

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS
Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva

TIAGO APARECIDO DA SILVA

**O processo de construção da Rede de Atenção
Psicossocial em uma Região de Saúde
do Estado de São Paulo**

São Paulo - SP
2016

Tiago Aparecido da Silva

**O processo de construção da Rede de Atenção
Psicossocial em uma Região de Saúde
do Estado de São Paulo**

Dissertação apresentada ao
Programa de Mestrado Profissional em
Saúde Coletiva da Coordenadoria de
Recursos Humanos da Secretaria de
Estado da Saúde de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre em Saúde
Coletiva.

São Paulo
2016

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

Tiago Aparecido da Silva

**O processo de construção da Rede de Atenção
Psicossocial em uma Região de Saúde
do Estado de São Paulo**

Dissertação apresentada ao
Programa de Mestrado Profissional em
Saúde Coletiva da Coordenadoria de
Recursos Humanos da Secretaria de
Estado da Saúde de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre em Saúde
Coletiva.

Área de concentração: Gestão e
Práticas de Saúde

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria de
Lima Salum e Morais

São Paulo
2016

FICHA CATALOGRÁFICA

Silva, Tiago Aparecido da

O processo de construção da rede de atenção psicossocial em uma região de saúde do Estado de São Paulo/ Tiago Aparecido da Silva. São Paulo, 2015.

114p.

Dissertação (mestrado) – Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Área de concentração: Condições de Vida e Situações de Saúde

Orientadora: Maria de Lima Salum e Morais

1.Redes de Apoio Social. 2.Saúde Coletiva. 3.Saúde Mental.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho especialmente a minha mãe Vaner e meu pai José Antonio “in memoriam”, que, para mim foi um grande exemplo de sabedoria, quando na sua infinita busca pelo conhecimento, me incentivou e me ensinou a buscar na educação o pilar para a construção de uma vida sólida e digna.

Dedico a minha amada Esposa Kátia e meu adorável filho Pedro Henrique pelo apoio e compreensão durante os momentos de ausência e por alegrarem os meus dias.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, razão do meu viver!

Ao meu pai José Antonio (in memorian) e minha mãe Vaner Rodrigues, que me ensinaram os valores essenciais para trilhar um caminho de sucesso.

A minha amada esposa Kátia e meu adorável filho Pedro Henrique, pela presença em minha vida, amor, compreensão e companheirismo.

A todos queridos familiares, Saad, Matheus, Derick, Dani, Rita, Dalva e Antonio, pelo constante incentivo na busca desse objetivo.

A minha orientadora Prof^a Dr^a Maria Salum, por acreditar e compartilhar toda a sua experiência e sabedoria.

A grande amiga e Diretora Técnica de Saúde do Departamento Regional de Saúde de São José do Rio Preto, Claudia Monteiro, pelo imenso apoio durante toda a pesquisa.

Aos amigos, Maria José Martão, Alexandre Cespedes, Thiago Mafei, Débora Spada, Sérgio Maguetas, Daniela Bellucci, Ronaldo Gonçalves e Rosana Gimenez, pelo companheirismo e amizade nesses últimos anos de trabalho a frente da Secretaria Municipal de Saúde em Catanduva.

Aos Gestores Municipais de Saúde da Comissão Intergestores Regional de Catanduva, por acreditarem nesse projeto ousado e inovador em nossa Região, muito obrigado.

Ninguém faz nada sozinho, isso é fato. Realizar este trabalho trouxe pra mim, além do conhecimento técnico, a experiência de grandes amizades de que eu tenho certeza renderão bons frutos e boas sementes e que já fazem parte de uma safra especialíssima de bons profissionais e grandes amigos.

SILVA, TA. **O Processo de Construção da Rede de Atenção Psicossocial em uma Região de Saúde do Estado de São Paulo, SP** [Dissertação de Mestrado]. Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da CRH/SES-SP. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2016.

RESUMO

Introdução. Atendendo aos princípios da Reforma Psiquiátrica e às diretrizes do Sistema único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde do Brasil propôs, pela portaria ministerial GM nº 3088 de 23 de dezembro de 2011, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O principal objetivo da RAPS é oferecer um atendimento integral e humanizado às pessoas com sofrimento mental e com uso problemático de drogas em seu território, atendendo à lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando a assistência, até então centrada na hospitalização, para unidades de saúde locais. **Objetivos:** O objetivo deste trabalho foi a elaboração de um plano para implantação da Rede de Atenção Psicossocial em conjunto com os gestores municipais da área da Saúde na região de Catanduva, no estado de São Paulo. **Método.** Foi utilizado método qualitativo dentro de pressupostos da pesquisa intervenção, com caráter participativo e de produção coletiva. Participaram do estudo todos os gestores de Saúde dos 19 municípios da região de saúde de Catanduva (17 secretários municipais dos municípios menores e dois interlocutores de Saúde Mental dos municípios com mais de 30 mil habitantes) e três articuladores da Atenção Básica do Departamento Regional de Saúde de São José do Rio Preto. Foram realizados cinco encontros quinzenais, com duração aproximada de duas horas. No primeiro e segundo encontros, foi levantada e discutida a percepção dos participantes a respeito da Política Nacional de Saúde Mental. O terceiro tratou das bases dessa política e da apresentação e discussão dos pontos de atenção da RAPS. No quarto encontro, buscou-se instrumentalizar os gestores para a elaboração do Plano de Ação da Rede de Atenção Psicossocial de abrangência municipal e regional e, no quinto, foi feita apresentação e consolidação do desenho da Rede de Atenção Psicossocial, modelo e fluxo de projetos/programas desenhados pelos gestores e suas equipes locais. **Resultados.** Os resultados revelaram evidente avanço do grupo no conhecimento da Política de Saúde Mental e no reconhecimento de seus princípios.

Além da falta de recursos específicos para a Saúde Mental, foram percebidas algumas distorções no estabelecimento da Estratégia de Saúde da Família (ESF) da região, elementos que dificultavam as ações de Saúde Mental. Munidos da informação sobre os pontos de atenção da RAPS, sobre a respectiva legislação e o sistema de financiamento, os participantes elaboraram um plano de implantação da rede na região, contemplando a criação de diversos dispositivos até então inexistentes. Previu-se a ampliação das ações de saúde mental na Atenção Básica acompanhada da implantação de novas equipes de Estratégia de Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Conclusões. A forma de condução do trabalho mostrou-se bastante produtiva e efetiva, levando inclusive a resultados concretos, com implantação de serviços na cidade-sede da região de Saúde e com a previsão de implantação de diversos serviços por meio da associação dos municípios menores vizinhos. **Potencial de aplicabilidade.** Tratando-se de uma produção participativa e de realização coletiva por parte de um grupo de gestores, o trabalho é totalmente aplicável em qualquer região de Saúde do Brasil que pretenda implantar a Rede de Atenção Psicossocial. Essa afirmativa fica comprovada pela replicação do trabalho nas demais regiões do Departamento Regional de Saúde XV, a que pertence a região de Catanduva, e na criação e previsão de novos serviços na região de Catanduva, onde o trabalho ocorreu.

Descritores: Redes de Apoio Social. Saúde Coletiva. Saúde Mental.

SILVA, TA. The Construction Process of Psychosocial Care Network in a Region of Health of the State of São Paulo, SP [Master's Dissertation]. Professional Master's Program in Public Health CRH / SES-SP. São Paulo: State Department of Health; 2016.

ABSTRACT

Introduction. Considering the principles of Psychiatric Reform and the guidelines of the Unified Health System (SUS), the Brazilian Ministry of Health proposed, -by the Ministerial decree GM 3088 of December 23, 2011, the Psychosocial Care Network (RAPS). The main objective of RAPS is to provide a comprehensive and humane care to people with mental suffering and problematic drug use in their territory, in view of the Law 10,216 / 2001, which provides for the protection and rights of people with mental disorders, redirecting assistance, hitherto focused on hospitalization, to local health units. **Objectives.** This work aimed at the development of a plan for implementation of the Psychosocial Care Network together with the municipal managers of their Region of Health in Catanduva region, located in São Paulo State. **Method.** It was used a qualitative method of intervention research with participatory approach aiming at a collective production. The study included all the health managers of the 19 municipalities of Catanduva Health Region (17 municipal secretaries of smaller municipalities and two interlocutor of Mental Health of the municipalities with above 30 thousand inhabitants), and three supporters for Primary Care Services of the Regional Health Department of São José do Rio Preto. Five fortnightly meetings were held, lasting about two hours each. In the first and second meetings, it was raised and discussed the participants' perception of the National Mental Health Policy. The third encounter dealt with the foundations of this policy and with presentation and discussion of the points of attention of the RAPS. In the fourth meeting, it was sought to equip managers for the elaboration of the Psychosocial Care Network Action Plan in municipal and regional scopes. In the fifth one, it was made the presentation and consolidation design of Psychosocial Care Network, its model and flow of projects/ programs designed by managers and their local teams. **Results.** There was clear progress of the group in the knowledge of Mental Health Policy and in the recognition of its principles. Besides the lack of specific resources for Mental Health, it was perceived some distortions in the establishment of the Family Health Strategy (ESF) in the region, all of which hampered the mental health actions. Provided with information

about the points of attention of the RAPS, and about the respective laws and the system of financing, the participants developed a plan of network for the region, contemplating the creation of many devices that did not exist until that moment. It was also predicted the expansion of mental health actions in primary care services, accompanied by the implementation of Family Health Strategy teams and Groups of Support for Family Health (NASF). **Conclusions.** The kind of work done proved to be very productive and effective, leading even to concrete results, with deployment of services in the main city of the Health Region, and with the forecast of implementation of various services through the association of smaller neighboring municipalities. **Potential applicability.** Being the case of a participatory production and collective achievement by a group of managers, the work is fully applicable in any health region of Brazil that is seeking to deploy the Psychosocial Care Network. This statement is demonstrated by the replication of the work in other regions of the Regional Health Department XV, to which the Catanduva region belongs, and by the creation and prediction of new services in the Catanduva region, where the work took place.

Key words: Networks of social support. Public health. Mental health.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
1.1 Redes de Atenção a Saúde.....	17
1.2 Rede de Atenção Psicossocial.....	20
1.2.1 Prevalência de Transtornos Mentais.....	20
1.2.2 Atenção a Saúde Mental.....	21
1.2.3 Articulação entre os Serviços nas Regiões.....	22
2. JUSTIFICATIVA	24
3. OBJETIVOS	29
3.1 Objetivo Geral.....	29
4. MÉTODO.....	30
4.1 Caracterização do local de estudo.....	30
4.2 Participantes.....	33
4.3 Procedimentos Metodológicos.....	34
4.4 Considerações Éticas.....	36
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	37
5.1 Reconhecendo a percepção dos participantes a respeito da Política Nacional de Saúde Mental.....	39
5.2 Diagnóstico situacional em saúde mental em uma região de saúde.....	47
5.3 Bases da Política Nacional de Saúde Mental, componentes e pontos de atenção da RAPS.....	52
5.3.1 Componente da Atenção Básica.....	52
5.3.2 Componente da Atenção Psicossocial Estratégica.....	59
5.3.3 Componente da Atenção de Urgência e Emergência.....	62

5.3.4	Componente da Atenção Residencial de Caráter Transitório.....	64
5.3.5	Componente da Atenção Hospitalar.....	65
5.3.6	Componente da Estratégia de Desinstitucionalização.....	67
5.3.7	Componente da Estratégia de Reabilitação Psicossocial.....	69
5.4	Processo de construção do plano de ação da Rede de Atenção Psicossocial.....	70
5.5	Elaboração do desenho da rede de atenção psicossocial, sistemas de informação, monitoramento e avaliação da implementação da rede.....	73
6	Considerações finais e sobre consequências e aplicações do trabalho.....	97
6.1	Sobre os desdobramentos da experiência.....	99
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	102
	ANEXOS.....	115

ABREVIATURAS

AIH – Autorização Internação Hospitalar
APS – Atenção Primária à Saúde
BISMA – Boletim Informativo da Saúde Mental
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CEPIS – Comitê de Ética do Instituto de Saúde
CIB – Comissão Intergestora Bipartite
CIR – Comissão Intergestores Regional
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CONSIRC – Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Catanduva
CRAS – Centro de Referência da Assistência Social
CREAS – Centro de Referência Especializado da Assistência Social
CROSS – Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde
DATASUS – Departamento de Informática do SUS
DRSXV – Departamento Regional de Saúde de São José do Rio Preto
eCR – equipe de Consultório na Rua
ESF – Estratégia de Saúde da Família
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS – Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOB – Normas Operacionais Básicas
OMS – Organização Mundial de Saúde
PCATool – Primary Care Assessment Tool
PVC – Programa De Volta Para Casa
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RAS – Redes de Atenção à Saúde
RRAS - Rede Regional de Atenção a Saúde
SAIPS – Sistema de Apoio a Implementação de Políticas de Saúde

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

SUS – Sistema Único de Saúde

APRESENTAÇÃO

Com a publicação do Decreto nº 7.508 em 2011 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011), a regionalização da saúde e a necessidade de integração dos serviços assistenciais segundo a lógica de redes, ocupou definitivamente a agenda pública, reafirmando-se enquanto elemento central das diretrizes do SUS. Nesse contexto, a rede de atenção à saúde deve se organizar a partir da necessidade de enfrentamentos de vulnerabilidades, agravos ou doenças que acometam as pessoas ou as populações.

Após pactuação tripartite, em 2011, foram priorizadas as seguintes redes temáticas:

- Rede Cegonha, que tem um recorte de atenção à gestante e de atenção à criança até 24 meses.
- Rede de Atenção às Urgências e Emergências.
- Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas: iniciando-se pelo câncer (a partir da intensificação da prevenção e controle do câncer de mama e colo do útero).
- Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência.
 - Rede de Atenção Psicossocial (com prioridade para o Enfrentamento do Álcool, Crack, e outras Drogas).

Todavia, é a partir de 2012 que a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo inicia de forma mais incisiva a articulação com os 645 municípios na busca pela consolidação das cinco Redes Temáticas distribuídas pelas 63 regiões de saúde. Considerando o caráter pretensioso do projeto e a dimensão de um Estado com características tão peculiares, a figura do Articulador da Atenção Básica enquanto apoiador institucional desse processo, tornou-se indispensável na superação desse desafio.

É nesse contexto de trabalho, aliado às experiências profissionais adquiridas anteriormente na função de enfermeiro em serviços da Atenção Básica e Saúde Mental, que fui convidado para colaborar na construção da Rede de Atenção Psicossocial em uma região de saúde pertencente ao Departamento Regional de Saúde de São José do Rio Preto – DRSXV no estado de São Paulo.

Na Região de Saúde de Catanduva a discussão sobre a RAPS ganha força somente no ano de 2014, à medida que os gestores tomam conhecimento dos indicadores de saúde da região e, sobretudo, pela intensa cobrança do Ministério Público na busca pela garantia do direito a assistência qualificada de pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tal como previsto nos dispositivos da Portaria GM nº 3088 de 23 de dezembro de 2011 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Foi a partir desse momento que a inquietação de Gestores de Saúde e Técnicos do Departamento Regional de Saúde aumentou e propusemos, então, por meio deste trabalho, debruçarmo-nos sobre o tema visando à superação da fragilidade da assistência em Saúde Mental, que não é exclusividade da região, mas sim de várias regiões de São Paulo e do Brasil.

Nessa perspectiva, surge o interesse pelo Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, ao vislumbrar, nos objetivos e diretrizes do programa, a possibilidade de formular um projeto de intervenção voltado para responder aos problemas identificados na área de saúde mental, com posterior avaliação do impacto alcançado.

Dessa forma, espero que este estudo se torne um instrumento na disseminação de ideias, projetos e que estimule debates e troca de experiências, seja no âmbito técnico, político ou acadêmico, e que, sobretudo, contribua efetivamente para as necessárias transformações que a região de Saúde em pauta necessita, frente às significativas mudanças no campo da Reforma Psiquiátrica e da Saúde Mental.

Almejo ainda, que o estudo contribua para consolidação da RAPS em outras regiões, permitindo a ampliação do acesso e a qualificação do cuidado, considerando a pessoa com transtorno mental como cidadão detentor de direitos básicos para a manutenção de uma vida digna, que se distancie cada vez mais de tratamentos que promovam a coerção, a segregação e a privação de liberdade.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído no Brasil pela Lei Federal 8.080 de 1990 (BRASIL, 1990), regula e organiza em todo o território nacional as ações e serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada, em níveis de complexidade crescente, tendo direção única em cada esfera de governo. São princípios e diretrizes do SUS: o acesso universal público e gratuito às ações e serviços de saúde; a integralidade das ações num conjunto articulado e contínuo em todos os níveis de complexidade do sistema; a equidade da oferta de serviços, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; a descentralização político-administrativa, com direção única do sistema em cada esfera de governo (BRASIL, 1990).

Historicamente podemos observar como um dos principais avanços na consolidação do SUS o processo de descentralização político-administrativa, efetivada por meio da transferência de responsabilidades e de recursos do nível federal para as esferas estaduais e municipais, com ênfase na municipalização. Os principais documentos norteadores desse processo são a Resolução nº 273 do INAMPS, a Norma Operacional Básica 1/91 (BRASIL, 1991), a NOB 1/92, da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/MS (MINISTERIO DA SAÚDE, 1992), a NOB 1/93 (MINISTERIO DA SAÚDE, 1993) e a NOB 1/96 (MINISTERIO DA SAÚDE, 1996). Nesse sentido, os municípios assumiram, a partir dos anos 90, novas responsabilidades no desenvolvimento de ações e serviços de saúde, sobretudo na Atenção Básica, contribuindo significativamente para ampliação da cobertura e amadurecimento do sistema. Apesar de todo o aparato legal, as Normas Operacionais Básicas se demonstraram insuficientes, na medida em que não abordavam de maneira clara e objetiva a necessária articulação entre os serviços de saúde de uma mesma região, que favoreceriam a consolidação de sistemas municipais autônomos e isolados. Considerando que, dentre os municípios brasileiros, 70% têm menos de 20.000 habitantes e 23% menos de 5.000 habitantes (IBGE, 2010) e que a articulação intermunicipal não foi pautada como prioridade, a descontinuidade do cuidado entre os níveis de atenção e a consequente fragmentação do sistema foram inevitáveis.

Todavia, a fragmentação não é unicausal e nos traz também, como questão primordial, o modelo hegemônico de medicina centrada na doença, com enfoque na especialização, no assistencialismo médico, estruturado com ações e serviços de saúde

dimensionados a partir da oferta. Essas características são típicas do modelo flexneriano, desenvolvido na década de 1910, amplamente difundido nas escolas médicas das Américas e que se tem mostrado insuficiente e insustentável para o enfrentamento das dificuldades atuais (SÁ, 2003).

A fragmentação do sistema pode manifestar-se de formas distintas. Os sistemas de saúde podem apresentar falta de coordenação entre os níveis e pontos de atenção, sobreposição de serviços, assim como problemas de infraestrutura, insuficiência de recursos humanos, não somente em termos de quantidade, mas também de qualidade, por falta de capacitação adequada. Além disso, constatam-se financiamento público insuficiente e baixa eficiência no emprego dos recursos, resultando na redução da capacidade do sistema de prover integralidade de atenção à saúde.

Em relação aos usuários do sistema, a mesma fragmentação origina dificuldades de acesso, descontinuidade da atenção e incompatibilidade entre a oferta e demanda. Segundo publicação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2011), é possível identificar representações dos usuários, gestores e prestadores de serviço a respeito dos entraves encontrados nos sistemas fragmentados.

Pesquisas realizadas em países das Américas, referendadas pela Organização Pan-Americana da Saúde, mostram que a credibilidade do sistema fragmentado é baixa, tanto entre usuários como gestores. Não se trata apenas de uma questão técnica, portanto. Tais pesquisas demonstram que apenas uma quinta parte dos usuários entrevistados e pouco mais de 1/3 dos gestores e prestadores de serviços consideram que os sistemas de referência e contrarreferência da atenção primária para os serviços especializados realmente funcionam. É crença difundida entre tais atores, também, no que diz respeito ao local de atendimento, que cerca da metade das pessoas hospitalizadas poderia ser tratada em ambiente não hospitalar, assim como aponta o fato de que as pessoas são geralmente atendidas de forma descontínua e não pela mesma equipe que as acolheu na atenção primária. Pode-se dizer que existe hoje uma percepção generalizada que sistemas fragmentados de saúde fracassaram internacionalmente. Com

certeza, também não poderiam ter melhor desempenho no Brasil
(OPAS, 2011, p.13).

A organização dos serviços é condição fundamental para que esses ofereçam as ações necessárias e de forma apropriada, devendo ser considerados tempo, lugar, custo, qualidade e responsabilidades sanitárias de um determinado território. Para isso, é preciso compreender que os sistemas de atenção à saúde são respostas às necessidades das populações, que se expressam nas suas situações de saúde. Por consequência, deve haver uma sintonia entre essas necessidades e a forma como os sistemas de saúde se organizam para dar respostas efetivas (OPAS, 2011).

1.1 REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE

Uma das estratégias para a superação da fragmentação dos sistemas de saúde, que tem sido buscada por vários países no mundo, está relacionada à organização dos serviços por meio de redes de atenção à saúde, na medida em que esse modelo permite dar respostas às necessidades dos indivíduos de forma organizada, integrada e orientada pela Atenção Básica, atendendo a uma população adstrita a determinado território. A construção de uma rede de serviços de saúde baseia-se na constatação de que os problemas de saúde não se distribuem uniformemente na população e envolvem tecnologias de diferentes complexidades e custos.

A ideia original que inspirou as Redes de Atenção à Saúde (RAS) remonta à década de 1920 no Reino Unido, quando foi elaborado o Relatório Dawson. Nesse documento, consta a primeira proposta de organização de sistemas regionalizados de saúde, cujos serviços deveriam acontecer por intermédio de uma organização ampliada que atendesse às necessidades da população de forma eficaz (DAWSON, 1964). A discussão sobre a reestruturação dos sistemas de saúde segundo a lógica de RAS teve marcos mais atuais decorrentes da reunião de Alma-Ata, ocorrida em 1978 (OMS, 1978). A declaração de Alma Ata afirma a responsabilidade de todos os governos pela promoção de saúde e ressalta a fundamental importância da atenção primária em saúde como fator essencial para a universalização do cuidado, uma vez que essa favorece maior abrangência e contribui para a promoção da igualdade social.

A Organização Pan-Americana da Saúde publicou um documento em que propõe as redes integradas de serviços de saúde como alternativa para a fragmentação prevalente em seus países-membros (OPAS, 2010). O documento preliminar serviu de base para que os países da região das Américas e do Caribe aprovassem, na reunião do 49º Conselho Diretivo da OPAS, realizada em Washington no período de 28 de setembro a 2 de outubro de 2009, a Resolução CD49 R2212 (OPAS, 2009), em que se comprometem a implantar as RAS nos respectivos países.

No Brasil, o tema tem sido tratado por diversos pesquisadores e teóricos da área da saúde desde o final da década de 90. Nesse período a eminente preocupação dos gestores em minimizar e superar a fragmentação histórica do sistema público de Saúde culminou com a elaboração das Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) no ano de 2001 (MINISTERIO DA SAÚDE, 2001), nas quais se definiram a regionalização como estratégia fundamental para a reorganização da atenção à saúde na lógica do planejamento de módulos assistenciais e redes de serviços articulados e referidos a territórios definidos. Determinou-se, ainda, a formulação pelos estados do Plano Diretor de Regionalização, que preconizava a execução do SUS numa perspectiva locoregional, devendo contemplar uma reorganização dos serviços de saúde em territórios sanitários regionais a partir do princípio de equidade no acesso e na distribuição de recursos.

Apesar de reconhecermos a importância desses documentos, faz-se necessária a crítica ao fato de as normas serem restritas aos processos assistenciais. Outra característica marcante foi o fato de não considerarem as especificidades locorregionais, o que contribuiu para a manutenção da fragmentação histórica da atenção e da gestão do SUS.

Contudo, o debate em torno da busca por maior integração adquiriu nova ênfase a partir do Pacto pela Saúde que contempla o acordo firmado entre os gestores do SUS e ressalta a relevância de aprofundar o processo de regionalização e de organização do sistema de saúde sob a forma de redes, como estratégia essencial para consolidar os princípios de universalidade, integralidade e equidade (MINISTERIO DA SAÚDE, 2006).

O Pacto de Gestão estabelece a orientação para a descentralização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação social, gestão do trabalho e da educação em saúde e, por fim,

regionalização, reconhecendo ainda o espaço regional como lócus privilegiado de construção das responsabilidades pactuadas, uma vez que é esse espaço que permite a integração de políticas e programas, por meio da ação conjunta das esferas federal, estadual e municipal (MINISTERIO DA SAÚDE, 2006).

Oficialmente, a RAS foi proposta como componente do SUS pelo Ministério da Saúde por meio de dois instrumentos jurídicos: a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010), que estabelece diretrizes para a organização das redes de atenção à saúde no âmbito do SUS, e o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011), que regulamenta a Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990). Na referida portaria, as RAS 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 do cuidado” (BRASIL, 2010). É seu objetivo melhorar a qualidade da atenção, a qualidade de vida das pessoas usuárias, os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde. A esses documentos somam-se a aprovação e atualização recente de diversas políticas, como a Política Nacional de Atenção Básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Essas iniciativas exemplificam os esforços para a construção de um modelo de atenção capaz de responder às atuais condições de saúde dos brasileiros, efetivando a Atenção Primária à Saúde (APS) como eixo estruturante e coordenador das RAS no SUS.

Em relação ao decreto nº 7.508/2011 (BRASIL, 2011), o governo federal, apoiado por estados e municípios, reconhece como prioridade a implantação das chamadas Redes Temáticas, dando novo impulso para a implantação das redes do SUS. Essas redes temáticas foram priorizadas mediante pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em 2011 e são elas: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência e, por fim, a Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2011).

Dado o fato de os agravos à saúde mental se caracterizarem como um grave problema de saúde pública e por se tratar do foco deste trabalho, descreveremos com maior detalhe a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

1.2 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

Para introduzir a formulação da RAPS, é necessário considerar os motivos de sua prioridade como forma de organizar a atenção aos problemas de saúde mental.

1.2.1 Prevalência de Transtornos Mentais

Estimativas da Organização Mundial de Saúde apontam que cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de algum transtorno mental e que um em cada quatro indivíduos será afetado por uma doença psiquiátrica em algum estágio da sua vida. Acredita-se, ainda, que esse número vem sofrendo um aumento progressivo com o avançar dos anos, principalmente nos países de baixa a média renda, incluindo neles o Brasil (WHO, 2001).

Estudos nacionais indicam que entre 31% e 50% da população brasileira apresentaram ou apresentarão pelo menos um episódio de transtorno mental durante a vida e, dessas pessoas, entre 20% e 40% necessitam de algum tipo de ajuda profissional (XIMENES NETO et al., 2009). Quanto aos transtornos psíquicos severos e persistentes, o Ministério da Saúde estima que 3% da população necessitam de cuidados contínuos em saúde mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Recentemente a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014) divulgou dados do primeiro Relatório Global para Prevenção do Suicídio, identificando que mais de 804 mil pessoas cometem o suicídio anualmente. Desses, 75% ocorrem em países pobres ou em desenvolvimento. Esse número é equivalente a um novo evento a cada 40 segundos, caracterizando-se como a segunda maior causa de morte na faixa etária de 15 a 29. No mesmo documento, a OMS aponta que, para cada morte por suicídio por ano, outras duas pessoas cometem tentativas e sobrevivem. Segundo Botega (2010), no Brasil, para cada atendimento em pronto-socorro resultante de tentativa de suicídio, outras três pessoas tentaram tirar a própria vida, cinco pessoas planejaram a própria morte e dezessete pensaram no suicídio como uma alternativa possível para solução de seus problemas.

Por fim, o relatório da OMS é enfático ao afirmar que o suicídio é responsável por mais mortes a cada ano do que todas as guerras e outras formas de violência interpessoal juntas.

1.2.2 Atenção à Saúde Mental

Em relação à assistência aos portadores de transtornos mentais, dados divulgados pela OMS (2010) indicam que, em países de baixa renda, cerca de 75% a 85% das pessoas com transtornos mentais severos e persistentes não têm acesso adequado ao tratamento em saúde mental, o que, em tese, pode estar relacionado ao alto índice de suicídio. Em relação aos países de renda média e alta, esses números reduzem-se, respectivamente, para 35% e a 50%.

Frente a essa realidade e considerando a Saúde Mental como parte integrante das redes prioritárias, o Ministério da Saúde, mediante a Portaria GM nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011), instituiu a RAPS. Essa portaria prevê a criação, ampliação e articulação dos pontos de atenção à saúde de pessoas com sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas. A portaria reforça os princípios da reforma psiquiátrica, que critica o modelo hospitalocêntrico de assistência em saúde, enfatiza o direito ao exercício da cidadania como importante fator de proteção para a saúde mental e preconiza a participação de diferentes atores sociais na formulação de políticas e práticas de atenção psicossocial (OLIVEIRA e ALESSI, 2005).

A Portaria GM nº 3088 de 23 de dezembro de 2011 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011) também reconhece e descreve a rede de atenção à Saúde Mental composta pelos componentes relacionados no Quadro 1.

Quadro 1. Componentes da Rede de Atenção Psicossocial.

Atenção Básica em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade Básica de Saúde, • Núcleo de Apoio a Saúde da Família, • Consultório na Rua, • Centros de Convivência e Cultura
Atenção Psicossocial Estratégica	<ul style="list-style-type: none"> • Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;
Atenção de Urgência e Emergência	<ul style="list-style-type: none"> • SAMU 192, • Sala de Estabilização, • UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde
Atenção Residencial de Caráter Transitório	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade de Acolhimento • Serviço de Atenção em Regime Residencial
Atenção Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermaria especializada em Hospital Geral • Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
Estratégias de Desinstitucionalização	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços Residenciais Terapêuticos • Programa de Volta para Casa
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda, • Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

Fonte: MINISTERIO DA SAÚDE (2011).

1.2.3 Articulação entre os Serviços nas Regiões

A nova proposta de rede de Saúde Mental deve ter como pressuposto básico a inclusão social e a habilitação da sociedade para viver com as diferenças. Assim, as políticas de saúde devem estar articuladas com os setores da educação, trabalho, promoção social, lazer, cultura, esporte, habitação, dentre outros, de forma a promover, também, redes de proteção social. A articulação desses vários serviços é crucial para a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa com sofrimento mental. A ideia fundamental aqui implicada é que somente uma organização em rede, e não apenas serviços ou equipamentos isolados, é capaz de fazer face à complexidade das demandas de inclusão de pessoas secularmente estigmatizadas em um país de acentuadas desigualdades sociais. É a articulação em rede de diversos

equipamentos da cidade, e não apenas de equipamentos de saúde, que pode garantir não só resolutividade de problemas, como também a promoção da autonomia e da cidadania das pessoas com transtornos mentais.

Para a organização dessa rede, a noção de território é especialmente orientadora. O território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, dos grupos e dos cenários nos quais se dá a vida comunitária. Dessa forma, o trabalho em determinado território não equivale a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir processos e objetivos comuns (BRASIL, 2005). Trabalhar no território significa, ainda, resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente soluções, realizando multiplicidade de trocas entre as pessoas. É nesse espaço que se inserem os cuidados em saúde mental. É a ideia de território como organizador da rede de atenção à Saúde Mental que deve orientar as ações de todos os seus equipamentos (BRASIL, 2005).

Quanto à saúde em geral e, em especial, a mental, o território é maior do que o conjunto dos serviços de saúde de um município, pois a implantação de um modelo organizativo de saúde é complexa e as dificuldades das mais variadas ordens são inúmeras, tais como: baixa qualificação e indisponibilidade de recursos humanos, falta de recursos financeiros e de condições estruturais suficientes. Frente a essa realidade e à dificuldade de arcar isoladamente com a assistência à saúde dos indivíduos, recomenda-se a cooperação mútua entre os municípios e seus respectivos serviços, de modo que uns devem se interconectar com outros e, assim, compor uma rede que seja capaz de garantir a integralidade da saúde de seus cidadãos.

Deve-se ressaltar que o processo de regionalização se faz necessário para a efetivação da RAPS. Tal afirmativa se justifica na medida em que grande parte das orientações técnicas e portarias ministeriais estabelecem como um dos critérios indispensáveis para habilitação de serviços de Saúde Mental características demográficas, mais especificamente, o número de habitantes. Como exemplo evidenciamos que a portaria 3.088 de 21 de maio de 2013 (MINISTERIO DA SAÚDE, 2013) estabelece como critério para solicitação de CAPS I população acima de quinze mil habitantes, dando margem a que municípios menores possam organizar-se regionalmente a fim de serem contemplados com o serviço. Frente a esse cenário, o

articulador da Atenção Básica³ é uma peça fundamental no processo de regionalização, na medida em que dispõe de conhecimento e olhar peculiar, alinhado aos equipamentos e serviços de saúde disponíveis e necessários para a integralidade do cuidado de um determinado território.

Um importante método de trabalho é o diagnóstico local, com identificação de problemas, delineamento de prioridades para intervenção e melhoria da atenção à saúde. Nesse sentido, o Programa de Articuladores da Atenção Básica veio somar-se aos esforços de construção conjunta entre os Departamentos Regionais de Saúde do Estado e gestores municipais na elaboração de estratégias e alternativas de enfrentamento dos problemas e de atenção à saúde, numa perspectiva locoregional.

2. JUSTIFICATIVA

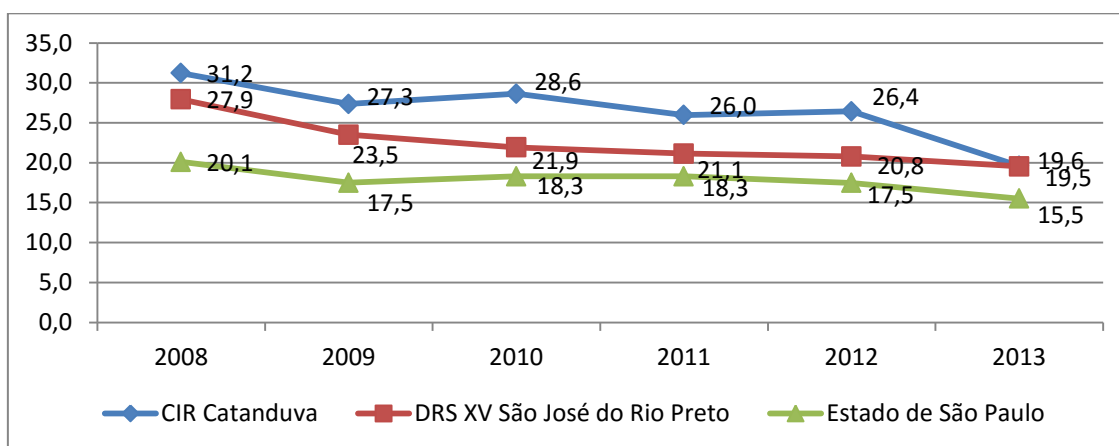
Ao iniciar as atividades na função de Articulador da Atenção Básica na região de Catanduva, pertencente ao Departamento Regional de Saúde de São José do Rio Preto (DRS XV) em fevereiro de 2014, foi possível identificar que a região apresentava indicadores de saúde que apontavam para uma rede pouco qualificada, fragmentada e sem a presença de importantes serviços e componentes previstos na portaria que instituiu a RAPS. Para elucidar tal afirmativa, apresentaremos a seguir os indicadores de saúde da Região, que reforçam a necessidade de mudanças na atenção à Saúde Mental.

Nota-se pelo Gráfico 1 que a taxa de internação hospitalar por transtornos mentais e comportamentais na Região de Saúde de Catanduva apresentou em 2013 uma diminuição em relação aos anos imediatamente anteriores. Essa situação não se diferencia daquela observada no Departamento Regional de Saúde de São José de Rio Preto e no estado de São Paulo, em que houve ligeiro decréscimo na mesma taxa. Esse decréscimo pode indicar a lenta extinção de leitos psiquiátricos, preconizada pela Lei

³ O Programa de Articuladores da Atenção Básica foi instituído pela Resolução SS 187 de 5/12/2008 (São Paulo, 2008) e configura-se como uma importante política de apoio para os municípios por parte do Estado. Inicialmente direcionado para municípios com população inferior a 100 mil habitantes, hoje em fase de expansão para os demais; traz como principais objetivos auxiliar os gestores municipais na qualificação dos serviços de Atenção Básica e fortalecer esse nível de atenção no sistema público de saúde (SÃO PAULO, 2008).

10.216/2001. Considerando apenas o ano de 2013, constata-se que a CIR de Catanduva apresenta-se com taxa de internação (19,6) equivalente à do DRS XV São José do Rio Preto (19,5) e maior do que a média do estado de São Paulo (15,5).

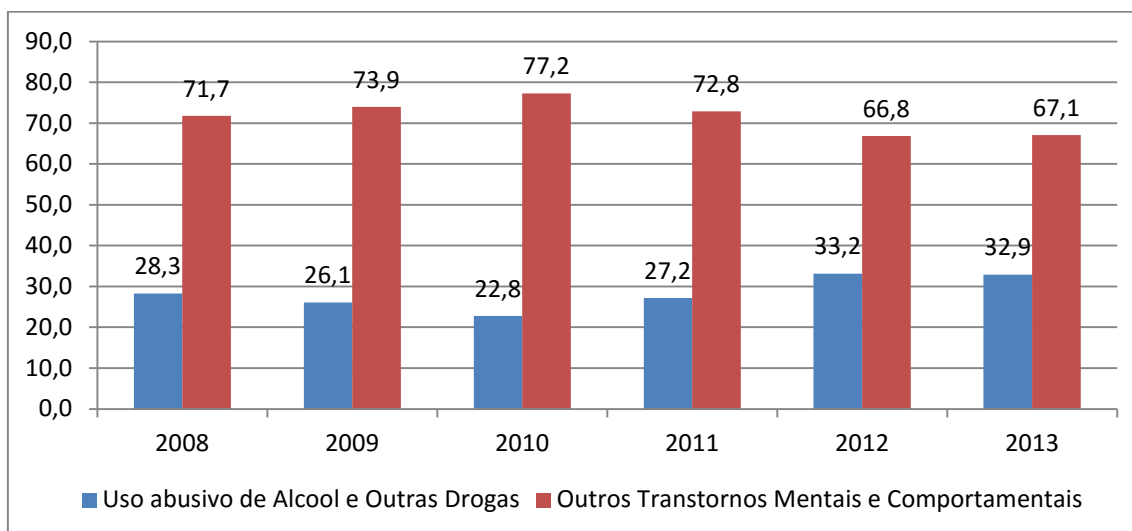
Gráfico 1. Internações hospitalares por transtornos mentais e comportamentais por 10.000 habitantes e por local de residência, de 2008 a 2013.



Fonte: DATASUS

Analisando as proporções de internações psiquiátricas segundo a causa, representadas no Gráfico 2, verifica-se que, embora aquelas motivadas por problemas decorrentes do abuso de álcool e outras drogas apresentem crescimento na proporção das internações de 2010 a 2013, outros transtornos mentais e comportamentais ainda representam a principal causa de internações psiquiátricas por transtornos mentais e comportamentais (grupo V da CID 10).

Gráfico 2. Proporção de internações psiquiátricas na CIR Catanduva de 2008 a 2012, considerando o total do Grupo V da CID 10 (Transtornos mentais e comportamentais)



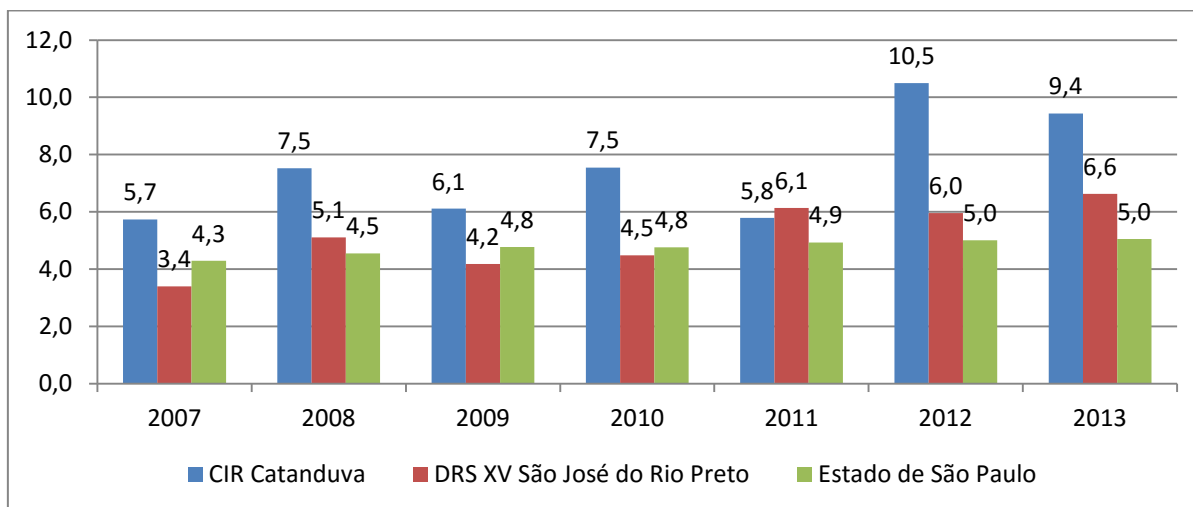
Fonte: DATASUS

Esses dados evidenciam a necessidade eminente de colocar em pauta, nas discussões dos gestores, a implantação e implementação de políticas e serviços de Saúde Mental que considerem não somente internações para pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, mas, também, que ofereçam tratamento extra-hospitalar para essas pessoas, assim como programas de prevenção e de atendimento para aquelas com sofrimento psíquico, transtornos mentais mais leves e uso prejudicial de álcool e outras drogas.

A dificuldade de acesso, a ausência de serviços e a assistência inadequada em tempo oportuno podem, também, ser a causa de elevado número de suicídios. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2000), o suicídio é um ato deliberado de infligir a morte a si próprio. Os riscos para esse tipo de morte incluem fatores biológicos, psicológicos, médicos e sociais. Dessa forma é, também, possível avaliar os cuidados prestados à saúde mental mediante análise das taxas de suicídio.

Ao analisar a série histórica apresentada no Gráfico 3, é possível observar que a taxa de suicídio na Região de Saúde de Catanduva corresponde a índices mais elevados do que aqueles do estado de São Paulo desde 2007 e do que os da DRS São José do Rio Preto.

Gráfico 3. Taxa de suicídios por 100.000 habitantes, segundo ano de ocorrência e local de residência de 2007 a 2013.



Fonte: DATASUS

Dessa forma, evidenciava-se, à época do início do estudo, a fragilidade do cuidado prestado ao usuário com sofrimento psíquico, privilegiando, ainda, a lógica do modelo hospitalocêntrico que excluía, segregava e apresentava-se de baixa resolutividade.

Frente à realidade apresentada e considerando as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental em consonância com os ideais da Reforma Psiquiátrica, foi imprescindível pautar, nas instâncias de negociação do SUS da região de Catanduva, o delineamento de estratégias de intervenção para a superação da referida fragmentação. Isso se fazia necessário em respeito principalmente aos usuários, e seus familiares, os quais tinham seus direitos cerceados pela inércia das ações dos serviços no campo da Saúde Mental, mas, também, para os trabalhadores da Saúde por não disporem de aporte técnico especializado para enfrentar situações de maior gravidade. Não se tratava meramente de ampliação e qualificação da assistência (ainda que isso fosse necessário e desejável), mas sim da garantia dos direitos previstos na Constituição Brasileira.

O processo de construção de redes de saúde, em regiões de um Estado com dimensões e especificidades regionais tão peculiares, é desafiador. Para tanto, é necessário partir da identificação do conhecimento e das percepções dos atores relevantes para a implementação de políticas de saúde em suas regiões, assim como reconhecer as características da organização dos serviços e de seu perfil assistencial. A

partir do reconhecimento dessa realidade, é possível iniciar um processo que contribua para o aperfeiçoamento da política de regionalização, reorganização do sistema de saúde e conseqüente melhora do acesso pelos usuários.

Nesse sentido, a superação dos desafios e os avanços na qualificação da assistência, com significativa melhora nos indicadores da atenção à saúde, requer importantes decisões e ações dos gestores do SUS, por serem protagonistas do processo organizador e instituidor do sistema local. Esse processo implica aspectos técnicos, éticos, culturais, mas, principalmente, o conhecimento do tema em questão, o reconhecimento de sua importância para a saúde pública e posterior cumprimento do pacto político e cooperativo entre as instâncias do sistema, expresso por uma associação entre a técnica e a política, para a garantia dos investimentos e recursos necessários para as devidas mudanças.

Diante de tal constatação, é indispensável trabalhar com os gestores a questão das Redes de Atenção à Saúde, prioritariamente a Rede Psicossocial, com o propósito de reorganizar o sistema, redirecionando suas ações e serviços para o desenvolvimento da RAPS, fomentando a integração dos serviços disponíveis, assim como a implantação dos inexistentes.

3 OBJETIVO

3.1 GERAL

O objetivo geral do presente trabalho foi a elaboração de um plano para implantação da Rede de Atenção Psicossocial na região de Catanduva, em conjunto com os gestores municipais da área da Saúde.

4 MÉTODOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO

A Região de Saúde de Catanduva é pertencente ao DRS XV de São José do Rio Preto. Catanduva, município sede da Região de Saúde, localiza-se a 390 km da Capital do estado de São Paulo e a 60 km da sede do DRS XV e está situada na zona noroeste do Estado. A Região de Saúde abrange 19 municípios e conta com 291.575 habitantes (Tabela 1 e Figura 1).

Tabela 1 - Municípios que Compõem a Região de Saúde Catanduva

Municípios	População
Ariranha	8.547
Catanduva	112.820
Catiguá	7.127
Elisiário	3.120
Embaúba	2.423
Fernando Prestes	5.534
Irapuã	7.275
Itajobi	14.556
Marapoama	2.633
Novais	4.592
Novo Horizonte	36.593
Palmares Paulista	10.934
Paraíso	5.898
Pindorama	15.039
Pirangi	10.623
Sales	5.451
Santa Adélia	14.333
Tabapuã	11363

Urupês	12.174
Total	291.575

Fonte: Censo demográfico do IBGE (2010)

Figura 1. Mapa da região de saúde de Catanduva – DRS XV São José do Rio Preto



Fonte: IBGE, 2010.

As atividades econômicas predominantes na região são as indústrias sucroalcooleiras (cana de açúcar e derivados), de sucos de frutas, ventiladores, móveis e velas, além de comércio e serviços. Em relação ao saneamento básico, a região de saúde de Catanduva conta com cobertura de 98,51% de abastecimento de água da rede pública e de 98,25% de instalações de esgoto sanitário.

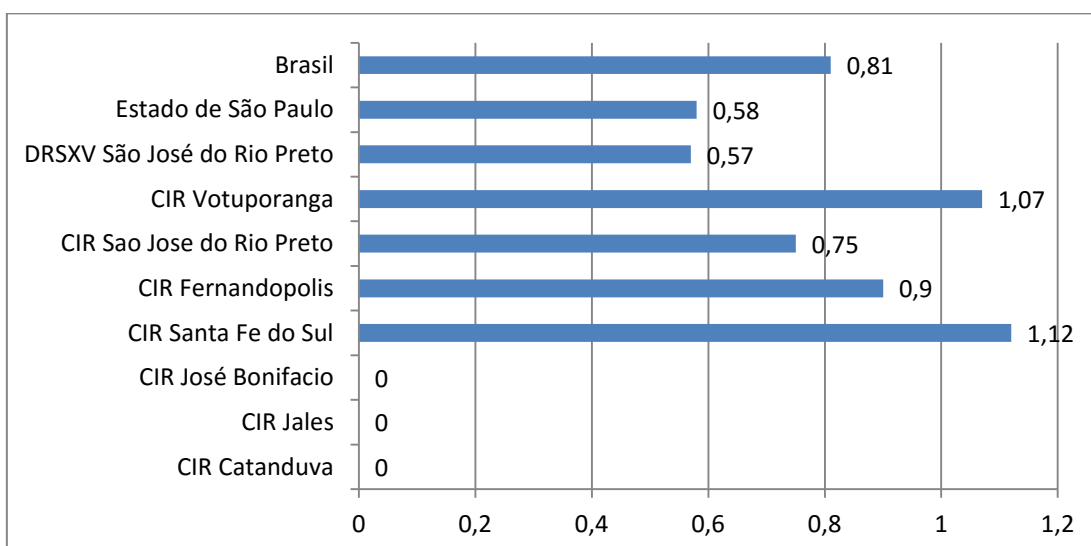
Grande parte dos municípios possui população flutuante de trabalhadores rurais. Esses trabalhadores utilizam os serviços de saúde da região de forma eventual, tanto as unidades municipais de Atenção Básica como os serviços de média e alta complexidade, o que tem sido alegado como motivo para as dificuldades no planejamento das ações,

dada a impossibilidade de quantificar a clientela, embora se possa estimá-la.

Em relação à Atenção Básica, a região apresenta uma cobertura total de 94,54%, sendo o principal modelo de atenção a Estratégia de Saúde da Família com cobertura de 60,1%, correspondendo a 47 equipes implantadas (DAB, 2014). Em janeiro de 2015, havia apenas três equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) implantadas, sendo duas em Catanduva e uma no município de Elisiário.

No que diz respeito aos componentes estratégicos da Saúde Mental, a região não dispunha de qualquer serviço/dispositivo de referência para acolhimento aos usuários com transtornos psíquicos graves em nível ambulatorial, como se pode observar pela Figura 2, que apresenta os indicadores de cobertura de CAPS por 100 mil habitantes por local de residência no ano de 2013. O indicador CAPS/100 mil foi criado para refletir a evolução da implantação da rede substitutiva de base comunitária ao longo do tempo e para instrumentalizar os gestores para a avaliação e definição de prioridades na implantação da RAS. Visto que a atenção em Saúde Mental é composta por diversos dispositivos e ações, cabe advertir que esse indicador, quando utilizado isoladamente, não reflete integralmente a expansão da Rede de Atenção Psicossocial e, portanto, a cobertura assistencial.

Figura 2. Indicadores de cobertura de CAPS por 100.000 habitantes, segundo local de residência no ano de 2013.



Fonte: SES/SP

No componente da Atenção às Urgências e Emergências, a região conta com o Hospital Geral Padre Albino e com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), ambos disponibilizados para toda a região e sediados no município de Catanduva.

Como o Hospital Geral não possui leitos psiquiátricos habilitados, diante da necessidade de atenção hospitalar, o usuário ainda é transferido para o Hospital Psiquiátrico Mahatma Gandhi, no município de Catanduva, que também é referência para 102 municípios do Departamento Regional de Saúde de São José do Rio Preto. Após a alta, esse hospital encaminha os casos para acompanhamento nas Unidades Básicas de Saúde, por serem essas os únicos equipamentos da região de Catanduva disponíveis para atendimento e acompanhamento longitudinal do usuário, independentemente da gravidade do caso.

4.2 PARTICIPANTES

Participaram da presente pesquisa todos os gestores de Saúde dos 19 municípios da região de saúde de Catanduva (17 secretários municipais dos municípios menores e dois interlocutores de Saúde Mental dos municípios acima de 30 mil habitantes) e três articuladores da Atenção Básica do Departamento Regional de Saúde de São José do Rio Preto.

Em relação aos gestores e interlocutores municipais de saúde, até a data do primeiro encontro para realização desse trabalho, 75% ocupavam o cargo há pelo menos um ano, 100% dos participantes apresentavam nível superior, sendo 75% do sexo masculino e 25% do sexo feminino.

4.3 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

Dado o objeto do estudo, optou-se por realizar uma pesquisa empregando o método qualitativo, por ser esse um meio de produção de conhecimento que busca compreender o fenômeno estudado e aprofundar-se nos significados a ele atribuídos. A preocupação central, nesse tipo de estudo, é levantar todos os elementos que possam contribuir para a compreensão e explicação do problema que será investigado.

Dentre as técnicas de pesquisa qualitativa, a pesquisa-intervenção foi o caminho escolhido. Segundo Oliveira e Oliveira (1985), o desenvolvimento dessa metodologia implica a participação ativa do pesquisador e do pesquisado, uma vez que ambos são coautores, em todas as etapas do processo, no diagnóstico da situação problema e, principalmente, na construção de estratégias que auxiliem a resolver as questões colocadas. Como afirma Moreira (2008), “a pesquisa intervenção só acontecerá se houver um problema comum a ser solucionado (p. 430).”

Nesse método, “as subjetividades do pesquisador e daqueles que estão sendo estudados são parte do processo de pesquisa” (FLICK, 2004, p.22). Nesse sentido, quando o investigador conhece os participantes, a dinâmica é semelhante a uma conversa entre conhecidos, tornando-se difícil a separação entre a metodologia de coleta de dados e outras atividades de integração. Boa parte da pesquisa envolve a construção de uma relação entre o investigador e o sujeito, que passam a vincular-se e a apostar na confiança de sentir-se à vontade, de maneira que os encontros podem ser iniciados por uma simples conversa. Quando o investigador volta da observação, é comum que faça uma descrição dos objetos, lugares, pessoas, atividades, acontecimentos, conversas, e que registre ideias, estratégias, reflexões e sugestões.

Para Minayo (1999), a pesquisa é um processo dinâmico, cujo cenário é semelhante ao cotidiano do trabalho, possibilitando, assim, transformar as práticas, além de propiciar transformações nas relações entre os participantes.

Durante os encontros foi utilizada de uma metodologia pedagógica a fim de orientar e conduzir o grupo a resultados que auxiliassem na obtenção dos objetivos propostos. Todo o processo de trabalho grupal foi baseado na metodologia problematizadora (BORILLE, 2013). Essa metodologia convida os sujeitos à participação ativa, considerando seu contexto de vida, a sua história e suas experiências

e respeitando o ritmo de aprendizado de cada um (BORILLE, 2013). Esse método traz, em sua essência, a realidade do sujeito e o cenário em que está inserido, com toda a sua potencialidade e fragilidade.

Bordenave e Pereira (2004) relatam que a metodologia de trabalho construída e utilizada por Charles Maguerez, chamada de Método do Arco, sendo esta uma metodologia problematizadora, tem-se mostrado como um importante instrumento de capacitação e educação permanente, principalmente quando utilizado com profissionais da área da saúde. O autor descreve o Método do Arco em cinco etapas. A primeira delas, a chamada fase do diagnóstico, inicia-se com o objetivo de identificar os aspectos que precisam ser trabalhados e melhorados. A segunda etapa consiste na identificação dos pontos-chave, em que se define o que vai ser estudado frente a cada problema. Na fase de teorização, terceira etapa, os participantes são incentivados a ler sobre o tema para auxiliar no aprofundamento de sua análise e discussão, visando à elaboração de hipóteses de solução. Na quarta etapa, os participantes utilizam seu conhecimento para propor mudanças no contexto observado. E, por fim, a última etapa consiste em aplicar na realidade todo o conteúdo discutido, planejado e potencialmente viável de ser utilizado para a transformação pretendida, mesmo que pequena.

O Fórum Rede de Atenção Psicossocial foi o espaço utilizado para problematização e intervenção. Tal espaço tem se mostrado como um importante lócus de discussão e participação que possibilita a reflexão a respeito da prática de trabalho e consequente tomada de decisão, objetivando o fortalecimento do trabalho em rede, mediante a troca de saberes e experiências de cada participante.

Foram realizados cinco encontros que aconteceram quinzenalmente, com duração aproximada de duas horas, sendo o primeiro encontro no dia 04 de junho e o último em 30 de julho de 2015. Todos os encontros foram conduzidos pelo pesquisador, que deles participou ativamente contribuindo para as discussões em pauta.

Todas as reuniões foram gravadas e registradas em diário de campo pelo pesquisador. Segundo Minayo (1999), o diário de campo é um instrumento ao qual podemos recorrer em qualquer momento da rotina do trabalho que estamos realizando. Nele, diariamente, são colocadas as percepções, as angústias, os questionamentos e descrição detalhada do percurso metodológico da pesquisa. O diário de campo é pessoal e intransferível e se estende desde a ida ao campo até a fase final da investigação. Quanto mais rico esse diário for em anotações, maior será o auxílio que oferecerá à

descrição e à análise do objeto estudado. Para Patrício (1995), o diário de campo expressa os dados referentes aos contextos físico, cultural, social e afetivo em que o estudo está inserido: o que se observa no ambiente, acompanhado de expressões verbais e não verbais que acontecem no decorrer do trabalho e que são relevantes para análise. Registra as reflexões referentes ao método empregado, ao tema e aos seus sentimentos em relação ao estudo. Os elementos registrados no diário e as gravações serviram de base para o relatório e análise do material encontrado.

4.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este projeto de pesquisa foi encaminhado para o Comitê de Ética do Instituto de Saúde – CEPIS/SP por meio da Plataforma Brasil, atendendo às diretrizes expressas na resolução 466/2012 do CNS (Conselho Nacional de Saúde), sendo aprovado pelo Parecer 1.032.990 e Processo CAAE: N° 42530115.9.0000.5469.

Por se tratar de uma metodologia não tradicional, na qual se torna indispensável a distinção entre pesquisador, sujeitos e objeto de pesquisa, a ética foi uma questão primordial, tendo o pesquisador tomado todas as medidas cabíveis para assegurar que não ocorresse nenhuma situação que implicasse prejuízo ou constrangimento aos participantes.

Todos os convidados que aceitaram participar da pesquisa foram orientados a assinarem individualmente duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: uma para o pesquisador e outra para o participante (Anexo A). Além disso, antes do início das atividades de campo, foi solicitada autorização formal da Diretora do Departamento Regional de Saúde – DRS XV – São José do Rio Preto.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Visando facilitar a compreensão dos resultados obtidos, optamos por dividir, descrever e discutir o conteúdo nesse capítulo, de acordo com os resultados apresentados a cada encontro. Nesse sentido, apresentaremos o conteúdo, tal como disposto no Quadro 2.

Quadro 2. Descrição dos temas, objetivos, conteúdo e datas dos encontros para elaboração do Plano da RAPS.

Encontros	Tema	Objetivo	Conteúdo	Pergunta Norteadora
1º e 2º Encontros 04/06/2015 e 18/06/2015	Reconhecimento do saber dos participantes a respeito da Política Nacional de Saúde Mental e Diagnóstico situacional em Saúde Mental da CIR Catanduva.	Levar os participantes a conhecerem o perfil epidemiológico, demográfico e assistencial da região de saúde, assim como identificar o saber a respeito da Política Nacional de Saúde Mental.	Conhecer a percepção dos gestores e interlocutores a respeito da Política Nacional de Saúde Mental; discutir e analisar a situação de saúde das pessoas com sofrimento ou transtorno mental nos níveis municipal e regional, utilizando dados primários e secundários, incluindo demográficos e epidemiológicos; identificar o dimensionamento da demanda e da oferta assistencial; analisar a situação da regulação, da avaliação, do apoio diagnóstico, do transporte e do controle externo.	Quais as características epidemiológicas e os serviços disponíveis relacionados à saúde mental que seu município/região apresentam? Como se organizam as ações de saúde mental em seu território? Quais os instrumentos de regulação, monitoramento e avaliação de seu território?
3º Encontro 02/07/2015	Bases da Política Nacional de Saúde Mental. Componentes e pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial.	Instrumentalizar os gestores e interlocutores acerca das diretrizes, serviços e ações no campo da saúde mental indispensáveis para a composição da Rede de Atenção	Apresentar e discutir as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, assim como a importância e a funcionalidade de cada ponto de atenção/serviço relacionado a saúde mental, segundo a lógica de redes de atenção.	Quais ações e serviços relacionados a saúde mental de que os municípios necessitam para construir a RAPS da região?

Psicossocial.

4º Encontro 16/07/2015	Elaboração do Plano de Ação da Rede de Atenção Psicossocial – Municipal e Regional.	Instrumentalizar os gestores para a elaboração do Plano de Ação da Rede de Atenção Psicossocial de abrangência municipal e regional.	Apresentar o instrumento para elaboração dos Planos de Ação Municipais e Regional, o qual deverá apresentar detalhadamente cada componente da Rede de Atenção Psicossocial existente e que deve vir a existir para a atenção integral à saúde mental dos moradores da região; estabelecer os objetivos e metas a serem cumpridos, o cronograma de implantação, mecanismos de regulação, monitoramento e avaliação; estabelecer as responsabilidades dos gestores; dimensionar o aporte de recursos para a União, Estado e Municípios	Quais os passos necessários para a construção da RAPS na região?
5º Encontro 30/07/2015	Apresentação do desenho da Rede de Atenção Psicossocial, modelo e fluxo de projetos/programas	Aplicar à realidade regional todo o conteúdo discutido, planejado e potencialmente viável de ser utilizado para a transformação pretendida.	Discussão dos modelos e fluxos de projetos/programas de saúde mental, Sistema de Informação SAIPS, avaliação e monitoramento do processo de implantação da RAPS.	Detalhar como será feita a operacionalização das RAPS, seu sistema de informação e monitoramento.

5.1 LEVANTAMENTO DE SABERES DOS GESTORES FRENTE À POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

O primeiro encontro, ocorrido em 04 de junho de 2015, apresentou como tema as bases da Política Nacional de Saúde Mental. Seu objetivo inicial foi o reconhecimento do saber dos participantes a respeito da Política Nacional de Saúde Mental, além de promover o alinhamento conceitual de suas diretrizes e o conhecimento do processo histórico de construção da Reforma Psiquiátrica, elementos essenciais para a construção do modelo proposto.

No primeiro encontro, estiveram presentes todos os convidados para participar da pesquisa, o que contribuiu efetivamente para o alcance do objetivo proposto, possibilitando, dessa forma, a identificação dos elementos necessários para a elaboração do planejamento dos próximos encontros.

Iniciamos o diálogo com perguntas aos gestores, no intuito de identificar a compreensão sobre o cuidado em saúde mental. Nesse sentido, constatamos alguns discursos alinhados com o compromisso da Política Nacional de Saúde Mental. Ainda que de forma superficial, foi possível identificar indícios que remetem à ideia de desconstrução do modelo pautado no cuidado hospitalocêntrico, a favor de estratégias que priorizam a reinserção social e a recuperação do indivíduo em meio à comunidade, tal como se observa nas seguintes afirmações:

Na realidade é uma questão histórica também! Há poucos anos que começou a mudar a forma de tratar o paciente com transtorno mental, porque até alguns anos atrás a melhor forma era isolar nos manicômios e deixar vivendo lá, sem contato nenhum; então, há pouco tempo, começou essa mudança de visão, de saber que eles podem ter uma vida normal. (G1)

A política nacional até então, anterior ao CAPS, era internação, judiciário, municípios despreparados, totalmente despreparados, judiciário sempre pedindo internação, independente da situação. (G2)

...eu avalio da seguinte maneira: os municípios necessitam se estruturar, a hospitalização realmente em último caso, a gente encarar a saúde mental como uma coisa prioritária. (G1)

As falas apresentadas refletem uma compreensão, mesmo que genérica, da Reforma Psiquiátrica, em especial quando se referem ao modelo de assistência segregador do Hospital Psiquiátrico versus o cuidado de base comunitária da rede psicossocial. Segundo Amarante (2010, p.79) “A Reforma Psiquiátrica brasileira, alcança, também, um patamar mais amplo com as mudanças operadas nos campos técnico-assistenciais, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural”. Ainda de acordo com esse autor, o campo teórico-conceitual percorre as produções teóricas que tentam definir um novo objeto de conhecimento, o campo técnico-assistencial tenta construir novos espaços de sociabilidade, trocas e produção de subjetividades, o campo político-jurídico propõe a revisão das legislações que envolvem os doentes mentais e tenta instaurar a construção de novas possibilidades de ingresso social e, por último, o campo sociocultural tem por objetivo transformar o imaginário social acerca da loucura, buscando práticas sociais de solidariedade e inclusão dos diferentes.

A compreensão ampliada, adquirida a partir do estudo dos campos de atuação em que se insere Reforma Psiquiátrica, pode contribuir de forma significativa para o sucesso da consolidação da RAPS. Entretanto, o que se observa é a incipiência nos discursos dos condutores da política de saúde local. Essa afirmativa ficou evidente no decorrer do encontro, na medida em que os discursos mostraram-se vazios e insuficientes, sem qualquer fundamentação teórico-conceitual. Observaram-se dissensos entre os participantes e a reprodução de diálogos com diferentes percepções em relação à oferta de cuidados em saúde mental mais adequada.

Assim sendo, para alguns gestores, a internação psiquiátrica é apontada como principal dispositivo para tratamento dos transtornos mentais, como podemos observar na fala a seguir:

No primeiro momento acredito que seja a internação. Eu fui ameaçada sábado, na porta da minha casa. Tive que chamar a polícia; a pessoa [estava] totalmente descontrolada, que dizer, sobre a internação; a família quer internação, aí eu acho que sim.(G2)

Além do desconhecimento dos gestores frente às diretrizes da Reforma Psiquiátrica no Brasil (suficiente para justificar a falta de pró-atividade dos gestores e a fragilidade da RAPS na região), os participantes identificaram os fatores que contribuíram e, de certa forma, justificariam a inércia da gestão no processo de consolidação da RAPS, impossibilitando a implantação e integração dos pontos de atenção a saber:

- financiamento insuficiente;
- falta de profissionais qualificados, sobretudo, de médicos psiquiatras;
- incipiência das ações intersetoriais; e
- ausência da participação familiar no cuidado com os portadores de transtorno mental, contribuindo significativamente para o processo de judicialização da saúde.

Em relação ao financiamento, foi consenso entre os participantes a indisponibilidade de recursos municipais e a insuficiência de incentivos financeiros pelo Estado e pela União para custear as ações de Saúde Mental, seja nos serviços existentes, seja na implantação de novos equipamentos, como se pode verificar nas falas a seguir:

Financeiramente falando, ela é precária (Política Nacional de Saúde Mental); qualquer ação que o município vai iniciar, se ele não tiver dinheiro para arcar, ele não vai conseguir levar adiante. (G3)

Somente para completar o que ela esta falando... se a reforma depender somente do recurso dos municípios, ela tem uma chance gigantesca de não acontecer, uma chance imensa de não acontecer. (G4)

Eu acho que o dinheiro é pouco. (G5)

É claro que não basta ampliar a representatividade do orçamento da Saúde Mental no orçamento da saúde; é necessária a alocação dos recursos de forma adequada, de acordo com a necessidade da população, observando se esse investimento é de fato efetivo. A Política de Saúde Mental do Brasil induziu, por meio de financiamento, a

mudança para a atenção à saúde referenciada em cuidados não hospitalares na comunidade. Todavia, observa-se que o gasto nas ações de Saúde Mental na Atenção Básica foi modesto até 2009. Após esse período, possivelmente com a criação do NASF, os investimentos tiveram aumento significativo.

Outro dado mencionado pelos gestores como fator agravante para a desassistência em Saúde Mental foi a escassez de profissionais qualificados para compor as equipes dos municípios. Segundo os participantes, tal indisponibilidade no mercado contribuiu significativamente para o aumento no custeio das ações de saúde mental, uma vez que as contratações desses profissionais se tornam mais onerosas.

Dois fatores predomina: o financeiro e os recursos humanos. (G3)

Pra falar a verdade, a dificuldade está na contratação e no recurso financeiro. (G6)

Precisa ter um incentivo para ter esses profissionais... não tem. (G5)

A política, ela é bem feita, foi colocada no papel, mas o município não tem como acompanhar financeiramente e nem com profissional. (G7)

O impacto que a escassez de profissionais apoiadores da Saúde Mental em nível local pode provocar é bastante preocupante. Para De Marco et al (2008) e Cordeiro (2001), a insuficiência de investimentos em recursos humanos na área da Saúde Mental tem acarretado sobrecarga e stress para as equipes, tanto pela insuficiência de profissionais, quanto pela falta de profissionais qualificados para o desempenho de seu trabalho. O aumento na demanda por serviços de saúde mental também atua como estressor, sobretudo, ao gerar pressão por atendimento (SOUZA et al. 2008). Dessa forma, as dificuldades dos trabalhadores influenciam negativamente a qualidade da assistência prestada aos usuários.

A implementação das ações, a ampliação do acesso e o cuidado de qualidade em saúde mental esbarram com a visão de alguns gestores, segundo a qual a atenção em

saúde mental se restringe ao atendimento do profissional psiquiatra, numa concepção medicocentrada, pautada na especialidade e no assistencialismo.

Mas isso também está relacionado ao problema que é a falta dos profissionais psiquiatras; se você procurar cardiologista aqui na cidade, tem 4,5,6 cardiologistas... psiquiatra não tem! (G8)

Recurso financeiro, porque envolve contratação de médico psiquiatra que tem que dar atenção em casa para o paciente, família e às vezes a internação se torna desnecessária. (G4)

Tal realidade coincide com outras experiências vivenciadas no Brasil. Em estudo realizado por Quinderé e Bessa (2010) os autores observaram que o cuidado em saúde mental no município de Sobral, no Estado do Ceará, era realizado de maneira equivocada, estruturado a partir do modelo médico assistencial privatista, em que a figura do psiquiatra era centralizadora de todo o processo do cuidado mediante a concepção de que o tratamento medicamentoso que resolveria todos os males que acometiam os indivíduos portadores de transtorno mental.

Em estudo realizado por Zgiet (2013), foi possível identificar a valorização do trabalho interdisciplinar pelos profissionais da saúde, em comparação ao cuidado centrado na figura do psiquiatra. Nesse estudo, ao trazer questionamentos sobre como concebem a atuação do psiquiatra, os participantes reconhecem que são poucos os profissionais médicos que atuam sob a perspectiva da reforma psiquiátrica, sendo esse um empecilho ao trabalho em equipe, tendo em vista que alguns médicos terminam por se preocupar unicamente com a medicação, deixando outros aspectos de fora do tratamento (ZGIET, 2013).

Podemos observar pela última fala, que, embora seja mencionado apenas o psiquiatra, o gestor menciona a importância da família no cuidado do paciente. Consideramos que o profissional de saúde capacitado potencializa o empoderamento do usuário e de seus familiares na condução do cuidado longitudinal ao portador de transtorno mental. Nesse sentido, uma das barreiras a serem superadas e que tem contribuído fortemente para o insucesso das ações é a falta de responsabilização dos

familiares no cuidado ao portador de transtorno mental, tal como podemos observar nos relatos a seguir.

Na realidade os pacientes já vêm no último, a família busca uma saída no serviço público, eles querem transferir a responsabilidade de uma certa maneira, porque eles também não sabem como agir com o próprio familiar, então eles não querem que seja realizado um acompanhamento com o médico e permaneça com o tratamento na casa; os próprios familiares procuram a internação para afastar o problema deles, a responsabilidade.(G2)

Tanto o usuário quer a internação quanto a família, às vezes para fugir de N fatores; às vezes chega perto de ter uma overdose, acha que vai morrer, então busca isso. E a família, porque não tem mais estrutura para aguentar. (G3)

Severo et al (2007) são categóricos ao afirmar que a falta de suporte para os familiares do paciente com transtorno mental não contribui para o cuidado, sobrecarregando os parentes, os quais, por sua vez, procuram internação em hospitais psiquiátricos e, em última instância, apoio no poder judiciário. Essa sistemática é a reprodução de um modelo biomédico, que quase sempre apresenta como desfecho a medicalização e hospitalização como recursos terapêuticos prioritários. Para Severo et al (2007) a falta de uma rede bem consolidada em saúde, prejudica a assistência prestada aos familiares. Nesse sentido, dificilmente encontramos nos serviços de saúde uma assistência que estimule o diálogo sobre o cotidiano/cuidado com o portador de transtorno mental que envolva e oriente os familiares. Costumeiramente, a atenção primária à saúde acaba por intervir apenas pontualmente nas famílias, medicalizando o sujeito em caso de crise.

Diante das dificuldades do Estado em prover serviços públicos em quantidade e qualidade suficientes, visando à inclusão e participação ativa da família em todas as etapas do cuidado, seja na prevenção, seja no tratamento e reabilitação tal como previsto na Política Nacional de Saúde Mental e do desconhecimento do Ministério Público (MP) a respeito dessa política, os gestores preocupam-se com o aumento da judicialização da saúde. na medida em que o Judiciário ordena ações não previstas na

Rede de Atenção Psicossocial, reforçando o modelo hospitalocêntrico e a internação como a principal estratégia de enfrentamento.

...tive um caso agora, recentemente, o promotor me pediu para internar, chamar bombeiro... policial e levar para o hospital; fiz ao contrário: chamei o médico psiquiatra que conversou com o paciente e foi para a assistente social iniciar o tratamento. (G1)

...a família também não consegue segurar esse membro dentro de casa e, lógico, pede ajuda para a assistente social e acaba caindo no judiciário. (G2)

Um dos primeiros convites que recebi foi do promotor, inclusive ele fez uma audiência com os médicos explicando e pedindo para que o município juntasse todos os departamentos e fizesse alguma coisa, porque a família procura e, como o município não tem nada, ele solicita internar. E nós sabemos que a saída não é a internação, a gente até interna porque você recebe uma ordem judicial, você cumpre, mas só que a gente sabe que o retorno não é bem esse. (G5)

Outro fator agravante é a dificuldade de implementar uma rede colaborativa e intersetorial que efetivamente contribua para a integração dos serviços existentes segundo a lógica das redes de atenção à saúde e da intersetorialidade. A dificuldade em alinhar o processo de trabalho com outras instituições é imensa, pois algumas parecem não reconhecer a importância do seu papel e a responsabilidade no cuidado do paciente com sofrimento psíquico.

Na verdade, todo mundo quer transferir responsabilidade: a família para a escola, a escola quer transferir a responsabilidade para os médicos. Não querem aceitar que tem uma criança com dificuldade onde o professor vai ter que sentar com ela e dar uma atenção especial, como acontecia alguns anos atrás. “Não, ele não tá acompanhando, porque ele tem algum déficit de atenção”. Então, os próprios professores hoje diagnosticam o que

as crianças têm e, depois, eles acham que, com a medicação, não importa pra eles se eles estarão aprendendo ou não, eles estarão controlados. Isso é uma maneira errada de avaliar, porque ninguém está querendo assumir a responsabilidade, todos estão tentando transferir. (G3)

É, porque, onde eu trabalho, é tudo separado. A Assistência Social faz o trabalho dela, a Educação o dela e a Saúde também. Eu acho que não é assim que deveria funcionar. Cada um acaba ficando no seu quadrado e o que sobra é da Saúde. Então, tinha que começar um serviço já pela prevenção nas escolas com o CRAS e CREAS e não deixar pro final para a Saúde cuidar. (G8)

Na verdade, faltam mais ações em conjunto; não adianta cada um querer fazer somente a sua parte: isso é comigo, aquilo é com o social. Enquanto não resolver, é um problema da sociedade como um todo. (G2)

...eu acredito até que você tenha que fazer parcerias não somente com outros setores públicos, mas eu acho que, de certa forma, tem que entrar até o fator religioso. Hoje você percebe que essas associações, pastorais, elas têm uma efetividade de tirar as pessoas das drogas muito maior do que o serviço público. (G4)

Para Severo e Dimenstein (2011), frente à reforma psiquiátrica, devemos considerar as estratégias de intervenção para além dos muros dos serviços de saúde, para que, então, se efetive a reinserção social das pessoas com sofrimento psíquico, que foram segregadas, estigmatizadas e excluídas socialmente. Nessa perspectiva, devemos considerar outros estabelecimentos e setores que não somente a Saúde, como associações, cooperativas e diversos espaços das cidades. Desse modo, a partir das articulações produzidas para responder às demandas de cuidados, um dispositivo de saúde mental assume funções sociais em um determinado contexto.

Ao final desse primeiro encontro, foi possível a realização do alinhamento conceitual com resgate dos fundamentos da Reforma Psiquiátrica no Brasil, assim como discutir as bases da Política Nacional de Saúde Mental e o respectivo marco regulatório

e legal. Esse processo de identificação do saber dos participantes, com posterior alinhamento conceitual, contribuiu para o planejamento dos próximos encontros e, sobretudo, para compreender a inércia da implementação da RAPS na região e para preparar os gestores para as próximas etapas do trabalho. Sem aquisição de alguns elementos ideológicos/conceituais da Saúde Mental.

5.2 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL EM SAÚDE MENTAL

O diagnóstico situacional em Saúde Mental se configurou como tema do segundo encontro, ocorrido no dia 18 de junho de 2015, sendo seu principal objetivo levar os participantes a conhecerem o perfil epidemiológico, demográfico e assistencial da região de saúde.

O planejamento é essencial para conhecer os problemas e as necessidades de saúde, assim como a dinâmica em que a população está inserida e os riscos a que está exposta. Para tanto, é necessário proporcionar reflexão crítica e avaliativa a respeito da organização dos serviços ofertados e da qualificação de gestores e profissionais da saúde.

No que tange à Saúde Mental, vale destacar que a produção científica relacionada ao tema do diagnóstico situacional em Saúde Mental é, ainda, escassa. Todavia, para promover mudanças, é necessário conhecer a realidade de modo a intervir de acordo com as particularidades de cada local. Nesse sentido, o diagnóstico situacional é de fundamental importância para o levantamento de problemas, que, por sua vez, fundamenta o planejamento estratégico situacional, o que permite desenvolver ações de saúde mais focais e efetivas em relação aos problemas encontrados (REZENDE et al, 2010). Realizar um diagnóstico situacional em uma região de saúde se configura como uma estratégia fundamental para elaborar planejamentos que articulem as políticas públicas de Saúde Mental com as demandas e especificidades de cada realidade, a fim de implementar estratégias e serviços capazes de corrigir elementos que geram desorganização e de contribuir para a melhoria das condições de trabalho e de atendimento.

Para tanto, ao questionar os gestores municipais em relação à realização e uso de instrumentos para o diagnóstico situacional como importante ferramenta propulsora de

informações que auxiliam na tomada de decisão, pudemos identificar que tal atividade não era prática rotineira entre os gestores, como evidenciado na afirmação a seguir.

Olha, avaliar e monitorar os indicadores não, não temos esse conhecimento e, portanto, não fazemos.(G8)

Uma vez identificada a dificuldade e o desconhecimento dos gestores em obter dados que os auxiliassem no processo de avaliação e diagnóstico local, sobretudo em adquirir informações que refletissem as características dos serviços ofertados, assim como a necessidade da implantação de outros inexistentes, fez-se necessário, no decorrer do segundo encontro, trabalhar com os sistemas de informação disponíveis e com os principais indicadores utilizados no campo da saúde mental.

Utilizando os sistemas de informação do Ministério da Saúde, compilados no DATASUS, foi possível a obtenção de dados que proporcionaram a construção e análise de importantes indicadores no diagnóstico situacional em saúde mental na região. Nesse momento, uma das preocupações dos gestores, além de identificar os indicadores existentes, foi de classificá-los em dois grupos, de forma que pudessem trabalhar em duas linhas de ação, sendo uma referente à rede de serviços na região e a outra relacionada à qualidade das ações em saúde mental.

Frente a essa divisão para organização do trabalho, os indicadores identificados para avaliação da qualidade das ações em saúde mental foram:

Quadro 3. Indicadores de qualidade das ações.

Indicadores de Qualidade	Fonte
Internações hospitalares por transtornos mentais e comportamentais por 10.000 habitantes e por local de residência	DATASUS
Proporção de internações psiquiátricas segundo o diagnóstico, considerando o total do Grupo V da CID 10	DATASUS
Taxa de suicídios por 100.000 habitantes, segundo ano de ocorrência e local de residência	DATASUS
Número de internações em comunidades terapêuticas por município e ano	BASE DE DADOS MUNICÍPIO
Custo anual com internações compulsórias por município	BASE DE DADOS MUNICÍPIO
Custo anual com medicações psicotrópicas por município	BASE DE DADOS MUNICÍPIO

Em relação ao grupo de indicadores que sinalizava a composição da RAPS no momento do trabalho:

Quadro 4. Indicadores de serviços que compõem a RAPS.

Indicadores Composição RAPS	Fonte
Cobertura da Atenção Básica por município	DATASUS
Cobertura da Estratégia de Saúde da Família por município	DATASUS
Número de Núcleos de Apoio a Saúde da Família por município	DATASUS
Cobertura de CAPS por 100.000 habitantes, segundo local de residência e ano	DATASUS
Número de Unidades de Pronto Socorro, Pronto Atendimento, UPAs, entre outros serviços de urgência e emergência	DATASUS

Número de municípios com cobertura pelo SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência	DATASUS
Número de residências terapêuticas na região de Saúde	DATASUS
Número e localização de hospitais gerais na região de Saúde	DATASUS
Número e localização de leitos saúde mental em hospitais gerais	DATASUS
Número de moradores em hospitais psiquiátricos no estado de São Paulo com procedência da região de Saúde	BASE DE DADOS ESTADO
Número de comunidades terapêuticas com alvará de funcionamento existentes na Região de Saúde	BASE DE DADOS MUNICÍPIO
Número de Unidades de Acolhimento Adulto e Infantil existentes na Região de Saúde	BASE DE DADOS MUNICÍPIO

Entre os indicadores citados nos Quadros 3 e 4, alguns não estão disponíveis nos sistemas de informação utilizados oficialmente pelo Ministério da Saúde. Entretanto alguns municípios possuem sistemas de registro e controle que permitem a avaliação e inclusão de dados indispensáveis para o reconhecimento das especificidades do trabalho em Saúde Mental na região.

Os gestores avaliaram também como imprescindível o aprimoramento e inclusão de indicadores de Saúde Mental na Atenção Básica, já que atualmente esse é o nível privilegiado para a adoção das ações de SM no sistema de saúde. Seria necessário aprimorar os indicadores da Saúde Mental no E-SUS/SIAB para evitar a exclusão desse nível de atenção. Tal aprimoramento possibilitará perceber se a Atenção Básica tem, de fato, assumido a responsabilidade pelo acompanhamento de pessoas com grave sofrimento psíquico e se tem conseguido acompanhar as pessoas egressas dos hospitais psiquiátricos, entre outras ações.

A construção de um banco de dados robusto e que evidencie de forma efetiva a qualidade das ações e da rede de serviços existente se estende a todos os níveis de complexidade, pois a dificuldade em obter dados referentes às internações em comunidades terapêuticas também tem se demonstrado como um importante problema a ser superado.

Posteriormente à discussão dos sistemas de informação, o grupo pactuou iniciar a elaboração da matriz diagnóstica, conforme o Anexo I da Portaria 3088/2011 (MINISTERIO DA SAÚDE, 2011), a ser realizada em conjunto com as equipes de saúde de cada município, dada a fundamental importância de formatar uma RAPS a partir das demandas e necessidades trazidas pelos usuários, familiares, trabalhadores e gestores locais, pois a ideia implicada neste trabalho é de um processo de construção ascendente, incluindo todos os atores do Sistema Único de Saúde.

Para o terceiro encontro, ficou acordada a elaboração do diagnóstico regional a partir da obtenção dos dados locais de cada município, proporcionando, dessa forma, subsídios que auxiliassem na identificação de serviços previstos na RAPS, frente às especificidades e necessidades da região.

5.3 BASES DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, COMPONENTES E PONTOS DE ATENÇÃO DA RAPS.

No início do terceiro encontro realizado no dia 2 de julho de 2015, os gestores puderam compartilhar a experiência de manusear o banco de dados do DATASUS, trabalhar com os indicadores e avaliar em conjunto com as equipes de saúde do município as ações e serviços de Saúde Mental.

Eu gostei; acho que o material do último encontro facilitou muito. Tinha dificuldade em coletar esses dados, mas ficou bem “mastigado” e é sempre muito legal pegar esses números. Posso dizer que até tive surpresas agradáveis, principalmente em relação a internações, suicídios estou na média, mas em relação a internação diminuiu muito; ajudou bastante o ultimo encontro. (G10)

Foi incrível... me surpreendi...achava que era uma coisa e na verdade era outra... (G2)

De posse das informações que caracterizavam os municípios, foi possível discutir as bases da Política Nacional de Saúde Mental, incluindo os componentes e respectivos pontos de atenção da RAPS, com o objetivo de instrumentalizar os gestores e interlocutores acerca das diretrizes, serviços e ações indispensáveis para a consolidação da RAPS.

No intuito de identificar o conhecimento dos gestores frente aos componentes e pontos de atenção, procuramos favorecer a construção de um ambiente em que eles pudessem expor sua compreensão a respeito do tema.

Não, eu não sei quais os serviços que compõem a RAPS. Acho que no meu município, que é muito pequeno, não existe nada. (G5)

Face ao exposto, identificamos a necessidade de ampliar o debate, precedido por breve apresentação de todos os componentes da RAPS e respectivos pontos de atenção, detalhando de forma mais pormenorizada os instrumentos jurídicos (portarias, leis, decretos, entre outros), as orientações técnicas (manuais e notas técnicas) e recursos financeiros disponibilizados para implantação e custeio das ações relativas à saúde mental.

Apresentamos a seguir o conteúdo discutido em relação aos sete componentes previstos na RAPS, com os principais apontamentos e pactuações que ocorreram no decorrer do terceiro encontro.

5.3.1 . Componente da Atenção Básica

A ampla discussão sobre a Atenção Básica e seu papel nos sistemas de saúde tem sido uma tendência em vários países, inclusive no Brasil. O grande desafio tem sido a incansável busca pela implantação de propostas que promovam mudanças nos modelos de atenção centrados na doença e no hospital. De modo geral, tais modelos apresentam alto custo financeiro, baixa qualidade, baixa resolutividade, além da insatisfação dos usuários (SOUZA e SAMPAIO, 2002). No Brasil, o empenho tem sido feito na descentralização como mecanismo propulsor de uma nova organização e oferta de cuidados a partir da Atenção Básica.

A Atenção Básica consiste em um nível de atenção complexo e requer responsabilização marcante pelo território, além de dever estar apta a dar resolutividade às demandas apresentadas. Portanto, é um ponto estratégico para a transformação e adoção de outras práticas no campo da saúde, sendo sua organização primordial para se avançar na direção de um sistema de saúde que objetiva a qualidade de vida das pessoas. Para tanto, prima pelo desenvolvimento de práticas que acolham, vinculem e que, invariavelmente, possam resolver os problemas em seu âmbito de ação, propiciando a constituição de novos formatos de produção das ações de saúde (MENDES, 2002).

Nesse sentido, a Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011 (MINISTERIO DA SAÚDE, 2011), enfatiza a importância desse nível de atenção para a organização e conformação do sistema de saúde e propõe as diretrizes para sua operacionalização, de modo a se alcançar a reorientação de atenção à saúde por meio de estratégias adequadas às condições locais e municipais.

Nesse contexto, a saúde mental não está dissociada da saúde geral. É necessário reconhecer que as demandas de saúde mental, assim como as demais, estão presentes em diversas queixas que chegam aos serviços, cabendo a todo profissional da Atenção Básica perceber e intervir de acordo com as possibilidades.

Contudo, o que se observa no sistema de saúde da região são serviços de Atenção Básica desprovidos de ações de saúde mental e, principalmente, de profissionais e gestores que reconheçam a fundamental importância de práticas que promovam o cuidado aos indivíduos com sofrimento psíquico, sobretudo, levando em conta que o único recurso existente em vários municípios de pequeno porte é a Atenção Básica.

Essa constatação ficou evidenciada no encontro com os gestores, ao apresentarmos a Atenção Básica como importante componente da RAPS.

Não, a gente não tem o conhecimento de que a Atenção Básica é um ponto de atenção da RAPS. (G5)

Não tenho ideia da importância e das possibilidades de trabalhar a Saúde Mental na Atenção Básica. Geralmente o foco é mais na hipertensão, diabetes, gestantes. (G8)

Observa-se, pelo relato acima, que o foco da assistência na Atenção Básica tem-se restringido apenas a algumas ações programáticas prioritárias elaboradas e vinculadas não só tradicionalmente à atenção primária, mas também ao processo de expansão da Estratégia de Saúde da Família no Brasil. Tais ações se referem ao acompanhamento de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA), gestantes (SISPRENATAL), hanseníase, tuberculose e crianças menores de 2 anos (MINISTERIO DA SAÚDE, 2003). Como exemplo da incipiência e baixa valorização das ações de saúde mental na Atenção Básica, podemos citar a incorporação de indicadores de saúde mental no Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, realizada somente no ano 2011 através da versão 6.4, após 13 anos da implantação do sistema em questão (MINISTERIO DA SAÚDE, 2011).

Ainda em relação às ações de saúde mental na Atenção Básica, Almeida (2010) investigou as possibilidades e entraves do acolhimento e do tratamento de pacientes com esquizofrenia na atenção primária e constatou que os profissionais não estão preparados para prestar o cuidado adequado a casos considerados mais graves. Dentre os fatores que dificultam o atendimento foi identificada a falta de supervisão, de capacitação, recursos humanos insuficientes, escuta de baixa qualidade, sobrecarga de trabalho e a ausência de um sistema de apoio e referência participativo.

Posteriormente, a publicação da Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011 (MINISTERIO DA SAÚDE, 2011) contribuiu para compreensão e mudança de alguns paradigmas ao explicitar os fundamentos e diretrizes essenciais para a organização das práticas de saúde, sobretudo no cuidado à saúde mental. Tal documento reforça o acesso universal e contínuo ao sistema, sendo a Atenção Básica a principal porta de entrada da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde, estabelecendo mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento, pressupondo uma lógica de organização e funcionamento dos serviços de saúde que parte do princípio de que as unidades devam receber e ouvir todas as pessoas que procuram seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes.

Para os gestores, no que diz respeito à organização do processo de trabalho, uma das fragilidades apontadas está relacionada ao modelo de atenção, mais especificamente aos arranjos locais que incorporaram médicos clínicos, ginecologistas/obstetras e

pediatras às equipes de Estratégia de Saúde da Família. Essa formatação de equipe no estado de São Paulo foi legitimada pela Comissão Intergestores Bipartite, através da Deliberação nº 34 de 25 de maio de 2012, que aprovou as Diretrizes e Estratégias para Estruturação da Política Estadual de Atenção Básica do Estado de São Paulo, reconhecendo e pactuando esse arranjo na Atenção Básica, diferentemente do previsto na Política Nacional da Atenção Básica, que preconiza o médico de Saúde da Família ou generalista compondo a equipe.

Segundo a Deliberação nº 34 de 25 de maio de 2012, a justificativa para novos arranjos está relacionada ao fato de que apenas 30% da população do estado de São Paulo estaria coberta pelas equipes completas de Estratégia de Saúde da Família, devido à impossibilidade de expansão desse modelo segundo os parâmetros definidos pelo Ministério da Saúde.

Estudos realizados com usuários e profissionais no município de São Paulo (ELIAS et al, 2006) e de Petrópolis (MACINKO et al, 2007), utilizando o método PCATool para a avaliação de serviços de saúde na atenção primária, evidenciaram que o modelo de ESF, tal como preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica, cumpre melhor os atributos da atenção primária à saúde em comparação com o modelo de Unidade Básica de Saúde tradicional. É nesse contexto que os novos arranjos, como os do estado de São Paulo, têm contribuído para a desorganização do processo de trabalho e para a dificuldade em promover espaços propícios para o desenvolvimento das ações em saúde mental.

Na opinião dos gestores, a falta de integração dos médicos especialistas nas equipes de Saúde da Família e o não cumprimento da carga horária preconizada têm proporcionado sobrecarga para os demais membros, na medida em que contribui significativamente para a fragmentação da assistência, aliada ao baixo grau de comprometimento e corresponsabilização pelo cuidado do paciente. Essa prática contraria algumas experiências exitosas de âmbito nacional e internacional de descentralização em saúde mental, que apresentam como elemento em comum a sistematicidade dos encontros interdisciplinares e a longitudinalidade da atenção. Assim sendo, se o profissional não está presente e disponível na Unidade e/ou não interage com outros membros da equipe, o processo de descentralização das ações pode ficar prejudicado (WHO e ONCA, 2008; MORAIS e TANAKA, 2012; PRATES et al, 2013). Todavia, o que se observa cada vez mais é a incorporação de políticas desconexas sem

qualquer planejamento e/ou prévia discussão com as equipes envolvidas. O resultado é a dificuldade em operacionalizar o trabalho em rede na perspectiva da integralidade. Nesse cenário, uma das estratégias apontadas pelos gestores, e que tem se demonstrando interessante, é a incorporação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) como dispositivos articuladores do trabalho em rede, fomentando a ampliação e abrangência do escopo das ações da Atenção Básica, bem como sua resolutividade.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família foram criados pelo Ministério da Saúde em 2008 com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando a oferta de ações de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo dessas ações. Atualmente, pela regulamentação da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, os NASF configuram-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (ESF), as equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde. A atuação integrada permite realizar discussões de casos clínicos, possibilita o atendimento compartilhado entre profissionais tanto na Unidade de Saúde como nas visitas domiciliares e permite a construção conjunta de projetos terapêuticos, de forma que amplia e qualifica as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais. Essas ações de saúde também podem ser intersetoriais, com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde. Os NASF não se constituem como serviços com unidades físicas independentes. Devem, a partir das demandas identificadas no trabalho com as equipes e/ou com a Academia da Saúde, atuar de forma integrada com a Rede de Atenção à Saúde e seus serviços (exemplos: Atenção Básica, CAPS, Centro de Referência a Saúde do Trabalhador, ambulatórios especializados etc.), além de outras redes como SUAS, redes sociais e comunitárias. A composição do NASF é definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos, das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas.

Com a publicação da Portaria 3.124, de 28 de dezembro de 2012, o Ministério da Saúde criou uma terceira modalidade de conformação de equipe: o NASF 3, abrindo a possibilidade de que qualquer município do Brasil faça implantação de equipes de NASF, desde que tenha ao menos uma equipe de Saúde da Família. Posteriormente, o Ministério da Saúde redefiniu os valores de financiamento através da Portaria nº 548, de

4 de abril de 2013, ampliando o incentivo financeiro para implantação e custeio das ações.

Durante a discussão com o grupo de gestores, o NASF destacou-se como importante dispositivo para potencializar as ações de saúde mental na Atenção Básica, sobretudo nos municípios de pequeno porte, uma vez que esses não dispõem de outros equipamentos além das equipes da Atenção Básica. Nesse contexto, a discussão ganhou força e emergiram importantes dúvidas e questionamentos referentes à organização, integração e, principalmente, ao processo de trabalho do NASF.

Eu fiquei interessado no NASF, mais aí ouvi falar que o NASF não atende individualmente, aí eu desanimei. (G11)

Eu também não implantei até agora por conta disso; eu tenho um espaço pequeno. Infelizmente o prédio do PSF foi contemplado com reforma e ampliação, porém mal elaborada; não tem espaço, a enfermeira fica junto com os agentes. Então... se for pra eu pegar uma equipe e colocar com outros 3 ou 4 bons profissionais pra ficar tudo embolado e ficar discutindo roupa que usou e não sei o que....não sei o que...eu não quero. (G5)

Na fala dos gestores fica evidenciada a necessidade de continuar a discussão no sentido de qualificar o conhecimento técnico das equipes no que se refere às diretrizes e instrumentos utilizados no processo de trabalho da Atenção Básica, tais como: Projeto Terapêutico Singular, Ecomapa, Genograma, apoio matricial, diretrizes do programa e, por fim, operacionalização e integração do NASF com outros setores e serviços. Nesse sentido, o apoio matricial tem se demonstrado um importante instrumento para descentralização das ações de saúde mental na atenção primária (HIRDES e SILVA 2014).

Alguns gestores desconheciam os incentivos financeiros disponibilizados pelo Ministério da Saúde mediante a implantação de ESF e NASF e todos sinalizaram o interesse em implantar esse ponto de atenção com o apoio dos Articuladores da Atenção Básica para a elaboração do projeto e implantação das equipes.

Ao final desse componente, foi discutida a Portaria nº 122 de 25 de janeiro de 2012 (MINISTERIO DA SAÚDE, 2012) e a Portaria nº 123 de 25 de janeiro de 2012 (MINISTERIO DA SAÚDE, 2012), ambas referentes a equipes de Consultório na Rua, sendo esse um dos pontos de atenção à saúde mental dentro do componente da Atenção Básica, até então desconhecido pelos gestores. Foi avaliado como importante ponto de atenção no município de maior porte, o qual constava da lista de municípios elegíveis desde 2013, porém sem o conhecimento do mesmo. Enfatizamos que a responsabilidade pela atenção à saúde da população de rua é de todo profissional do Sistema Único de Saúde, mesmo que ele não seja componente de uma equipe de Consultório na Rua (eCR). Dessa forma, em municípios ou áreas em que não haja eCR, a atenção deverá ser prestada pela Atenção Básica, incluindo os profissionais de Saúde Bucal e os NASF dos territórios onde as pessoas que vivem na rua estão concentradas.

¹ Projeto Terapêutico Singular (PTS): O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário (MINISTERIO DA SAÚDE, 2008).

² Genograma: Instrumento de avaliação e intervenção que proporciona uma aproximação com o "tecido de transmissão familiar" (VITALE, 2004, p. 234)

2 Ecomapa: É um diagrama das relações entre a família e a comunidade que ajuda a avaliar os apoios e suportes disponíveis e sua utilização pela família (NASCIMENTO et al, 2005).

5.3.2 Componente Estratégico da Atenção Psicossocial

No componente Estratégico, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) já eram um serviço conhecido pelos gestores, apesar de nenhum dos participantes ter vivenciado alguma experiência ou prévio contato com o serviço. Todavia, na percepção dos gestores são serviços indispensáveis e essenciais na resolução dos problemas de saúde mental, pois, em sua compreensão, o serviço deveria funcionar como um ambulatório de portas fechadas referenciado pela Atenção Básica. Não foi possível identificar durante o encontro ideias que transmitissem o verdadeiro conceito do trabalho no CAPS e de sua integração com os demais componentes da rede.

Historicamente, podemos encontrar fatos que colaboraram para essa compreensão equivocada. A Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992 (MINISTERIO DA SAÚDE, 1992), a mesma que instituiu o CAPS, traz orientações para que as equipes técnicas de saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde fossem compostas por profissionais especializados, tais como médico psiquiatra, psicólogo e assistente social. Na região, essas equipes posteriormente foram deslocadas para pequenos ambulatórios de saúde mental, contribuindo para fragmentação do sistema.

Na mesma portaria, os CAPS são definidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas, que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional” (MINISTERIO DA SAÚDE, 1992). Nesse sentido, um dos objetivos iniciais do CAPS seria o de ocupar a função de principal responsável na coordenação do cuidado e organização da rede de serviços de saúde mental do seu território.

São inquestionáveis os benefícios diretos e indiretos proporcionados pela Reforma Psiquiátrica no Brasil. Contudo, é necessário reconhecer que, durante a implementação da política de Saúde Mental, tem havido equívocos em associar o sucesso da Reforma com a abertura de novos CAPS, centralizando neles a responsabilidade de coordenar o cuidado e de ordenar a rede dos pacientes com transtornos mentais. Tal postura contribuiu para o distanciamento das ações de saúde mental na Atenção Básica, assim como para a desresponsabilização desse nível de atenção em relação às pessoas com sofrimento mental.

O resgate da Política Nacional da Atenção Básica em consonância com a Política Nacional de Saúde Mental foi colocado em pauta objetivando a integração das ações e serviços em determinado território, de forma que uma não fosse concorrente com a outra, mas sim que fossem complementares e articuladas. Dessa forma, ampliam-se as possibilidades de intervenção segundo a complexidade da demanda e a densidade tecnológica disponível nos serviços, possibilitando o cuidado compartilhado e corresponsabilizado.

O instrumento jurídico que regulamentou o CAPS foi a Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 (MINISTERIO DA SAÚDE, 2002). Essa portaria recolocou o funcionamento dos CAPS, que têm a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias. É um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS) e se caracteriza como lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. Os CAPS devem oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Posteriormente o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 245, de 17 de Fevereiro de 2005 e Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012, alterou a forma de incentivo financeiro para implantação de Centros de Atenção Psicossocial. A Portaria 3.089, de 23 de dezembro de 2011, alterada pela Portaria nº 1.966, de 10 de setembro de 2013, disponibilizou recursos financeiros mensais para custeio das ações em saúde mental.

Todavia, o maior impacto para os municípios da região, dadas as características demográficas, foi com a republicação da Portaria nº 3.088, de 21 de maio de 2013, abrindo a possibilidade de implantação de CAPS I para municípios ou regiões com população superior a 15 mil habitantes. Anteriormente a essa portaria, o CAPS I estava previsto somente para municípios acima de 20 mil habitantes e não existia qualquer

regulamentação a respeito de serviços com abrangência regional, impossibilitando, dessa forma, a consolidação da RAPS com a incorporação desse dispositivo.

Frente à Portaria nº 3.088, de 21 de maio de 2013, até então desconhecida pelos gestores, foi proposta a implantação do CAPS I na região, considerando não somente os aspectos culturais, socioeconômicos, demográficos, mas também e principalmente as características da Atenção Básica de cada município e sua fundamental importância para a integração das ações e serviços. Essa discussão ganha espaço, na medida em que consideramos a especificidade da região, que é constituída por municípios de pequeno porte. Diante disso, a melhor estratégia identificada pelo grupo foi a implantação de CAPS I microrregional, com associação de três ou quatro municípios vizinhos com distância inferior a 30 km entre eles. A escolha pelo CAPS I se baseia na diversidade do público que pode ser assistido, uma vez que acolhe pessoas de todas as faixas etárias com intenso sofrimento psíquico, incluindo aqueles relacionados ao uso abusivo de substâncias psicoativas.

Dessa forma, a sede do CAPS I ficaria no município com maior número de habitantes e seu principal dispositivo para integração com os demais serviços seria o apoio matricial, garantido mediante reuniões periódicas com a Atenção Básica, no intuito tanto de qualificar o cuidado em saúde mental frente aos casos leves e moderados, quanto de compartilhar e discutir os casos de transtornos mentais severos e persistentes.

Para Souza (2010), o apoio matricial visa a proporcionar, em áreas específicas, suporte técnico às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde. Assim, torna-se possível compartilhar casos/situações com a equipe de saúde local, favorecendo a corresponsabilização. Por meio do suporte matricial seria possível, entre outras ações, romper-se com a lógica do encaminhamento, muitas vezes vinculada à desresponsabilização e criar a possibilidade de contribuir para a melhor resolutividade das situações no nível local. Portanto, as equipes de saúde mental de apoio à Atenção Básica devem incorporar ações de supervisão, de atendimento em conjunto e de atendimento específico, além de participar das iniciativas de qualificação dos profissionais.

Como resultado da discussão ficou pactuado que a implantação de CAPS II, CAPSi e CAPS AD seria realizada no município de maior porte populacional, com a

garantia de apoio e oferta de espaço para capacitação e educação permanente para todos os CAPS I da região, assim como para os demais equipamentos de saúde interessados.

5.3.3 Componente da Atenção a Urgências e Emergências

Em relação ao componente de urgências e emergências, os gestores relataram ter observado um número crescente de atendimentos nos serviços de emergência psiquiátrica do pronto socorro do Hospital Geral Padre Albino, situado em Catanduva, que é referência regional para diversas especialidades. Segundo Thornicroft (2002), as mudanças na Política de Saúde Mental, com ênfase no tratamento extra-hospitalar, levaram ao aumento do número de pacientes na comunidade sujeitos a recaídas, por vezes repetidas, demandando o uso crescente de serviços de emergência psiquiátrica. Conseqüentemente, esses serviços acabaram assumindo papel relevante na estruturação e funcionamento da rede de serviços de saúde mental, além de atuarem como uma das principais portas de entrada do sistema e organizadores do fluxo das internações (OYEWUMI, 1992).

A Política de Saúde Mental preconiza que haja leitos psiquiátricos em hospital geral para atendimento de urgências. Nesse sentido, além de não haver oferta desse serviço na região, um dos problemas apresentados pelos gestores estava relacionado à resistência e despreparo dos serviços de urgência e emergência na abordagem ao paciente em situação de crise. Na avaliação dos gestores, as equipes têm dificuldades no manejo dessas situações e necessitam de apoio para superação dessa problemática.

Outro problema apontado foi a dificuldade em integrar o serviço de urgência e emergência psiquiátrica aos demais componentes da rede, favorecendo a continuidade e a integralidade do cuidado. Na maioria das vezes, o acesso ao sistema de saúde ocorre prioritariamente através dos setores de emergência, devido à maior facilidade de acesso, inexistência e/ou inoperância de serviços extra-hospitalares. Conseqüentemente há aumento da demanda nos serviços de urgência e emergência (BRUFFAERTS, 2008). Para Woo (2006), essa demanda excessiva pode levar a uma maior rotatividade de pacientes nos serviços de urgência e emergência psiquiátrica, provocando excesso de encaminhamentos para internação, aumento de reinternações e erros diagnósticos.

Uma das estratégias propostas para superação da fragmentação entre o serviço de urgência/emergência psiquiátrica e os demais pontos de atenção da RAPS foi a pactuação com o Hospital Geral, de estabelecimento de comunicação com os gestores locais, via e-mail, de todos os casos de pessoas com sofrimento psíquico atendidos durante a semana. Para tanto, cada município disponibilizaria e-mail próprio, telefone de contato e nome do responsável pela continuação do cuidado em nível local.

Outra importante estratégia apontada foi o fortalecimento da Atenção Básica, mediante a incorporação das ações de saúde mental, inclusive em situações de crise, fazendo uso dos recursos da educação permanente para qualificar a assistência e diminuir a resistência e preconceito dos profissionais frente aos indivíduos com sofrimento psíquico e, dessa forma, evitar o agravamento dos casos leves e consequente uso dos serviços de urgência. Griswold (2005) é categórico ao afirmar que a efetiva participação da Atenção Básica na rede de saúde mental permite uma menor sobrecarga de todos os pontos de atenção da RAPS. Uma rede eficaz com uma atenção primária fortalecida favorece o atendimento dos casos graves com necessidade de internação, o que leva a uma melhor gestão dos leitos de saúde mental. Os serviços da Atenção Básica influenciam diretamente os serviços de urgência e emergência, contribuindo para a redução do agravamento de casos leves, ampliando o acesso oportuno de casos mais graves à atenção secundária e, assim, diminuindo internações desnecessárias (GRISWOLD, 2005).

Fazendo parte desse componente, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU é disponibilizado para todos os municípios da região. Entretanto, não existem bases descentralizadas e número suficiente de veículos para atender a toda a demanda dos 19 municípios da região de Saúde, o que tem dificultado o acesso oportuno para situações que requeiram agilidade no atendimento pré-hospitalar.

As ações pactuadas enfatizaram o fortalecimento de uma rede colaborativa a partir da identificação de serviços reconhecidos pela qualidade das ações executadas. Propôs-se que o espaço de educação permanente seja garantido mediante a troca de experiências e de conhecimentos entre os serviços, contribuindo para que situações que demandem treinamento específico, como o caso da abordagem em situações de crise, tenham um local de referência que ofereça os conhecimentos necessários. Para tanto, o Núcleo de Educação Permanente e Humanização do Departamento Regional de Saúde

ficou responsável pela condução do grupo na elaboração de projeto que atenda às necessidades dos profissionais e gestores.

Outra ação pactuada foi a conclusão do Plano de Ação Regional da Rede de Urgência e Emergência até julho de 2016, com o compromisso de descentralizar as bases do SAMU, de acordo com o preconizado pela Política Nacional de Atenção às Urgências

5.3.4 Componente da Atenção Residencial de Caráter Transitório

Os pontos de atenção do componente residencial de caráter transitório eram desconhecidos pelos gestores. Nesse sentido, a fundamentação básica para discussão foi a Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012 (MINISTERIO DA SAÚDE, 2012), que institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Posteriormente, a Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012 (MINISTERIO DA SAÚDE, 2012), estabeleceu incentivo financeiro para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, aí incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.

A unidade de acolhimento foi identificada como importante estratégia para as pessoas em situação de maior vulnerabilidade associada ao uso abusivo de álcool e outras drogas, sobretudo em resposta à crescente demanda dessa problemática na região. Atualmente, a Rede Regional de Atenção a Saúde (RRAS) 12 na qual o DRS XV está inserido, não possui unidade de acolhimento ou qualquer equipamento com característica semelhante, o que tem ocasionado internações em serviços distantes, fato esse que despertou nos gestores questionamentos a respeito de providências para sanar essa dificuldade.

Em relação às comunidades terapêuticas, o Governo do Estado de São Paulo através do Programa Estadual de Políticas sobre Drogas, recentemente reformulado e denominado “Programa Recomeço: uma vida sem drogas”, instituído pelo Decreto nº 61.674, de 2 de dezembro de 2015 (ESTADO DE SÃO PAULO, 2015), tem ampliado o número de vagas, investindo fortemente nesse tipo dispositivo, incentivando, dessa forma, a assistência baseada na segregação de pessoas, o que vai, portanto, na

contramão dos pressupostos da Reforma. Ainda sim, observa-se vários questionamento em relação à efetividade e à qualidade da assistência nas comunidades terapêuticas, assim como a falta de integração com outros equipamentos da rede, uma vez que o desconhecimento do processo de trabalho dentro dessas instituições tem contribuído para a insegurança dos gestores em relação aos serviços prestados. Atualmente, a região conta com 25 vagas reguladas pelo DRSXV São José do Rio Preto, distribuídas em cinco comunidades terapêuticas, todas de origem religiosa, cujo critério para internação é a manifestação dos usuários do desejo de internar-se.

O grupo achou conveniente, por se tratar de uma política oficial do Estado, integrar as Comunidades Terapêuticas já credenciadas à rede de serviços da Atenção Básica e CAPS, incluindo os técnicos e responsáveis por esse ponto de atenção no Fórum de Saúde Mental.

5.3.5 Componente da Atenção Hospitalar

A Portaria GM/MS nº 148, de 31 de janeiro de 2012 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012), traz informações sobre a implantação de leitos de Saúde Mental em hospitais gerais, em conformidade com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

Os leitos de saúde mental em hospitais gerais são componentes da Rede de Atenção Psicossocial, sendo necessária a discussão desse ponto de atenção articulado aos demais, compondo projeto do município e/ou da região de saúde, não devendo ser jamais concebido como um ponto de atenção isolado. A orientação do Ministério da Saúde é no sentido de que a RAS inclua os componentes da Rede de Urgência e Emergência, considerando a regulação, a atenção longitudinal e a transferência de cuidado como dispositivos fundamentais dessa articulação, superando o modelo asilar dos hospitais psiquiátricos e a lógica da internação no campo da saúde mental.

Em relação à lógica de funcionamento, processo de trabalho, estrutura física e equipe mínima exigida pela Portaria GM/MS nº 148, de 31 de janeiro de 2012 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012), os gestores acreditam que incluir leito de saúde mental no mesmo ambiente dos leitos de clínica médica e pediátrica é extremamente complicado, uma vez que o doente mental é estigmatizado pela sua doença e reconhecido como fator de risco para a integridade física das pessoas próximas.

Botega (1997) afirma que no Brasil a resistência à implantação dos leitos em hospitais gerais era percebida nos próprios gestores de saúde, na administração pública e, principalmente, nas equipes médicas dos hospitais. Conseqüentemente, o que se evidencia é a existência de poucos leitos em hospitais gerais e a maioria desses se encontra nas regiões brasileiras mais desenvolvidas economicamente. Ainda que comprovadamente as internações psiquiátricas em hospitais gerais tenham demonstrado inúmeras vantagens na avaliação diagnóstica e no manejo clínico dos pacientes em relação às internações em hospitais psiquiátricos (HALLAK, 2003), foi evidente a resistência dos gestores à implantação desse componente.

Nesse contexto, a discussão foi extremamente necessária, visando a desconstrução dessa percepção equivocada e preconceituosa, pois a proposta de leitos de saúde mental em hospitais gerais surgiu a partir da identificação da necessidade de uma proposta terapêutica mais ampla e humanizada. Essa nova proposta contribuiu para a redução de preconceitos e estigmas, principalmente para a aproximação com outras especialidade médicas, favorecendo, assim, a integralidade do cuidado e o respeito ao portador de transtorno mental e o reconhecendo como cidadão passível de direitos (EYTAN, 2004). Nesse sentido, os hospitais gerais constituem-se como ponto estratégico para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial, pois são serviços geograficamente bem localizados, de fácil acesso, presentes em inúmeros municípios e com propostas de intervenções breves e acesso a recursos clínicos multidisciplinares, diferentemente do que ocorre nos hospitais psiquiátricos. Além disso, a ideia aqui implicada é a diminuição do estigma do transtorno mental e, principalmente, a inclusão de práticas de cuidado mais transparentes e humanizadas.

No que diz respeito ao financiamento, a Portaria nº 1.615, de 26 de julho de 2012 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012), instituiu incentivos financeiros de investimento e de custeio. Nesse sentido, o valor repassado para o serviço despertou interesse de vários gestores que fazem a gestão de hospitais locais e que enfrentam dificuldades financeiras.

Ao findar a discussão, os gestores compreenderam a importância desse serviço e avaliaram como eticamente necessário e financeiramente viável a implantação desses leitos em substituição aos hospitais psiquiátricos.

Ficou pactuada a realização de reunião com todos os prestadores de serviço hospitalar credenciados ao SUS, com o objetivo de esclarecer a portaria que normatiza

os leitos de saúde mental em hospital geral e, posteriormente, estabelecer o mapeamento dos hospitais interessados, com avaliação dos recursos disponíveis e distância dos serviços de referência.

5.3.6 Componente das Estratégias de Desinstitucionalização

O Componente de Estratégias de Desinstitucionalização está estruturado em iniciativas que visam garantir às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência, o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia, contratualidade e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social. Em outras palavras, esse componente prevê ações voltadas para a garantia de cuidado integral às pessoas com transtorno mental que passam pelo processo de desospitalização e inserção na comunidade. Para além da desospitalização, o Componente de Estratégias de Desinstitucionalização é uma ferramenta para garantir efetivamente um modelo distinto, substituindo o cuidado centrado na custódia, pelo cuidado em liberdade, pautado na emancipação e protagonismo.

O conceito de desinstitucionalização, em que se baseia o respectivo componente, parte do princípio de que o sujeito emancipado – aqui, particularmente, o usuário em processo de desinstitucionalização – será tanto mais autônomo quanto maior for sua interdependência com outras pessoas, incluindo cuidadores, profissionais e a comunidade como um todo.

Nesse sentido, a desinstitucionalização e a reintegração de egressos de internação prolongada na comunidade é uma tarefa a que o SUS vem-se dedicando com especial empenho através dos programas criados pelo Ministério da Saúde, sendo eles: Serviço Residencial Terapêutico (SRT), Programa de Desinstitucionalização e o De Volta Para Casa.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos foram instituídos por meio da Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000 (MINISTERIO DA SAÚDE, 2000) e consistem em moradias ou casas preferencialmente inseridas na comunidade, destinadas à habitação de portadores de transtornos mentais egressos de internações psiquiátricas de longa

permanência, que não possuam suporte social nem laços familiares e que sejam avaliados como habilitados para a inserção social. A inserção em um SRT faz parte do longo processo de reabilitação que busca a progressiva inclusão social do morador. Assim, as residências terapêuticas constituem-se como alternativas de moradia para um grande contingente de pessoas que estão internadas há anos em hospitais psiquiátricos por não contarem com suporte adequado na família e na comunidade. A portaria que instituiu os SRT foi alterada pela Portaria nº 3.090/GM/M, de 23 de dezembro de 2011 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011), por meio da qual se ampliou o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento desses serviços. O Serviço Residencial Terapêutico é um ponto de atenção até então desconhecido para alguns gestores, o que gerou certa insegurança e desconfiança a respeito do modelo, principalmente ao se afirmar que é possível e necessário trabalhar a autonomia de moradores dos hospitais psiquiátricos em respeito aos seus direitos como cidadãos. Parte dos gestores acreditava que o hospital psiquiátrico era o local mais adequado para pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, principalmente para aquelas que apresentam maior grau de dependência.

Nesse sentido, os gestores foram esclarecidos da existência de modalidades diferentes de Residência Terapêutica, divididas em tipos I e II, a partir da avaliação das condições de saúde dos moradores, no que diz respeito ao grau de dependência e às necessidades de cuidados intensivos específicos do ponto de vista da saúde em geral. Dessa forma, incluem todos os moradores de hospitais psiquiátricos.

Outra estratégia para apoiar não somente a implantação do Serviço Residencial Terapêutico, mas todo o processo de desinstitucionalização é o Programa de Desinstitucionalização, criado através da Portaria nº 2.840/GM/MS de 2014 (MINISTERIO DA SAÚDE, 2014). O Programa de Desinstitucionalização pretende concretizar as diretrizes de superação do modelo centrado no hospital psiquiátrico pela estratégia de saída dos moradores de hospitais psiquiátricos no Brasil e de cuidado integral em outros pontos da RAPS.

Em relação ao financiamento, os gestores mostraram-se surpresos com o montante que poderá ser repassado uma vez implantados os serviços, considerando também a possibilidade de transferência do teto da AIH de hospital psiquiátrico para o município que implantar o Serviço Residencial Terapêutico.

O Programa De Volta Para Casa (PVC), instituído pela Lei 10.708 de 31 de julho de 2003 (BRASIL, 2003), regulamentada pela Portaria nº 2.077/GM/MS, de 31 de outubro de 2003 (MINISTERIO DA SAÚDE, 2003) e Portaria nº 1.511/GM/MS, de 24 de julho de 2013 (MINISTERIO DA SAÚDE, 2013), prevê o auxílio-reabilitação por meio de um recurso financeiro, atualmente fixado em R\$ 412,00, para os portadores de transtorno mental que moraram em hospitais psiquiátricos por mais de dois anos ininterruptos. Por meio do pagamento do benefício, esse programa se propõe a fortalecer o poder de contratualidade, favorecendo, assim, a inclusão social e o processo de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. O objetivo deste programa é contribuir efetivamente para o processo de inserção social dos egressos de internação prolongada, favorecendo o convívio social, de forma a assegurar o exercício pleno de seus direitos de cidadania. Assim, grande parte dos ex-moradores de hospitais psiquiátricos experimentam ser protagonistas de suas vidas pela possibilidade de escolher o que comprar, como querem viver, morar etc.

Por fim, conhecer Residências Terapêuticas também foi uma das estratégias identificadas e solicitada pelos participantes para aprofundar o conhecimento a respeito do assunto, uma vez que será necessária a implantação de dois SRT na região, considerando que o diagnóstico situacional em Saúde Mental identificou moradores em hospitais psiquiátricos no estado de São Paulo de procedência dos municípios da região.

5.3.7 Componente da Estratégia de Reabilitação Psicossocial

As estratégias de reabilitação psicossocial são entendidas como um conjunto de práticas que buscam transformar as relações de poder entre as pessoas e as instituições (ROTELLI, 2001). Visam a promover o protagonismo para o exercício dos direitos de cidadania de usuários e seus familiares na RAPS, por meio da criação e o desenvolvimento de iniciativas articuladas entre a Saúde e recursos do território nos campos do trabalho/economia solidária, da habitação, da educação, da cultura, produzindo novas possibilidades de projetos para a vida (ASSIS et al, 2014). Em outras palavras, a reabilitação psicossocial é constituída de ações de emancipação junto aos usuários no sentido da garantia de seus direitos e da promoção de contratualidade no território. É importante ressaltar que as estratégias de reabilitação psicossocial e de

protagonismo não se restringem a um ponto de atenção à saúde ou a ações isoladas, mas envolvem a criação de novos campos de negociação e formas de sociabilidade. As ações de caráter intersetorial destinadas à reabilitação psicossocial desenvolvidas em iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais têm como objetivo a inclusão produtiva, a formação e a qualificação para o trabalho de pessoas com transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

O grupo achou conveniente priorizar os municípios-sede para CAPS regional para o desenvolvimento dessas ações, ao considerar que o apoio técnico especializado será necessário para assessorar as iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais, com o propósito de articular sistematicamente as redes de saúde e de economia solidária com os recursos disponíveis no território para garantir a melhoria das condições concretas de vida. Ao final do encontro, pactos foram firmados, entre eles o compromisso do gestor e/ou interlocutor de saúde mental compartilhar o conteúdo discutido no dia com os demais profissionais da rede, de forma que todos pudessem contribuir ativamente para o processo de implementação da RAPS, sobretudo, para a escolha responsável e consciente dos serviços que irão compor a rede para dar respostas efetivas às necessidades dos usuários.

Nesse encontro, os gestores também deram início às articulações com municípios vizinhos visando ao processo de pactuação dos serviços de abrangência regional, sendo estipulados encontros semanais entre os envolvidos para definição e conclusão desse processo.

5.4 PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO PLANO DE AÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

De posse das informações processadas a partir da análise da situação de saúde e do alinhamento conceitual a respeito da Política Nacional de Saúde Mental, a etapa seguinte visou à definição do instrumento a ser utilizado na elaboração do Plano de Ação Municipal e Regional.

Para tanto, MARSHALL (2010) afirma que o método 5W2H pode ser utilizado como importante ferramenta no mapeamento e padronização de processos, na elaboração de planos de ação e no estabelecimento de procedimentos associados a indicadores, permitindo o fácil entendimento através da definição de responsabilidades, de métodos, de prazos, de objetivos e de recursos associados. Motivado pelo método 5W2H (MARSHALL, 2010), o grupo avançou na construção de um modelo próprio de Plano de Ação Regional, com informações detalhadas frente a cada componente da Rede de Atenção Psicossocial, descrevendo claramente os objetivos propostos, problemas identificados, metas a serem atingidas, ações concretas, cronograma e responsáveis.

O produto elaborado pelo grupo foi um modelo para o plano, apresentado no Quadro 5.

Quadro 5. Modelo do Plano de Ação Regional da Região de Saúde de Catanduva – DRS XV São José do Rio Preto

Plano de Ação Regional				
Componente:				
Objetivo:				
Problema	Meta	Ações Concretas	Cronograma	Responsáveis
Quais problemas identificados no diagnóstico dificultam atingir o objetivo acima?	O que se quer atingir nesse plano de ação para ajudar a resolver os problemas?	Que ações serão realizadas para chegar aos resultados que esse plano de ação quer atingir?	Quando será realizada cada ação?	Quem serão os responsáveis por cada ação?

Após a elaboração do modelo do Plano de Ação, os municípios ficaram encarregados de seu preenchimento com as equipes de saúde locais, com as quais, posteriormente, ampliariam a discussão para os demais municípios envolvidos na implantação de serviços microrregionais, como, por exemplo, o CAPS I. Os serviços

que potencialmente poderiam contemplar todos os 19 municípios da Região de Saúde seriam discutidos no próximo encontro.

Ainda nesse encontro, um tema que causou bastante preocupação dos gestores foi a dificuldade em contratar profissionais para os novos serviços a serem implantados, uma vez que a Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000 (BRASIL, 2000), conhecida como Lei da Responsabilidade Fiscal, estabelece o limite prudencial para gastos com recursos humanos e, nesse sentido, grande parte dos municípios estariam impossibilitados de realizar novas contratações. Outra dificuldade apontada pelo grupo estava relacionada à ausência de dispositivos legais que autorizassem o repasse de recursos financeiros públicos entre municípios.

Frente ao exposto, a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990), no artigo 10º, menciona a possibilidade de os municípios constituírem consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes competem. Posteriormente, a Lei Federal nº 11.107, de 6 de abril de 2005 (BRASIL, 2005) define as normas gerais de contratação de consórcios públicos. Ambos os documentos jurídicos garantiram o embasamento jurídico para dar início à constituição de Consórcios Intermunicipais de Saúde, sendo essa uma alternativa legal para uma importante ferramenta a ser utilizada na gestão de serviços de saúde de abrangência regional, otimizando recursos humanos, físicos e financeiros.

Para tanto, foi constituído o Grupo Condutor do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Catanduva - CONSIRC, ficando a cargo dele a responsabilidade de conduzir o processo de implantação dos serviços na região. A primeira ação do grupo condutor seria a realização de reunião com todos os prefeitos da região com o propósito de esclarecer a real necessidade e funcionamento do mesmo.

5.5 ELABORAÇÃO DO DESENHO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, SISTEMAS DE INFORMAÇÃO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DA REDE

O prévio encontro microrregional entre os gestores favoreceu a discussão para a pactuação dos serviços de abrangência regional. Esse processo de negociação entre municípios se fez necessário considerando a falta de autonomia relatada por alguns gestores no processo de tomada de decisão, o que revela a centralização da gestão na figura do prefeito municipal. Posteriormente a esses encontros microrregionais e pontuais, a pactuação dos serviços de abrangência regional foi encaminhada para o DRS-XV São José do Rio Preto e consolidada para apresentação, discussão e finalização no decorrer do último encontro.

Exposto o consolidado, foi possível concretizar o desenho da rede, o Plano de Ação Regional e a planilha orçamentária. Conforme desenho da rede assistencial da RAPS, a previsão para implantação de novos serviços contemplou todos os componentes, tal como exposto no quadro 6.

Quadro 6. Quadro resumo de serviços existentes e proposta de implantação/ampliação.

		EXISTENTES																	PROPOSTA DA RAPS																	TOTAL GERAL							
		Anranha	Catanduva	Catiguá	Elisiário	Embaúba	Fernando P.	Irapuã	Itajobi	Marapoama	Novais	Novo Horizonte	Palmares Paulista	Paraiso	Pindorama	Pirangi	Sales	Santa Adélia	Tabapuã	Urupês	CIR - CATANDUVA	Anranha	Catanduva	Catiguá	Elisiário	Embaúba	Fernando P.	Irapuã	Itajobi	Marapoama	Novais	Novo Horizonte	Palmares Paulista	Paraiso	Pindorama		Pirangi	Sales	Santa Adélia	Tabapuã	Urupês	CIR - CATANDUVA	
I - ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE	Estratégia de Saúde da Família	1	21	1	1	1	2	1	4	1	1	0	3	1	2	2	0	4	0	1	47	2	5	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17	64
	NASF		2		1																3	1	2	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17	20		
	Consultório na Rua																				0		1																	1	1		
	Centro Convívio																				0																				0		
II - ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESPECIALIZADA	CAPS I																			0							1*			1	1*		1*				1*	1*	6	6			
	CAPS II																			0	1																		1	1			
	CAPS III																			0																				0			
	CAPS AD																			0	1																		1	1			
	CAPS AD III																			0																				0			
	CAPS i																			0	1																		1	1			
III - ATENÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	UPA		1																	1																			0	1			
	Pronto Socorro	1	1				1	1	1			1	1	1	1	1	1	1	1	14																				0	14		
	SAMU		1*																	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16	17			
IV - ATENÇÃO REDISENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO	UA - Adulto																		0	1*																			1	1			
	UA - Infantil																		0	1*																			1	1			
	Comunidade Terapêutica																		0	2/15*																			2	2			
V - ATENÇÃO HOSPITALAR	Leitos em Hospital Geral																		0																				5*	5*	10	10	
VI - ESTRATÉGIA DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO	SRT II																		0	2*																			2	2			
	Equipe de Desinstitucionalização																		0	1																			1	1			
	PVC																		0	20																			20	20			
VII - REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL	Parceria com cooperativas/associações de usuários/entidades sociais																		0	1							1			1	1			1			1	1	7	7			

Legenda: * Serviço de Abrangência Regional

Todavia, a constituição de uma rede de atenção à saúde não se resume à implantação de novos serviços. No decorrer da pesquisa, pudemos evidenciar a fragilidade de serviços que não se relacionam e não integram as ações que visam à continuidade do cuidado de acordo com as necessidades das pessoas. Nessa perspectiva, apresentaremos a seguir o Plano de Ação Regional proposto para os diferentes componentes ou pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial. A identificação de objetivos, problemas, metas e ações teve como eixo central, a preocupação por parte dos participantes em elaborar ações que fortalecessem e potencializassem a integração dos pontos de atenção.

Na Atenção Básica (Quadro7), foram previstas 17 novas equipes de Estratégia de Saúde da Família, 17 NASF e um Consultório na Rua, com disponibilização de incentivo financeiro federal no valor de R\$ 4.472,920,00/ano, destinados para ações de implantação e custeio. As ações propostas no Plano de Ação para esse componente priorizaram o apoio matricial como ferramenta de educação permanente, integração, troca de saberes e ampliação da resolubilidade, pois, entre os problemas apontados, verificamos a fragilidade do conhecimento no campo da saúde mental, dificuldade de ações integradas e baixa resolubilidade.

Quadro 7. Plano de Ação Regional da Rede de Atenção Psicossocial, componente Atenção Básica.

Componente:	Atenção Básica			
Objetivo:	Desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde da coletividade.			
Problema	Metas	Ações Concretas	Cronograma	Responsáveis
Baixa resolubilidade no atendimento de pessoas com transtornos mentais e nos decorrentes de álcool, crack e	Qualificar assistência prestada ao usuário, com diminuição do preconceito e estigma.	Qualificar os serviços de atendimento por meio do acolhimento e acompanhamento, capacitar os profissionais de		

outras drogas.		saúde, promover atenção humanizada, integral, contínua e centrada nas necessidades das pessoas. Intensificar serviços de inclusão e vinculação social dos usuários dos serviços de Saúde Mental, desenvolver estratégias de redução de danos, promover a participação familiar e comunitária, intensificar ações intersetoriais, promover educação permanente, realizar projetos terapêuticos singulares de cada paciente.	2015 - 2017	SMS – SES/SP – MS
Dificuldade de ação integrada	Oferecer cuidado integral aos usuários portadores de transtornos mentais.	Construção conjunta de projetos terapêuticos de forma a ampliar e priorizar o atendimento em grupos populacionais.	2015 - 2017	SMS
Dificuldade das equipes de referência em realizar cuidado	Fortalecer o trabalho em rede e intersetorial	Ampliação e fortalecimentos das equipes e serviços da Atenção		

em saúde mental de forma articulada.	de forma integrada e articulada, garantindo a continuidade do cuidado.	Básica Implementação do apoio matricial em saúde mental como ferramenta para gestão do cuidado. Estimular o trabalho em rede a partir da instalação de novos equipamentos e processos de trabalho de equipes.	2015 - 2017	SMS – SES/SP – MS
Fragilidade na atuação do profissional de saúde, decorrentes de formação deficitária nos conceitos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, da Reabilitação Psicossocial e do apoio matricial.	Profissionais qualificados no cuidado à saúde mental de acordo com as necessidades dos usuários.	Elaboração de projetos de Educação Permanente em Saúde (EPS). Treinamentos das equipes de Atenção Básica para o atendimento e acolhimento adequado do paciente em saúde mental.	2015 - 2017	SMS – SES/SP - MS
Dificuldade de manutenção da equipe nos municípios. Alta	Oferecer o suporte necessário para	Melhoria nas condições de trabalho nas unidades,		

rotatividade dos profissionais.	manutenção do profissional no local de trabalho diminuindo a rotatividade.	reorganização de carga horária dos profissionais.	2015 - 2017	SMS
Insuficiência de ações de promoção à saúde e ações de prevenção em relação ao uso abusivo de álcool e outras drogas.	Ampliar o acesso às informações e o cuidado de usuários com uso abusivo de álcool e drogas.	Capacitação das equipes, treinamentos dos agentes comunitários de saúde para identificação e educação preventiva para o uso abusivo de álcool e outras drogas. Fortalecimento de ações intersetoriais em parceria com as áreas de Educação, Promoção Social, Cultura, Esportes e Justiça.	2015 - 2017	SMS – SES/SP - MS
Carência de equipe mínima na Atenção Básica para desenvolver ações de prevenção e promoção à saúde especialmente a grupos mais	Garantir profissionais capacitados em quantidade suficiente para atendimento da demanda.	Contratação/capacitação de equipe mínima para atuação com essa demanda.	2015 - 2017	SMS

vulneráveis (crianças, adolescentes, jovens, pessoas em situação de rua).				
Déficit de recursos humanos na Atenção Básica; as equipes trabalham sobrecarregadas e as questões de saúde mental ficam em segundo plano.	Garantir profissionais capacitados em quantidade suficiente para atendimento da demanda.	Adequar a locação e formação continuada de profissionais de Saúde em toda a região de Catanduva.	2015 - 2017	SMS
Falta de clareza e transparência no estabelecimento dos fluxos de encaminhamentos na rede de saúde, gerando fragilidade em todo o processo de trabalho, com consequentes encaminhamentos equivocados e falta de informações de contra	Garantir a integralidade do cuidado por meio de ações que visem a sua continuidade.	Redefinir fluxos e pactuá-los nos equipamentos das SMS e Região	2015 - 2017	SMS – SES/SP

referência.				
Falta de legislação e financiamento específico para Centros de Convivência	Garantir suporte financeiro para os espaços já existentes e que possam desenvolver ações integrais de saúde mental e de exercício da cidadania	Sensibilizar gestores federal e estadual para a necessidade de estabelecer legislação para cadastro, credenciamento, assim como financiamento dos Centros de Convivência	2015 - 2017	SMS – SES/SP - MS

No componente Atenção Psicossocial Especializada (Quadro 8) foram previstos seis novos CAPS I de abrangência regional, um CAPS II, um CAPS AD e um CAPS i, contabilizando a disponibilização de recursos federais no valor de R\$ 3.527.915,00/ano, para ações de implantação e custeio e R\$ 7.200.000,00 referentes à construção de nove CAPS.

O processo de discussão e elaboração do Plano de Ação nesse componente foi marcado pela preocupação em ampliar o número de serviços especializados em saúde mental, atualmente escasso, observando, todavia, o processo de trabalho a ser implementado pela equipe que será responsável pelo desenvolvimento das ações. Tal fato deveu-se à maior preocupação do grupo em garantir que a lógica de trabalho do CAPS não se assemelhasse ao antigo Ambulatório de Saúde Mental, que fragmentava e não se corresponsabilizava com o cuidado do paciente em relação a outros setores, serviços e familiares. Também foram propostas ações visando à capacitação dos profissionais do CAPS e aproximação do Poder Judiciário, no intuito de esclarecer a Política Nacional de Saúde Mental e os respectivos pontos de atenção da RAPS, diminuindo, dessa forma, o número de internações compulsórias.

Quadro 8. Plano de Ação Regional da Rede de Atenção Psicossocial, componente atenção especializada.

Componente:	Atenção Especializada			
Objetivo:	Substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias. Garantir assistência especializada aos transtornos mentais severos e persistentes, assim como a pessoas com uso abusivo o dependência de álcool e outras drogas.			
Problema	Meta	Ações Concretas	Cronograma	Responsáveis
CAPS implantados e não habilitados	Garantir suporte financeiro para manutenção do serviço.	Habilitar o credenciamento do CAPS I de Novo Horizonte e do CAPS II em Catanduva	2015 - 2016	SMS – SES/SP - MS
Necessidade de melhor qualificação dos profissionais que atuam nos serviços de CAPS.	Oferecer cuidado de qualidade ao usuário.	Implementação do apoio matricial em saúde mental como ferramenta para gestão do cuidado.	2015 - 2017	SMS – SES/SP - MS
Transporte inter e intra municipais (atualmente ineficaz e escasso) para	Oferecer transporte seguro e de qualidade aos usuários de sistema.	Incentivar investimentos na área e maior conscientização da importância do sistema de	2015 - 2017	SMS

o deslocamento dos pacientes e suas famílias.		transporte para o tratamento mais eficiente.		
Insuficiência de equipamentos de atenção especializada em Saúde Mental na região.	Ampliar o acesso aos pacientes com transtorno mental severo e persistente e com uso problemático de drogas com a implantação de novos serviços de Saúde Mental.	Implantação de CAPS municipal e regional, conforme previsto no desenho do Plano de Ação Regional, com o objetivo de ampliar a cobertura de atenção especializada em Saúde Mental.	2015 - 2017	SMS
Alto índice de internações compulsórias.	Diminuir em 50% o número de internações compulsórias em 12 meses.	Ampliação do diálogo com judiciário para esclarecimentos, inclusive sobre a rede de atenção psicossocial. Continuidade da realização de fórum de saúde mental regional.	2015 - 2017	SMS – SES/SP
Incipiência das ações de saúde mental infantil.	Qualificar assistência à saúde mental prestada às crianças e	Realizar intercâmbios de profissionais entre serviços de		

	adolescentes.	saúde mental infantil na própria região para troca de experiências.	2015 - 2017	SMS – SES/SP
Dificuldade de contratação de médicos psiquiatras.	Ampliar o número de psiquiatras nos serviços de saúde mental, de acordo com as necessidades.	Sensibilizar gestores para a necessidade de políticas públicas que fomentem a formação de profissionais para a saúde mental, sintonizados com a política atual	2015 - 2017	SMS
Alto índice de internações compulsórias. Dificuldade de adesão de usuários de álcool e drogas ao tratamento.	Diminuir em 50% o número de internações compulsórias em 12 meses.	Ampliação do diálogo com judiciário para esclarecimentos, inclusive sobre a rede de atenção psicossocial. Fomentar a busca ativa de usuários com dificuldade de frequentar os serviços	2015 - 2017	SMS – SES/SP

Para o componente de Atenção às Urgências e Emergências (Quadro 9), foram previstas 16 novas ambulâncias com bases descentralizadas para o SAMU.

Quadro 9. Plano de Ação Regional da Rede de Atenção Psicossocial, componente atenção em urgência e emergência.

Componente:	Atenção em Urgência e Emergência			
Objetivo:	Oferecer suporte qualificado e oportuno aos usuários com transtorno mental em situação de crise.			
Problema	Meta	Ações Concretas	Cronograma	Responsáveis
Falta de protocolos de acolhimento e fluxo de referência dos serviços de urgência e emergência para outros serviços do município.	Integrar os serviços existentes na RAPS de forma a garantir a continuidade do cuidado	Organização de protocolos e maior proximidade entre as equipes de saúde dos diversos equipamentos.	2015 - 2017	SMS – SES/SP - MS

Falta de capacitação das equipes do SAMU e dos Pronto Socorros para lidarem com o atendimento adequado em saúde mental.	Qualificar a assistência nos serviços de urgência e emergência, assim como os serviços pré hospitalares moveis – SAMU.	Capacitação, matriciamento e supervisão das equipes, Educação Permanente em Saúde (EPS).	2015 - 2017	SMS – SES/SP - MS
---	--	--	-------------	-------------------

Em relação à Atenção Residencial de Caráter Transitório (Quadro 10), foi proposta a implantação de uma Unidade de Acolhimento Adulto e uma Unidade de Acolhimento Infantil. Ainda no mesmo componente, ficou pactuada a implantação de dois módulos de 15 vagas para Comunidades Terapêuticas, totalizando o incentivo financeiro no valor de R\$ 1.060.000,00/ano para custeio das ações mais R\$ 1.000.000,00 para a construção de duas Unidades de Acolhimento.

A pactuação de vagas em Comunidade Terapêutica foi motivo de muita discussão acerca do tema, pois alguns participantes não concordavam com a forma de cuidado nessas instituições. Nesse sentido, as ações propostas se limitaram a integrar esses dispositivos à rede de saúde existente, discutindo com eles o cuidado em saúde mental e seu papel, ainda indefinido, na rede de atenção à saúde mental.

Quadro 10. Plano de Ação Regional da Rede de Atenção Psicossocial, componente Atenção Residencial em Caráter Transitório.

Componente:	Atenção Residencial em Caráter Transitório			
Objetivo:	Oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e/ou familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo.			
Problema	Metas	Ações Concretas	Cronograma	Responsáveis
Inexistência de Unidades de Acolhimento ou mesmo de propostas para essa finalidade.	Implantar Unidades de Acolhimento Adulto e Infantil para toda a região	Implantação desse componente da Rede de Atenção Psicossocial no município de Catanduva.	2015 - 2017	SMS
Aumento de comunidades terapêuticas que ainda atuam de forma desarticulada com o sistema de saúde.	Integrar os pontos de atenção existentes às comunidades terapêuticas, garantindo a qualificação e continuidade do cuidado.	Discussão ampliada com os setores da sociedade sobre a atuação dessas comunidades, explicitando a importância do fortalecimento e inclusão desses serviços extra-hospitalares, segundo a lógica de redes de atenção. Participação ativa deas CTs nos Fóruns de Saúde Mental Regional.	2015 - 2017	SMS – SES/SP

Existência de Comunidades terapêuticas com projeto terapêutico inadequado.	Garantir projetos terapêuticos qualificados que respondam às necessidades do paciente	Monitorar e avaliar as atividades das comunidades terapêutica, procurando orientá-las no sentido de seguir as normas do Ministério da Saúde.	2015 - 2017	SMS – SES/SP
--	---	--	-------------	--------------

Para o componente Atenção Hospitalar (Quadro11), ficou prevista a implantação de 10 leitos em hospital geral, sendo cinco no município de Novo Horizonte e cinco no município de Pirangi, totalizando o valor de R\$ 709.213,20/ano.

Quadro 11. Plano de Ação Regional da Rede de Atenção Psicossocial, componente Atenção Hospitalar.

Componente:	Atenção Hospitalar			
Objetivo:	Ofertar de suporte hospitalar para situações de urgência/emergência decorrentes do consumo ou abstinência de álcool, crack e outras drogas, bem como de comorbidades psiquiátricas e/ou clínicas, provenientes da Rede de Atenção às Urgências, da Rede de Atenção Psicossocial e da Atenção Básica, com curto período de internação.			
Problema	Meta	Ações Concretas	Cronograma	Responsáveis
Inexistência de leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais da região para retaguarda clínica	Implantar leitos de saúde mental em Hospital Geral.	Implantação de leitos psiquiátricos nos Hospitais Gerais da região conforme plano de ação da RAPS.	2015 - 2017	SMS – MS
Aumento considerável de pedidos por ordem judicial de internação do paciente psiquiátrico em hospitais.	Diminuir em 50% o número de internações compulsórias em 12 meses.	Implantar/ qualificar/ adequar os equipamentos da rede de atenção psicossocial para que essa se fortaleça evitando, assim, a internação. Ampliação do diálogo com judiciário para esclarecimentos, inclusive sobre a rede de atenção psicossocial	2015 - 2017	SMS – SES/SP

No componente Estratégias de Desinstitucionalização (Quadro 12), serão criados dois Serviços Residenciais Terapêuticos na modalidade II e uma Equipe de Desinstitucionalização. Esses serviços ficarão localizados no município de Catanduva, onde 20 usuários serão beneficiados pelo Programa de Volta para Casa, com repasse financeiro federal no valor de R\$ 900.000,00/ano.

Quadro 12. Plano de Ação Regional da Rede de Atenção Psicossocial, componente Estratégia de Desinstitucionalização.

Componente:	Estratégia de Desinstitucionalização			
Objetivo:	Garantir a inserção social das pessoas institucionalizadas nos hospitais psiquiátrico, favorecendo o convívio social de forma a assegurar o exercício pleno de seus direitos de cidadania.			
Problema	Metas	Ações Concretas	Cronograma	Responsáveis
Falta de residências terapêuticas	Implantar duas residências terapêuticas	Implantação de duas residências terapêuticas em Catanduva	2015 - 2017	SMS
Identificação de 20 moradores no hospital psiquiátrico Mahatma Gandhi	Garantir prioritariamente o processo de desinstitucionalização desses moradores	Confecção de proposta/plano de ação para reinserção social dos moradores, inclusive através projetos de trabalho e geração de renda nos municípios da região	2015 - 2017	SMS

A preocupação com o modelo hospitalocêntrico e a lógica do cuidado pautado na segregação de indivíduos portadores de transtorno mental, característico dos Hospitais Psiquiátricos, também foi observada durante a discussão das propostas no Plano de Ação referente ao

componente de Atenção Hospitalar e Desinstitucionalização. O grupo classificou esses dois componentes como imprescindíveis para o processo de fortalecimento da Reforma Psiquiátrica, na medida em que devolvem aos moradores dos Hospitais Psiquiátricos a dignidade e a devida cidadania e que, sobretudo, dificultam a institucionalização de novos pacientes com transtornos mentais ao propor que os leitos de saúde mental passem a ser implantados em Hospital Geral.

Por fim, foi prevista a formalização de sete parcerias com cooperativas/associações de usuários/entidades sociais, sendo uma com cada CAPS que atenda transtornos mentais e comportamentais, totalizando recursos federais no valor de R\$ 200.000,00/ano.

A inexistência de dispositivos que promovessem a inclusão dos indivíduos portadores de transtornos mentais propulsionou a elaboração de propostas que contemplassem a participação da sociedade, familiares e profissionais de saúde, através de associações. A ideia inicial é estabelecer uma rede de cuidado comunitária que funcione como agente fiscalizador e apoiador da rede de cuidados em saúde mental, dessa forma, fortalecendo e qualificando a Rede de Atenção Psicossocial. As ações previstas no Plano de Ação apresentadas no Quadro 13 evidenciam a valorização da articulação dos diversos setores da sociedade civil.

Quadro 13. Plano de Ação Regional da Rede de Atenção Psicossocial, componente Reabilitação Psicossocial.

Componente:	Reabilitação Psicossocial			
Objetivo:	Promover o protagonismo para o exercício dos direitos de cidadania de usuários e familiares da RAPS por meio da criação e o desenvolvimento de iniciativas articuladas com os recursos do território nos campos do trabalho/economia solidária, da habitação, da educação, da cultura, da saúde, produzindo novas possibilidades de projetos para a vida.			
Problema	Meta	Ações Concretas	Cronograma	Responsáveis
Pouca articulação entre setores que oferecem algum tipo de atividade de inclusão social	Implantar as ações de inclusão nos equipamentos sociais já existentes, estabelecendo, dessa forma, nova parcerias.	Promover a intersetorialidade de forma mais efetiva. Articular reuniões de rede e divulgar as possibilidades de trabalho no campo da saúde mental	2015 - 2017	SMS
Ausência de oficinas de inclusão e de geração de renda	Implantar oficinas geradoras de renda e incluí-las em todos os municípios em que houver CAPS.	Implantar associação de amigos usuários de familiares da saúde mental de Catanduva e Região, com o objetivo de incluir e potencializar a autonomia do sujeito.	2015 - 2017	SMS

Dificuldade/preconceito na aceitação do paciente psiquiátrico dentro de programas de geração de renda e inserção para o trabalho já existentes.	Diminuir o estigma e preconceito do paciente com transtorno mental frente aos profissionais, familiares e usuários.	Promover maior diálogo entre equipes de saúde e outros setores da sociedade.	2015 - 2017	SMS
---	---	--	-------------	-----

Apesar de o componente de Gestão (Quadro 14) não estar previsto na portaria que normatiza a Rede de Atenção Psicossocial, o grupo decidiu incluir, no rol das ações, a maior apropriação por parte dos gestores da temática da saúde mental, pois avaliou que esse movimento pode colaborar de forma efetiva para o fortalecimento e avanço da RAPS, na medida em que o gestor compreenda os preceitos da Política Nacional de Saúde Mental. Nesse sentido, os gestores reafirmaram o compromisso de continuidade deste processo ao explicitarem a necessidade de maior apropriação do tema, assim como apoio técnico para as ações de monitoramento e avaliação do processo de implantação da RAPS.

Quadro 14. Plano de Ação Regional da Rede de Atenção Psicossocial, componente Gestão.

Componente:	Gestão			
Objetivo:	Levar o conhecimento a respeito da Política Nacional de Saúde Mental			
Problema	Meta	Ações Concretas	Cronograma	Responsáveis
Aproximação incipiente do gestor em relação às políticas de saúde mental	Ampliar o conhecimento dos gestores frente às diretrizes da Reforma Psiquiátrica, assim como da Política Nacional de Saúde Mental, incluindo normas de financiamento.	Sensibilização dos gestores em relação à temática da saúde mental, seus desafios e necessidades específicas.	2015 - 2017	SMS – SES/SP
Dificuldade na avaliação e monitoramento das ações desenvolvidas pelos serviços e profissionais de saúde mental.	Construir indicadores que efetivamente ofereçam subsídios para tomada de decisão e planejamento das ações de saúde mental.	Discussão e construção de indicadores que possam avaliar a qualidade e o processo de trabalho desenvolvido na Saúde Mental.	2015 - 2017	SMS – SES/SP

O montante de recursos federais a serem disponibilizados mediante a solicitação e implantação dos serviços e ações, tal como previsto no Plano de Ação (Quadro 15), chegaria ao valor total de R\$ 19.170.048,20, incluindo os incentivos para implantação, custeio e construção. Somente os gastos com construção correspondem a 42% do total calculado, perfazendo um total de R\$ 8.200.000,00. Ainda em relação aos incentivos financeiros, é necessário acrescentar que o estado de São Paulo não possui qualquer dispositivo para incentivar financeiramente o custeio das ações e serviços de saúde da RAPS tanto para municípios quanto para regiões de saúde, o que compromete de forma bastante significativa o orçamento dos municípios.

Quadro 15. Previsão de incentivo financeiro federal a serem disponibilizados de acordo com a necessidade de implantação dos serviços pactuados no Plano de Ação da RAPS e dispositivos normativos da Política Nacional de Saúde Mental.

COMPONENTE	PONTO DE ATENÇÃO	VALOR (R\$)
Atenção Básica	Estratégia de saúde da família - proposta implantação e custeio	R\$ 1.794.520,00
	Núcleo de Apoio a Saúde da Família - proposta de implantação e custeio	R\$ 2.256.000,00
	Consultório na rua – proposta de implantação e custeio	R\$ 422.400,00
Componente estratégico	CAPS - proposta de implantação e custeio	R\$ 3.527.915,00
	CAPS – Construção	R\$ 7.200.000,00
Atenção residencial de caráter transitório	Unidade de acolhimento – proposta de implantação e custeio	R\$ 800.000,00
	Comunidade terapêutica - proposta de implantação	R\$ 360.000,00
	Unidade de Acolhimento – construção	R\$ 1.000.000,00
Atenção hospitalar	Implantação de serviço hospitalar de referência em hospital geral	R\$ 709.213,20
Estratégia de Desinstitucionalização	Serviço residencial terapêutico - proposta de implantação	R\$ 480.000,00
	Contratação de equipe para desinstitucionalização	R\$ 420.000,00
Estratégia de reabilitação	Iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais	R\$ 200.000,00
Total		R\$ 19.170.048,20

Em relação ao processo de avaliação da implantação da RAPS, foi atribuída a responsabilidade ao Grupo Condutor da RAPS, que deverá encontrar-se bimestralmente na sede do DRS-XV, com devolutivas em reuniões de Câmara Técnica e CIR. As avaliações deverão conter o consolidado de todas as ações referentes à Saúde Mental - incluindo as capacitações, encontros, seminários, fórum, implantação de serviços, pactuações de fluxos - desenvolvidas no período. Ficaram pactuadas, também, a avaliação e divulgação periódica dos indicadores de Saúde Mental. Tal procedimento iniciar-se-á preferencialmente pela avaliação e acompanhamento da taxa de internação psiquiátrica, taxa de suicídio e proporção de CAPS/100.000 habitantes. Posteriormente serão incluídos outros indicadores. Esses dados serão divulgados pelo Boletim Informativo da Saúde Mental - BISMA, com periodicidade bimestral, a ser apresentado e entregue na reunião de Câmara Técnica e CIR e disponibilizados ao Ministério Público. A criação do BISMA é fruto da discussão do grupo e tem por objetivo divulgar amplamente o processo de consolidação das Políticas Públicas de Saúde Mental na Região de Catanduva.

Nesse último encontro, também foi apresentado aos gestores o SAIPS – Sistema de Apoio a Implementação de Políticas de Saúde e todas as suas funcionalidades. Esclarecidos os programas vinculados a esse sistema (solicitação, incentivo e habilitação de CAPS de todas as modalidades, leitos de saúde mental em hospital geral, Residências Terapêuticas e Unidades de Acolhimento), assim como a necessidade de dar prosseguimento ao fluxo via CIR, Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Tripartite (CIT), com prévia análise dos projetos para implantação de qualquer serviço de Saúde Mental pela área técnica DRS-XV. A totalidade dos gestores desconhecia o SAIPS, mas reconheciam o fluxo via CIR-CIB-CIT, o que demonstra a falta de conhecimento quanto às políticas de Saúde Mental, uma vez que o sistema está implantado e com manual disponível no site do Ministério da Saúde desde março de 2014. Nenhum dos gestores relatou a experiência de escrever projetos na área de saúde mental.

A linha de cuidado na Saúde Mental a ser implantada na região de Saúde será a mesma que está em processo de elaboração pela Secretaria de Estado da Saúde, iniciada em setembro de 2015. O município de Catanduva estuda a possibilidade de implantar a central de regulação para a Região de Saúde no ano de 2016. Tal iniciativa concentraria todos os leitos de saúde mental em hospital geral e/ou psiquiátrico, SAMU e Unidades

de Acolhimento através de sistema de informação oficialmente utilizado pela Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (CROSS).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na perspectiva de discutir o processo de construção da Rede de Atenção Psicossocial em uma região de Saúde no estado de São Paulo e no intuito de identificar aspectos relativos à sua operacionalização, este trabalho foi constituído essencialmente por duas etapas. A primeira tratou do estudo das percepções dos gestores sobre a Política Nacional de Saúde Mental e a busca pela compreensão do que justificava a inércia do processo de formação e consolidação das Redes de Atenção Psicossocial na região. A segunda etapa consistiu da construção coletiva e participativa, com posterior análise do caminho percorrido, do Plano de Ação Regional. Levando em conta o desconhecimento dos gestores, se fizeram necessárias discussões em busca do alinhamento conceitual, considerando o arcabouço legal, ideológico e técnico da Política Nacional de Saúde Mental. Com esse procedimento, constatou-se a passagem da visão de atores sem compreensão a respeito da Política de Saúde Mental para toda a potencialidade dos atores que, após a introdução de conhecimentos, se tornam autores e adquirem a autonomia necessária para a tomada de decisão coerente e responsável.

Ficou evidente neste estudo que o desconhecimento dos gestores em relação aos componentes da RAPS, assim como a forma de construir as redes se caracterizou como o principal entrave no avanço para a implantação dos pontos de atenção à saúde mental, sobretudo na qualificação e integração dos serviços existentes. Tal como apontado pelos gestores, a principal justificativa de inoperância da RAPS estava depositada na inexistência de financiamento. O conhecimento dos recursos disponibilizados pelo Ministério da Saúde tornou-se um dos principais estímulos para a implantação de serviços, a partir do momento em que os gestores se apropriaram das Portarias Ministeriais e conheceram os incentivos financeiros existentes.

Outra questão importante a ser mencionada é a incorporação da saúde mental pela Atenção Básica. Considerando que a região é composta por municípios de pequeno porte, sendo, na sua maioria, a Atenção Básica o único serviço de saúde disponível, os gestores não reconheciam esse ponto de atenção como importante instrumento de atuação na área de Saúde Mental. Todavia, com o avançar da discussão, os gestores foram identificando possibilidades e estratégias a serem utilizadas na Atenção Básica visando ao atendimento dos pacientes com transtornos mentais e comportamentais. Para Hirdes e Silva (2014), a integração dos serviços poderá ser construída a partir da

elaboração de uma agenda de trabalho compartilhada, podendo ser viabilizada por meio do apoio matricial na atenção primária. Dessa forma, o matriciamento foi reconhecido pelos gestores como a estratégia de escolha para a superação dessa fragilidade.

A aquisição de novos conhecimentos nos campos técnico-assistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural, tal como proposto por Amarante (2010), possibilitou a ampliação e compreensão de toda a lógica da Reforma Psiquiátrica, o que deve contribuir diretamente para o processo de consolidação das Redes de Atenção Psicossocial.

É na imersão e aprofundamento na discussão das políticas públicas de saúde que podemos identificar a incoerência entre algumas estratégias adotadas pelo estado de São Paulo em relação àquelas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, especialmente na Política de Atenção aos Usuários de Drogas. Enquanto o Ministério da Saúde tem estimulado a ampliação do acesso às ações de saúde mental através da Atenção Básica, CAPS e outros pontos de atenção, o estado de São Paulo tem incentivado a internação em Comunidades Terapêuticas, sendo esse procedimento um dos únicos incentivos financeiros disponibilizados pelo estado para o desenvolvimento das ações em saúde mental.

É necessário que municípios, estado e união garantam políticas de saúde pautadas nas necessidades da população, observando as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, criticando toda e qualquer forma distorcida e desqualificada de oferta de serviços e programas. Frente ao histórico de segregação e privação de direitos dos portadores de transtornos mentais, é inadmissível, nos dias atuais, qualquer retrocesso ou manipulação de estratégias que visam ao interesse de determinados grupos sociais e políticos. O alinhamento conceitual, político e ideológico deveria estender-se também às secretarias e ministérios do país. Como exemplo, citamos diferentes posturas frente às estratégias de ação para pessoas com uso abusivo de álcool e drogas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, atualmente vinculada ao Ministério da Justiça. À medida que o Ministério da Saúde incentiva uma linha de cuidado voltado para redução de danos e inclusão dos usuários aos serviços de saúde, o Ministério da Justiça apresenta características que remetem à postura proibicionista, o que contribui significativamente para o distanciamento de usuários dos equipamentos sociais e de saúde. A questão do controle do uso/abuso de drogas tem

sido carregada de forte componente ideológico, em detrimento do uso de evidências clínicas e científicas.

Quanto à metodologia utilizada na elaboração da RAPS, avaliamos que foi prática e funcional, possibilitando o alcance dos objetivos propostos. Posteriormente, a mesma metodologia foi aplicada nas outras seis regiões de saúde do DRS XV – São José do Rio Preto, com obtenção de resultados próximos ao apresentado nesse trabalho. Uma das razões para o sucesso da metodologia é a troca de conhecimentos e experiências a partir da realidade vivenciada pelos participantes, considerando todas as dificuldades e particularidades enfrentadas no dia a dia dos gestores. A dinâmica aplicada favoreceu o processo de aprendizagem e construção coletiva. Menciono, como ganho essencial, a melhora da consolidação da RAPS, que poderá proporcionar qualificação da assistência e ampliação do acesso às demais áreas do cuidado à saúde. Somente na Atenção Básica, a região de Saúde passará de uma cobertura de ESF da ordem de 60% para 85%, correspondendo, aproximadamente a 256.000 habitantes vinculados a um novo modelo de atenção que apresenta como característica principal o vínculo com o usuário, a coordenação do cuidado e a ordenação da rede de atenção à saúde.

Por fim, compartilho a inquietação e o desafio que esse trabalho deixa ao findar a elaboração do Plano de Ação Regional. Todos esses esforços tiveram como objetivo a busca da implantação de serviços sabidamente efetivos quando avaliados isoladamente; entretanto, não se têm, ainda, evidências científicas quanto à real efetividade da RAPS após a implantação e integração de todos os pontos de atenção previstos. Para avaliar o resultado aplicado deste trabalho é recomendável novos estudos no sentido de avaliar a efetividade, qualidade, assim como as possibilidades e limites dessa nova formatação de cuidados em saúde mental.

6.1 SOBRE OS DESDOBRAMENTOS DA EXPERIÊNCIA

Mesmo em curto espaço de tempo, foram notórios os avanços constatados a partir do movimento de construção do Plano de Ação da RAPS na Região. Tal afirmativa se estende aos demais setores, além da Saúde, que também vivenciam as demandas da saúde mental no cotidiano de trabalho. Nesse sentido, o movimento disparado incluiu o Ministério Público nas discussões visando à ampliação da

compreensão dos componentes e pontos de atenção da RAPS. Hoje é possível reconhecer que a atuação do Ministério Público da região tem-se voltado para a implantação dos serviços de saúde preconizados na portaria que instituiu a RAPS e não somente para determinação de internações compulsórias. Essa aproximação com o Ministério Público tem contribuído inclusive para a composição do Consórcio Intermunicipal de Saúde, pois, sem a implantação desse importante dispositivo, todo o processo de consolidação da RAPS seria inviabilizado por questões legais. Esse dispositivo possibilita a otimização de recursos e garante a legalidade da transferência de recursos públicos com baixo risco de inadimplência. Nesse sentido, o consórcio se demonstrou uma importante ferramenta para superar essas barreiras, pois favorece todo o processo de pactuação e negociação de serviços regionais.

Apoiando o trabalho em redes, o NASF será implantando em todos os municípios, sendo que atualmente apenas dois municípios dispõem desse serviço. Essa iniciativa expressa a valorização e reconhecimento da atenção primária à saúde no processo de descentralização das ações de saúde mental, ocupando sua função de ordenadora da rede e de coordenadora do cuidado. A apropriação e valorização do cuidado pela Atenção Básica parte do reconhecimento dos gestores das atribuições desse nível de atenção, em acordo com as diretrizes da política de Saúde Mental para municípios de pequeno porte, até então desconhecidas pelos participantes do grupo.

No mesmo sentido, podemos observar a melhora nos serviços de Atenção Especializada em Saúde Mental e nos Serviços de Urgência e Emergência e, principalmente, na compreensão do cuidado em saúde mental com diminuição do estigma e do preconceito. Concretamente, podemos encontrar na região alguns resultados proporcionados pela mobilização no processo de elaboração da RAPS. Como exemplo, citamos a implantação de um CAPS II (o primeiro da região de saúde), três equipes de ESF e duas Equipes de NASF, todos situados no município de Catanduva. Foram ainda, solicitadas pelo mesmo município e aprovadas a implantação de um CAPS AD, de uma equipe de Consultório na Rua, de uma Equipe de Desinstitucionalização e de duas Residências Terapêuticas, faltando apenas a disponibilização do incentivo federal para a implantação dos serviços.

De acordo com os dados do sistema de informação do município de Catanduva, WebCAS, no mês de setembro de 2014, anteriormente, portanto, ao presente trabalho, a fila de espera para consultas psiquiátricas em CAPS II contabilizava o total de 1.224

usuários. Mediante a reorganização da RAPS municipal, com implantação e integração dos serviços mencionados anteriormente, a fila de espera foi zerada no prazo de oito meses e os serviços vêm-se consolidando como referência no quesito integração e qualificação do cuidado, inclusive recebendo visita técnica de outros municípios para conhecer o processo de trabalho e integração junto ao NASF e ESF.

Em relação aos demais municípios, podemos mencionar a solicitação de um CAPS I em Novo Horizonte, duas ESF e um NASF em Ariranha, uma ESF e um NASF em Fernando Prestes, uma ESF, um NASF e um CAPS I regional em Pirangi, um NASF em Irapuã, um NASF em Palmares e um NASF em Itajobi, demonstrando que a Atenção Básica também ficou fortalecida.

Finalizamos esse trabalho destacando o papel do pesquisador como coordenador das atividades, promovendo as articulações necessárias para o cumprimento do objetivo proposto. Tal função assemelha-se ao de apoiador institucional, na medida em que promove a “produção de análise e transformação dos processos de trabalho e dos modos de relação entre sujeitos em uma organização” (OLIVEIRA, 2011, p.46). Para Bertussi (2010), um trabalhador, que inicie a sua jornada como apoiador institucional, poderá fazer uso de ferramentas necessárias à “função” de forma que se torne: a) articulador: produzindo conexão, considerando as singularidades de cada qual e a diversidade e mobilidade dos possíveis encontros entre sujeitos; b) educador: agindo pedagogicamente, tomando o mundo do trabalho como matéria prima para o aprendizado; c) escutador/observador: agindo a partir da observação do cotidiano, dos movimentos da equipe e de seu contexto, sempre aberto à escuta; d) facilitador: promovendo processos que contribuam para colocar as potências dos sujeitos e dos coletivos em evidência; e) negociador: mediando e buscando compatibilizar os interesses distintos envolvidos na formulação dos acordos e projetos comuns..

A disseminação de profissionais que desempenhem esse papel se torna cada vez mais indispensável, ao levar em consideração a complexidade e variedade de serviços e saberes existentes no território, versus o desafio da integralidade. Pode-se observar, nas entrelinhas deste trabalho, o breve relato de uma experiência na função de apoiador institucional. Ainda que não se possa afirmar se a experiência foi totalmente exitosa, reconhece-se que ela colaborou efetivamente para a superação de uma fragilidade institucional que perdurava por vários anos, identificada a partir das necessidades de saúde de uma região.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguiar KF, Rocha ML. Práticas Universitárias e a Formação Sócio-política. Anuário do Laboratório de Subjetividade e Política. 1997(3/4): 87-102.

Almeida GH. Acolhimento e tratamento de portadores de esquizofrenia na Atenção Básica: a visão de gestores, terapeutas, familiares e pacientes [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2010.

Amarante P. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: Fim de século: ainda manicômios? MIA Fernandes, IR Scarcelli, ES Costa (Org.), São Paulo: IPUSP; 1999. P.47-53.

Assis J, Barreiros CA, Jacinto ABM, Kinoshita, RT, Macdowell, PL, Mota, TD et al. Política de saúde mental no novo contexto do Sistema Único de Saúde: regiões e redes. Divulgação em Saúde Para Debate. 2014; 52: 88-113.

Bertussi, DC. O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde [Tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina da UFRJ; 2010.

Bogdan R, Biklen S. Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos. Portugal: Porto Editora; 1994.

Bordenave JD, Pereira AM. Estratégias de ensino aprendizagem. Petrópolis: Vozes; 2004.

Borille DC, Paes MR, Brusamello T, Mazza VA, Lacerda MR, Maftum MA. et al. Construção de um marco de referência para o cuidado de enfermagem psiquiátrica. Ciência, Cuidado e Saúde. 2013; 12(3): 485-493.

Botega NJ. Comportamento suicida em números. Debates Psiquiatria Hoje. 2010; 2(1): 9-11.

Botega NJ. A National Survey of General Hospital Psychiatric Services in Brazil: I. Present status and trends. *Rev ABP-APAL*. 1997; 19(3): 79-86

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 8.080, 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. *Diário Oficial União*. 20 set 1990.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. *Diário Oficial União*. 5 mai.2000.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. SIAB: manual do sistema de Informação de Atenção Básica. Brasília (DF): 2003.

Brasil.. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005 Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. *Diário Oficial União*. 7 abr. 2005.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. 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. *Diário Oficial União*. 29 jun. 2011.

Bruffaerts R, Sabbe M, Demyttenaere K. Emergency psychiatry in the 21st century: critical issues for the future. *Eur J Emerg Med*. 2008; 15(5): 276-8.

Cordeiro, H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. *Cien Saúde Coletiva*. 2001; 6(2): 319-28.

Dawson B. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920: informe provisional presentado al Ministerio de Salud de la Gran Bretaña en 1920 por el Consejo Consultivo de Servicios Médicos y Afines. Washington. OPAS, 1964.

De Marco PF, Cítero VA, Moraes E, Nogueira LA. O impacto do trabalho em saúde mental: transtornos psiquiátricos menores, qualidade de vida e satisfação profissional. *J Bras Psiquiatr.* 2008; 57(3):178-83.

Elias PE, Ferreira CW, Cohn A, Kishima V, Escrivão Jr. A et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciênc. saúde coletiva.* 2016; 11(3): 633-641.

Eytan A, Bovet L, Gex-Fabry M, Alberque C, Ferrero F. Patients' satisfaction with hospitalization in a mixed psychiatric and somatic care unit. *Eur Psychiatry.* 2004; 19(8): 499-501.

Flick U. Uma introdução à pesquisa qualitativa. Netz S, tradutor. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

Gonçalves RW, Vieira FS, Delgado PGG. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. *Rev. Saúde Pública Rev.* 2012; 46(1): 51-58.

Griswold KS, Servoss TJ, Leonard KE, Pastore PA, Smith SJ, Wagner C, Stephan M, Thrift M. Connections to primary medical care after psychiatric crisis. *J Am Board Fam Pract.* 2005; 18(3):166-72.

Hallak JE, Crippa JA, Vansan G, Zuardi AW. Diagnostic profile of inpatients as a determinant of length of stay in a general hospital psychiatric unit. *Braz J Med Biol Res.* 2003; 36(9):1233-40.

Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Resolução nº 273, de 17 de julho de 1991. *Diário Oficial União.* 18 jul 1991.

Kind L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. *Psicologia em Revista*. 2004; 10(15):124-36.

Macinko J, Almeida C, de Sá, PK. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. *Health Policy Plan*. 2007; 22(3):167-177.

Marshall Junior I, et al. *Gestão da qualidade*. 10. ed. Rio de Janeiro: Ed.FGV, 2010. (Série: Gestão empresarial)

Mendes EV. *A atenção primária à saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria nº 234, de 10 de fevereiro de 1992. Edita a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1992 (NOB-SUS/92). *Diário Oficial União*. 10 fev 1992; Seção 1:1584.

Ministério da Saúde. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. *Diário Oficial União*. 21 maio 1993.

Ministério da Saúde. Portaria SNAS/MS/ INAMPS nº 224, de 29 de janeiro de 1992. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. *Diário Oficial União* 1994; 30 jan.

Ministério da Saúde. Portaria nº 2203, de 5 de novembro de 1996. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html

Ministério da Saúde. Portaria nº 106, de 11 de Fevereiro de 2000. Cria os serviços residenciais terapêuticos em saúde mental, no âmbito do sistema único de saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais. Diário Oficial União. 14 fev 2000; Seção 1- p.49.

Ministério da Saúde. Portaria n.º 95, de 26 de janeiro de 2001. Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001. Diário Oficial. fev. 2001.

Ministério da Saúde. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Diário Oficial União. 20 fev 2002.

Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o dialogo necessários, Brasília: (DF); 2003.

Ministério da Saúde. Portaria nº 2.077/GM/MS, de 31 de outubro de 2003. Dispõe sobre a regulamentação da Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, nos termos de seu artigo 8º. Diário Oficial União. 4 nov 2003; Seção 1- p.43

Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. In: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos Depois de Caracas. Brasília (DF): OPAS; 2005.

Ministério da Saúde. Portaria nº 245, de 17 de Fevereiro de 2005. Destina incentivo financeiro para implantação de Centros de Atenção Psicossocial e dá outras providências. Diário Oficial União. 18 fev 2005; Seção 1- p.51

Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Diário Oficial União, 2006a; nº 39, seção 1, 23fev.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2. ed. Brasília (DF); 2008. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 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). Brasília (DF); 2010.

Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488/ GM, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial União. 24 out. 2011.

Ministério da Saúde. Portaria nº 3.090/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011. Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Diário Oficial União. 26 dez 2011; Seção 1- p.233.

Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 148, de 31 de janeiro de 2012. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.. Diário Oficial União. 01 fev 2012; Seção 1- p.33.

Ministério da Saúde. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Diário Oficial União. 26 jan 2012; Seção 1- p.46.

Ministério da Saúde. Portaria nº 123, de 25 de janeiro de 2012. Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por Município. Diário Oficial União. 26 jan 2012; Seção 1- p.46.

Ministério da Saúde. Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Diário Oficial União. 27 jan 2012; Seção 1- p.39.

Ministério da Saúde. Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Diário Oficial União. 26 jan 2012; Seção 1- p.45.

Ministério da Saúde. Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Diário Oficial União. 27 jan 2012; Seção 1- p.40.

Ministério da Saúde. Portaria nº 1.615, de 26 de julho de 2012. Altera o item II do artigo 9º e os artigos 12º e 13º da Portaria nº 148/GM/MS, de 31 de janeiro de 2012, que define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Diário Oficial União. 27 jul 2012; Seção 1- p.28.

Ministério da Saúde. Portaria nº 3.124 de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para

populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Diário Oficial União. 31 dez 2012; Seção 1- p.223.

Ministério da Saúde. Portaria nº 1.511/GM/MS, de 24 de julho de 2013. Reajusta o valor do auxílio-reabilitação psicossocial, instituído pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Diário Oficial União. 25 jul 2013; Seção 1- p.36.

Ministério da Saúde. Portaria nº 1.966, de 10 de setembro de 2013. Altera os incisos III e VI do art. 1º da Portaria nº 3.089/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011.. Diário Oficial União. 11 set 2013; Seção 1- p.35.

Ministério da Saúde. Portaria nº 2.840/GM/MS de 2014. Cria o Programa de Desinstitucionalização integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e institui o respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. Diário Oficial União. 30 dez 2014; Seção 1- p.54

Ministério da Saúde. Portaria nº 3.089, de 11 de dezembro de 2013. Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Diário Oficial União. 26 dez 2012; Seção 1- p.232

Ministério da Saúde. Portaria nº 3088, de 23 de dezembro 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. Diário Oficial União. 26 dez 2011; Seção 1- p.230.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Acompanhamento e Avaliação. Instrutivo do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB. Brasília (DF); 2011.

Ministério da Saúde. Portaria nº 548, de 4 de abril de 2013. Define o valor de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para os Núcleos de Apoio à Saúde

da Família (NASF) modalidade 1, 2 e 3. Diário Oficial União. 5 abr 2013; Seção 1-p.59.

Ministério da Saúde. Republicação da 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. Nº 97. Diário Oficial União. 21 mai 2013; Seção 1:37.

Morais APP, Tanaka OY. Apoio matricial em saúde mental: alcances e limites na atenção básica. Saude soc. 2012; 21(1):161-170.

Moreira MIC. Pesquisa-intervenção: especificidades e aspectos da interação entre pesquisadores e sujeitos da pesquisa. Rio de Janeiro: Nau; 2008.

Nascimento LC, Rocha SMM, Hayes VE. Contribuições do genograma e do ecomapa para o estudo de famílias em enfermagem pediátrica. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2005 [acesso em 27 fev 2016]; 14(2): 280-286. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000200017&lng=en.

Oliveira A, Alessi N. Cidadania: instrumento do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. Ciênc saúde coletiva. 2005; 10(1): 191-203.

Oliveira GN. Devir apoiador: uma cartografia da função apoio [tese de doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 2011.

Oliveira MD, Oliveira RD. Pesquisa social e ação educativa: conhecendo a realidade para poder transformá-la. In: Brandão CR, organizador. Pesquisa participante. São Paulo: Brasiliense; 1985. p. 17-33.

Organização Mundial da Saúde. Relatório da Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. Brasília: UNICEF; 1979.

Organização Mundial da Saúde. Suicide prevention. Geneva; 2000.

Organização Mundial da Saúde. Salud mental y desarrollo: poniendo a las personas con problemas de salud mental como um grupo vulnerable. Genebra: 2010.

Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial de Saúde 2008: atenção primária em saúde: agora mais que nunca . Geneva: OMS; 2010.

Organização Pan Americana de Saúde. Resolución CD49.R22: redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria de salud. Washington: OPS; 2009.

Organização Pan Americana de Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS - Contribuições para o debate. Brasília(DF); 2011.

Oyewumi LK, Odejide O, Kazarian SS. Psychiatric emergency services in a Canadian city: I. Prevalence and patterns of use. Can J Psychiatry. 1992; 37(2): 91-5

Patrício ZMA. Dimensão felicidade-prazer no processo de viver saudável: uma questão bioética numa abordagem holístico-ecológica [tese de doutorado]. Florianópolis: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 1995.

Prates MML, Garcia VG, Moreno DMFC. Equipe de apoio e a construção coletiva do trabalho em Saúde Mental junto à Estratégia de Saúde da Família: espaço de discussão e de cuidado. Saude soc. [Internet]. 2013 [acesso em 14 fev 2016; 22(2): 642-652. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000200031&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000200031>.

Quinderé PHD, Jorge MSB. (Des)construção do modelo assistencial em saúde mental na composição das práticas e dos serviços. Saude soc. [Internet]. 2010 [acesso em 13 fev 2016]; 19(3): 569-583. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01042902010000300009&lng=en.

Rezende AC, Santos C, Biazini H, Miranda MM, Carvalho LEM. Diagnóstico Situacional da Unidade Básica de Saúde Barreiro de Cima [internet]. UFMG, 2010 [acesso em jul 2012]. Disponível em: https://www.ufmg.br/portalprosaudebh/images/pdf/BC_diagnostico.pdf

Rotelli F. A instituição inventada. In: Nicácio F (org.). Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 2001.

Sá PK. Integralidade da Atenção no Programa Médico de Família de Niterói /RJ [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2003.

Santos JRP. Os desafios da conformação das redes de atenção à saúde no Brasil. [tese de doutorado]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2013. [acesso em 23 jun 2014]. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/13283>

Santos AFO, Cardoso CL. Profissionais de saúde mental: estresse e estressores ocupacionais em saúde mental. *Psicol. estud.*, Maringá. [internet] 2010 [acesso em 13 fev 2016]; 15(2): 245-253. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14133722010000200003&lng=en&nrm=iso.. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722010000200003>.

São Paulo (Estado). Resolução SS n. 187, de 05 de Dezembro de 2008. Dispõe sobre o Projeto de apoio técnico de Saúde do SUS/SP, monitoramento e avaliação da Atenção Básica e dá providências correlatas. *Diário Oficial do Estado de São Paulo*. 13 jan. 2009;7; Seção 1: 1.

São Paulo (Estado). Decreto nº 61.674, de 2 de dezembro de 2015. Reorganiza o “Programa Estadual de Enfrentamento ao Crack” – “Programa Recomeço”, que passa a denominar-se Programa Estadual de Políticas sobre Drogas – “Programa Recomeço:

uma vida sem drogas”. Diário Oficial do Estado de São Paulo, 03 dez. 2015; Seção 1, p.1.

Severo AKS, Dimenstein M, Brito M, Cabral C, Alverga AR. A experiência de familiares no cuidado em saúde mental. Arq bras. psicol. [Internet] 2007, [acesso em 13 fev 2016]; 59(2): 143-155. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672007000200005&lng=pt.

Severo AK, Dimenstein M. Rede e intersetorialidade na atenção psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. Psico. cienc. prof. [internet], Brasília, 2011 [acesso em 13 fev];31(3):640-655. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14148932011000300015&lng=en&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932011000300015>.

Souza AC, Rivera FJU. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. Rev. Tempus Actas de Saúde Coletiva [internet], 2010 [acesso em 7 out 2014]. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/945/891>.

Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Cad. Saúde Pública. 2008; 24(Sup1), S100-S110.

Souza HM, Sampaio LFR. Atenção Básica: política, diretrizes e modelos no Brasil. In: Negri B, Faria R, Viana L, organizadores. Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas; 2002. p. 9-31.

Thornicroft G, Tansella M. Balancing community-based and hospital-based mental health care. World Psychiatry. 2002; 1(2):84-90.

World Health Organization. The world report 2001. Mental health new understanding newhope. Genebra: WHO; 2001.

World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. WHO:2014, Geneva, Switzerland.

Woo BK, Sevilla CC, Obrocea GV. Factors influencing the stability of psychiatric diagnoses in the emergency setting: review of 934 consecutively inpatient admissions. *Gen Hosp Psychiatry*. 2006; 28(5): 434-6.

World Health Organization. World Organization of Family Doctors. Integrating mental health into primary care: a global perspective. [internet] [acesso em 14 fev 2016]. Genebra: 2008. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/resources/mentalhealth_PHC_2008.pdf .

Vitale, MA. Trabalho Psicodramático com Genograma em Terapia de Casais. In: Vitale MA, organizador. *Laços Amorosos. Terapia de Casal e Psicodrama*. (pp.234-250), São Paulo: Ágora; 2004.

Ximenes NFR, Felix RMS, Oliveira, EM, Jorge, MSB. Concepções, conhecimentos e práticas dos enfermeiros ao cuidar de sujeitos com diagnóstico de depressão: um olhar para o território da atenção primária a saúde. *Enfermeria Global* [internet]. [acesso em 14 fev 2016]. 2009(16). Disponível em scielo.isciii.es/pdf/eg/n16/pt_clinica5.pdf.

Zgiet J. Reforma psiquiátrica e os trabalhadores da saúde mental: a quem interessa mudar? *Saúde em Debate*. 2013;37(97). [Internet]. [Acesso em 13 fev 2016]. Disponível em :http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01031042013000200013&lng=en.

ANEXO I



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
INSTITUTO DE SAÚDE
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva
 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Projeto: Processo de construção de Rede de Atenção Psicossocial em uma região do estado de São Paulo

Estou realizando um estudo sobre o processo de construção de uma Rede de Atenção Psicossocial na CIR Catanduva. Para tanto, estou convidando os articuladores da atenção básica, interlocutores e gestores municipais de saúde dos 19 municípios da região, tal participação se faz necessário haja vista a importância que estes assumem no planejamento, pactuação e consolidação das políticas pública de saúde na região. As informações veiculadas e as discussões feitas pelo grupo de que o (a) Senhor (a) esta sendo convidado a participar serão importantes para analisar a situação dos serviços de Saúde Mental e para a construção de uma Rede de Atenção Psicossocial na região de Catanduva. Para tanto, solicito sua colaboração no sentido de participar de cinco reuniões quinzenais, com duração aproximada de duas horas, que ocorrerão no espaço do Fórum de Saúde Mental. As reuniões serão gravadas e as informações fornecidas serão sigilosas e confidenciais. Seu nome não será identificado nos relatórios e documentos resultantes desta pesquisa. No entanto, trechos de suas falas poderão fazer parte de relatórios e publicações científicas.

Caso aceite participar, está garantido seu direito de interromper sua participação a qualquer momento da pesquisa. Sendo assim, asseguro que esse estudo não apresenta nenhum tipo de risco para sua atividade profissional ou para sua vida pessoal.

Este termo de consentimento é apresentado em duas vias, sendo que uma cópia ficará com o participante e a outra com o responsável pela pesquisa.

Para qualquer dúvida ou esclarecimentos relacionado ao desenvolvimento da pesquisa, favor entrar em contato através do e-mail: ti.aps@hotmail.com ou pelo telefone: (17)3521-3721.

Em caso de dúvidas aos procedimentos éticos da pesquisa, favor entrar em contato através do e-mail: etica@isaude.sp.gov.br ou pelo telefone (11) 3116-8597

Eu _____ concordo em participar desta pesquisa.

Data ____/____/____

Assinatura _____ (Entrevistado)

 Tiago Aparecido da Silva
 Pesquisador responsável

ANEXO II



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO – DRS-XV

CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Eu, **Claudia Ferreira F. Monteiro**, Diretora Técnica de Saúde III declaro estar informada(o) da metodologia que será desenvolvida na pesquisa **Processo de Construção da Rede de Atenção Psicossocial em uma Região do Estado de São Paulo**, coordenada por **Tiago Aparecido da Silva** e de que o projeto de pesquisa está vinculado ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde. Ciente de que sua metodologia será desenvolvida conforme os princípios da ética em pesquisa realizada com seres humanos vigentes no país, e que esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.

São José do Rio Preto, 25 de Fevereiro de 2015.



Claudia Ferreira F. Monteiro
Diretora Técnica de Saúde III – DRS XV

ANEXO III

INSTITUTO DE SAÚDE CEPIS -
SP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM UMA REGIÃO DO ESTADO DE SÃO PAULO

Pesquisador: TIAGO APARECIDO DA SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 42530115.9.0000.5469

Instituição Proponente: Instituto de Saúde CEPIS - SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.032.990

Data da Relatoria: 23/04/2015

Apresentação do Projeto:

O estudo qualitativo pretende construir uma rede de atenção a saúde mental a partir das demandas e necessidades dos profissionais da região.

Objetivo da Pesquisa:

O estudo se propõem a ampliar o conhecimento sobre as demandas e atendimentos à saúde mental (SUS) na região Catanduva que possam subsidiar a construção de uma Rede de atenção Psicossocial na região de Catanduva.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não existe risco.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo irá contribuir para melhor atenção a saúde psicossocial da região de Catanduva e fornecerá subsídios, se publicado, às outras regiões do país.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados adequadamente os termos necessários: Folha de Rosto, descrição do projeto, Carta de autorização da Diretora Região XV para realização do Projeto, Roteiro para a realização dos grupos e TCLE adequado.

Endereço: Rua Santo Antônio, 590 - 1º andar
Bairro: Bela Vista **CEP:** 01.314-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3116-8597 **Fax:** (11)3116-8523 **E-mail:** cepis@isaude.sp.gov.br