPS regional. Todo este processo pretende a visualização de como se organiza e se efetiva a rede de cuidados em saúde mental da 15ª CRS. Os dados produzidos pelo estudo serão utilizados no acompanhamento, monitoramento e avaliação da política de saúde mental da região da 15ª CRS. O estudo contempla a utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

Elaborar tecnologia de gestão para o acompanhamento da Política de Saúde Mental na 15ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS).

Objetivos específicos:

- Desenvolver um conjunto de indicadores regionais de saúde mental, a partir do cruzamento de dados obtidos dos sistemas de informações públicos disponíveis e criados pela 15ª CRS.
- Apresentar o inventário da RAPS regional aos gestores municipais da saúde mental em momento de educação permanente em saúde, ampliando-o e construindo novos sentidos (inteligência coletiva) ao cenário levantado.
- Registrar as percepções e sistematizar a avaliação gestores frente à tecnologia desenvolvida (realidade apresentada).

Endereço: Francisco Trein, 596 - Bloco H, 3º andar, Escola GHC (HNSC), sala 11
Bairro: CRISTO REDENTOR **CEP:** 91.350-200
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3357-2407 **Fax:** (51)3357-2407 **E-mail:** cep-ghc@ghc.com.br

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, Kátia Faria de; ROCHA, Marisa Lopes da. **Micropolítica e o exercício da pesquisa-intervenção:** referenciais e dispositivos em análise. *Psicologia, ciência e profissão*, v. 27, n.4, p.648-663, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v27n4/v27n4a07.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

ANTONACCI, Milena Hohmann; PINHEIRO, Leonardo Barbosa de. **Saúde mental na atenção básica:** uma abordagem convergente assistencial. *Revista Gaúcha de enfermagem*, v. 32, n.1, p. 136-142, 2011. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/16370/12420>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988.** Brasília, 5 out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 25 abr. 2016.

_____. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Ministério da Saúde, Brasília, 19 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 25 abr. 2016.

_____. **Lei 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. Ministério da Saúde, Brasília, 6 abr. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 25 abr. 2016.

_____. **Saúde Mental e Atenção Básica:** o vínculo e o diálogo necessários – Inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. Ministério da Saúde, Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica, nº1. Brasília, 2003. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1734.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

_____. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS, Brasília, 2005. Disponível: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 25 set. 2016.

_____. **Avaliação de Tecnologias em Saúde:** Ferramentas para a Gestão do SUS. Ministério da Saúde, Brasília, 2009a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_tecnologias_saude_ferramentas_gestao.pdf>. Acesso em: 16 jul.2017.

_____. **Portaria nº 2.690, de 05 de novembro de 2009.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde.

Ministério da Saúde, Brasília, 2009b. Disponível em :
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2690_05_11_2009.html>.
Acesso em: 16 jul. 2017.

_____. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, Brasília, 2010. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>.
Acesso em: 25 set. 2016.

_____. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde, e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Ministério da Saúde, Brasília, 28 jun. 2011a. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>.
Acesso em: 25 set. 2016.

_____. **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). Ministério da Saúde, Brasília, 23 dez. 2011b. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>.
Acesso em: 25 set. 2016.

_____. **Portaria nº 3.124, de dezembro 28 de 2012.** Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes de Saúde da Família e) ou Equipes de atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Ministério da Saúde, Brasília, 28 dez. 2012a. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html>.
Acesso em: 25 set. 2016.

_____. **Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012.** Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para a 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. Ministério da Saúde, Brasília, 31 jan. 2012b. Disponível em:
<<https://www.google.com.br/search?q=Portaria+n%C2%BA+148%2C+de+31+de+janeiro+de+2012&oq=Portaria+n%C2%BA+148%2C+de+31+de+janeiro+de+2012&aqs=cchrome..69i57j0l5.487j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

_____. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde, Brasília, 12 dez. 2012c. Seção 1 p. 59. Disponível em:
<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>>. Acesso em: 11 de jun. 2017.

_____. **Cadernos de atenção Básica nº37.** Ministério da Saúde, Brasília, 2013. Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2016.

_____. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015.** 3.ed.Ministério da Saúde, Brasília, 2015. Disponível em: <http://189.28.128.100/sispacto/CadernoDiretrizes2013_2015.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2016.

_____. **Resolução nº 8 de 2016.** Diário Oficial da União, Comissão Intergestores Tripartite, Brasília, 2016. Disponível em: <<http://ti.saude.rs.gov.br/bi/file/fichas.pdf> >. Acesso em 11 jun 2017.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo.** Edições 70. Lisboa, Portugal: LDA, 2009.

BI. **BussinesIntelligence** do Estado do Rio Grande do Sul. Acesso restrito às Coordenadorias de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Acesso em: 25 abr. 2016.

CAMINHOS DO CUIDADO. **Projeto Caminhos do Cuidado (site).** Disponível em: <<http://www.caminhosdocuidado.org/>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

CECCIM, RicardoBurg. **Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário.** Interface – Comunicação, Saúde e Educação, v.9, n.16, p.166-177, set. 2004 /fev. 2005. Disponível em: <<http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/educacaoopermanente.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO. **Regulação Hospitalar em Saúde Mental.** MONTEIRO, Jaqueline; NUNES, Mary; MELO, Maria Regina; BRANDÃOIversom; MEDÁGLIA, Flávio. Estado do Rio Grande do Sul, s.d.

CIR-20. **Comissão Intergestores Regional da 20ª Região de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.** Deliberação nº 17/2017. Palmeira das Missões,30 de maio de 2017.

DAB. **Departamento da atenção básica (site).**Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/>>. Acesso em: 25 set. 2016.

DATASUS. **Estatísticas Vitais: Mortalidade** – 1996 a 2013, pela CID-10. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6937>>. Acesso em: 24 abr. 2016.

DELFINI, Patrícia dos Santos de Souza, DOMBI-BARBOSA, Caroline, FONSECA, Felipe Lessa da, TAVARES, Carlos Mendes, REIS, Alberto Olavo Advícula. **Perfil dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil da grande São Paulo, Brasil.** Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, v.19, n.2, p.226-236, 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v19n2/04.pdf> >. Acesso em: 25 abr. 2016.

DELGADO, Paulo. **Humanismo, ciência e democracia: os princípios que nortearam a transição para o novo modelo de assistência aos portadores de sofrimento psíquico.**Caderno Brasileiro de saúde mental, v.1, n.1, p.1-9, jan/abr 2009. Disponível

em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/997/1105>>.
Acesso em: 25 abr. 2016.

DELGADO, Paulo; COUTINHO, Evandro da Silva Freire; GOMES, Maria Paulo Cerqueira. **Novos Rumos nas políticas públicas de saúde mental no Brasil**. Editorial. Cadernos de Saúde Pública, v. 17, n.3, p.452-453, mai/jun, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n3/4629.pdf>>. Acesso em: 25. abri. 2016.

DIMENSTEIN, Magda; SEVERO, AnaKalliny; BRITO, Monique; PIMENTA, Ana Lícia.; MEDEIROS, Vanessa; BEZERRA, Edilane. **Apoio matricial em Unidade de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental**. Saúde e Sociedade, São Paulo, v.18,n.1, p.63-74, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000100007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 25 abr. 2016.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. **Resolução nº403/11** – CIB/RS. 2011a.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. **Resolução nº404/11** – CIB/RS. 2011b.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. **Caixa de Ferramentas da Linha de Cuidado Integral**. Coordenação estadual de saúde mental/RS, mar. 2013.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. **Resolução CIB nº499/14** – CIB/RS.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. **Portaria SES nº1304 de 12 de dezembro de 2014**. Secretaria Estadual da Saúde/RS, dez.2014

FERLA, Alcindo Antônio. **Clínica em movimento: cartografia do cuidado em saúde**. Caxias do Sul: EDUCS, 2007.

FERLA, Alcindo Antônio. **Informação como ferramenta de gestão: desenvolvimento de parâmetros para acompanhamento do sistema de saúde a partir da análise integrada dos sistemas de informação**. Boletim da Saúde, v.15, n.1, 2001. Disponível em: <<http://www.boletimdasaude.rs.gov.br/conteudo/1148/informacao-como-ferramenta-de-gestao:-desenvolvimento-de-parametros-para-acompanhamento-do-sistema-de-saude-a-partir-da-analise-integrada-dos-sistemas-de-informacao>> Acesso em: 26 abr. 2016.

FERLA, Alcindo Antônio; CECCIM, Ricardo Burg; DALL ALBA, Rafael. **Informação, educação e trabalho em saúde: para além de evidências, inteligência coletiva**. RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação. Saúde, v.6, n.2, s.p., ago. 2012. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/104435/000857831.pdf?sequence=1>>. Acesso em:25 abr. 2016.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais**. Rio de Janeiro: Record, 2005.

IBGE. **Censo 2010**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=43&search=rio-grande-do-sul>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

JARDIM, Kátia; DIMENTEIN, Magda. **Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica.** Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v.13 n.1, p. 169-190, jun. 2007. Disponível em: <http://www.pucminas.br/imagedb/documento/DOC_DSC_NOME_ARQUI20080521172535.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2016.

LANCETTI, Antônio; AMARANTE, Paulo. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; BONFIM, José Ruben de Alcântara; MINAYO, Maria Cecília de Souza; AKERMAN, Marco; DRUMOND JÚNIOR, Marcos; CARVALHO, Yara Maria de (Orgs). **Tratado de Saúde Coletiva.** 2ª Ed. Revisada & Aumentada. São Paulo: Hucitec, 2012. cap.19.

MERHY, Emerson Elias. Reforma Psiquiátrica no cotidiano: multiplicidades no cuidado e por uma ética cidadã, manejo das ações relacionais. In: MERHY, Emerson Elias; AMARAL, Heloísa. **A Reforma Psiquiátrica no cotidiano.** Campinas, SP: Hucitec, 2007.

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, Ana Cristina de Souza; GOMBERG, Estélio (Orgs). **Leituras de novas tecnologias e saúde.** São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p.29-74.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo- Rio de Janeiro: ABRASCO, 1996.

PAULA, Cristiane Silvestre de. **Prevalência de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes da periferia de São Paulo e implicações para a saúde pública local.** 2005. 143 f. Tese (Doutorado em Psiquiatria e Psicologia Médica) – Universidade de São Paulo, São Paulo.

PIM. **Programa Primeira Infância Melhor (site).** Disponível em: <<http://www.pim.saude.rs.gov.br/v2/>>. Acesso em: 11 jun.2017.

QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; JORGE, Maria Salete Bessa, FRANCO, Túlio Batista. **Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental?.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, v.24, n.1, p.252-271, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312014000100253&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 25 abr. 2016.

RITTER, Fernando; ROSA, Roger dos Santos; FLORES, Rui. **Avaliação da situação de saúde por profissionais da atenção primária em saúde com base no georreferenciamento dos sistemas de informação.** Cadernos de Saúde Pública, v.29, n.12, dez. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001200016>. Acesso em: 25 abr. 2016

ROCHA, Marisa Lopes da; AGUIAR, Katia Faria de. **Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises.** Psicologia, Ciência e Profissão, v.23, n.4, p.64-73, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932003000400010>. Acesso em 25 abr. 2016.

SES. Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (site).
Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/regulacao-hospitalar>>. Acesso em 11 jun.2017.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; VILASBÔAS, Ana Luíza Queirós; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Proposta metodológica para o planejamento em saúde no SUS. In: TEIXEIRA, Carmen Fontes (Org). **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010.