

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE
ORGANIZAÇÕES E SISTEMAS PÚBLICOS (PPGGOSP)

Fernando Calzavara de Oliveira

Implementação da rede de atenção psicossocial (RAPS)
no contexto na política de saúde mental do município de
São Carlos/SP (2010-2015)

SÃO CARLOS / SP

2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE
ORGANIZAÇÕES E SISTEMAS PÚBLICOS (PPGGOSP)

Fernando Calzavara de Oliveira

**Implementação da rede de atenção psicossocial (RAPS)
no contexto na política de saúde mental do município de
São Carlos/SP (2010-2015)**

Texto apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organizações e Sistemas Públicos sob a orientação da Prof^a Dra. Carolina Raquel Duarte de Mello Justo, a fim de atender aos requisitos para obtenção do título de Mestre em Gestão de Organizações e Sistemas Públicos.

SÃO CARLOS / SP

2016

Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da Biblioteca Comunitária UFSCar
Processamento Técnico
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

O48i Oliveira, Fernando Calzavara de
Implementação da rede de atenção psicossocial
(RAPS) no contexto na política de saúde mental do
município de São Carlos/SP (2010-2015) / Fernando
Calzavara de Oliveira. -- São Carlos : UFSCar, 2016.
128 p.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de
São Carlos, 2016.

1. Saúde mental. 2. Implementação. 3. Rede. 4.
Políticas públicas. I. Título.

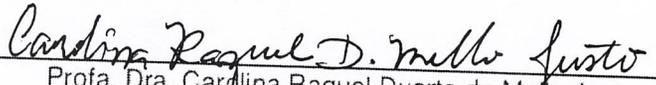


UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

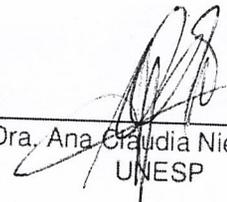
Pró-Reitoria de Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organizações e Sistemas
Públicos

Folha de Aprovação

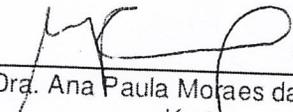
Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado do candidato Fernando Calzavara de Oliveira, realizada em 05/05/2016:



Profa. Dra. Carolina Raquel Duarte de Melo Justo
UFSCar



Profa. Dra. Ana Cláudia Niedhardt Capella
UNESP



Profa. Dra. Ana Paula Moraes da Silva Maccafani
Kroton

LISTA DE SIGLAS:

AB- Atenção Básica

ARES - Administração Regional de Saúde

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD- Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas

CAPS i - Centro de Atenção Psicossocial para atendimento a crianças e Adolescentes

CF- Constituição Federal;

CNES- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde;

DATASUS- Departamento de Informática do SUS;

DRS - Departamento Regional de Saúde;

GM- Gabinete do Ministro;

LOS - Lei Orgânica da Saúde;

NASF- Núcleo de Atenção a Saúde da Família

NOAS-Norma Operacional de Assistência a Saúde;

NOB- Norma Operacional Básica;

MS - Ministério da Saúde;

PNAB- Política Nacional de Atenção Básica;

PSF- Programa de Saúde da Família;

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial;

SMS- Secretaria Municipal de Saúde;

SUS - Sistema Único de Saúde;

RESUMO:

A Portaria de nº 3088, de 23 de Dezembro de 2011, estabelece no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e da política de saúde mental no Brasil a diretriz de formação e implementação da rede de atenção psicossocial. Considerando a necessidade de que o SUS: 1) incentive a formação de uma rede de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas; bem como 2) amplie e diversifique a oferta de serviços para esta mesma população, buscamos por meio desta pesquisa analisar em que medida e de que modo esta política vem sendo implementada no contexto da política de saúde mental do município de São Carlos-SP. Portanto, o objetivo do estudo foi verificar se estão sendo implementados meios inovadores de gestão intersetorial, integrada e articulada, que confirmem eficácia à atenção psicossocial, nos moldes preconizados pelo SUS para a saúde mental, e identificar quais são estes possíveis mecanismos, a fim de produzir recomendações de procedimentos para o ganho de eficácia da gestão descentralizada desta política que possam ser replicados em outros municípios, a depender das maiores ou menores especificidades e empecilhos encontrados. Em face da identificação de características de fragmentação da mesma durante o processo de implementação, foi possível criar um retrato, a fim de se identificar possíveis variáveis relacionadas a essa configuração atual. A metodologia utilizada foi de estudo de caso único incorporado, (YIN, 2005), e os dados coletados através de observação empírica, da aplicação de roteiro de entrevista semiestruturada com os gestores que coordenam os serviços, bem como agentes implementadores; e por meio de pesquisa documental junto aos prontuários do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS AD São Carlos, entre os períodos de 2010 a 2012. Com isso, concluímos que a implementação da política da RAPS no município de São Carlos encontra-se fragilizada em virtude: 1) de sua condição atual de formação, 2) dos efeitos em sua estruturação dos diferentes modelos de cuidado em saúde mental que se sobrepõem, bem como 3) da ação de atores que produzem como resultado o conflito e não a cooperação.

Palavras-chave: Saúde mental, Implementação, rede, políticas públicas.

SUMMARY:

The Ordinance No. 3088, of December 23, 2011, establishes the framework the Unified Health System (SUS) and the mental health policy in Brazil formation guideline and implementation of psychosocial care network .Considering the need for the SUS: 1) encourage the formation of a network integrated, coordinated and effective mental health in different parts of attention to meet people with suffering or mental disorder and needs arising from the consumption of alcohol, crack and other drugs; besides 2) expand and diversify the provision of services to the same population, we seek through this research to analyze to what extent and how this policy is being implemented in the context of mental health policy of São Carlos city at São Paulo State. However, the objective of the study was to verify whether they are being implemented innovative means of intersectoral management, integrated and articulated, that confer efficacy to psychosocial care, along the lines adopted by SUS for mental health, and identify what are these possible mechanisms in order to make recommendations for procedures the gain in efficiency of decentralized management of this policy can be replicated in other cities depending on the higher or lower specificities and obstacles discovered. From the identification fragmentation characteristics of the same during the process of implementation, it was possible to create a picture in order to identify possible variables related to this current configuration. The methodology used was embedded single case study (Yin, 2005), and data collected through empirical observation, semi structured interview script application with managers who coordinate services and agents implementers, and through documentary survey of the records Psychosocial Care Center Alcohol and Drugs- CAPS AD from Sao Carlos city, between 2010 the 2012. Finally, we concluded that the implementation of RAPS policy in São Carlos city is weakened because of: 1) his condition current training, 2) the effects on structuring of the different models of mental health care that overlap, and 3) the action actors who produces conflict and not cooperation.

Keywords: Mental health, implementation, network, public policy

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Wilson e Maria José, que sempre incentivaram e deram apoio para que buscasse realizar meus objetivos de vida. Ao meu irmão, familiares e amigos que se fizeram presentes ao longo de minha trajetória pessoal e profissional.

Ao meu filho João, pela paciência e compreensão em entender os momentos em que não pude lhe dedicar tanta atenção.

À minha orientadora Carolina Raquel pelo respaldo e confiança em comprar minhas idéias.

Às professoras Dra Ana Cláudia Niedhart Capella e Dra. Ana Paula Moraes da Silva Maccafani por terem aceitado prontamente convite para participar de banca examinadora.

Aos professores Dr. Wagner de Souza Leite Molina e Dr. Thalles Hadad Novaes de Andrade pelas contibiuições e sugestões para modificações no trabalho.

À equipe do CAPS-AD pelo apoio na realização de meu trabalho, nas pessoas do Thiago, Priscila, Ana Carolina Acorinte, Ana Dellapina, Adriano, Gisele, Ubiratan, Laureano, Simone, Conceição, Wilson, Roberto, Carolina Marques, Jonatan, Antonio, Cenise, Serrano, Branca.

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Figura 01- Tabela com descrição de variáveis para análise de contexto.....	16
Figura 02- Tabela de distribuição das unidades de saúde por regional.....	21
Figura 03- Tipos administrativos dos serviços de saúde em São Carlos-SP....	22
Figura 04- Mapa de localização territorial dos serviços de saúde.....	23
Figura 05- Organograma da estrutura de saúde mental.....	24
Figura 06- Tabela com perfil dos entrevistados.....	26
Figura 07- Fluxograma dinâmica de interação política de saúde mental.....	50
Figura 08- Representação gráfica do processo de implementação da RAPS...	52
Figura 09- Tabela representativa de variáveis relacionais a categorias.....	53
Figura 10- Gráfico distribuição de atendidos por região de saúde (2010)	56
Figura 11- Gráfico demanda inicial CAPS-AD (2010).....	56
Figura 12- Gráfico origem do encaminhamento (2010).....	57
Figura 13- Gráfico distribuição de atendidos por região de saúde (2011).....	57
Figura 14- Gráfico demanda inicial CAPS-AD (2011).....	58
Figura 15- Gráfico origem do encaminhamento (2011).....	59
Figura 16- Gráfico distribuição de atendidos por região de saúde (2012).....	60
Figura 17- Gráfico demanda inicial CAPS-AD (2012)	60
Figura 18- Gráfico origem do encaminhamento (2012).....	61

SUMÁRIO:

Apresentação.....	01
1. Introdução.....	05
1.1 A Política de Saúde Mental e a Estruturação da RAPS	07
1.2 Políticas Públicas e a Diemensão localda RAPS	11
2. Objetivos	18
3. Método	19
3.1 Tipo de Estudo.....	22
3.2 Caracterização da Política de Saúde Municipal.....	22
3.3 Participantes da pesquisa	26
3.3.1 Caracterização Geral Participantes da Pesquisa	27
3.4 Coleta de Dados.....	28
3.5 Aspectos Éticos.....	28
4. Resultados.....	28
4.1 Análise dos Dados de entrevista	28
4.2 Caracterização dos dados em prontuário.....	47
5. Discussão	53
6. Considerações Finais.....	59
7. Produto	64
8. Bibliografia	65
APENDICE A - Roteiro de Entrevista.....	70
APENDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	73
APENDICE C - Ofício Secretaria Municipal de Saúde	75
ANEXO A - Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011	76
ANEXO B - Lei orgânica da Saúde (8080/01- Art 8º).....	89
ANEXO C -Plano de Ação Regional da Rede de Atenção Psicossocial	90
ANEXO D -Estrutura Organizacional Secretaria Municipal de Saúde.....	117
ANEXO E - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.....	118
APENDICE D- Guia de Serviços da RAPS de São Carlos.....	119

“...falar e pensar o que acontece diariamente nos vários fronts de trabalho , em uma rede substitutiva ao manicômio e à segregação social, é abrir-se para olhar multiplicidades de acontecimentos e fazeres, bem como as implicações dos vários sujeitos em relação e ação” (MERHY. E. E, 2007)

APRESENTAÇÃO

Foi por meio da elaboração de projeto para implantação do serviço de consultório na rua¹, junto ao município de São Carlos-SP que me deparei de forma mais direta com a realidade da política de saúde mental local, bem como de seus serviços de referência para o atendimento de usuários de álcool e outras drogas ou transtorno mental, respectivamente o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e Centro de Atenção Psicossocial II. Na ocasião, vinha de experiência profissional anterior junto ao Serviço de Atendimento à População em Situação de Rua (Centro POP) que se insere na política de Assistência Social. No decorrer do tempo, apesar da não efetivação da proposta de atendimento, houve a iniciativa de realização de levantamento de parte dos serviços que compõem a rede de atenção em saúde e da demanda existente na ocasião em saúde mental. Até então, minha visão sobre a rede era bastante incipiente, porém já reconhecia, entre outros aspectos, que a ausência de integração entre os serviços e a baixa frequência de comunicação como fatores que geravam empecilhos para a efetivação do trabalho cotidiano e resolutividade dos casos de atendimento em saúde mental.

Com isso, tendo ingressado posteriormente como aluno no Programa de Pós Graduação em Gestão de Organizações e Sistemas Públicos, PPGGOSP da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), identifiquei nessa temática, possível objeto de estruturação de projeto de pesquisa. Em paralelo, com a realização de etapa de levantamento bibliográfico dei-me conta do possível

¹ O Consultório na Rua foi instituído pela Política Nacional de Atenção Básica, em 2011, e visa a ampliar o acesso da população de rua aos serviços de saúde, ofertando, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde para esse grupo populacional, o qual se encontra em condições de vulnerabilidade e com os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados (Fonte: Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde)

entrelaçamento a ser estabelecido com as diretrizes presentes na portaria do Ministério da Saúde nº 3088/2011 que instituiu criação da Rede de Atenção Psicossocial, e busquei a formalização deste projeto correlacionando a minha prática de trabalho junto ao Centro de Atenção Psicossocial-CAPS AD.

Tal direcionamento mostrou-se pertinente também em razão da existência de plano de ação regional da rede de atenção psicossocial que foi elaborado pelo Departamento Regional de Saúde (Araraquara-DRS III) em conjunto com os articuladores de saúde mental dos municípios da Região a ela vinculada e que prevê, entre outros aspectos, a necessária estruturação dos serviços que integram os pontos de atenção da RAPS, a fim de viabilizar etapa de qualificação da política de saúde mental; o que contribuiria por sua vez, com a formação de uma rede de atendimento local melhor estruturada.

Com isso, na primeira parte desta pesquisa buscamos caracterizar o tema da formação de rede à luz das diretrizes de organização do Sistema Único de Saúde (SUS) em termos da lei orgânica de saúde Nº 8080/ 1990, e da literatura acerca da política de atendimento em saúde mental, em especial da lei que cria as bases para a reorientação do modelo assistencial em saúde mental (Lei 10.216 de 2001). Posteriormente, foram feitas considerações do tema abordado da formação em rede e por fim de seus desdobramentos em termos da interface com a literatura de políticas públicas, com especial ênfase na etapa de implementação.

Na segunda parte, é explicitada a metodologia utilizada e o levantamento dos dados que embasam o objetivo principal, que diz respeito à identificação da percepção de gestores e implementadores junto aos pontos de

atenção da RAPS quanto à organização atual da rede de atendimento em saúde mental.

Já na terceira e última parte, é feita a retomada do tema de pesquisa, tendo como referência a literatura que aborda a questão da implementação e do conceito de rede de atenção psicossocial, a fim de que se fundamente a análise e interpretação dos dados das entrevistas e levantamento documental, buscando-se a efetivação de sínteses e possíveis respostas às hipóteses apresentadas.

1- INTRODUÇÃO

Com a Portaria n.º 3.088, de 23 de Dezembro de 2011², do Ministério da Saúde, foi instituído no Sistema Único de Saúde (SUS) a implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com o objetivo de ampliação do acesso e qualificação dos serviços de saúde prestados às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Visto que a saúde no Brasil é um direito assegurado constitucionalmente com base em princípios como universalidade, equidade e integralidade, tem-se com a perspectiva da RAPS a manutenção de avanços sociais anteriormente assegurados.

A Constituição de 1988 trouxe importantes inovações no campo da saúde ao consagrar o direito à saúde e ao definir princípios e diretrizes para orientar a política setorial, os quais, formalmente, alteraram significativamente o padrão anterior, particularmente ao garantir o acesso universal, igualitário e gratuito às ações e serviços de saúde, que pode ser considerado o objetivo fundamental da reforma da política de saúde (MENICUCCI, 2008, pag 304).

Autores como Carrijo (2012) apontam, como marca da seção da saúde na Constituição Federal, a presença de uma concepção emancipatória de direitos dos cidadãos e de política social de seguridade e, a aceitação e incorporação de grande parte dos encaminhamentos do movimento social da reforma sanitária³ no Brasil.

As ações e serviços públicos de saúde, para se efetivarem segundo esses preceitos, passaram a integrar uma rede regionalizada e hierarquizada,

² Anexo 3

³ O termo movimento pela reforma sanitária denomina a ação de vários partidos, organizações profissionais e movimentos populares que buscavam elaborar uma política de saúde de caráter universal, com uma concepção ampliada de saúde que se expressasse em termos de direito social, de componente de cidadania”(Zioni & Almeida, 2008).

constituindo um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, com direção única em cada esfera de governo, atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade (Art. 198, Constituição Federal de 1988).

De acordo com Arretche (1999), ao longo dos anos 80, recuperaram-se as bases do Estado Federativo no Brasil. A democratização, a retomada de eleições diretas para todos os níveis de governo e a descentralização fiscal da Constituição de 1988 alteraram profundamente a natureza das relações intergovernamentais. Nesse contexto, os municípios adquiriram status equivalente ao dos demais entes federados, deixando de ser apenas executores das diretrizes advindas do Governo Federal e ganhando autonomia para execução das políticas públicas.

Segundo Trevisan (2007), no que se refere à política de saúde, as características próprias da ordem federativa brasileira foram utilizadas para acelerar o processo de municipalização do atendimento em saúde. À propósito da Lei Orgânica da Saúde, nº8.080 de 19 de Setembro de 1990, foram definidas competências específicas aos municípios no setor de saúde (Seção II - Art.18)⁴.

Nesse contexto, após o processo de redemocratização foram estabelecidas, em sintonia com o receituário internacional, medidas de ajuste e estabilização econômica, acompanhadas das reformas estruturais, em sentido inverso ao da ampliação das atribuições governamentais e dos direitos sociais recém- consagrados na Constituição de 1988 (MENICUCCI, 2008).

⁴ Anexo 4

Diante do aparente conflito de interesses entre o caráter universalizante expresso na lei do SUS e o contexto político e econômico vigente à época, que implicava no contingenciamento de verbas sociais, fez-se necessária a adoção de medidas que possibilitassem o equacionamento do problema. Para tanto, o Ministério da Saúde se utiliza ao longo da década de 90 de Normas Operacionais Básicas (NOB)⁵, que são orientações específicas e pactuadas, aceitas pelas representações nacionais dos secretários municipais e estaduais de saúde, visando à repartição orçamentária entre níveis de governo, à atribuição de titularidade para a gestão e a organização do modelo assistencial (COSTA; SILVA; RIBEIRO, 1999).

De acordo com Saito(2010),

os primeiros movimentos de implantação do SUS concentraram-se em efetivar a descentralização por meio da municipalização dos serviços e da gestão (Brasil, 2006). Os pressupostos operacionais da regionalização foram paulatinamente colocados, e as NOB destacaram aspectos relevantes da regionalização, reconhecendo-a como atributo necessário à concretização do princípio da integralidade no SUS.

A garantia de acesso a este princípio, bem como a perspectiva de direcionamento das ações de saúde de forma descentralizada e regionalizada são efetivadas por intermédio de uma rede de serviços que pretensamente deveriam funcionar de forma integrada e de modo a permitir o acesso a uma saúde de qualidade.

Segundo Santos (2008), na área pública, há anos tenta-se estruturar redes de serviços articulados e integrados como uma forma de garantir a efetividade das políticas públicas, uma vez que já se comprovou à exaustão que o modelo burocrático, estático, compartimentado, hierárquico e formal de

⁵NOB-SUS 01/91 (Resolução nº 258/91);NOB 92 (Portaria nº234/92) ; NOB-SUS 01/93 (Portaria nº 545/93), NOB-SUS 01/96 (Portaria nº2203/96)

Estado não é capaz de sustentar esses direitos, operando serviços na maioria das vezes com desperdício de tempo e recursos, gerando dificuldades em sua expansão e acesso.

Cecílio (2001) apresenta esta rede de articulação como sendo uma integralidade pensada no nível “macro”, ou ampliada.

Nos termos em que estes autores concebem a rede de atenção integrada e articulada, e pautada pelas normativas presentes ao longo do processo de construção do SUS, busca-se , por meio desta pesquisa avaliar o estágio atual de implantação da RAPS no contexto das ações voltadas à estruturação da política de saúde mental do município de São Carlos-SP. Para tanto, faremos uso de metodologia qualitativa, por meio da elaboração de estudo de caso único integrado, em busca de compreender a dinâmica de funcionamento de parte dos pontos que integram a rede de atenção psicossocial deste município.

Com isso, este trabalho justifica-se, tendo em vista não somente a necessidade de produção de conhecimento científico na área de políticas públicas em saúde e da elaboração de produtos que tragam melhoria em seus contextos de intervenção, mas também o intuito de oferecer subsídios para que se efetive o processo de implementação da RAPS em nível local. O trabalho pode contribuir também, para uma pretensa ampliação do interesse de gestores à frente dos equipamentos municipais quanto à modificação de processos de trabalho no âmbito da política de saúde mental local.

1.1 - A Política de Saúde Mental e a estruturação da RAPS.

A escolha pela realização desta pesquisa em torno da política de saúde mental deve-se, entre outros fatores, à necessidade de delimitarmos o campo

de análise, visto que a saúde representa uma área de grande abrangência em termos de investigação. Além disso, parte do processo vivenciado pelos agentes públicos em torno da criação, estruturação e fortalecimento do SUS guarda semelhança com os desdobramentos advindos da reforma psiquiátrica⁶ e da luta antimanicomial.

O início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da eclosão do movimento sanitário, nos anos 70, em favor de mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta de serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde, nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (BRASIL,2005).

Com a aprovação da lei federal nº10. 216, de 06/04/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais,é instituído no Brasil o marco legal que redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Nela encontra-se expresso o arcabouço legal que aponta, entre outros fatores, a adoção de uma lógica de tratamento de base territorial e comunitária, visando à reinserção social do paciente em seu meio.

Para Amarante (2007), o processo da Reforma Psiquiátrica exige um permanente processo de reflexões e transformações que ocorrem articuladas, não somente no campo teórico-conceitual, mas técnico-assistencial, jurídico-político e sócio-cultural.

Nesse sentido, as formas de tratamento em relação à loucura e/ou adoecimento mental, ou mesmo do uso de álcool e drogas passaram a ocorrer em espaços que não somente hospitalar. No que Andrade (2012) aponta , a fim

⁶ A atual política de saúde mental brasileira é resultado da mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da Saúde iniciada na década de 1980 com o objetivo de mudar a realidade dos manicômios onde viviam mais de 100 mil pessoas com transtornos mentais. O movimento foi impulsionado pela importância que o tema dos direitos humanos adquiriu no combate à ditadura militar e alimentou-se das experiências exitosas de países europeus na substituição de um modelo de saúde mental baseado no hospital psiquiátrico por um modelo de serviços comunitários com forte inserção territorial. Nas últimas décadas, esse processo de mudança se expressa especialmente por meio do Movimento Social da Luta Antimanicomial e de um projeto coletivamente produzido de mudança do modelo de atenção e de gestão do cuidado: a Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2013).

de se desinstitucionalizar certas práticas e costumes que tendem a isolar e dessocializar os enfermos, faz-se necessário pensar não somente o local de atuação, mas também a transformação das relações estabelecidas entre os profissionais de saúde e os sujeitos que sofrem psiquicamente.

No caso do Brasil, parte dessa mudança se deu com base na estruturação de equipamentos que pudessem figurar como substitutivos ao modelo hospitalar. Com isso, passaram a vigorar no âmbito da política pública de saúde mental os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS⁷. Segundo Campos & Furtado (2006),

Podemos apontar a aprovação da Lei nº10.216, da reforma psiquiátrica, da Portaria n.º 336/02 e da Portaria 189/02, que atualizam a Portaria n.º 224/92 e incorporam os avanços ocorridos na condução dos equipamentos substitutivos - a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que, entre outras coisas, consolidou o novo modelo assistencial dos CAPS e, finalmente, a experiência acumulada nos mais de dez anos de existência desses serviços como fatores decisivos na história recente para um substancial incremento dos CAPS no Brasil e para a relativização do papel (ainda) hegemônico dos hospitais psiquiátricos na atenção em saúde mental.

Tais equipamentos a fim de cumprirem a missão a que se destinam, pressupõem a necessidade de atuação em rede como desafio de articulação intersetorial. Segundo Amarante (2007), as políticas de saúde mental e atenção psicossocial devem organizar-se em “rede”, isto é, formando uma série de pontos de encontro, de trajetórias de cooperação, de simultaneidade de iniciativas e atores sociais envolvidos.

Diante da implantação da RAPS, amplia-se o conjunto de serviços em saúde que deverão se organizar de modo a seguir, entre outras diretrizes,

⁷ PORTARIA/GM nº 336- de 19 de Fevereiro de 2002.

organização em rede de atenção à saúde de forma regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado. Entre os componentes⁸ da Rede de Atenção Psicossocial estão equipamentos da atenção básica; atenção psicossocial especializada; atenção de urgência e emergência; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar; estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

Segundo Silva (2011),

as redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde oferecem condições estruturalmente mais adequadas para a efetivação da integralidade da atenção e reduzem os custos dos serviços, por imprimir uma maior racionalidade sistêmica à utilização de recursos.

Desta forma, tem-se como hipótese a se verificar por meio deste trabalho, entre outras, a possível ressonância desta forma de organização em rede junto à política de saúde mental do município de São Carlos, tendo em vista aspectos como: 1) a definição de critérios de prioridades em torno da agenda decisória da secretaria municipal de saúde; 2) a necessidade de alteração de fluxos de processos de trabalho entre os equipamentos de maneira articulada intersetorialmente e 3) a dinâmica geral de funcionamento estabelecido pelo governo municipal para a política, pautada por uma visão institucionalizada dos moldes anteriores, seja por meio das interações psiquiátricas, seja para tratamento de dependência química segundo a lógica manicomial⁹.

Por outro lado, pretende-se identificar os possíveis mecanismos de inovação em gestão e implementação intersetorial da política de saúde mental no município, através da realização de entrevistas, análise documental e

⁸ Artº5 da PORTARIA Nº3.088, de 23 de Dezembro de 2011.

⁹ A expressão manicômio, em substituição a hospital psiquiátrico, tem sido utilizada mais especificamente desde 1987, como uma estratégia do movimento dos trabalhadores da saúde mental no sentido de reforçar o caráter asilar, segregante, violento, tutelar e médico jurídico de todas as instituições desta ordem (Amarante, 1990)

observação participante, a fim de produzir, seja com base nos êxitos, seja com base nos obstáculos encontrados, e a depender das especificidades locais, um guia de recomendações de práticas e procedimentos que viabilizem o ganho de eficácia para a integração e articulação intersetorial da política de saúde mental em nível local, nos moldes preconizados para a RAPS pelo SUS.

1.2 - Políticas Públicas e a dimensão local da RAPS

Em razão da natureza do problema apontado neste trabalho, que busca caracterizar os desdobramentos do processo de implementação de uma política de organização de serviços de saúde em rede, no âmbito da política municipal de saúde mental, faz-se necessário utilizarmos-nos de alguns modelos de análise em políticas públicas, a fim de evidenciar possíveis condicionantes relacionados a sua dinâmica de estruturação e funcionamento. Segundo Draibe (2001),

tanto quanto os resultados, também os processos devem e podem na maioria das vezes, ser submetidos a avaliações. Somente assim- mediante suas próprias avaliações- é que se pode superar o nível meramente descritivo com que, em geral, os processos são tratados nas pesquisas de avaliação de programas e políticas públicas.

Nesse sentido, para além do aspecto meramente descritivo, compartilhamos da visão de Amarante (2007), que procura abordar o campo da saúde mental e da atenção psicossocial não como um modelo ou sistema fechado, mas sim como um processo social que é complexo e, portanto, constituído de múltiplas dimensões que ora se alimentam, ora são conflitantes; que produzem pulsações, paradoxos, contradições, consensos e tensões.

De acordo com o modelo referente à operacionalização da RAPS está prevista a trajetória de execução da mesma em quatro fases: desenho regional

da rede de atenção psicossocial; adesão e diagnóstico; contratualização dos pontos de atenção; qualificação dos componentes. Esta configuração traz implícita, portanto, um modelo de implantação de políticas públicas dividida em etapas e atrelado a uma cadeia de ações aparentemente sequenciais e lineares, que se bem conduzidas em termos de planejamento pelos atores envolvidos, pretensamente levará ao êxito da política em termos de efetivação de suas diretrizes. Visto de uma forma planejada, caberia comparar as etapas em questão com a implementação do modelo denominado por Souza (2006) como do ciclo das políticas públicas, que se mostra também constituído de estágios como: definição de agenda, identificação de alternativas, avaliação das opções, seleção das opções, implementação e avaliação. Com isso, em um paralelo com a metodologia de implantação da RAPS, observa-se a característica desse desenho ao se estabelecer o necessário cumprimento de diretrizes político-institucionais, advindas de uma fase de formulação desta política pública e que se mostra pautada por uma visão de processo e de cadeia de ações a serem implementadas.

Neste caso, parte-se de uma lógica linear na qual se pressupõe que a efetivação de Rede de Atenção Psicossocial formar-se-ia no âmbito local com a definição de diretrizes políticas advindas de outra instância (Ministério da Saúde), cabendo ao município a tarefa de executar as etapas descritas. De acordo com Oliveira (2006), no Brasil, especialmente em nível federal, o planejamento ainda é visto como uma etapa quase que estritamente tecnicista, dominada por economistas e burocratas, assumindo que, uma vez tendo o plano certo, a implementação sairá automaticamente.

Visão semelhante traz Silva & Melo (2000) que afirmam:

Essa perspectiva de análise da implementação pressupõe uma visão ingênua e irrealista do funcionamento da administração pública, que aparece como um mecanismo operativo perfeito, onde seria possível assegurar a fidelidade da implementação ao desenho proposto inicialmente.

Esta perspectiva, segundo as observações de Pasquino (2010) corresponde a uma visão de implementação com características ‘top down’, conforme apresentadas por Paul Sabatier, por se colocarem quase diretamente do vértice político e burocrático que a formulou e aprovou, para aqueles que estão encarregados de executá-la e traduzi-la em comportamentos efetivos e em sanções eficazes. Por outro lado, críticos dessa definição por compreendê-la reducionista, autores como Menicucci (2008) defendem o caráter autônomo do processo de implementação, visto que não haveria uma relação direta entre o conteúdo das decisões que configuram uma determinada política pública e os resultados da implementação, que podem ser diferentes da concepção original. Isso sugere a interferência de outros fatores durante o processo de implementação das políticas e, sendo assim, demandaria a necessidade de reavaliação quanto à expectativa de alcance de metas, originalmente estabelecidas.

Em contrapartida, Pasquino(2010) evidencia que uma visão que prevalece entre grande parte dos estudiosos de políticas públicas é de que o mecanismo de implementação envolvido em sua estruturação corresponde ao que Sabatier denomina ‘bottom up’, no qual:

pormenores da execução de uma política pública são definidos, selecionados e traduzidos em práticas específicas, sobretudo pelos operadores que atuam em contato direto com os beneficiários das medidas e que estão, portanto, submetidos às pressões dos utentes; esses operadores gozam de uma discricionariedade considerável e difícil de controlar e têm a experiência e os recursos necessários para por em prática cada política concreta; habitualmente definidos como street level bureaucrats, têm conhecimento e poder suficiente para adaptar a política pública às características de seu público de referência e também às suas próprias exigências pessoais, em termos

de tempo de trabalho, de carreira e de segurança na interpretação das normas.

Sendo assim, entendemos que é na confluência dessa aparente polaridade que se estabelece um espaço para discussão da visão de rede enquanto perspectiva de mudança de processos de gestão no campo da saúde em face das diretrizes presentes na RAPS e suas aproximações com a literatura de implementação. Nesse sentido, buscamos problematizar o uso da noção de rede enquanto dimensão em que estão presentes interesses que se pautam pela disputa entre os atores que nela se inserem e figuram. Para Lima e D'ascenzi (2013), estes modelos diferenciam-se, portanto, enquanto foco de análise. O primeiro, que seria o "Top Down", centra-se nas características da estrutura normativa, já o segundo "Bottom up", nos atores implementadores e suas ações. Algo que, em termos desta pesquisa, se vêem personificados respectivamente pelas ações em nível Federal e Municipal.

É diante desse cenário, que se caracteriza pela confluência de diferentes vieses interpretativos quanto ao processo de implementação em rede, que buscaremos conduzir proposta de análise, partindo dos incentivos e constrangimentos materiais e simbólicos à ação dos atores envolvidos, a fim de refletir sobre o modo de funcionamento e a configuração da rede de atenção psicossocial atualmente existente do município de São Carlos, e de compreender quais são os fatores responsáveis, seja pelo seu sucesso, seja pela sua ineficácia ou baixa efetividade.

Sendo a implementação uma das etapas que compõem o ciclo de vida da política pública e conceito chave de análise neste trabalho, partilhamos do entendimento de Cline (2000), que define esta etapa como sendo um problema que também pode ser concebido como um conflito de interesses no

processo. Segundo Pinheiro (2001), as relações mantidas entre gestores, profissionais e usuários nas instituições que compõem o sistema de saúde local, não se revestem de significados apenas técnicos, mas se inscrevem em uma prática pluridimensional, entre as quais se destaca a dimensão política. Nesse sentido, reafirma-se o entendimento de que a implementação quase nunca está a cargo apenas de um agente e tampouco ocorre no âmbito de somente uma organização, mas de um campo interorganizacional (SILVA & MELO, 2000).

Com isso, retomamos a visão de Hartz & Contandriopoulos (2004) sobre a natureza do objeto “rede” como estrutura organizacional, voltada para a produção de serviços, e como uma dinâmica de atores em permanente negociação de seus papéis, favorecendo novas soluções para velhos problemas num contexto de mudanças e compromisso mútuos.

Tal qual Cline (2000), que aponta na efetividade da gestão como chave para solucionar o problema da implementação, temos na perspectiva de organização em rede um modo de funcionamento que venha a contribuir para o fortalecimento e melhoria na estruturação da política de saúde mental.

Porém, ao contrário de uma rede abstrata, formalizada por diretrizes e normativas, temos como foco dessa pesquisa evidenciar seu caráter instituinte de novas práticas e mudanças de comportamento em torno de processos de trabalho e produção do cuidado em saúde. Tal qual Lotta (2012), entendemos que para que haja compreensão da ação efetiva do Estado, pressupondo que os agentes implementadores o representam e por ele respondem, é necessário entender justamente a ação e a interação realizadas pelos mesmos.

Merhy (2007) aponta que:

Refletir sobre o modo de trabalhar em saúde, sobre sua configuração tecnológica e as características dos trabalhadores da saúde, como sujeitos implicados com os processos produtivos, que visam a produção do cuidado junto aos usuários, são movimentos reflexivos necessários para atender a conformação histórica e social do campo da saúde, enquanto lugar de práticas, e sua conformação enquanto serviço.

Daí o porquê da escolha, em termos metodológicos, de analisar as percepções dos atores preferenciais à frente da operacionalização dessa política junto aos serviços de atendimento referidos na portaria da RAPS. Com a escuta dos gestores à frente dos serviços e dos chamados burocratas do nível da rua buscou-se, portanto, acessar e conhecer suas concepções sobre a política de saúde mental, sobre o modo de funcionamento e organização dos serviços, sobre a lógica de produção do cuidado, a dinâmica de interação com demais serviços e as ações inovadoras ou bloqueadoras do avanço da integração e articulação intersetorial em rede.

Assim, ao retratarmos a política de saúde mental no âmbito municipal, tomamos como parte importante da análise não só as perspectivas dos atores preferenciais envolvidos, supostamente com maior poder de decisão, mas também daqueles encarregados de sua execução e, em certa medida, responsáveis pela continuidade de práticas obsoletas ou ao contrário, por ações inovadoras, de acordo com o contexto de trabalho que constitui a rotina de implementação da política. Para este fim, utilizamos como um dos parâmetros de avaliação e categorização dos dados das entrevistas as variáveis apontados por Tanaka & Melo (2008), para análise de contexto:

DESCRIÇÃO DE VARIÁVEIS PARA UTILIZAR NA ANÁLISE DE CONTEXTO	
Variáveis político - institucionais	Informações sobre as mudanças existentes no contexto de atuação do programa ou serviço de saúde avaliado
Variáveis organizacionais	Informações sobre a estrutura do programa/serviço ou da organização onde se insere. Identificar os mecanismos organizacionais adotados, além das características da distribuição do poder local.
Variáveis tecnológicas	Informações sobre o conhecimento e utilização de tecnologias importantes para o desenvolvimento do programa serviço.
Variáveis Sociais	Relações estabelecidas (interna e externamente) entre atores relevantes para o desenvolvimento das atividades e ações previstas pelo programa/serviço
Variáveis Individuais	Caraterísticas das pessoas (valores, atitudes, capacidades, motivação, etc) que são atores relevantes para o processo de operacionalização e de sustentabilidade do programa/ serviço.

Ao submetermos os dados a um tratamento mais descritivo buscamos inicialmente permitir um retrato de seus possíveis elementos constituintes e visando sua caracterização. Porém, não desconsideramos a também necessária visão analítica que traz ganhos ao buscar identificar os fatores relacionados a dinâmica de funcionamento desta mesma política. Com isso, retomamos Draibe (2001),

Que defende a tese de que mesmo quando se trata de variáveis qualitativas, é preciso- e é possível- ir além, caso se queira efetivamente avaliar o processo de implementação de um programa e relacioná-lo com os resultados, buscando explicitar, então, também por fatores internos à própria política, os seus êxitos ou fracassos.

Já para fins de problematizar os dados em relação ao debate de implementação da rede utilizamos como parâmetro de análise três categorias defendidas pelos autores Hartz&Contandriopoulos (2004) ao fundamentarem

discussão sobre a integralidade da atenção e a integração de serviços de saúde que fazem uso de três linguagens: a estrutural que possui relação com a modificação das fronteiras das organizações; a clínica, que implica na modificação das práticas profissionais; e a da cooperação, que gera novos formatos de negociações e de acordos entre atores e organizações.

Sendo assim, em seu conjunto, buscamos abarcar os dados através da utilização de diferentes modelos analíticos que viessem a criar condições de ampla problematização dessa nova diretriz de funcionamento da política de saúde mental.

Entre as hipóteses a serem verificadas estavam a de identificar se a rede de saúde mental atualmente estabelecida no município apresenta características de segmentação, sob o ponto de vista da interação, troca de informações, ou da ausência de mecanismos formais de contato; se a perspectiva de direcionamento e efetivação de ações dos serviços voltados ao atendimento em saúde mental está subordinada às percepções e práticas dos trabalhadores e não às diretrizes formais estabelecidas em portaria; se havia presença de heterogeneidade quanto à percepção de responsabilidade de atendimento relacionada aos usuários de saúde mental, tendo em vista demais demandas existentes nos serviços; presença de dimensão formal em termos de verticalidade das ações conforme a formalização de planejamento existente.

Com isso, pudemos considerar, a partir da análise dos dados, que a implementação da política da RAPS no município de São Carlos encontra-se fragilizada em virtude: 1) de sua condição atual de formação, 2) dos efeitos em sua estruturação dos diferentes modelos de cuidado em saúde mental, bem como 3) de atores que produzem como resultado conflito e não a cooperação.

2 - OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Analisar o processo de implementação da rede de atenção psicossocial no município de São Carlos-SP sob a perspectiva dos gestores e agentes implementadores dos equipamentos que integram os pontos de atenção.

2.2 Objetivos Específicos

- Analisar em que medida estão estabelecidos fluxos de encaminhamento, integração e cooperação intersetorial entre os serviços que integram a rede de atenção psicossocial.
- Levantar e caracterizar o tipo de atendimento ofertado em parte dos pontos de atenção para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em São Carlos-SP
- Verificar o conhecimento sobre as diretrizes relacionadas à implantação da Rede de Atenção Psicossocial junto ao município de São Carlos.
- Verificar se estão sendo implementados meios inovadores de gestão intersetorial, integrada e articulada, que confirmem eficácia à atenção psicossocial, nos moldes preconizados pelo SUS para a saúde mental, e identificar quais são estes possíveis mecanismos.
- Produzir, seja com base nos êxitos, seja com base nos obstáculos encontrados, e a depender da especificidade local, um guia de

recomendações de práticas e procedimentos que viabilize o ganho de eficácia para a integração e a articulação intersetorial da política de saúde mental, nos moldes preconizados para a RAPS pelo SUS.

3- MÉTODO

3.1 - Tipo de Estudo

Em razão desta pesquisa se propor a caracterizar os fluxos decisórios existentes em parte dos equipamentos que constituem a rede de atenção psicossocial, buscamos analisar de que forma tem se efetivado o processo de implantação desta inovação no âmbito dos equipamentos de saúde que integram a política de saúde mental do município de São Carlos-SP. Para tanto, fizemos uso de modalidade de pesquisa exploratória de base qualitativa, por meio de estudo de caso único incorporado de unidades múltiplas de análise (YIN, 2005), tendo como foco a política de saúde mental do município. Segundo Gil (2007), a pesquisa exploratória é desenvolvida com o intuito de proporcionar uma visão geral do problema, característica que torna possível atender ao objetivo pretendido nesta pesquisa. Já a escolha pelo estudo de caso justifica-se em razão de se tratar de uma investigação empírica na qual se busca explorar determinantes de um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto de vida real. Desta forma, tal delineamento permite analisar os limites entre o fenômeno e o seu contexto, possibilitando um amplo e detalhado conhecimento sobre as categorias de estudo (YIN, 2005).

De acordo com Minayo(2006),

Hoje, os estudos de caso são utilizados principalmente na área de administração e avaliação social, tendo aplicações bastante funcionais

como compreender o impacto de determinadas políticas numa realidade concreta; descrever um contexto no qual será aplicada determinada intervenção; avaliar processos e resultados de propostas pedagógicas ou administrativas e explorar situações em que intervenções determinadas não trouxeram resultados previstos.

3.2 - Caracterização da política de saúde municipal

A política de saúde do município de São Carlos-SP é organizada administrativamente de forma territorial, conforme previsto nas diretrizes de funcionamento do SUS, e considerando os princípios de regionalização e hierarquização dos níveis de atenção e cuidado. Atualmente, conta com cinco regionais de saúde¹⁰, que detêm a função de coordenar as ações em saúde junto às unidades localizadas em sua área de abrangência, e de propiciar cuidado integral às necessidades de saúde dos moradores da área geográfica:

DISTRIBUIÇÃO DAS UNIDADES DA ATENÇÃO BÁSICA ENTRE AS ADMINISTRAÇÕES REGIONAIS DE SAÚDE – ARES / SÃO CARLOS-SP	
ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE CIDADE ARACY	USF PETRILLI USF PRES. COLLOR USF ANTENOR GARCIA USF ARACY EQ II USF ARACY EQ I UBS ARACI
ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE VILA ISABEL	USF MADRE CABRINI EQ II USF VILA CONCEIÇÃO EQ I USF JD GONZAGA UBS AZULVILLE UBS VILA ISABEL UBS CRUZEIRO SUL
ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE REDENÇÃO	UBS REDENÇÃO UBS BOTAFOGO USF JD SÃO CARLOS
ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE SÃO JOSÉ	USF ASTOLPHO USF ÁGUA VERMELHA USF STA EUDOXIA USF JD MUNIQUE UBS MARIA STELLA FAGÁ UBS VILA NERY
ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE SANTA FELICIA	USF ROMEU TORTORELE USF JARDIM GUABARA USF JOCKEY CLUBE USF SANTA ANGELINA

¹⁰<http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/administracoes-regionais-saude/153938-administracoes-regionais-de-saude-ares.html>

	UBS SANTA PAULA UBS SANTA FELÍCIA
--	--------------------------------------

Do total de serviços de saúde presentes no município de São Carlos-SP, de acordo com os dados cadastrados no ¹¹CNES/ DATASUS até Dezembro de 2014, constam 434 da esfera administrativa privada; 47 municipais; 02 estaduais e 01 serviço de administração federal. Sendo assim, 50 de natureza pública e privada.

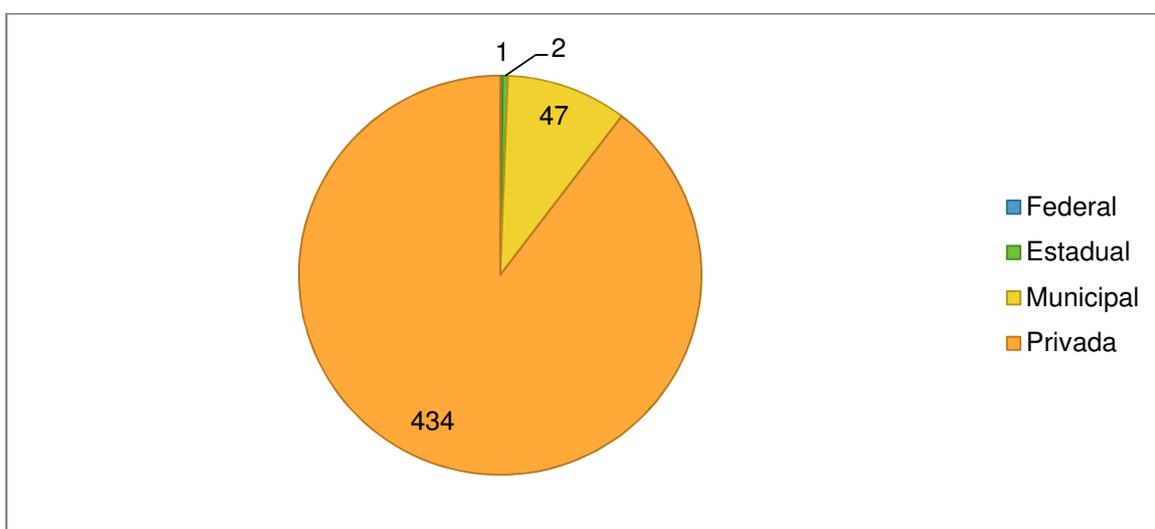


Figura3 - Tipo administrativo dos serviços de saúde em São Carlos-SP

¹¹ O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES visa ser a base para operacionalizar os Sistemas de Informações em Saúde, sendo estes imprescindíveis a um gerenciamento eficaz e eficiente do SUS.

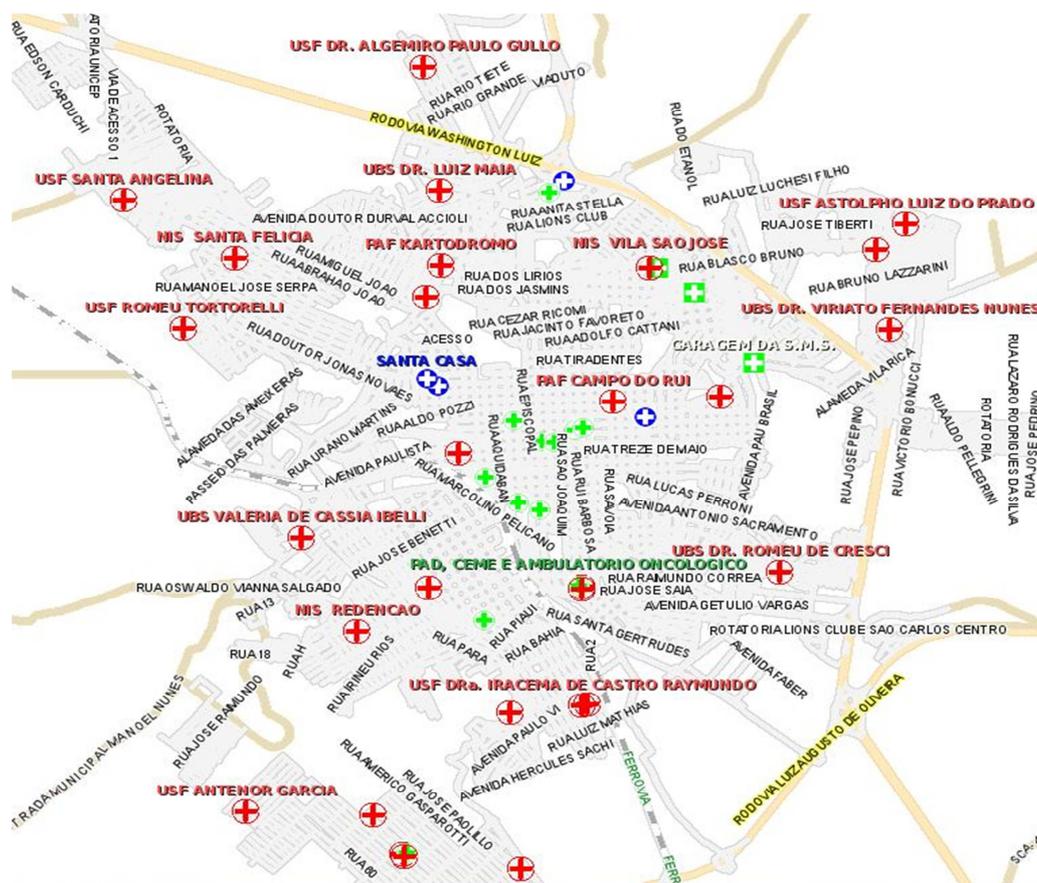
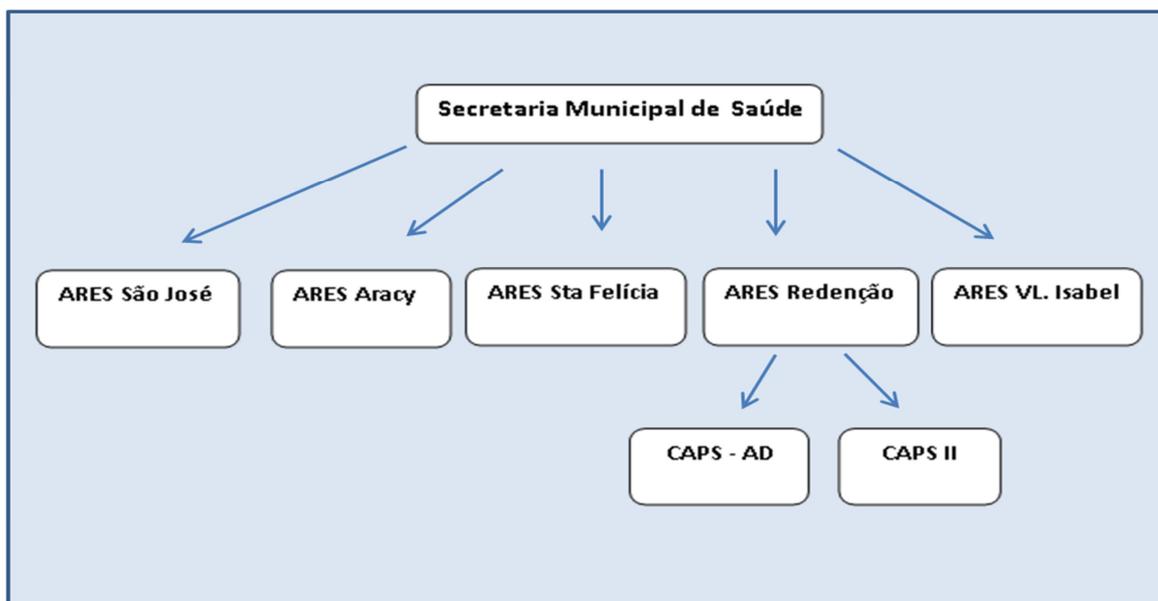


Figura 4 - Localização territorial serviços de saúde

O organograma¹² da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) é composto por uma estrutura administrativa que se organiza em diferentes níveis, como departamentos, divisões e seções. Levando em conta tais informações, percebe-se a ausência de um organismo exclusivo para a política de saúde mental que permita respaldar a adoção de diretrizes de funcionamento e ações em termos administrativos, trazendo assim uma fragilização desta política no município. Com isso, a assistência tanto dos usuários que apresentam demanda em álcool e drogas, como em transtornos psiquiátricos, fica atrelada em grande parte às ações e iniciativas advindas dos serviços de referência que são os CAPS. De acordo com a Portaria/ GM nº 336 de 19/02/2002, está entre as

¹² Anexo D (<http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/secretarias-municipais/saude.html>)

atribuições destes serviços se responsabilizar, sob a coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidado em saúde mental. Vide figura abaixo ilustrativa da organização administrativa da política de saúde mental.



Mesmo se tratando de serviços que se inserem na política de atenção especializada e direcionados para o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial acabou-se por subordiná-los administrativamente a um dos ARES da saúde (Redenção). Tal fato, aparentemente se constituiu por se tratar de serviço ambulatorial de atenção diária que deve funcionar sob a lógica do território.

Segundo Fiorini & Dobies (2010):

O município de São Carlos/SP, segundo parâmetros populacionais, não conta com todos os serviços de saúde mental recomendados pelo Ministério da Saúde. Para um município com a sua dimensão populacional, maior que 200.000 habitantes são recomendados: CAPS II, CAPS III, CAPSad, CAPSi, e rede básica com ações de saúde mental e capacitação do SAMU.

Este cenário de insuficiência se mantém inalterado até hoje, conforme demonstram as informações contidas em documento elaborado junto a DRS III de Araraquara no ano de 2013, em conjunto com os articuladores de saúde mental. (ANEXO-C).

3.3 Participantes da pesquisa

Os informantes chaves da pesquisa foram escolhidos de forma aleatória, observando apenas o fato de pertencerem a um dos pontos de atenção da RAPS. Para fins de diminuição de possível viés presente quanto às informações trazidas nas entrevistas, optamos por privilegiar os participantes dos demais serviços que compõem a rede e não do CAPS-AD, em face do vínculo formal de trabalho de um dos propositores desta pesquisa. De um total de onze entrevistas realizadas, quatro correspondem aos profissionais que possuem função gratificada e assumem cargo de gestores junto aos serviços, porém também assumem rotina de trabalho associada a função assumida via concurso público. As demais, sete entrevistas, são de profissionais que atuam junto aos serviços prestando atendimento direto ao público, ao que na literatura são tratados como burocratas da linha de frente, por se virem diante do caráter discricionário de suas ações, ou seja, tendo o papel de operacionalizar ou adaptar a política conforme sua prática cotidiana e sua área de formação. Cabe apontar que tal escolha se deu não só pela natureza do problema da pesquisa, que envolve a questão de implementação da rede, mas também da facilidade do acesso aos mesmos, o que por sua vez facilitaria a obtenção dos dados.

3.3.1 Perfil dos participantes da pesquisa.

Por se tratar de pesquisa qualitativa, na qual se busca identificar com base no relato de gestores junto aos serviços e agentes implementadores quais suas percepções acerca do processo de implementação da rede de atenção psicossocial, fizemos a opção de privilegiar a escuta de profissionais que integram diferentes pontos de atenção, entre os quais representantes na política de atenção básica (Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família e Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF); atenção psicossocial especializada (Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II) e atenção de Urgência e Emergência (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU). Também foi adotado como critério de escolha representantes que atuam nas diferentes regiões administrativas de saúde. Por fim, dado que um dos autores desta pesquisa encontra-se atuando como profissional em um dos pontos de atenção desta rede foi descartada a alternativa de realização de entrevistas no contexto de trabalho, a fim de evitar possível viés das informações.

PERFIL DOS PARTICIPANTES				
PARTICIPANTE	IDADE	ESCOLARIDADE	TEMPO DE ATUAÇÃO *	FUNÇÃO
P-01	52 anos	Superior Completo	27 anos	Gestora de Serviço
P-02	34 anos	Superior Completo	05 anos	Agente Implementadora
P-03	56 anos	Superior Completo	15 anos	Agente Implementador
P-04	38 anos	Superior Completo	03 anos	Agente Implentadora

P-05	37 anos	Superior Completo	07 anos	Gestora de Serviço
P-06	52 anos	Superior Completo	06 anos	Agente Implementadora
P-07	36 anos	Superior Completo	03 anos	Agente Implementadora
P-08	41 anos	Superior Completo	08 anos	Gestora de Serviço
P-09	35 anos	Superior Completo	09 anos	Gestora de Serviço
P-10	40 anos	Ensino Médio	10 anos	Agente Implementadora
P-11	37 anos	Ensino Médio	07 anos	Agente Implementadora

* Tempo de atuação profissional junto à rede municipal de saúde de São Carlos.

De modo geral, pode-se observar que há uma prevalência de mulheres entre os entrevistados, que por sua vez possuem média de idade de 41,6 anos, em sua maioria com grau de escolaridade superior completo e média de tempo atuando na rede de 09 anos.

3.4 Coleta de Dados

A etapa de coleta de dados foi subdividida em três momentos ao longo do período de elaboração da pesquisa. Na primeira, foram feitas entrevistas com parte dos profissionais que integram os diferentes pontos de atenção da rede de atenção psicossocial por meio da utilização de roteiro de entrevista semiestruturada (APÊNDICE-A). A segunda etapa implicou no levantamento e sistematização dos dados em prontuário, buscando caracterizar o fluxo de encaminhamento estabelecido em um dos serviços de referência em saúde mental. Os dados levantados foram sobre origem do encaminhamento, bairro, regional de saúde a que pertence e demanda inicial apresentada. A terceira e

última etapa implicou em levantamento de campo e caracterização da Rede de Atenção Psicossocial atualmente existente no município de São Carlos por meio de registro de imagens e disponibilização de informações gerais de funcionamento das unidades em termos de horário, localização e tipo de atendimento prestado, a fim de compor material ilustrativo (APÊNDECE-D) que venha a compor eventual guia informativo de serviços para utilização junto à rede municipal de saúde em São Carlos e mesmo junto às demais secretarias.

3.5 Aspectos Éticos

Ao longo do processo de realização da pesquisa, foram observados os procedimentos éticos que envolvem garantia de sigilo das informações e da identidade dos participantes, bem como a orientação quanto aos objetivos da pesquisa e apresentação do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE - B). Dos dados obtidos a partir de fonte secundária, foi solicitado autorização da Secretaria Municipal de Saúde para acessar os prontuários de pacientes atendidos em um dos serviços de referência em saúde mental, CAPS-AD, entre os anos de 2010 a 2012. Posteriormente, durante o processo de manuseio dos documentos, foi realizada a análise cuidadosa das informações, a fim de garantir o sigilo dos dados pessoais e registro de saúde dos pacientes.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos sob número de parecer: 1.406.867 (ANEXO-E)

3.6 Procedimento de Análise dos Dados

Os dados foram analisados com base na adoção de sistemática analítica interpretativa apontada por Gomes (2013) que, retomando Bardin (1979), define entre suas etapas: a leitura compreensiva do material selecionado; exploração do conteúdo e a elaboração de sínteses interpretativas. Com isso, os procedimentos envolveram inicialmente a transcrição das entrevistas, com digitação dos textos; leitura integral do material em busca de apreender o sentido global; ordenação das falas com o objetivo de organizá-las em categorias; identificação dos núcleos de sentido relacionados a cada uma das categorias. Já em relação aos dados em prontuário, foi adotado o procedimento de sistematização e categorização em termos quantitativos, com objetivo de retratar fluxo existente entre a rede e um dos serviços de referência em saúde mental, levando em conta a origem de encaminhamento, demanda inicial apresentada e regional de saúde pertencente.

4- RESULTADOS

4.1 - ANÁLISE DOS DADOS DE ENTREVISTA

Eixo 1: Características Gerais

Levando em conta os dados obtidos por meio das entrevistas com parte dos profissionais que integram a rede municipal de saúde de São Carlos, entre os períodos de agosto a setembro de 2015, identifica-se que os profissionais vêm atuando há alguns anos em seus locais de trabalho o que aponta já estarem familiarizados com as rotinas e demandas relacionadas a sua prática profissional. Possuem vínculo empregatício estável, visto que ingressaram em

seus cargos via concurso público e, na sua maioria, cumprem carga horária de trabalho de quarenta horas semanais, não possuindo, de forma geral, um segundo vínculo empregatício. Além disso, demonstram interesse quanto à busca por qualificação profissional, em razão de iniciativa própria, de realização de cursos e capacitações em sua área de formação, e até mesmo, em alguns casos, em nível de pós-graduação. Algo que se verifica no relato abaixo:

P-6: “Atualmente eu estou fazendo um curso por uma universidade que é um curso online e eu busquei por conta, pela minha própria vontade. A proposta deles é bem diferenciada. Não é de alguém passando o conhecimento para você, mas sim de você fazendo o seu próprio conhecimento. Você construindo o seu conhecimento e passando para as pessoas. Foi uma iniciativa minha, que busquei na internet. Fiquei sabendo, recebi pela internet e busquei. Foi um curso de um ano e está para terminar agora. Teve alguns encontros presenciais e algumas coisas que fazia pelo computador”.

Segundo Lotta (2012),

Entre os elementos que devem ser observados ao trabalharmos com a ideia de construção de valores estão os recursos de aprendizagem. Um ponto relevante nesse sentido é o olhar para os recursos intelectuais que permitem aos agentes implementarem as políticas, incluindo ideias, práticas e conhecimentos.

Mesmo contando com perfil de experiência profissional e dando mostras de valorizarem a busca por qualificação, observa-se em termos gerais entre os entrevistados que relatam dificuldades para reproduzir em sua prática de trabalho parte das diretrizes apontadas em portaria que prevêm o acolhimento da demanda em saúde mental. Tal fato se traduziria portanto em ação discricionária na qual priorizam determinadas práticas de atendimento que se inserem portanto em uma rotina pautada por um modelo de atenção em saúde no qual leva-se em conta a atenção individual das demandas, priorizando uma

lógica de atendimento médico-centrada em que se evidencia em grande parte a doença e não uma visão integral da saúde do indivíduo. Algo que em certa medida, reproduz uma forma de funcionamento já recorrente dos serviços de saúde. Segundo Gonçalves (2013) ao falar da prática de trabalho na atenção básica,

tradicionalmente, os sistemas de saúde organizam-se de uma forma vertical (hierárquica) através de uma lógica de transferência de responsabilidade, em especial quando a atenção básica apresenta baixos índices de resolubilidade por formação e atuação insuficiente de seus trabalhadores.

Nesse sentido, problematizar a atuação de tais agentes implementadores em termos do perfil que apresentam, torna-se fator importante para evidenciar os tipos de comportamentos adotados e das práticas mantidas em seu contexto de atuação profissional. Com isso, a influência dos mesmos em termos da implementação de uma política decorre da capacidade deles agirem com discricionariedade, realizando escolhas alocativas, adaptando critérios e julgando situações específicas a partir de seus próprios valores e referências, e não só a partir das regras predefinidas (LOTTA & PAVEZ, 2010).

Eixo 2: Visão sobre Saúde Mental

Na sua maioria, os entrevistados explicitam a falta de incentivo da gestão quanto à capacitação em temas relacionados a saúde mental e/ou álcool e drogas, percepção esta, presente na fala de duas das entrevistadas:

P-1: “Acho que informação a gente tem pouca. Acho que a gente precisaria ser mais capacitado nessa área de saúde mental. Acho que os profissionais precisariam saber mais até onde seria o limite para chegar; em termos de como chegar e intervir”

P-11: “O tema da saúde mental nunca foi abordado com a gente. Assim diretamente, falando a respeito do assunto nunca foi abordado com a gente”.

Nesse contexto, ao manifestarem a necessidade de melhoria de qualificação por meio de processos de formação, veem a diminuição dos estigmas relacionados ao atendimento de usuários de saúde mental como passo importante para a efetivação do princípio da integralidade e da garantia do cuidado nos diferentes níveis de atenção, preservando assim seu direito a saúde.

De acordo com Souza et. al (2007):

A atual política de saúde mental, adotada pelo Ministério da Saúde, assumiu como desafio a consolidação e ampliação de uma rede de atenção de base comunitária e territorial que seja capaz de atender às pessoas em sofrimento psíquico, bem como às que sofrem com a crise social, a violência e o desemprego, de modo a promover reintegração social e cidadania.

Como decorrência, sugerem enquanto medida para sanar essa lacuna em termos de conhecimento a adoção de prática de educação permanente, a fim de modificar essa realidade. Assim, tem-se na adoção desse mecanismo, que se encontra expresso em trecho da Política Nacional de Atenção Básica¹³, uma das estratégias de fortalecimento da prática profissional:

A consolidação e o aprimoramento da atenção básica como importante reorientadora do modelo de atenção à saúde no Brasil requerem um saber e um fazer em educação permanente que sejam encarnados na prática concreta dos serviços de saúde. A educação permanente deve ser constitutiva, portanto, da qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular (PNAB, pág 38)”

Na medida em que sua atuação encontra-se legitimada não só por diretrizes de normatização mas tem-se espaço para vivenciar um novo saber-fazer há a expectativa de mudança em termos do atendimento prestado a

¹³ PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011

população. Sendo assim, entende-se que os trabalhadores da saúde são convocados permanentemente a fazer escolhas, visto que há uma disputa entre as normas (muitas vezes paradoxais)- princípios, regras, modelos, formação técnico científica, recursos disponíveis, etc (BRITO et al, 2011).

Quanto à procura junto aos serviços por atendimento em saúde mental tem-se como fala comum aos entrevistados a ocorrência de grande demanda, em razão das características dos territórios em termos de vulnerabilidade social, de sua área de abrangência e contingente populacional. Como se expressa em uma das falas que segue:

P-8: “A demanda em saúde mental e álcool e drogas chega na unidade todos os dias. É uma demanda altíssima e a gente tem muita dificuldade até hoje de lidar com ela”.

Nesse sentido, destaca-se também um conjunto de percepções em relação à alta demanda de atendimento que, segundo os mesmos, poderia ser solucionada com uma melhor definição do fluxo de encaminhamento de usuários entre os serviços, com base na avaliação por critérios de nível de complexidade de atenção e cuidado em saúde. Nisso, apontam como influência negativa a falta de capacitação e preparo dos profissionais sobre o tema da saúde mental, bem como ausência de uma rede estabelecida, conforme se expressa em duas das falas abaixo:

P-1: “A atenção básica tem muitos casos que não dá conta. Teria que ter a rede formada, para estar encaminhando e trabalhando junto, e lógico que retornando sempre os cuidados para a atenção básica. O usuário é nosso. A gente entende isso”.

P-3: “Considero que estamos com excesso de demanda na Atenção Especializada. Principalmente pela falta da rede. Não adianta! A rede ainda não funciona e acho que não vai funcionar tão cedo, e por isso acaba vindo um excesso de demanda”.

Com relação a este último trecho percebe-se que a ausência de uma rede formal e articulada pode se tornar um fator desmobilizador para alguns dos trabalhadores. Nesse descompasso, corre-se o risco de geração de uma dinâmica de atuação não de cooperação, mas sim de divergências de opiniões ou mesmo de acirramento de conflito entre os profissionais.

De acordo com Bello (2015),

Em um mundo real, as políticas não resultam sempre de um jogo de cooperações em que persistam níveis variados de conflito. Existe uma assimetria no acesso à informação para os distintos atores e as decisões são tomadas em condições variadas quanto à probabilidade de alcançar o resultado desejado

Dessas falas, pode-se considerar que, mesmo com os evidentes ganhos relacionados ao processo de territorialização da política de saúde mental, em razão da efetivação de um modelo voltado para atenção comunitária, ainda estão presentes desafios para uma adequada assistência junto aos serviços que integram a política de atenção básica, o que fica evidente com a afirmação de uma das gestoras inserida em uma unidade de saúde da família:

P-8 “Na atenção primária é tudo ao mesmo tempo agora. Então essa não é a única rede que nos perpassa. São várias redes e outros programas. Então que eu acho que, ao invés da gente pensar em rede, a gente teria de retroceder um pouco e pensar nos recursos humanos que vão dar suporte a essa rede. As redes são pensadas ideologicamente. É uma ideologia de funcionamento de serviço, mas não tem um planejamento estratégico, bem traçado, bem delineado, considerando os recursos humanos, seus equipamentos. Então, a priori, eu acho que é esse o grande nó da rede. Ela precisa de planejamento estratégico”.

De acordo com Tanaka (2011),

Na proposta de construção das redes, cada nó (serviço de saúde) deve ser capaz de ofertar a densidade, tecnológica necessária para cumprir suas funções específicas. Para dar conta da complexidade dos problemas de saúde, as redes devem ser múltiplas e incluir diversos tipos de serviços, tanto dentro do setor específico da atenção à saúde quanto em serviços de outros setores como assistência social, justiça, educação, cultura e trabalho, entre outras.

EIXO 3- A lógica do Cuidado

Com relação aos procedimentos adotados junto aos serviços para atendimento dos casos em saúde mental, observa-se certa diversidade de práticas, que envolvem tanto o acolhimento e posterior encaminhamento para atendimentos em nível especializado ou de urgência e emergência, como também da tentativa de busca de resolutividade dos casos no âmbito do território, tendo em vista especificidades locais ou demandas apresentadas pela população.

P1-: “Atualmente os casos de álcool e drogas e de transtorno mental são encaminhados para os CAPS”.

P-6: “No próprio acolhimento a gente já faz a escuta e orienta para algumas coisas na comunidade, no território onde ela vive. O que é possível ela fazer ou não. A gente oferece tudo o que o posto pode fazer para melhorar a saúde dela. Para uma melhor qualidade de vida”.

Esta característica de funcionamento nos remete à noção de integralidade, que, em termos da assistência, pode ser entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade sistema (Brasil, 1990). Nestes termos, pode-se considerar que em São Carlos, há portanto uma dinâmica de fluxo estabelecida entre os equipamentos da atenção básica e os serviços de média complexidade, CAPS-AD e CAPS II, porém ainda sob a lógica de encaminhamento, e não a de compartilhamento dos casos.

Na contramão dessa prática - a do mero encaminhamento - , com a definição das Redes de Atenção em Saúde¹⁴deixa-se de lado antigas concepções

¹⁴ Portaria nº 4279 de 30 de Dezembro de 2010.

dos sistemas de saúde, hierarquizados e fragmentados, para a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, sendo a atenção primária à saúde a principal porta de entrada do SUS (RONZANI et al. , 2015).

Das dificuldades no atendimento em saúde mental, prevalecem questões relacionadas à organização da lógica de atenção e cuidado, tendo em vista a consideração dos níveis de complexidade¹⁵ em função dos agravos apresentados, da ausência de um fluxo estabelecido entre os serviços e de demandas relacionadas a capacitação e orientação para o atendimento em saúde mental, visão esta trazida por alguns entrevistados:

P-10 : “ A dificuldade que eu observo no atendimento dessa população é da adesão ao serviço, e também observo que o serviço nunca está pronto para recebê-lo, porque o cardápio que tem, não tem a oferta que realmente precisa. Com isso a pessoa tem de se enquadrar dentro do cardápio oferecido. Tem a dificuldade do entendimento do servidor, do prestador de serviço e do profissional que está lá, de olhar esse uso de substância como uma necessidade e um problema de saúde”.

P-11:“Mas eu digo, de experiência própria, que é muito mais fácil você levar os pacientes para as UPAS do que para os Hospitais. Porque na UPA existe uma maior abertura profissional para poder acolher e atender esse paciente”.

Para Luz(2012) :

A não fragmentação das práticas pressupõe o reconhecimento da subjetividade e conseqüentemente integralidade desse sujeito que demanda cuidado. Para dar conta da complexidade de um cuidado subjetivo e integral , faz-se necessário o envolvimento de diferentes olhares, oriundos de distintos, porém complementares campos de conhecimento. Uma direção transdisciplinar vem como resposta a estas questões emergentes no desenvolvimento do novo modelo de atenção à saúde.

Eixo 4- Dinâmica Intersetorial

¹⁵ Segundo Santos, L. (2011), o modelo de atenção à saúde, que se centra em níveis de complexidade dos serviços, deve ser estruturado pela atenção básica, principal porta de entrada no sistema, a qual deve ser a sua ordenadora. A hierarquização se compõe da atenção primária ou básica; atenção secundária e terciária ou de média e alta complexidade (ou densidade tecnológica).

Quanto ao fluxo de contato estabelecido entre os serviços, percebe-se que há uma diversidade de encaminhamentos realizados, em sua grande maioria, em função das características das demandas apresentadas, grau de complexidade, perfil do território, ou mesmo possibilidade ou não de cuidado na comunidade. Cabe apontar, também, o reconhecimento dos serviços do CAPS-AD e CAPSII em termos de apoio para garantia da integralidade do cuidado.

P-2: “Quando chega eu tento encaminhar para o CAPS-AD, porque eu não dou conta sozinha desse trabalho. Porque às vezes a gente sabe que precisa de uma desintoxicação. Precisa de um apoio mais vezes ao dia, um apoio às vezes em grupo, ou que tenha mesmo um psiquiatra”.

P-5: “Eu não sei qual o critério de que a médica se utiliza para encaminhar. Porém quando é álcool e drogas a gente encaminha mesmo para o CAPS AD. Não é o mesmo para o CAPS II. Já são mais limitadas as referências que a médica faz. Tem alguns casos que a médica tenta segurar aqui; quando não dá, ela encaminha mesmo”.

P-6: “Nós tentamos acolher todos os casos aqui. A não ser os casos em que a gente percebe que existe um risco iminente para algumas coisas. Um risco de suicídio, por exemplo: ele está colocando em risco a família. Mas, assim, é difícil acontecer casos mais graves que a gente considera. Não tem aparecido não”

Em se tratando de serviços que operam em sintonia com as diretrizes da reforma psiquiátrica, hoje em dia os CAPS são a grande aposta da política de saúde mental brasileira para a mudança do modelo de atendimento na comunidade (MATEUS, 2013). Porém, há críticas quanto à efetividade desse modelo, caso haja centralização em si mesmo ou pouca abertura para o território (LANCETTI, 2013). Em recente revisão narrativa, Costa, Mota, Paiva e Ronzani (2013) apontam que os CAPS-ad aparecem em número insuficiente no país, com a necessidade de expansão, readequação de suas práticas, e integração com a rede de serviços. É algo que mostra que, mesmo no caso de políticas já consolidadas, acabam surgindo novos desafios diante das crescentes demandas de acesso e da necessária adoção de práticas de assistência que

extrapolem os “muros” institucionais. É nesse espaço de tensionamento que se reafirma a necessidade de ruptura como a lógica de cuidado em saúde mental voltado para o reforço do estigma da doença e da restrição aos espaços de cuidado, resgatando assim as potencialidades decorrentes do fortalecimento de uma visão de saúde permeada pela atenção integral e ampliação dos pontos de cuidado. Com isso, o desafio que se coloca é, ao invés de criar circuitos paralelos e protegidos de vida para seus usuários, habitar os circuitos de trocas nos territórios da sociedade (Cadernos de Atenção Básica, n.34, pág. 21)

Ainda quanto ao fluxo de atuação intersetorial, os entrevistados observam o uso mais corrente do telefone enquanto mecanismo de contato e canal preferencial de comunicação. Eventualmente, há a utilização de outros recursos, como e-mails ou mesmo reuniões para discussão de casos, porém de forma ainda incipiente e sem a regularidade necessária. Esse tipo de práticas é descrito nos trechos abaixo:

P-1: “Os contatos são estabelecidos por telefone. Eu fui ao CAPS duas vezes, desde que eu estou na unidade de saúde da família”.

P-2: “O meu contato com os serviços de referência no atendimento em saúde mental é eventual. As meninas me procuram mais. Às vezes até para saber como está o paciente. Às vezes liga e pergunta se eu conheço o paciente”.

P-4: “Eu utilizo mais o presencial mesmo e o telefone”.

P-6: “Os contatos são feitos por telefone. Se tem alguma dúvida a gente liga para pedir informações sobre o paciente. Fora o telefone não temos outro mecanismo de contato”.

Em relação a esta informação trazida pelos entrevistados, de que não há uma prática de contato através de diferentes mecanismos de comunicação, pode-se inferir a presença de um fluxo existente entre serviços, porém sem as características necessárias para gerar alternativas de resolutividade e, por sua

vez, fortalecendo a ocorrência de ações fragmentadas que possivelmente estarão desconectadas do todo da rede. Segundo Golçalves (2013):

para fazer frente a essa rotina estabelecida e objetivando uma processo de trabalho mais horizontalizado, que propicie uma maior interação entre os demais níveis especializados e melhor resolubilidade na atenção básica desáude surgem estratégias para aproximação dos níveis de atenção e equipamentos de saúde.

Uma das ações que se coloca para transformar esse quadro diz respeito ao matriciamento¹⁶ junto aos territórios dos casos de usuários em acompanhamento, algo que surge na fala dos entrevistados:

P-9: “Matriciar é mais do que chegar e eu te passar um caso e você falar para mim o que eu devo fazer. Não. É entender. Se a gente precisar atender o paciente junto para ter a visão desse cuidado a gente vai ter de atender junto. Porque senão fica aquela visão prescritiva e isso não é matriciamento.”

P11: “Porque se não matriciar se perde tudo o que faz. Se lá em cima tiver um ideal e lá embaixo tiver outro não dá certo porque daí se choca e não acontece. Então o que acho que a palavra que fica é essa: é o matriciamento”.

Ao se referir ao CAPS, Bezerra e Dimenstein (2008) observam que:

apesar da consolidação de novos modelos de cuidar em saúde mental, este sofre as consequências da desarticulação das políticas públicas para o setor nos níveis local, estadual e federal. Tal desarticulação aparece mais claramente na questão do encaminhamento e no sistema de referência e contra-referência, que o apoio matricial pretende desconstruir.

Quando questionados sobre o que poderia ser feito para promover melhorias no atendimento em saúde mental, foi colocada em termos gerais pelos entrevistados, a necessidade de formalização de protocolo ou instância que venha a instrumentalizar os profissionais em busca de uma atenção e

¹⁶ Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica (CHIAVERINI, 2011 (org) et al.

cuidado mais qualificado; e/ou permitir a geração de melhor fluxo de contato e informações entre os profissionais da rede, bem como dar mais visibilidade à temática de saúde mental, algo que remete a necessidade de buscar uniformizar procedimentos e regular o fluxo de usuários entre os serviços. A percepção desta necessidade de aproximação, padronização, formalização, rotinização, etc. aparece nos trechos a seguir:

P-1: “Então eu acho que tem de aproximar mesmo. Tem de ter a aproximação com todo mundo. Fazer a rede. Traçar o fluxo e o protocolo bem claro com todo mundo junto. Quanto mais a gente se aproxima, mais a gente se empodera e sabe como agir em cada momento e dificuldade”.

P-2: “Talvez a construção de um protocolo. Alguma coisa mais organizada. Eu não sei...Acho que isso parece ser um sonho meio inatingível pela realidade em que eu trabalho na UBS”.

P-4: “O que eu sinto é como se tivesse de existir um protocolo de atendimento para que a rotina fique de verdade estabelecida para uma prevenção, porque por enquanto eu não sinto que a gente consegue fazer uma prevenção. E dos casos que já estão agudos, estabelecidos, onde a gente poderia fazer essa mediação entre a atenção básica e as especializadas, considerando não somente CAPS, eu sinto que às vezes a gente não consegue fazer essa ponte do planejamento de ação, do apoio”.

Este processo de normatização e padronização, incorporado nos protocolos, é apontado pela literatura como algo que não deve se dar pela via Top-down de implementação, mas pela Bottom-up, na qual os diversos envolvidos, incluindo os burocratas do nível da rua, como demandam os entrevistados acima, sejam considerados na definição e acordo sobre estas regras, padrões e rotinas, num planejamento horizontal e em rede, visando ao necessário atendimento preventivo, integral e multidimensional em saúde mental. De acordo com Brito (2011), este processo de construção e viabilização das redes, além de se apoiar no conhecimento e experiência desses trabalhadores, devem fazer sentido e ser significativos para eles, já que às vezes procedimentos são rotinizados pela prática, sem requerer orientação normativa prescrita, mas justamente pelas

relações, acordos e compromissos que se estabelecem, mesmo que de modo invisível, entre os membros da rede:

o trabalho nos serviços públicos de saúde envolve sempre um encontro de saberes e fazeres, ou seja, um encontro entre as normas de vida e trabalho de cada participante singular do processo. Há também, normas coletivamente construídas, materializadas nas regras que são acordadas pelos trabalhadores. E, mais que isso, os trabalhadores precisam criar redes, normalmente invisíveis, para viabilizar suas ações (BRITO ET AL, 2011 pág 33!

EIXO 5 - Perspectiva de Rede

Já em relação aos fatores que dificultam a integração ou estabelecimento de rede, tem-se como principais fatores a perspectiva de ausência de iniciativa, tanto por parte da gestão como dos profissionais, em criar e valorizar momentos de encontro que permitam não só a troca de informações e experiências, mas também de olhares acerca do tema da saúde mental. Não menos importante é, a falta de comunicação como fator que acentua o isolamento e a manutenção de eventuais distorções quanto às práticas de atuação. A fim de ilustrar tais percepções, seguem relatos:

P-1: “Primeiro é a gestão e segundo é a vontade dos profissionais. Quando a gestão quer formar, ela pega as peças que são mais comprometidas. Porque na rede pública tem de pegar a pessoa que tem perfil, que é comprometida, que tenha vontade. Não tem como você exigir de uma pessoa que não tenha vontade e não está dentro do perfil”.

P-4: “Eu acho que é pelo próprio funcionário, a dificuldade de comunicação. Porque para muitos ainda não está claro como é fazer esse trabalho em rede. Essa comunicação, a interlocução, o que fazer de solicitação. Eu sinto que para muitos a RAPS ainda não está clara como equipamento de integração dentro da saúde”.

Quando questionados sobre os fatores que poderiam facilitar essa articulação, em sua maioria os entrevistados foram enfáticos quanto à necessidade de busca de aproximação entre os serviços e profissionais, a fim de

uniformizar entendimentos sobre o funcionamento da rede e possíveis práticas que auxiliariam na melhora do fluxo de informações entre os serviços. Segundo eles:

P-7: “Conhecer mais as pessoas, essa interação e a gente consegue definir mais os papéis. Da gente saber um pouco mais do que cabe à atenção básica, à especializada. Porque eu acho que está tendo mudanças, mas falta a gente buscar o conhecimento também. E eu acho que o que facilitaria também é de trabalhar com a gestão e não só com a equipe. De a gente conseguir sensibilizar a gestão para isso. Não é o meu caso, mas até vejo alguns profissionais que têm essa dificuldade e até sentem essa necessidade de articular, mas são barrados”.

P-8: “Eu acho que a gente precisava dialogar para tentar organizar melhor essa rede e também acho que precisava de ampliação de parceria com outros setores. Ter mais acesso a trabalho, lazer, educação, como parte de uma rede intersetorial. Coisas que extrapolem esse âmbito da rede que a gente tá lidando na saúde. Porque é um dos pilares da atenção psicossocial ter esse diálogo intersetorial.

Ao serem questionados sobre o fato de já terem ouvido falar da rede de atenção psicossocial, os profissionais evidenciam em parte as potencialidades decorrentes de sua implantação, em termos da ampliação dos pontos de atenção e cuidado. Destaca-se também o fato de alguns manifestarem desconhecer seu modo de funcionamento, ou mesmo de possuírem conhecimento um tanto superficial e de que passaram efetivamente a vivenciá-la somente após a realização de intercâmbio profissional, que permitiu o contato mais direto com a realidade de funcionamento da rede de atenção psicossocial do município de Recife-PE. Percebe-se então das falas que seguem uma variação quanto ao entendimento do que seja a RAPS. Sendo que parte dos que atribuem uma visão positiva sobre a mesma, o fazem em decorrência de formalização de fluxos e processos mais efetivos em razão da ampliação de troca de informações e contato entre os serviços o que permitiria um maior

compartilhamento de ações e de responsabilização no acompanhamento dos casos, objetivando assim a integralidade da atenção e cuidado. Há também os que alegam pouco conhecimento por falta de informação ou acesso a suas etapas de implementação no contexto municipal; o que evidencia a necessária melhoria das estratégias de divulgação enquanto etapa para se promover maior adesão a proposta de qualificação de seus componentes. Há o que se contrapõem ao caráter normativo na RAPS e vêem uma necessária valoração da experiência prática enquanto instância de efetivação de mudanças no processo de trabalho e por fim, os que atribuem o entendimento do que seja rede a partir da realização de intercâmbio e vivência prática em outro município.

P-1: “Tive um contato muito pontual sobre a noção de RAPS. Eu só tenho essa informação porque nas reuniões de que participei eu estava lá por acaso e passaram. Se você falar RAPS eu acredito que na rede pública poucas pessoas saberão o que é.”

P-2: “Quando fala de RAPS eu penso numa coesão e união. Pensamentos diversos. Habilidades profissionais, técnicas diversas, mas que conseguem realizar um bom trabalho. Ter um foco. Objetivos comuns com suas diversidades e saberes. Uma troca conjunta de responsabilização por um sujeito. Já ouvi falar da RAPS, mas não tive oportunidade de ter acesso a informação”.

P-3: “RAPS é o que nós estamos construindo nesses últimos quarenta anos. Isso é RAPS. É essa equipe ampliada. É uma rede onde o paciente não tem porta de entrada. Qualquer lugar é uma porta de entrada. A referência é a rede. A referência é a unidade mais próxima da casa dele. ”

P-4: “Eu entendo por RAPS, essa rede de atenção psicossocial, uma maneira da gente de fato conseguir estabelecer atividades e vínculo com esses pacientes e não fragmentar o atendimento. Independente dele estar na atenção básica ou na especializada, seja por SAMU ou da atenção terciária que é da área hospitalar que está dando o atendimento para eles também. Eu entendo que nenhum de nós poderia ter dúvida como eu faço encaminhamento para o hospital. Ele chegou no CAPS, como ele vai para a atenção básica? Atenção básica, como é que você vai trabalhar? Eu sinto que a portaria da RAPS nos dá essa instrumentalidade de trabalho”.

“P-5:” Eu não ouvi falar de RAPS. E se eu ouvi eu não sei definir o que é. “Eu tive um primeiro contato com a vinda da articuladora de saúde mental do município e da médica aqui na unidade”.

P-6: “Já ouvi falar da RAPS, mas parece que é mais um nome que colocaram para a gente poder pensar. Mas a gente precisa de ações

práticas. Chega de teoria. Ações práticas, dinâmicas, para que a gente se motive também para que os serviços andem. Para que a gente tenha vontade de fazer as coisas. Porque quando as coisas acontecem e a gente vê progresso, a gente também se anima. Não fica esse diz que me disse”.

P-7: “ARAPS acho que é essa troca, essa articulação. É a gente conseguir construir essa questão da linha do cuidado. De ter mesmo essa sequência de atendimento e acompanhamento onde a gente consiga ter esse plano de cuidado das pessoas, articulando os serviços e nos diversos atendimentos”.

P-10: “Já ouvi falar da RAPS. Em Recife-PE a gente vivenciou de forma muito prática ela. E é possível estabelecer, gerar e acontecer aqui também com os desdobramentos maiores. Porque aqui a briga ainda está começando. Em Recife-PE isso já está muito mais prático e embutido em cada profissional, mas é possível”.

P-11: “Só ouvi falar da RAPS depois que eu fui para o intercâmbio, que eu tive mais contato com a rede de atenção psicossocial. Antes não”.

Quanto à forma que entendem se a RAPS poderá auxiliá-los em seu cotidiano, os mesmos destacam a possibilidade de implantação de diretriz que venha a aprimorar a lógica de atendimento dos casos em saúde mental, a partir da garantia de definição de fluxo entre os serviços; de maior comunicação entre os profissionais e, por sua vez, de um acompanhamento mais efetivo dos casos entre os pontos de atenção na rede. Ao se colocar como alternativa de organização e funcionamento da política de saúde mental, o modelo em rede reforça, portanto, seu caráter de descentralização das ações em direção ao território, com a consequente ampliação dos pontos de atenção nos diferentes níveis de complexidade e buscando assim garantir maior eficácia das ações. Parte-se então de uma lógica de aproximação entre os serviços que venha a permitir uma efetiva integralidade do cuidado, rompendo assim com uma dinâmica de fragmentação das ações efetivadas pelos serviços. O que se expressa em grande parte das falas ao produzir uma sensação de coesão ao efetivar a criação de fluxos que permitam compartilhar ações.

P-1: “Através da rede não trabalhamos partido, temos maior resolutividade, com um fluxo definido. Não tem como trabalhar sem redes. A gente trabalha sem redes, mas eu não entendo trabalhar sem redes, não dá para trabalhar assim. Por isso que muitas coisas não são resolutivas”.

P-3: “Então, nessa construção de CAPS nós perdemos isso de vista. O CAPS veio e centralizou tudo. A RAPS coloca cada coisa no seu devido lugar e descentraliza tudo. O CAPS só é responsável pela organização disso”.

P-4: “ Eu sinto que isso já tinha de estar estabelecido entre nós. E não está. Então é mais um reforço para que a gente tente ter mesmo uma diretriz de ação. Como um código de ética. Aquilo ali serve para nos embasar mais ou menos do que seria prudente para acolher esses pacientes e trazer qualidade de vida e inclusão social”.

P-6: “ Se ela for efetivada e existir de fato, não apenas como nome acho que sim”.

“P-7:” A gente conseguir a efetivação do nosso trabalho é o resultado ali com o paciente mesmo. “A gente conseguir atingir o nosso objetivo com ele, de melhorar mesmo a sua qualidade de vida.”

P-8: “Acho que pode me ajudar no cotidiano de trabalho no sentido de compreender fluxos. De saber que têm pontos de apoio”..

P-10: “Completamente. Porque ele me traria equipamentos não só dos meus colegas da secretaria de saúde, mas colegas de outras secretarias, que é por onde esse mesmo paciente permeia. Ele não é o meu paciente apenas. Ele é um paciente que utiliza dos serviços públicos que a cidade dispõe. Seja ele, CRAS, CREAS, Centro da Juventude. Todos os lugares por onde ele permeia tem de ter uma ponta e uma ligação com esse cuidado integral. Porque daí sim se gera de fato os princípios do SUS”.

Quando questionados sobre o que vem sendo feito para efetivar essa rede de atenção psicossocial no município de São Carlos-SP, acaba havendo uma divergência entre os profissionais que participaram de intercâmbio de formação profissional¹⁷, no ano de 2015, junto à rede de atenção psicossocial no município de Recife-PE e os demais entrevistados. Daqueles que participaram, há a menção desta experiência enquanto um marco importante de contato inicial com a vivência em rede. Quanto aos demais, percebe-se dificuldade no acesso às informações quanto à forma de condução e etapas desenvolvidas no município. Essa diferença entre os dois grupos revela o

¹⁷ O projeto Percursos Formativos da RAPS teve como objetivos estruturar ação de intercâmbio para profissionais da RAPS como proposta de troca de experiência e ampliação das possibilidades de intervenção do profissional a partir da convivência com outras realidades, focando 6 (seis) linhas de ação: • Linha 1: Atenção à crise em saúde mental • Linha 2: Saúde Mental Infantojuvenil • Linha 3: Saúde Mental na Atenção Básica • Linha 4: Demandas associadas ao consumo de álcool e outras drogas • Linha 5: Desinstitucionalização • Linha 6: Reabilitação Psicossocial 9 (Ministério da Saúde, 2014)

obstáculo que representa, para a eficácia de qualquer política, a falha em investimentos e planejamento para que a implementação envolva formação, qualificação e capacitação profissional. A experiência dos que foram a Recife parece ter sido decisiva na sua adesão à causa da RAPS, porque tiveram a oportunidade de observar concretamente o seu funcionamento, e não apenas a abstração das normas. Daí porque este grupo se mostra apoiador da RAPS, como os chamados *stakeholders* das políticas. Nos relatos e comentários abaixo, os próprios entrevistados tratam deste sério problema da implementação, que é o aprendizado de novas práticas, rotinas e procedimentos, que precisam ser suficientemente informados e divulgados, mas também o do entendimento da necessidade, validade e prioridade ou preferência dos mesmos em relação a outros, o que envolve estratégias, também muitas vezes deixadas de lado na formulação e na implementação das políticas, de convencimento e conquista de adesão dos agentes implementadores:

P1-: “Em termos práticos eu não estou vendo nada. O que eu estou vendo são reuniões que estão acontecendo na DRS e no município, mas eu não percebo nem a divulgação. Eu sei disso porque eu frequento a DRS e sei que está acontecendo. Mas eu não percebo que existe fala disso. Mesmo essas pessoas que fazem parte dessa rede e vêm para o município para montar a rede, elas estão divulgando. Eu não percebo”.

P-2: “Porque às vezes as pessoas vão nas reuniões e não passam para frente o que acontece”.

P-6: “Olha o que eu escuto, e às vezes recebo alguns e-mails, é de que têm pessoas se reunindo para conversar na rede. É isso o que eu tenho escutado. Mas eu não tive acesso ao que está sendo construído ou ao que tem sido falado. Onde tá isso né? Esse também é um dos entraves”.

P-7: “Acho que nesse momento está tendo a ação. Antes a gente ficava só na fala e agora está começando a acontecer. Têm as discussões que a gente está fazendo. Esse percurso, eu acho que veio para isso também. Foi muito bom o que a gente vivenciou lá, mas melhor do que isso foi ter conseguido trazer para a discussão. Agora as coisas eu acho que estão começando a acontecer. Essa questão de

tentar articular os serviços, de tentar conhecer a rede. Acho que é isso que vai ajudar agora.”

P-10: “De fato aqui em São Carlos, o primeiro pontapé inicial foi esse intercâmbio em Recife-PE. Acho que formou dez ou doze profissionais. Mas ainda bem que formou. Ainda bem que despertou em alguns e aguçou em outros. E motivou em outros essa possibilidade de implantação e ação”.

P-11: “Até então, a primeira ação foi o intercâmbio que eu acho que foi muito válido. E depois do intercâmbio parece que estão vindo os resultados para a nossa RAPS de São Carlos-SP, tendo em vista que o pessoal já está se organizando e fazendo o mini percurso para saber como funciona cada instituição, para saber quais são as dificuldades no atendimento desse usuário”.

Nesse ponto, vale destacar, que apesar da participação do município na elaboração de plano de ação regional da Rede de Atenção Psicossocial observou-se uma descontinuidade das ações a serem efetivadas a fim de garantir a viabilização da RAPS no contexto municipal. Observadas as etapas necessárias e presentes na Portaria 3088 houve, portanto, a adesão do município à fase I que envolve a elaboração de desenho regional da RAPS e Fase II de adesão e diagnóstico; ficando pendentes, portanto, o envolvimento com a etapa III de contratualização dos pontos de atenção e Fase IV de qualificação dos componentes. O fato de ter sido elaborada matriz diagnóstica que permitiu embasar tal plano de ação e por sua vez identificar quais as fragilidades, suas propostas de ação, responsáveis e cronograma sugere um descompasso entre uma possível agenda de prioridades de ações no âmbito municipal e as demandas existentes em torno da política de saúde mental. Tal fato, evidencia portanto, a uma característica de desarticulação das ações que tendem alongar os prazos necessários para efetivação desta política. Parte das justificativas para a ocorrência desse cenário podem estar relacionados a manutenção dos mesmo fatores que se mostram presentes na construção deste plano de ação regional como dificuldade de contratação de recursos humanos

devido principalmente a questões orçamentárias/financeiras e da Lei de Responsabilidade Fiscal ou mesmo de novos seerviços que demandariam portanto acréscimo no aporte de investimentos.

EIXO 6 - Modelo de Gestão Municipal

De modo geral, os entrevistados avaliam como sendo positiva a forma de organização administrativa atualmente existente no município em regionais¹⁸ de saúde, tanto por sua necessária adequação as diretrizes presentes no SUS de hierarquização e territorialização, bem como por trazer a possibilidade de efetiva cobertura em saúde, fato que se encontra expresso nas falas que se seguem:

P-2: “Aqui nesse bairro eu gosto dessa organização. É que o bairro aqui é muito grande. E eu acho que tem de ter essa distribuição em várias unidades por ser uma região muito grande. Mesmo sendo um bairro grande eu consigo um fluxo bom de comunicação com todo mundo. Ela funciona nesse sentido. Eu acho que ela está bem organizada aqui no nosso bairro. Eu acho que funciona bem”.

P-7: “Eu acho que foi o modelo que eu sempre tive. Então eu nunca pensei sem isso, entendeu?Agora,pensando ,eu vejo como positivo e não como negativo. Pensando na organização de trabalho, acho que facilita porque a gente tem como referência de organização de trabalho. Acho que a gente se sente mais apoiado. Acho que se a gente fosse recorrer sempre à secretaria eu não sei se eu teria esse respaldo”,

Apesar disso, apontam dificuldades relacionadas ao gerenciamento deste modelo, o que demonstra, entre outros fatores aparente ausência de rotina estabelecida quanto à definição de fluxo de processo decisório em termos das

¹⁸ Lei nº 8080 Art 10 §2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

diretrizes e ações a serem encaminhados entre os diferentes níveis de organização da política de saúde municipal. Como expresso no trechos abaixo:

P-1: “Eu acho que auxilia no processo de organização sim, só que eu acho que elas deveriam se conversar. Deveria haver reuniões semanais entre as administradoras regionais, a diretora do DGCA¹⁹, e o Secretário de vez em quando também participar. Mas a diretora de atenção básica deveria ter reuniões semanais com as Administradoras Regionais e estas, por sua vez, deveriam estar mais próximas dos seus funcionários na sua regional”.

P-4: “Então há um ganho na regionalização, não tenho dúvida, mas eu acho que ainda a gente não consegue ter uma proximidade de desenvolvimento de determinado tipo de trabalho. Do planejamento das ações para o trabalho eu sinto que ainda há um foco diferenciado do que o ministério nos prega. A atenção parece voltar-se mais para a unidade básica do que para a construção do PSF, que foi outro ganho que a gente teve. São ações de trabalho muito diferentes. Eu sinto que a regionalização não se firma muito nessa ponte de processo de trabalho”.

P-5: “A questão das regionais de saúde é necessária quando elas funcionam. Esse mesmo modelo é implantado onde eu já trabalhei. Funciona, dá certo, entendeu? Essa questão da matriz. Porque assim, na saúde tudo é a longo prazo, nada é de imediato. Eu acho que a regional é um intermediário entre a secretaria, que é o maior, e nós, que somos a porta né? Quando ela sabe o seu papel e realiza, é um instrumento que dá certo, mas muitas vezes as pessoas não sabem qual é o seu papel naquele momento ali”.

Sendo assim, pode-se interpretar, com base nestas falas, que tal modelo administrativo de gestão por apresentar entre outras características, formato linear e hierarquizado, com ênfase na importância do que se encontra previsto em diretrizes estabelecidas em normas, portarias ou leis, guarda semelhança a uma dinâmica do tipo “top down”. Por sua vez, ao buscarmos avaliar de que forma tal modelo se relaciona a uma política de rede na qual se tem a perspectiva de articulação entre diferentes pontos de atenção²⁰ e não dentro de uma lógica de fluxo unidirecional de atendimento abre-se espaço para a

¹⁹ Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial.

²⁰ Atenção Básica em Saúde; Atenção Psicossocial Estratégica; Atenção de Urgência e Emergência ; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar; Estratégia de Desinstitucionalização; Estratégia de Reabilitação Psicossocial.

ocorrência de possível dimensão de conflito entre os atores envolvidos, e não de cooperação. Segundo Lima (2012), o sucesso da implementação decorre da clareza dos objetivos, pois é imprescindível que os implementadores compreendam perfeitamente a política e saibam exatamente o que se espera deles. Para fins ilustrativos, segue figura representando o estabelecimento dessa dinâmica de interação.



Fonte: Adaptação de figura sobre arquitetura de formulação e implementação de PSF (LOTTA, 2012).

Como decorrência desse cenário, pode-se inferir que no contexto da política municipal de saúde mental de São Carlos, em razão da convivência de dois modelos que apontam para dinâmicas diferentes de funcionamento e organização, são demandados, portanto, de gestores e agentes implementadores diferentes habilidades ou competências para administrar os conflitos decorrentes dessa característica de modelo “dual” atualmente vigente. Algo que ilustra tal percepção em termos de organização da política se encontra retratado nas falas que se seguem :

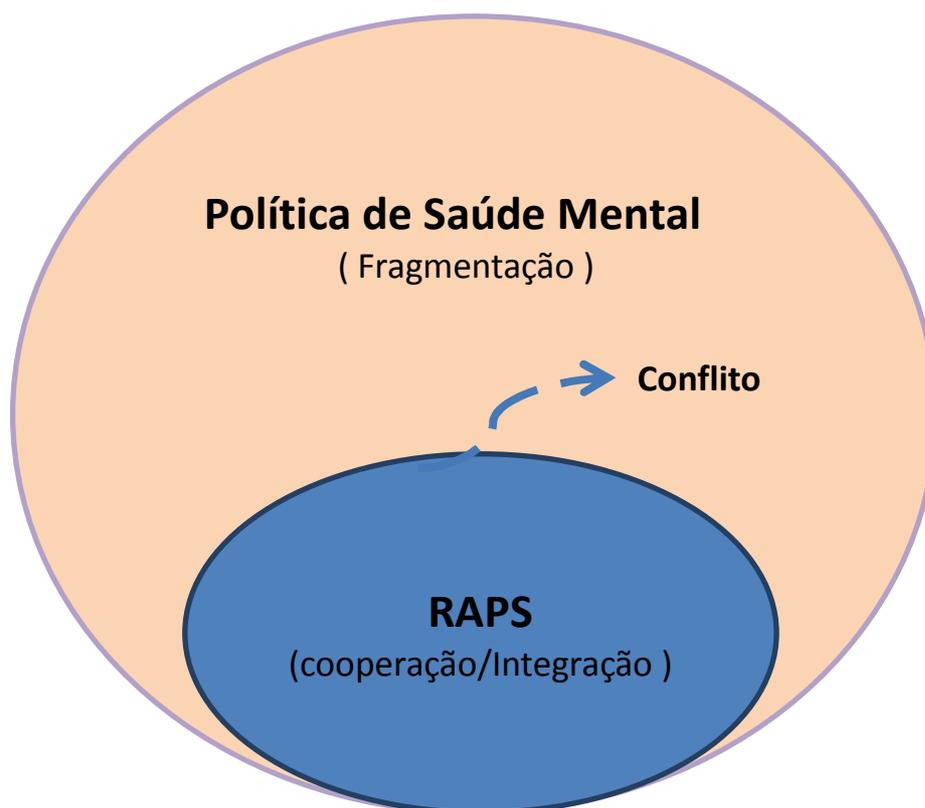
P-3: “Eu só discordo dos CAPS estarem vinculados a uma regional. Deveríamos estar vinculados à especialidade ou direto a secretaria, como era no início. Antes era vinculado em linha direta à secretaria”.

P-10: “A experiência vivida recentemente em outra regional é de cada um no seu quadrado. A UBS não faz a interlocução com a outra UBS, que por sua vez não faz com as USF. É tudo muito distante”.

P-11: “A partir do momento que os profissionais foram para Recife-PE, abriu-se a cabeça de todo mundo: Não, espera aí, a gente pode trabalhar junto e a gente vai trabalhar junto. Basta a gente se unir para que as coisas aconteçam!”

Tendo como objeto de análise a interdependência entre a estrutura normativa proveniente das diretrizes da RAPS e sua interação no contexto da política de saúde mental, observa-se, portanto, com base nos relatos das entrevistas, que o processo de implementação desta política, embora em andamento, vem sofrendo efeitos decorrentes da existência de modelo pré-existente, que se pauta por características de funcionamento diversas das que a organização em rede apresenta. Nesse sentido, ao contrário de uma lógica de gestão que busca promover a interação entre os pontos de atenção, buscando fortalecer esta política, tem-se nesse modelo hegemônico uma dinâmica de organização caracterizada pela fragmentação das ações nos territórios e a

adoção de medidas pontuais e isoladas, que trazem pouco impacto frente as demandas existentes. Segundo Martins (2005), a fragmentação é o resultado de um processo descoordenado, inconsistente e incoerente de formulação /implementação de políticas, programas ou projetos. Segue figura representativa da configuração do processo de implementação da RAPS, com a sobreposição dos dois modelos em conflito, um contendo serviços com ações fragmentadas, isolado, e outro entrelaçado ou enredado, cooperativo e integrador:



Nesse contexto, torna-se necessário, portanto, buscar fortalecer medidas que estimulem a cooperação entre os atores envolvidos, a fim de incentivar a adoção de práticas voltadas à estruturação desta política em

formação. Com isso, ao se buscar operacionalizar as ações necessárias, tem-se na etapa de implementação a perspectiva de se (re)(organizar) recursos existentes a fim de conformar um processo de transição, associando arranjos sociais, políticos e econômicos prévios que levem a uma configuração diferente (LIMA & D'ASCENZI, 2014). Parte-se então de um conjunto de ações necessárias para respaldar iniciativas geradas no contexto dos serviços que pertencem a essa mesma política. Sendo assim, tem-se, a seguir, um conjunto de fatores de recomendação, advindos da sistematização dos dados contidos nas entrevistas, que tornaram possível apontar caminhos para potencializar ações voltadas ao fortalecimento da formação da rede de atenção psicossocial.

Tendo como parâmetro os dados coletados em entrevista, e buscando levantar categorias gerais que pudessem traduzir núcleos de sentido, identificamos um conjunto de variáveis relacionadas ao contexto de implementação da rede de atenção psicossocial em São Carlos que foram sistematizadas a partir de categorias apontadas por Tanaka & Melo (2008) relacionada a formação de contexto. Com isso, foram distribuídas diferentes variáveis entre as categorias individuais, sociais, organizacionais, tecnológicas e político- institucionais. Posteriormente, os valores assumidos por estas variáveis foram subdivididos entre os quadrantes como tendo valor positivo ou negativo, com base nas questões presentes nas entrevistas, em termos dos fatores que favorecem e dificultam a integração ou o estabelecimento de uma rede entre os equipamentos em saúde mental. Por fim, encontra-se presente outro conjunto de categorias associadas ao valor do benefício trazido pela constituição de uma rede, levando em conta a forma que poderia auxiliá-los.

ANÁLISE DO CONTEXTO DE IMPLEMENTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO MUNICÍPIO DE SAO CARLOS-SP	
Categorias	Variáveis. Valoradas conforme favoreçam (P), Dificultem (N) e Beneficiem (B)
Categoria de Variáveis político - institucionais	Falta de Serviços(N) Falta de Planejamento (N) Modelo de Gestão (N) Baixo Investimento financeiro (N) Papel da Gestão (N) Inclusão Social(B) Respaldo Institucional(B) Gerar Efetividade (B) Resolutividade (B) Respaldo Institucional (P) Intersetorialidade (P) Atenção Integral (P)
Categoria de Variáveis organizacionais	Falta de Recursos Humanos (N) Hierarquização (N) Ampliação dos Pontos de Atenção (B) Criar Fluxo (B) Promover a Integração (B) Promover a Multidisciplinaridade (B) Diretriz no Trabalho (B) Integração(B) Estrutura (P)
Categoria de Variáveis tecnológicas	Discussão de caso (P) Prevenção (B) Intercâmbio Serviços(P) Fóruns (P) Encontros (P) Colocar em Prática(P) Matriciamento (P) Diagnóstico Territorial (P) Cronograma(P) Planejamento (P) Informação (P) Ações Práticas (P)
	Burocracia (N) Falta de Comunicação (N) Desburocratização (P) Ações Conjuntas (P) Compartilhamento de Ações (B)

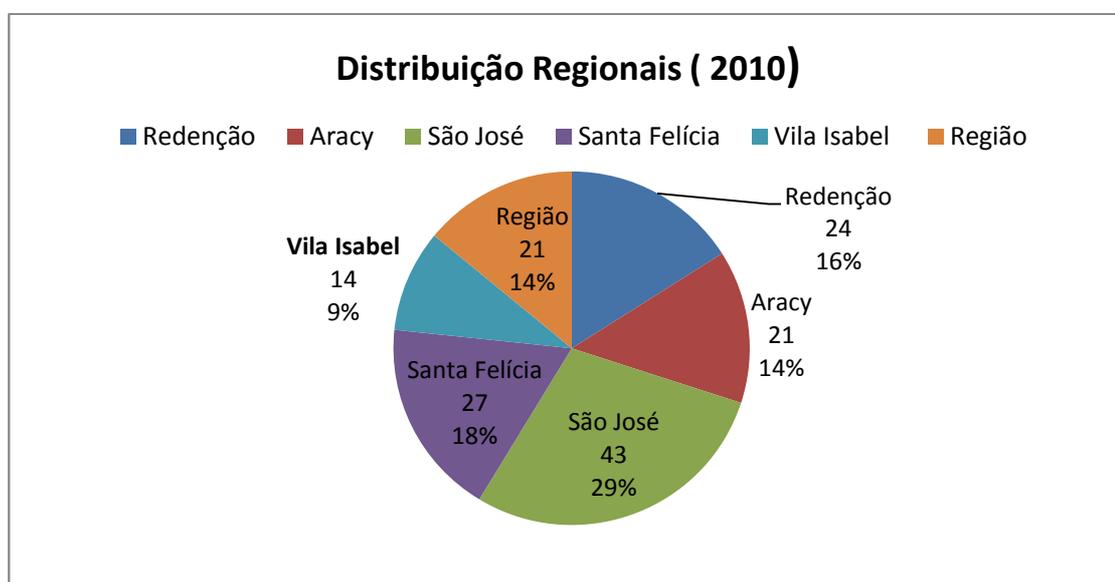
<p align="center">Categoria de Variáveis Sociais</p>	<p>Efetivação do Trabalho (B) Compartilhamento de saberes (B) Rotina de Contato com outros serviço (P) Pactuação (P) Comunicação (P)</p>
<p align="center">Categoria de Variáveis Individuais</p>	<p>Falta de Perfil Profissional (N) Despreparo Gestor(N) Preconceito (N)</p> <p>Falta de Conhecimento (N) Falta de Repertório (N) Postura Individual (N) Deconhecimento Rede (N) Isolamento (N) Qualidade de vida (B) Perfil Profissional (P) Visão de Saúde mental (P) Capacitar gestor (P) Conhecimento (P) Perfil Profissional (P) Capacitação (P)</p>

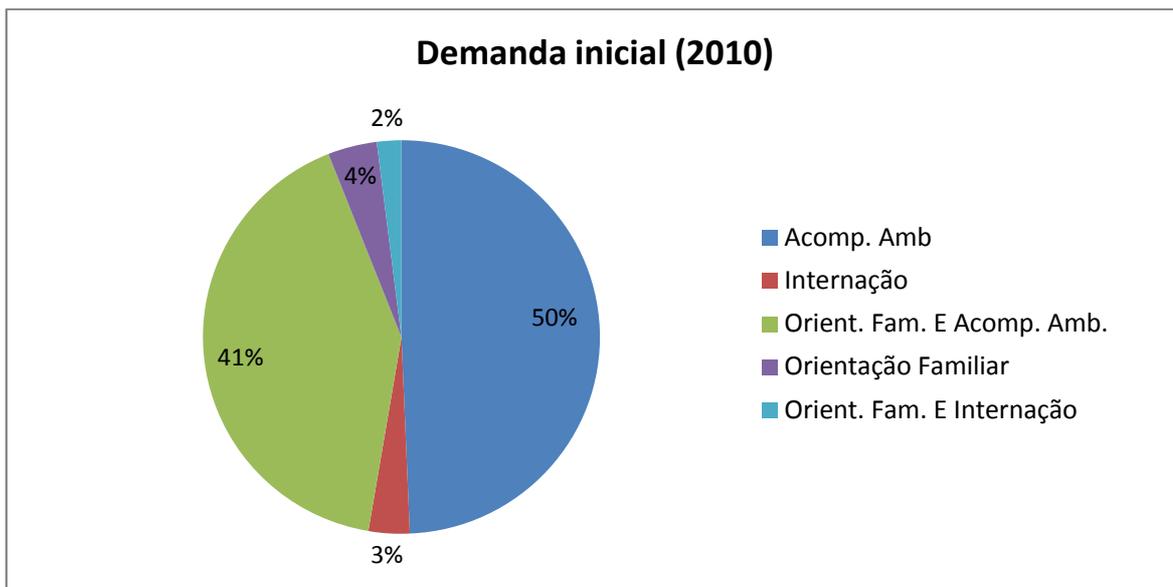
4.2- CARACTERIZAÇÃO DOS DADOS EM PRONTUÁRIO

Em linhas gerais, pode-se afirmar, com base nos dados obtidos junto aos prontuários de atendimento do Centro de Atenção Psicossocial em Alcool e Drogas, entre os períodos de 2010 a 2012, que não houve variações significativa em termos de porcentagem entre os anos analisados com relação à distribuição dos casos atendidos nas regionais de saúde. Apesar disso , vale ressaltar que no ano de 2010, os casos atendidos de outros municípios da região representaram 14% do total, e , ao longo dos outros anos, esse índice diminuiu significativamente, com a ampliação dos números de atendidos em São Carlos, o que pode ter representado naquele momento, um indicador de aumento no

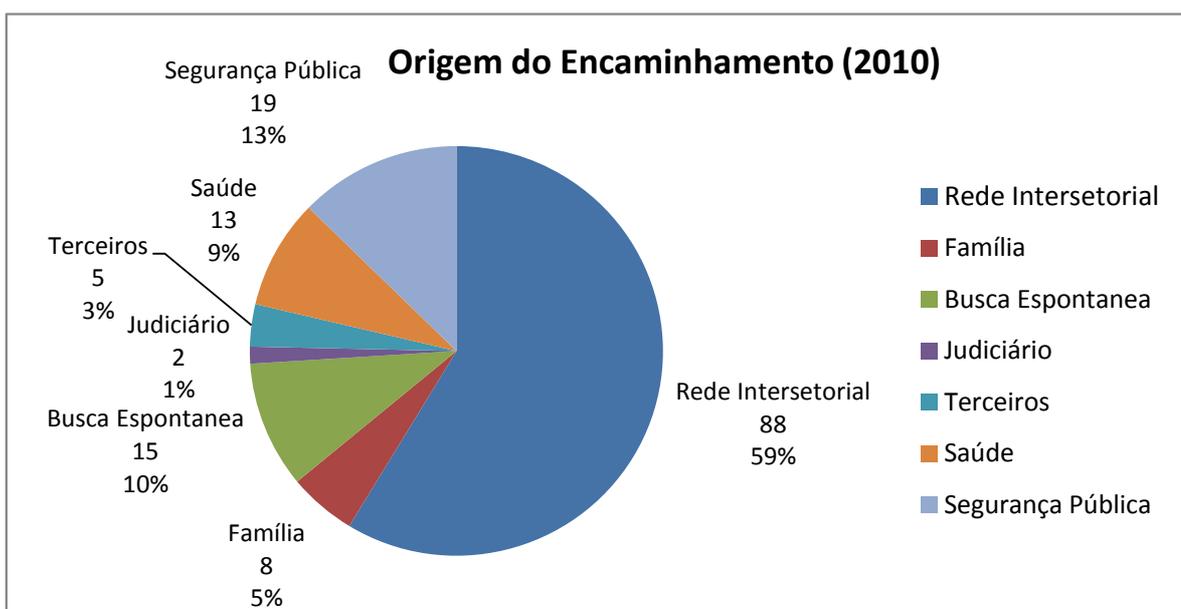
número de atendidos em razão do grau de conhecimento do serviço. Além disso, cabe destacar o aumento do número de atendidos ao longo dos anos. No ano de 2010 foram abertos 150 prontuários, em 2011 o número foi de 735 e em 2012 foram 716 prontuários.

Com isso, em relação ao primeiro gráfico, apresentado abaixo observa-se que, de um total de 150 prontuários analisados no ano de 2010 em termos de distribuição dos casos atendidos junto ao Centro de Atenção Psicossocial CAPS-AD, houve uma maior número de usuários atendidos provenientes da Regional do São José. As demais regionais de saúde, mais os casos pertencentes a outros municípios da região, apresentaram em média quase a mesma proporção. A Regional com menor incidência de casos foi a do Vila Isabel.



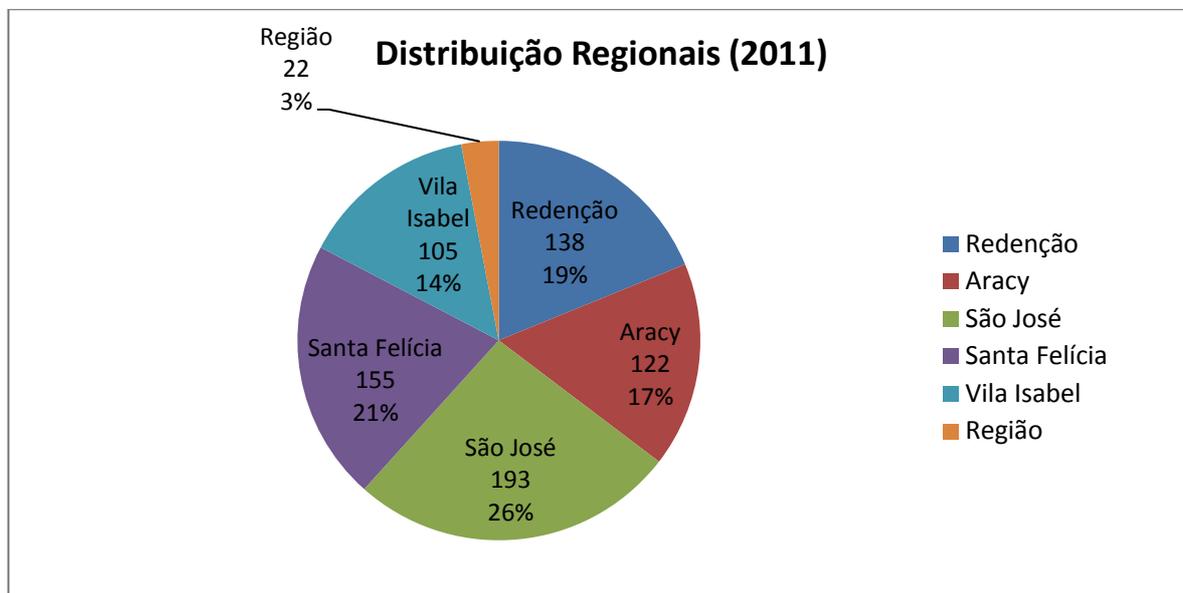


Os dados referentes ao segundo gráfico demonstram que a maior parte da demanda apresentada com base nos prontuários neste ano foram de busca de acompanhamento ambulatorial, com 50% dos casos. Seguidos, por 40% dos casos, de orientação familiar e acompanhamento ambulatorial. Os demais, como somente orientação familiar, orientação familiar e pedido de internação e solicitação de internação, tiveram menor incidência.

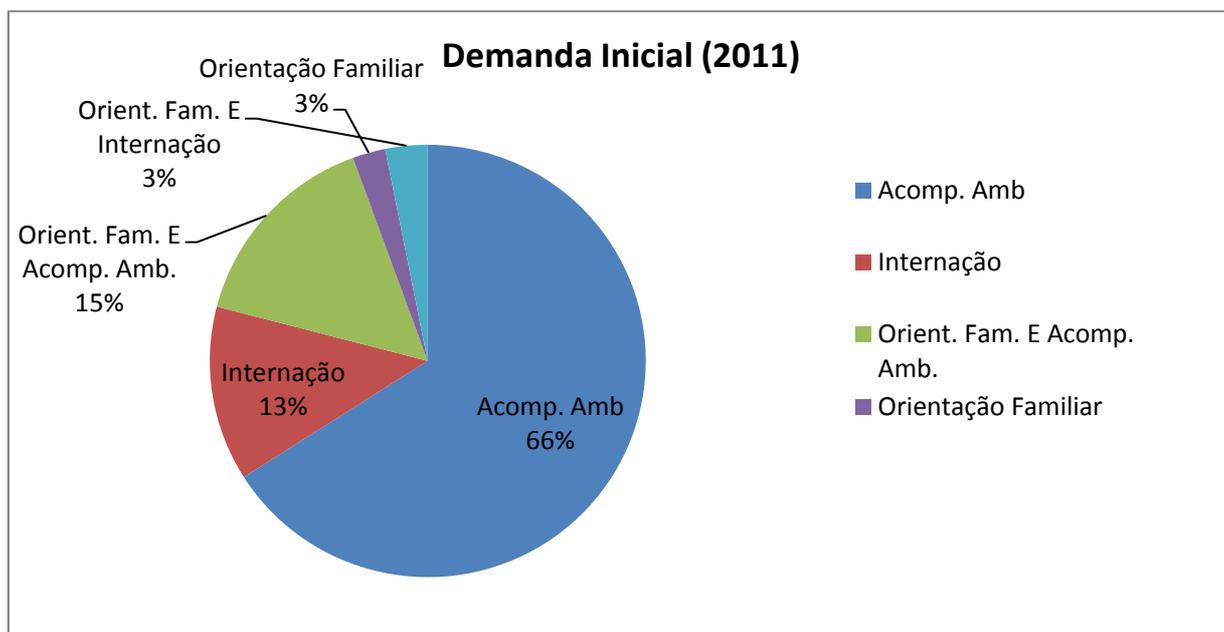


Os dados de origem do encaminhamento apontam um maior número de casos provenientes da rede intersetorial, com 59%, seguidos de busca

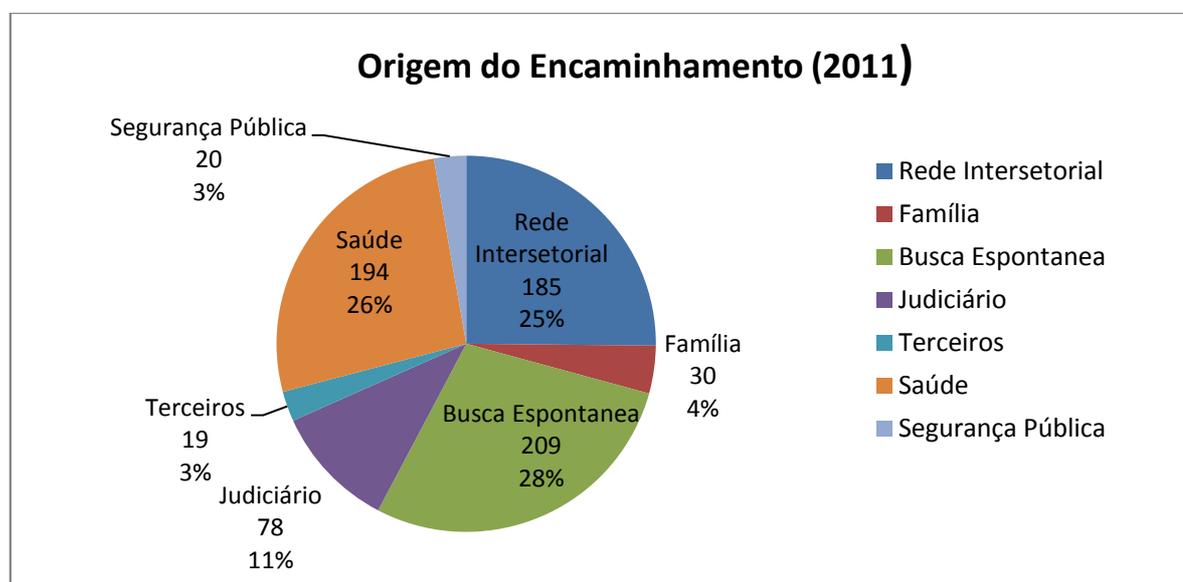
espontânea com 10%, segurança pública, 13% e saúde com 9%. Com menor incidência dos casos relativos à família, 5% e judiciário, 1%.



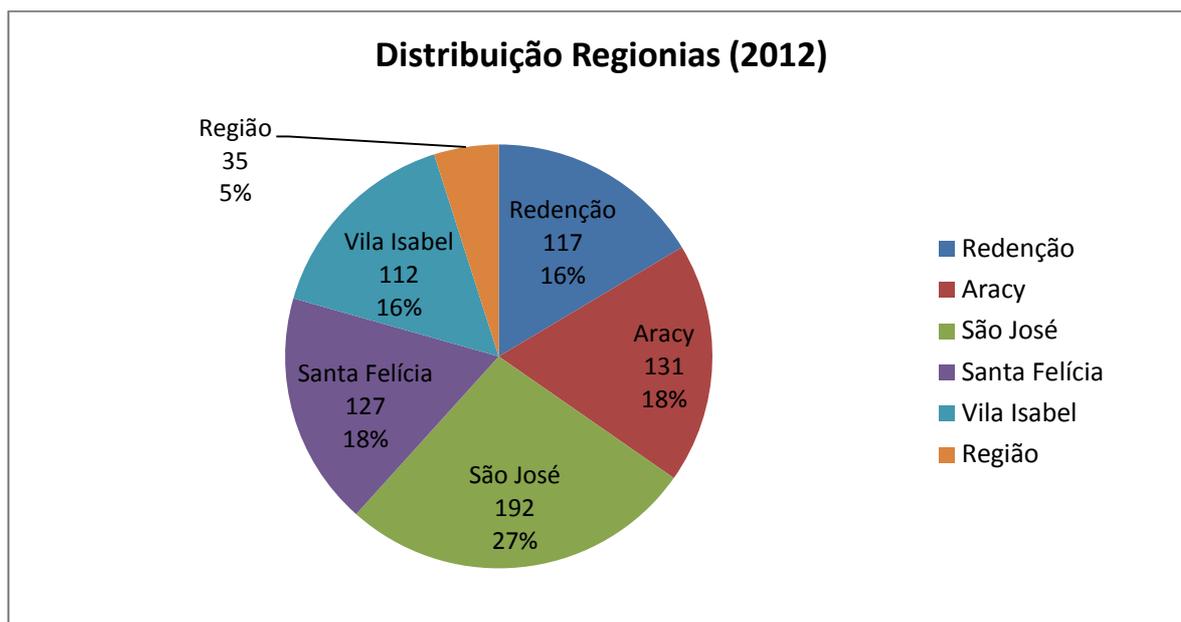
Em relação aos dados no ano de 2011, observa-se que houve uma maior incidência dos casos em relação à regional do São José, com 26%, seguido por Santa Felícia, com 21%, e Redenção, com 19%, e com menor incidência as regiões do Aracy, com 17%, e Vila Isabel, com 14%. Os casos referentes aos municípios da região tiveram índice de 3%.



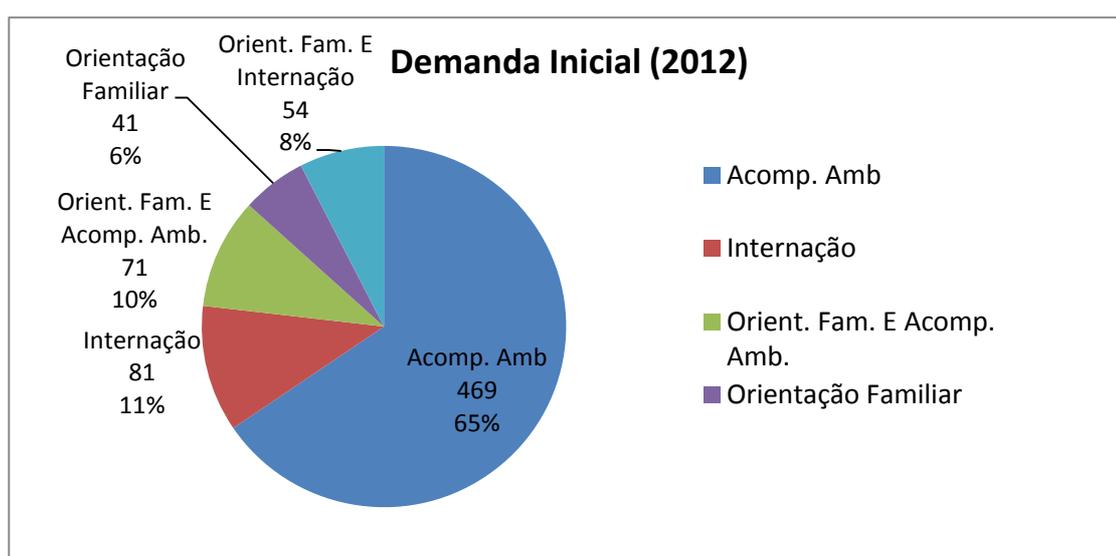
Quanto à demanda inicial, os dados em prontuário de 2011 apontam que 66% dos casos procuraram o serviço do CAPS-AD em busca de acompanhamento ambulatorial; seguidos por orientação familiar e acompanhamento ambulatorial 15%, internação, 13%; orientação familiar, 3%, orientação familiar e internação, 3%. Comparando os gráficos de 2010 e 2011, destaca-se a manutenção do padrão elevado de ida ao serviço em busca de acompanhamento ambulatorial, porém com a elevação da demanda por internação, que saltou de 3% para 13%.



Os dados de origem do encaminhamento de 2011 apontam maior incidência de casos que buscaram atendimento junto ao CAPS-AD de forma espontânea, com 28%; seguidos por casos encaminhados por demais serviços da saúde, com 26%, e rede intersetorial, com 25%. Em menor quantidade se apresentam encaminhamentos vindos do aparato do judiciário, com 11%, família, com 4%, segurança pública com 3%, e terceiros, também 3%. Nesse sentido, pode-se identificar a ocorrência de diferentes fluxos de encaminhamento estabelecidos.

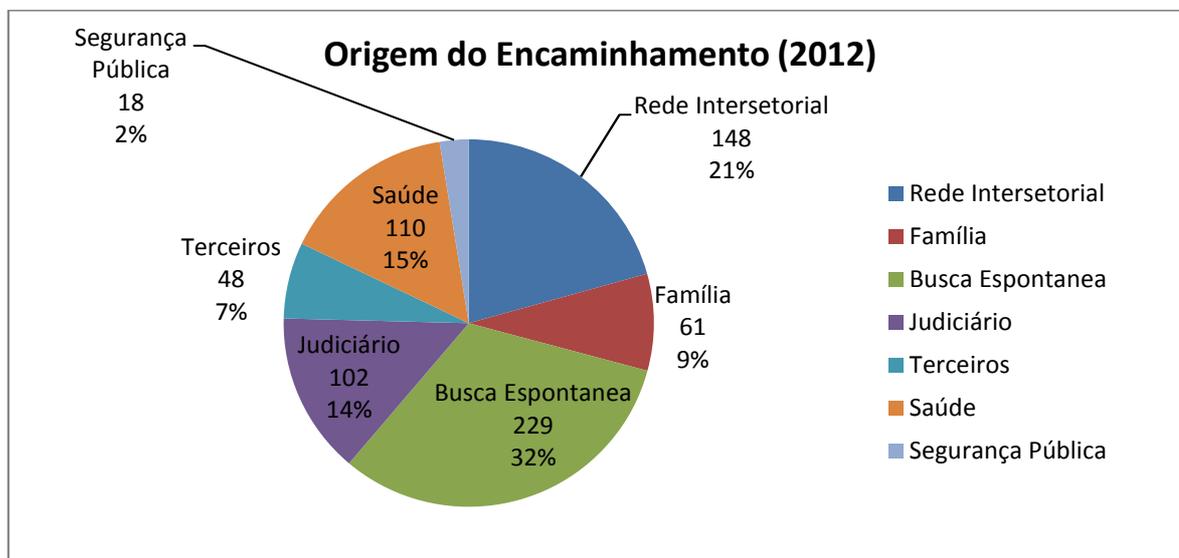


Em termos de distribuição dos casos entre as regiões de saúde, em 2012 houve uma maior incidência de casos vindos da região do São José e uma distribuição quase que uniforme dos atendidos nas demais regiões de saúde, com 18% dos casos vindos da região do Aracy; Santa Felícia, 18%; Vila Isabel, 16% e Redenção, 16%. Os casos provenientes de outros municípios representaram 5% .



Em relação à demanda inicial, pode-se apontar, com bases nos dados em prontuário no ano de 2012, que em sua maioria, 65% dos pacientes, buscaram o

serviço para passar por acompanhamento ambulatorial. Seguido por internações, 11%; Orientação Familiar e Acompanhamento Ambulatorial, 10%; orientação familiar e internação, 8%, e Orientação Familiar, 6%.



Já quanto à origem do encaminhamento, no ano de 2012 observa-se um maior número de pessoas que buscaram o serviço de forma espontânea; seguido pela rede intersetorial, com 21%, saúde, com 15%, e judiciário, com 14%, e em menor proporção família, 9%, terceiros com 7% e segurança pública com 2%.

5. DISCUSSÃO

Com base nos dados levantados nesta pesquisa, das características de funcionamento de parte dos serviços que integram os pontos de atenção da RAPS no município de São Carlos, e do perfil de parte dos atores neles inseridos, pode-se identificar a existência de uma característica de fragilidade relacionada ao desenho da política de saúde mental local. Tal afirmação traduziria, portanto, um contexto em que se faz necessário problematizar de

que forma se encontra estabelecido o processo de implementação da Rede de Atenção Psicossocial no município. Para tanto, retomaremos as categorias (Estrutural/Clínica/Cooperação) apontadas por Hartz e Contandriopoulos (2004) para ilustrar parte dos achados presentes neste trabalho.

Sendo assim, ao fazermos uso da linguagem estrutural, que busca evidenciar a modificação na fronteira das organizações, temos como elemento a considerar nessa discussão a necessidade de apontar o descompasso entre as normativas e diretrizes presentes na portaria da RAPS (ANEXO- A), que evidenciaria o momento atual de implementação desta política, na fase de contratualização dos pontos de atenção, e as condições efetivas para sua real implantação no contexto dos serviços de atenção em saúde do município. De acordo com as fases expressas nesta mesma portaria, já ultrapassamos, portanto as etapas de desenho regional da Rede de Atenção Psicossocial e de Adesão e Diagnóstico.

A fim de problematizar essa questão, têm-se como foco de análises condições dos espaços locais e as burocracias implementadoras (LIMA& D'ASCENZI, 2013). Fato que se encontra expresso em diferentes momentos nas falas dos entrevistados, que deixam transparecer as dificuldades relacionadas a colocar em prática esse novo modelo de gestão de saúde. Dessa ideia segue o seguinte trecho:

“ P-4 : “Porque para muitos ainda não está claro como é fazer esse trabalho em rede,essa comunicação ,a interlocução. “Eu sinto que para muitos, a RAPS ainda não está clara como equipamento de integração dentro da saúde”.

Nesse sentido, corroboramos as ideias de Carvalho & Cunha (2012), que afirmam que modelos em saúde:

“Traduzem um arranjo organizacional que não é simplesmente uma forma de organizar os serviços de saúde, nem tampouco, um modo de administrar um sistema de saúde uma vez que refletem uma determinada combinação de saberes e técnicas que são utilizadas para resolver problemas e atender a necessidades de saúde, individuais e coletivas”.

Política de saúde mental, entendida esta como espaço instituinte onde operam interesses dos diferentes atores nela envolvidos. Nesse sentido, a RAPS, é o resultado de um processo de mobilização de usuários, familiares e trabalhadores do SUS e dos movimentos de reforma sanitária e psiquiátrica nacional desde a década de 80 para a mudança de paradigma da atenção ao cuidado (BRASIL, 2015)

Com isso, caberia apontar, no contexto de São Carlos, que se encontram atuando no âmbito da política de saúde mental dois modelos de atenção em saúde mental que poderiam ser melhor traduzidos por meio da diferenciação entre o modo asilar e o Psicossocial. Tendo o primeiro, como características principais : ênfase na consideração das determinações orgânicas dos problemas que pretende tratar, o que implica que seu meio básico seja “medicamentoso”. Já o segundo considera os fatores políticos e biopsicoculturais como determinantes, e não apenas de maneira genérica (COSTA-ROSA, 2000).

Sendo a RAPS partidária desta última concepção, encontramos, portanto, a configuração de uma realidade na qual se vislumbra a presença de um tensionamento acerca das concepções de cuidado e das práticas profissionais.

Souza et. al (2007), ao fazer referência a essa polaridade acrescenta que dois modelos só serão contraditórios se a essência de suas práticas se encaminhar em sentidos opostos quanto a seu parâmetro da base.

Já a utilização da linguagem clínica que envolve as modificações nas práticas profissionais pode ser vista sob o enfoque de uma mudança de olhar acerca do usuário de saúde mental. Na sua grande maioria, os relatos trouxeram a questão da falta de capacitação no tema como um passo importante de transformação da prática de assistência a essa população. Segundo Gozzi et al (2014), mudar a forma de cuidar significa, entre outros, mudar paradigmas sobre o que é saúde, normalidade e a relação saúde normalidade. Em um dos trechos das entrevistas essa questão é abordada:

P8-: “As dificuldades relacionadas ao atendimento de casos em álcool e drogas tem a ver com o estigma, o não saber lidar, não saber qual seria a melhor postura profissional”

Ao ampliar os pontos de atenção, a RAPS traz de volta ao debate a questão do lugar da assistência em saúde mental. Se até então os serviços dos CAPS eram vistos como espaços privilegiados de assistência a essa população, tem-se agora o desafio aos demais profissionais da política de saúde mental quanto ao acolhimento das demandas dessa população e revisão de suas práticas de atuação. Sendo assim, o funcionamento dessa rede dependerá da capacidade dos trabalhadores em se conectarem aos outros que estão inseridos nos diversos espaços e na comunidade (BRASIL, 2015). Nesse contexto, Lima (2012) aponta que em contraste com a visão linear do modelo top-down, o bottom up considera a implementação como um processo disperso e descentralizado, reconhecendo o papel importante dos implementadores. Com isso, concordamos com Gerhardt (2015) que enfatiza uma dupla leitura sobre a natureza do objeto “rede” como indispensável : da estrutura organizacional voltada para a produção de serviços e da dinâmica de atores em constante renegociação de seus papéis.

Por último e não menos importante, temos a linguagem da cooperação que traz a necessidade de adoção de novos formatos de negociação e de acordos entre atores e organizações. Nesse aspecto, Brito et al (2011) enfatiza:

No caso do trabalho em saúde mental, deve-se considerar o campo das disputas políticas em que os trabalhadores exercem suas atividades. As diretrizes da atual Política Nacional de saúde mental seguem os preceitos da chamada Reforma psiquiátrica, em que as longas internações em hospitais psiquiátricos são substituídas por uma rede de cuidado articulada no território. Uma disputa pela legitimidade da verdade em relação ao cuidado com a loucura (discurso médico-psiquiátrico versus discurso da reforma psiquiátrica) acaba fazendo do trabalho em serviços substitutivos de saúde mental “uma militância”.

Sendo a RAPS uma estratégia de integração entre serviços, tem-se a pretensão de buscar, por meio desta, uma mudança na dinâmica de interação entre os serviços. Nesse sentido, observa-se no âmbito da rede municipal de saúde mental a existência de uma rede de saúde mental em formação a partir da apropriação desta nova lógica de interação. A propósito da necessidade de indução de processos de cooperação na instância da política municipal de saúde mental, caberia, portanto, a adoção de medidas que viessem a minimizar os conflitos. De acordo com Cline (2000),

O modelo comunicacional sugere que a perspectiva top-down e bottom-up não estão necessariamente erradas na forma como veem o processo de implementação, mas quando são usados separadamente podem provocar uma análise incompleta.

Nesse sentido, observa-se no contexto municipal ainda um descompasso em termos do que esta política se propõe e a assimilação por parte dos profissionais que atuam na rede municipal de saúde acerca de suas diretrizes de funcionamento. Tal fato se evidencia nas falas da maioria dos profissionais entrevistados, quando apontam a necessidade de acesso ao que vem ocorrendo

no âmbito do município acerca da implementação desta política. Ao que se segue na percepção de uma das entrevistadas:

P-6: “Olha, o que eu escuto, e às vezes recebo alguns e-mails, é de que têm pessoas se reunindo para conversar na rede. É isso que eu tenho escutado. Mas eu não tive acesso ao que está sendo construído ou ao que tem sido falado. Onde está isso né? Esse também é um dos entraves”.

A constatação destas assimetrias, em termos de entendimento e apropriação desta política, trazem, portanto, a necessidade de adoção de novas estratégias que venham a promover a superação de tais lacunas existentes. Pois, segundo Arretche (2001), a implementação efetiva, tal como se traduz para os diversos beneficiários, é sempre realizada com base nas referências que os implementadores de fato adotam para desempenhar suas funções. Nesse aspecto seria identificado espaço para exercício da discricionariedade, buscando em parte efetivar as ações que entendem como sendo as mais apropriadas para resolutividade das questões apresentadas. De acordo com Lotta (2012), na medida em que as decisões são vagas e conflituosas, os implementadores acabam tendo espaço para decidir como se comportar perante as situações.

Com isso, mais do que meros executores de uma política fica claro que tais profissionais são também seus defensores, apoiadores, ou stakeholders, o que se verifica em suas demandas relacionadas à capacitação em saúde mental e à perspectiva de contato com os demais profissionais e ao conhecimento das rotinas de funcionamento entre os diferentes pontos de atenção da rede. Parte dessa questão evidencia-se nesta passagem de uma das entrevistas:

P-6: “Acho que nesse momento está tendo a ação. Antes a gente ficava só na fala e agora está começando a acontecer. Têm as discussões que

a gente está fazendo. Esse percurso, eu acho que veio para isso também. Foi muito bom o que a gente vivenciou lá (em Recife-PE), mas melhor do que isso foi ter conseguido trazer para a discussão. Agora as coisas eu acho que estão começando a acontecer. Essa questão de tentar articular os serviços, de tentar conhecer a rede. Acho que é isso que vai ajudar agora.”

Desta maneira, aponta-se no âmbito da política de saúde mental de São Carlos, que a introdução desta nova forma de interação entre os serviços traria diferentes benefícios a seguimentos da população que tradicionalmente sempre estiveram excluídos do direito a saúde, como por exemplo a população em situação de rua, ou mesmo a população LGBT.

Desta forma, corroboramos a visão de Campos e Furtado (2005) que aponta que para garantirmos que a reforma psiquiátrica avance para além de simples implementação de novos e mais serviços, precisamos ter um quadro de profissionais imbuídos de uma postura profissional distinta do modelo anterior.

Nada melhor, portanto, para impedir eventuais retrocessos na política de saúde mental do que pensar a instituição de um novo fazer que envolva, portanto, a tentativa de buscar uma lógica diferenciada em termos de atuação. Percepção reforçada em fala de uma das entrevistadas:

P-11: “Porque se você tem um vínculo com a rede de atenção psicossocial e todos estão ali com o mesmo objetivo, usando das mesmas práticas no cuidado com os usuários, acho que isso é fundamental. Se houver um elo quebrado, ou uma das instituições não tiver comunicação com o restante, a gente vai ter um déficit no tratamento daquele usuário e até na comunicação dessa rede”.

Nesse sentido, reafirma-se a visão de rede como alternativa de resposta a uma pluralidade de problemas, sejam eles estruturais ou relacionais, referentes à concretização de ações, projetos e políticas públicas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreender de que forma vem ocorrendo o processo de implementação da rede de atenção psicossocial, no contexto da política de saúde mental do município de São Carlos, é uma tarefa que pressupõe a investigação dessa etapa como tendo características próprias e desafios que demandam, portanto, uma constante avaliação e monitoramento das estratégias utilizadas para sua efetivação. Nesse contexto, ao se introduzir novas formas de gerenciamento de processos de gestão no contexto do SUS se faz necessário considerar, por sua vez, também os enfrentamentos produzidos ao longo de uma história de constituição de uma política de saúde mental voltada para o desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias. Mais do que pensar na constituição de novos serviços do âmbito desta política, tem-se como uma das diretrizes mais importantes dessa política a garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional sob a lógica interdisciplinar.

Com isso, a realização deste estudo permitiu revelar as percepções de gestores e agentes implementadores acerca da realidade atual da política de saúde mental do município; suas dificuldades e avanços; dinâmica de funcionamento e possibilidades advindas da constituição e fortalecimento de uma visão de rede. Além disso, tornou possível caracterizar e identificar fluxos estabelecidos entre diferentes políticas do município e demais entidades em relação a um dos pontos de atenção desta rede em formação. Mais do que nunca explicitou no espaço dessa política de saúde mental a existência de uma

dinâmica de conflito que se encontra estabelecida por conta da existência de dois modelos de atenção em saúde, baseados em diferentes modos de funcionamento, que se sobrepõem, um intervindo sobre o outro e atrapalhando o seu ganho de efetividade e consolidação, devido à persistência da trajetória de fragmentação e isolamento, cujas práticas lineares e hierárquicas constroem a adoção de procedimentos inovadores, baseados na interdependência, integração, cooperação e articulação intersetorial e multidimensional em rede. Para dar ímpeto à consolidação do modelo de atendimento em rede e vencer a força da herança da longa trajetória de compartimentação dos serviços públicos, são os agentes implementadores, burocratas de linha de frente aqui entrevistados, que esclarecem, com precisão, a necessidade e importância dos investimentos e estratégias de formação e qualificação profissional, que devem, segundo destacaram, não se restringir apenas ao conhecimento das normas e padrões, mas incluir aspectos relativos à prática e ao envolvimento destes profissionais.

Todo este processo de reflexão e análise foi fundamentado em parte da literatura que aponta, entre outros fatores: de que forma se deu o processo de descentralização do SUS e sua interface com a constituição da política atual da rede de atenção psicossocial; da perspectiva da implementação enquanto contraponto da área de políticas públicas; e da observação direta, em razão da atuação de um dos autores desta pesquisa junto a um dos pontos que integram a política de saúde mental do município.

A diferença entre a realidade vivenciada pelos gestores a frente dos serviços e dos agentes implementadores e as diretrizes apontadas nesta política em rede, bem como na formulação de plano de ação regional, nos

permite afimar a existência de fragilidades, tanto no âmbito da gestão, no que diz respeito ao respaldo institucional para efetivação das ações necessárias para constituição e formalização desta política, mas também, por sua vez, no que diz respeito à necessária criação de mecanismos que venham a induzir processos de mudança nas práticas dos agentes implementadores em busca da adoção de processos de integração das ações e cooperação dos diferentes atores envolvidos.

Ao se prever a constituição de diferentes pontos de atenção enquanto parte integrante de uma rede de atenção psicossocial tem-se como desafio estabelecido a necessária pactuação dos diferentes serviços para assumirem, portanto novo papel. Mais do que a constituição de novos espaços de atendimento, tem-se como desafio colocado a articulação e integração das ações dos mesmos em torno do fortalecimento desta política. Corre-se o risco, caso isso não ocorra, de se tornar mais uma política advinda do Governo Federal que encontrará pouca ressonância junto aos serviços ou mesmo deixando de causar o impactonecessário na organização da política de saúde mental local.

Para grande parte dos entrevistados fica evidente a necessária viabilização de mecanismos de aproximação entre os serviços ou mesmo entre os próprios profissionais que integram a rede, a fim de se vislumbrar a necessária articulação intersetorial e multidimensional em rede, que venha asuprir a demanda presente em termos de uma atenção integral em saúde, tal qual preconizada pelo SUS.

O conjunto de variáveis relacionadas ao contexto no qual essa política se insere, evidencia a necessidade de ações tanto na esfera política e

institucional, como organizacional, tecnológica, social e individual, a fim de criar as condições para a adesão a novas práticas, evitando, pois conflitos decorrentes da convivência de dois modelos (asilar e psicossocial) enquanto eixo estruturante desta política. Portanto, caberia atuar nestas diferentes esferas relacionadas a este contexto, em busca de indução de mudanças.

Para fins de garantir um efetivo funcionamento da política de saúde mental, conforme preconizado nas portarias e buscando gerar melhores condições de trabalho, para que se fortaleçam os elos de ligação dessa rede, faz-se necessário readequar as modalidades de atendimento dos serviços de referência em saúde mental CAPS-AD e CAPSII, bem como prever a instalação de novos equipamentos, tendo em vista o contingente populacional do município, bem como as realidades presentes nos territórios, que permitam uma prática assistencial vinculada às reais demandas existentes.

A perspectiva de ampliação da rede, buscando efetivação de um cuidado integral, conforme preconizado nos princípios e diretrizes da RAPS, aponta a necessidade de criação de fluxos mais bem definidos entre os serviços, seja através da criação de protocolos ou até mesmo de canais de comunicação que permitam que a rede se conheça. Nesse sentido, pensar na ampliação traz a necessidade de estabelecer dinâmicas de interação e cooperação entre os diferentes atores.

Com a caracterização decorrente do levantamento documental dos prontuários dos casos atendidos junto a um dos serviços em saúde mental do município, pôde-se constatar a existência de um fluxo definido de encaminhamento de usuários para atendimento junto ao serviço em questão. Isto, porém, não garante o funcionamento em rede, visto que mais do que

encaminhamento, busca-se o compartilhamento dos casos com o objetivo de garantir a multiplicidade de olhares e a cooreponsabilização sobre os casos atendidos. Dessa forma, tem-se como objetivo primordial promover a cooperação e rompimento com a prática usual entre os serviços do atendimento, com ênfase na doença, desconsiderando assim outras demandas que os usuários apresentem e que eventualmente contribuam para o agravamento ou mesmo perpetuação dos problemas apresentados.

Sendo assim, levando em conta o conjunto de hipóteses levantadas por este trabalho, observa-se que a adesão a uma nova forma de funcionamento em rede no contexto municipal pressupõe a adoção de medidas que venham a prover as bases necessárias para essa mudança.

Com isso, fica claro a necessidade de redefinição quanto ao funcionamento da dinâmica de gestão da Secretaria Municipal de Saúde sobre a política de saúde mental. Para tanto, entende-se que há necessidade de criação de uma estrutura administrativa formal que previsse a existência de cargos, permitindo a condução e acompanhamento de processos que possivelmente trariam uma maior organização dessa política em termos de seu desenho atual de implementação. Além disso, permitiria estabelecer diretrizes que pudessem ser orientadoras ou indutoras de processos de mudanças no contexto dos serviços.

Tendo em vista a busca de promover uma política de saúde mental de atenção integral, torna-se evidente a necessidade de repensar a prática de assistência em saúde com ênfase atual na doença, e passando a considerar as diferentes demandas de cuidado trazidas pelos usuários que buscam os serviços. Nesse sentido, a expectativa dessa mudança é de não somente

reordenar o funcionamento dos pontos de atenção, mas também de alteração das práticas profissionais.

Sendo assim, a depender do eixo de direcionamento desta política de saúde mental, pode-se incentivar uma prática corrente de utilização das internações enquanto expediente assistencial; o que por sua vez vai na contramão da RAPS que se pauta por uma lógica de fortalecimento do cuidado de forma comunitária e sob a lógica do território, como forma de fortalecer a presença e o tratamento do indivíduo em meio aberto e contrário à prática manicomial.

7. PRODUTO

7.1- Guia de Serviços da Rede de Atenção Psicossocial do Município de São Carlos. (Apêndice- D)

Por se tratar de programa de mestrado profissional, tem-se como expectativa dos trabalhos desenvolvidos abordar práticas ou processos vinculados à dinâmica de trabalho a fim de se buscara introdução de possíveis mudanças que venham a promover melhorias no contexto abordado pela pesquisa em questão. Levando em conta que o trabalho final do curso deve ser sempre vinculado a problemas reais da área de atuação do profissional-aluno, e de acordo com a natureza da área e a finalidade do curso, podendo ser apresentado em diversos formatos (CAPES, 2014) formatamos proposta de Guia de Serviços da Rede de Atenção Psicossocial na perspectiva de elaboração de ferramenta de divulgação e recomendação e avaliação que venha a induzir processos em termos de ganhos quanto à ampliação do nível de informação

sobre a rede; orientação para profissionais e população em geral sobre horários de funcionamento, localização dos mesmos, tipo de atendimento, profissionais envolvidos, características dos serviços além das variáveis avaliativas e que encerram em si os passos para favorecer a implementação de uma RAPS. Nesse sentido, por meio de formato impresso ou digital, tem-se como pretensão, caso se viabilize enquanto produto aplicado, contribuir para orientar da população, gestores e agentes implementadores; promover acesso e explicitar o desenho da política de saúde mental existente em termos dos serviços existentes.

8. BIBLIOGRAFIA

AMARANTE, P.A. Saúde mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ANDRADE, A.S. A atenção ao uso problemático de álcool na rede básica de saúde de um município do interior paulista: possibilidade e limites na percepção de gestores. Dissertação e Mestrado. São Carlos. Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos; 2012.

ARRETCHE, M.T.S. POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL: descentralização em um Estado federativo. In: Revista brasileira de Ciências Sociais vol.14 n.40 São Paulo Jun. 1999.

_____. Uma contribuição para fazeres avaliações menos ingênuas. In: BARREIRA, M.C.R.N; CARVALHO. Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais. São Paulo; IEE/PUC- SP, 2001.

BELLO, L. A Desafios da transferência da evidência científica para o desenho e implementação de políticas sobre o uso de substâncias psicoativas. In: Ronzani, T. M et al (Orgs) Redes de Atenção aos usuários e drogas- Políticas e Práticas. São Paulo: Cortez, 2015.

BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o Trabalho em Rede: Tecendo o Apoio Matricial na Atenção Básica. Rev. Psicologia Ciencia e Profissão, 2008,28 (3), 632-645

BRASIL. Saúde Mental. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, 34).

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de nº 336/GM, em 19 de fevereiro de 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica.Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde,Departamento de Atenção Básica. - 4. ed. - Brasília : Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de nº3088/GM, de 23 de Dezembro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Guia Estratégico de Cuidado em Álcool e Outras Drogas- Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRITO, J. et al. O trabalho nos serviços públicos de saúde: Entre a inflação e a ausência de normas. In: ASSUNÇÃO. A.A; BRITO, J. Trabalhar na Saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. Cap.1, pag. 23-43.

CARRIJO, E. R. A implementação das Linhas de Cuidado na saúde pública brasileira: O caso da Unidade de Saúde Escola na UFSCar. Dissertação de Mestrado. São Carlos. Pós Graduação em Ciência Política, Universidade Federal de São Carlos; 2013.

CARVALHO, S.R.; CUNHA,G.T A Gestão da Atenção na Saúde: Elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, G.W.S et. al (Orgs) Tratado de Saúde Coletiva. Capítulo 26, pág 837-868.

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante, na luta pela integralidade e equidade na atenção. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, 2001. p.113-126.

CLINE, K. D. Defining the Implementation Problem: Organizational Management versus cooperation. *Journal of Public Administration Research and Theory*, Oxford, v.10, n. 3, p.551-571.

COSTA, N.R; SILVA PLB ;RIBEIRO JM . A descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Revista do Serviço Público*, 50(3): 33-54,1999.

COSTA,P.H.A et al. Desatando a trama das redes assistenciais sobre drogas: uma revisão narrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(2): 395-406, 2015.

COSTA-ROSA A. O modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modelo asilar. In: Amarante, P. (Org) *Ensaio- subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.

DOBIES, D.V;FIORINI, L.N. A assistência em saúde mental do município de São Carlos/SP: considerações sobre a história e a atualidade.*Rev.Interface comunicação saúde educação* 14, n33. P. 285-99.abr/jun.2010.

DRAIBE, S. M. Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. In: BARREIRA, M.C.R.N; CARVALHO, M.C.B (Org.) *Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais*. São Paulo: IEE/PUC-SP, 2001. P.14-42.

GERHARDT, T. E; MEDEIROS, C.R.G. A avaliação da Rede de Atenção à Saúde e pequenos municípios na ótica das equipes gestoras. *Rev. Saúde Debate* Rio de Janeiro. V 39Nº Especial, Pág 160-170, Dez 2015.

GIL, A.C. *Como Elaborar Projetos de Pesquisa*. 4ªed. São Paulo: Atlas; 2009.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S. (org.). *PESQUISA SOCIAL: teoria, método e criatividade*. 33. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013. (Coleção temas sociais).

GONÇALVES, D. A. Saúde mental na Atenção Básica: o matriciamento. In: Mateus, M.D.(Org) *Políticas de Saúde Mental : Baseado no curso políticas públicas de saúde mental, do caps Luiz R. Cerqueira*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. Cap.6, p. 124-138.

GOZZI,A.P.N.F et al.Entre o real e o possível : tecendo a RAPS que desejamos a partir da Saúde Mental que temos. In: Pinheiro, R et al. (Org) *Experienciações e práticas de apoio e a integralidade no SUS: por uma estratégia de rede multicêntrica de pesquisa*. Rio de Janeiro CEPESC/ABRASCO, 2014.

HARTZ, Z. M. A & CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 Sup 2: S331-S336, 2004.

LANCETTI, A. Clínica Peripatética. 8.ed São Paulo: Hucitec Editora, 2013. Cap 2, p.39-52.

LIMA, L. L . A Implementação da regulação dos prestadores privados no sistema municipal de saúde: os casos de Belo Horizonte/MG e Porto Alegre /RS. In: FARIA,C.A.P. Implementação e Políticas Públicas: Teoria e Prática. Belo Horizonte: Ed. PUC Minas, 2012. Parte II. Pag. 154 -181.

LIMA, L.L & D`ASCENZI, L. Implementação de Políticas Públicas: Perspectivas Analíticas. Revista de Sociologia e Política, Curitiba, V.21, N°48: 101-110, Dez. 2013.

_____. Estrutura normativa e implementação de políticas públicas. In: LIMA, L.L & D`ASCENZI, L(Orgs) Avaliação de políticas públicas. Porto Alegre : UFRGS, 2014. p. 50-63

LOTTA, G. S. O papel das burocracias do nível da rua na implementação de políticas públicas: entre o controle e a discricionariedade. In Faria,C.A.P(org) Implementação de políticas públicas - Teoria e Prática. Belo Horizonte: Ed. PUC Minas, 2012.

LOTTA, G. S& PAVEZ, T. R. Agentes de implementação: mediações, dinâmicas e estruturas relacionais. Cadernos Gestão Pública e Cidadania. V.15 56 (2010).
LUZ, P.O. Potencialidades e limites da saúde mental na atenção básica no município de Barretos. Dissertação de Mestrado. São Carlos/SP Programa de Pós Graduação em Enfermagem, 2012.

MARTINS, H. F. (2005). Fragmentação e Intersetorialidade: em busca de uma agenda da integração. In: LEVY, E. & DRAGO, P.A. (orgs.) Gestão Pública no Brasil Cotemporâneo. FUNDAP. São Paulo.

MATEUS, M. D O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). In: _____. (Org)Políticas de Saúde Mental : Baseado no curso políticas públicas de saúde mental, do caps Luiz R. Cerqueira. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. Cap.7, p. 139-158.

MELO,C ; TANAKA, O.Y. Avaliação e Serviços e Programas de Saúde para a tomada de decisão. In: ROCHA, A.A; CESAR, C.L.G. Saúde Pública: Bases Conceituais. São Paulo: Atheneu, 2008.

MENICUCCI, T. A implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. In: HOCHMAN, G; ARRETCHE, M; MARQUES. E. Políticas Públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 303-323.

MERHY, E. E. Cuidado com o cuidado em saúde: saber explorar seus paradoxos para um agir manicomial. In: MERHY, E.E & AMARAL, H (Orgs). A Reforma Psiquiátrica no Cotidiano II. São Paulo. ADERALDO & ROTHSCHILD, 2007.

MINAYO,M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2006.

OLIVEIRA, J.A.P. Desafios do planejamento em políticas públicas: diferentes visões e práticas. *RAP Rio e Janeiro* 40 (1):273-88. Mar./Abr.2006

ONOCKO-CAMPOS, R.T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2006, vol.22, n.5, pp. 1053-1062

PASQUINO, G. Curso de Ciência Política, 2.ª Edição, Cascais, Princípia, 2010.

PINHEIRO, R. . As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In PINHEIRO, R & Mattos, R. *Aorgs. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2006. 180p.

RONZANI, T.M; COLUGNATI, F.A.B; COSTA, P. H. A. As redes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas: Histórico, políticas e pressupostos. In: Ronzani, T. M et al (Orgs) *Redes de Atenção aos usuários e drogas- Políticas e Práticas*. São Paulo: Cortez, 2015.

SAITO, R.X.S. Integralidade na perspectiva da integração dos serviços para a formação de redes de atenção: estudo de caso em uma região de saúde do município de São Paulo, Brasil. Tese de Doutorado. São Paulo. Programa de Pós Graduação em Enfermagem, USP; 2010.

SANTOS, L. O que são redes? In: SILVA, S.F. *Redes de Atenção a Saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde*. Campinas, SP: IDISA:CONASEMS, 2008.

SILVA, P. L. B. & MELO, M. A. B. 2000. O processo de implementação de políticas públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos. *Caderno NEPP/UNICAMP*, Campinas, n. 48, p. 1-16.

SILVA, S.F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6): 2753-2762, 2011.

SOUZA, J. et.al Centro de Atenção Psicossocial Alcool e Drogas e Redução de Danos. *R. Enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2007 abr/jun: 15 92) : 210-7.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 8, nº16, jul/dez 2006, p. 20-45.

TANAKA. O.Y. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta. *Rev. Saúde Soc.* São Paulo, v.20, n.4, p.927-934, 2011.

TREVISAN, L. Das pressões às ousadias: confronto entre a descentralização tutelada e a gestão em rede no SUS. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro 41(2): 237-54 Mar./Abr.2007.

YIN, R.K. Estudo de Caso: Planejamento e Métodos. 3ªEd. Porto Alegre: Bookman; 2005.

APÊNDICE A**Roteiro de Entrevista**

Data: ___/___/___

Local : _____ N° _____

Idade: _____ Sexo: () feminino () masculino

Área de formação: _____ Ano de Conclusão?: _____

Tempo de atividade na área: _____

Atual Função: _____

Há quanto tempo se encontra no atual cargo: _____

Vínculo Empregatício: _____

Carga Horária neste serviço: _____

Trabalha em outro local : () sim () não

Carga horária em outro serviço: _____

1. Já exerceu outros trabalhos em cargo de supervisão, gerência ou gestão? Em caso afirmativo, qual o tempo de atuação em cada um deles: _____

2. Outros cursos / treinamentos/eventos / atividades técnico científicas?

3. Qual a demanda de atendimento na área de saúde mental e/ou álcool e drogas?

4. Quais os procedimentos adotados junto ao serviço para atendimento dessa demanda?

5. Quais as dificuldades relacionadas ao atendimento desta população?

6. Para onde são encaminhados pacientes que apresentam problemas relacionados a estas áreas?

- CAPS II CAPS-AD Acolhimento na unidade UPA
 outro: _____

7. Em sua opinião, o que poderia ser feito para promover melhorias no atendimento destes perfis de pacientes?

8. Com que frequência estabelece contato com os serviços de referência em saúde mental do município? (Diária / semanal/ mensal/ raramente/ nunca)

CAPS-AD	
CAPSII	
OUTROS	

9. Qual o tipo de contato que estabelece?

- contato telefônico participa de ações conjuntas
 troca de informações encaminhamento de pacientes
 discussão de casos capacitações

() fóruns, reuniões

() outros: _____

10. Na sua opinião, quais os fatores que dificultam a integração ou estabelecimento de uma rede entre os equipamentos na área de saúde mental?

11. O que, em sua opinião, facilitaria?

12. Já ouviu falar da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial)?

13. De que forma entende que poderá auxiliá-los em seu cotidiano?

14. De acordo com seu grau de conhecimento, quais ações estão sendo feitas para efetivá-la?

15. Em sua opinião, como avalia a organização administrativa da saúde do município em termos de regionais de saúde?

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1. Você está sendo convidado para participar da pesquisa: *Articulação e integração intersetorial da rede de atenção psicossocial (RAPS) no contexto da política de saúde mental do município de São Carlos/SP*

2. Você foi escolhido por ser o gestor responsável pela coordenação de ações junto a serviço que integra um dos pontos de atenção da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial). Sua participação não é obrigatória.

3. O objetivo geral desta pesquisa é de avaliar de que forma vem ocorrendo o processo de implementação da rede de atenção psicossocial no âmbito do município de São Carlos-SP.

4. Sua participação irá nos ajudar a identificar quais os avanços e desafios ainda presentes para efetivação da implementação da Rede de Atenção Psicossocial no âmbito do município de São Carlos. Desta forma, estará contribuindo para o levantamento de informações acerca da política municipal de saúde mental e da produção de conhecimento científico na área de gestão de organizações e sistemas públicos em saúde. Não haverá nenhum benefício direto à sua pessoa.

5. Sua participação nesta pesquisa compreende responder algumas perguntas durante entrevista individual. A entrevista será gravada.

6. A qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar sua participação.

7. Se você não quiser participar, isso não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, com a Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos, ou até mesmo com a Universidade Federal de São Carlos.

8. Este estudo não deve oferecer qualquer despesa ou desconforto para você. Com isso, esta pesquisa não envolve a utilização de procedimentos invasivos, no entanto, há possibilidades de riscos, porém são mínimos como: você pode se mostrar ansioso diante da entrevista gravada ou mesmo preocupado com a garantia do sigilo. Quanto ao sigilo, as informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos que seu nome não será divulgado.

9. Caso perceba qualquer risco ou dano a sua pessoa, não previstos neste termo, as atividades desta pesquisa poderão ser imediatamente suspensas. A qualquer momento estaremos a sua disposição para esclarecimentos sobre a pesquisa.

10. Os resultados dessa pesquisa poderão ser apresentados em Congressos da área e publicados em revista científica, garantindo-se sempre o sigilo dos participantes.

11. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço dos pesquisadores, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Fernando Calzavara de Oliveira
Rua 13 de Maio 1270 -Jardim São Carlos
São Carlos -SP CEP 13560647
TEL (16) 33616170 (16)991118064

Prof^aDra. Carolina Raquel Duarte de Mello Justo
Rod. Washington Luis, km 235 São Carlos - SP CEP: 13565-905
Programa de Pós-Graduação em Gestão
de Organizações e Sistemas Públicos
Telefone: (16)3351-8109

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km-235 -Caixa Postal 676 -CEP 13. 565-905- São Carlos-SP- Brasil. Fone (16) 33518110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

Assinatura do (a) participante

São Carlos, _____ de _____ de 2015.

APÊNDICE - C

São Carlos, _____, de _____ de 2015

À Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos-SP

Vimos pelo presente solicitar autorização para realizarmos junto a rede municipal de saúde o projeto de pesquisa intitulado: Articulação e integração intersetorial da rede de atenção psicossocial (RAPS) no contexto da política de saúde mental do município de São Carlos/SP. Esta pesquisa faz parte dos pré-requisitos necessários a realização de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Instituições e Organizações Públicas da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) do aluno Fernando Calzavara de Oliveira sob a orientação da Profª Dra. Carolina Raquel Duarte de Mello Justo. Enquanto objetivo geral, buscar-se-á analisar de que forma vem ocorrendo o processo de implementação da rede de atenção psicossocial no âmbito do município de São Carlos-SP da perspectiva dos gestores dos equipamentos que integram os pontos de atenção RAPS. Já em relação aos objetivos específicos será analisado em que medida, encontram-se estabelecidos fluxos de encaminhamento, integração e cooperação entre os serviços que integram a rede de atenção psicossocial; realização de levantamento a fim de caracterizar o tipo de atendimento ofertado em parte dos pontos de atenção para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em São Carlos-SP, entre outros pontos pertinentes a pesquisa. Após conclusão da mesma, os pesquisadores se comprometem a dar retorno dos resultados resguardando os devidos princípios éticos e a necessidade de sigilo dos dados coletados. Está prevista a elaboração de produto contendo parte das informações e conteúdos desta pesquisa a ser entregue junto a esta secretaria. Em caso de dúvida, os pesquisadores colocam-se a disposição para eventuais esclarecimentos. Atenciosamente.

Fernando Calzavara de Oliveira

Profª Dra. Carolina Raquel Duarte de
Mello Justo

ANEXO- A**PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011(*)**

Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Lei nº8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências;

Considerando as determinações da Lei nº10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

Considerando a Lei nº10.708, de 31 de julho de 2003, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações;

Considerando o Decreto nº7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas;

Considerando as disposições contidas no Decreto nº7.508, de 28 de junho de 2011, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

Considerando a Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, de 2003;

Considerando a Portaria nº336/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002, que regulamenta o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS);

Considerando a Portaria nº816/GM/MS, de 30 de abril de 2002, que institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas;

Considerando as diretrizes previstas na Portaria nº1.190/GM/MS, 4 de junho de 2009, que institui Plano Emergencial de ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD);

Considerando a Portaria nº4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria, nº1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências SUS;

Considerando as recomendações contidas no Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, realizada em 2010;

Considerando a necessidade de que o SUS ofereça uma rede de serviços de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas com demandas decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas; e

Considerando a necessidade de ampliar e diversificar os serviços do SUS para a atenção às pessoas com necessidades decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas e suas famílias, resolve:

Art. 1º Fica instituída a Rede de Atenção Psicossocial, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 2º Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial:

- I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- III - combate a estigmas e preconceitos;
- IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- VI - diversificação das estratégias de cuidado;
- VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- XI - promoção de estratégias de educação permanente; e
- XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

Art. 3º São objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial:

- I - ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;
- II - promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e
- III - garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Art. 4º São objetivos específicos da Rede de Atenção Psicossocial:

- I - promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas);
- II - prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas;

- III - reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas;
- IV - promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária;
- V - promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde;
- VI - desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;
- VII - produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede;
- VIII - regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial; e
- IX - monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção.

Art. 5ºA Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes:

I - atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Unidade Básica de Saúde;
- b) equipe de atenção básica para populações específicas:
 1. Equipe de Consultório na Rua;
 2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;
- c) Centros de Convivência;

II - atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;

III - atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) SAMU 192;
- b) Sala de Estabilização;
- c) UPA 24 horas;
- d) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro;
- e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;

IV - atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Unidade de Recolhimento;
- b) Serviços de Atenção em Regime Residencial;

V - atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) enfermaria especializada em Hospital Geral;

b) 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;

VI - estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção:

a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e

VII - reabilitação psicossocial.

Art. 6º São pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção básica em saúde os seguintes serviços:

I - Unidade Básica de Saúde: serviço de saúde constituído por equipe multiprofissional responsável por um conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades;

II - Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas:

a) Equipe de Consultório na Rua: equipe constituída por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde, sendo responsabilidade dessa equipe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, ofertar cuidados em saúde mental, para:

1. pessoas em situação de rua em geral;

2. pessoas com transtornos mentais;

3. usuários de crack, álcool e outras drogas, incluindo ações de redução de danos, em parceria com equipes de outros pontos de atenção da rede de saúde, como Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, Prontos-Socorros, entre outros;

b) equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório: oferece suporte clínico e apoio a esses pontos de atenção, coordenando o cuidado e prestando serviços de atenção à saúde de forma longitudinal e articulada com os outros pontos de atenção da rede; e

III - Centro de Convivência: é unidade pública, articulada às Redes de Atenção à Saúde, em especial à Rede de Atenção Psicossocial, onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade.

§1º A Unidade Básica de Saúde, de que trata o inciso I deste artigo, como ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede.

§2º O Núcleo de Apoio à Saúde da Família, vinculado à Unidade Básica de Saúde, de que trata o inciso I deste artigo, é constituído por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento, que atuam de maneira integrada, sendo

responsável por apoiar as Equipes de Saúde da Família, as Equipes de Atenção Básica para populações específicas e equipes da academia da saúde, atuando diretamente no apoio matricial e, quando necessário, no cuidado compartilhado junto às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o Núcleo de Apoio à Saúde da Família está vinculado, incluindo o suporte ao manejo de situações relacionadas ao sofrimento ou transtorno mental e aos problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas.

§3º Quando necessário, a Equipe de Consultório na Rua, de que trata a alínea "a" do inciso II deste artigo, poderá utilizar as instalações das Unidades Básicas de Saúde do território.

§4º Os Centros de Convivência, de que trata o inciso III deste artigo, são estratégicos para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais e pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, por meio da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade.

Art. 7º O ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção psicossocial especializada é o Centro de Atenção Psicossocial.

§1º O Centro de Atenção Psicossocial de que trata o caput deste artigo é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo.

§2º As atividades no Centro de Atenção Psicossocial são realizadas prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes.

§3º O cuidado, no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial, é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família, e a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do Centro de Atenção Psicossocial ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso.

§4º Os Centros de Atenção Psicossocial estão organizados nas seguintes modalidades:

I - CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes;

II - CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes;

III - CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e

acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;

IV - CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes;

V - CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes; e

VI - CAPS I: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.

Art. 8º São pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção de urgência e emergência o SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde, entre outros

§1º Os pontos de atenção de urgência e emergência são responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

§2º Os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção de urgência e emergência deverão se articular com os Centros de Atenção Psicossocial, os quais realizam o acolhimento e o cuidado das pessoas em fase aguda do transtorno mental, seja ele decorrente ou não do uso de crack, álcool e outras drogas, devendo nas situações que necessitem de internação ou de serviços residenciais de caráter transitório, articular e coordenar o cuidado.

Art. 9º São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial na atenção residencial de caráter transitório os seguintes serviços:

I - Unidade de Acolhimento: oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento de vinte e quatro horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório cujo tempo de permanência é de até seis meses; e

II - Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais Comunidades Terapêuticas: serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

§1º O acolhimento na Unidade de Acolhimento será definido exclusivamente pela equipe do Centro de Atenção Psicossocial de referência que será responsável pela elaboração do projeto terapêutico singular do usuário, considerando a hierarquização do cuidado, priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde.

§2º As Unidades de Acolhimento estão organizadas nas seguintes modalidades:

I - Unidade de Acolhimento Adulto, destinados a pessoas que fazem uso do crack, álcool e outras drogas, maiores de dezoito anos; e

II - Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil, destinadas a adolescentes e jovens (de doze até dezoito anos completos).

§3º Os serviços de que trata o inciso II deste artigo funcionam de forma articulada com:

I - a atenção básica, que apoia e reforça o cuidado clínico geral dos seus usuários; e

II - o Centro de Atenção Psicossocial, que é responsável pela indicação do acolhimento, pelo acompanhamento especializado durante este período, pelo planejamento da saída e pelo seguimento do cuidado, bem como pela participação de forma ativa da articulação intersetorial para promover a reinserção do usuário na comunidade.

Art. 10. São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial na atenção hospitalar os seguintes serviços:

I - enfermaria especializada para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em Hospital Geral, oferece tratamento hospitalar para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool, crack e outras drogas, em especial de abstinências e intoxicações severas;

II - 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 oferece suporte hospitalar, por meio de internações de curta duração, para usuários de álcool e/ou outras drogas, em situações assistenciais que evidenciarem indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica, sempre respeitadas as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, e sempre acolhendo os pacientes em regime de curtíssima ou curta permanência. Funciona em regime integral, durante vinte e quatro horas diárias, nos sete dias da semana, sem interrupção da continuidade entre os turnos.

§1º O cuidado ofertado no âmbito da enfermaria especializada em Hospital Geral de que trata o inciso I deste artigo deve estar articulado com o Projeto Terapêutico Individual desenvolvido pelo serviço de referência do usuário e a internação deve ser de curta duração até a estabilidade clínica.

§2º O acesso aos leitos na enfermaria especializada em Hospital Geral, de que trata o inciso I deste artigo, deve ser regulado com base em critérios clínicos e de gestão por intermédio do Centro de Atenção Psicossocial de referência e, no caso do usuário acessar a Rede por meio deste ponto de atenção, deve ser providenciado sua vinculação e referência a um Centro de Atenção Psicossocial, que assumirá o caso.

§3ºA equipe que atua em enfermaria especializada em saúde mental de Hospital Geral, de que trata o inciso I deste artigo, deve ter garantida composição multidisciplinar e modo de funcionamento interdisciplinar.

§4ºNo que se refere ao inciso II deste artigo, em nível local ou regional, compõe a rede hospitalar de retaguarda aos usuários de álcool e outras drogas, observando o território, a lógica da redução de danos e outras premissas e princípios do SUS.

Art. 11. São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial nas Estratégias de Desinstitucionalização os Serviços Residenciais Terapêuticos, que são moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros.

§1ºO componente Estratégias de Desinstitucionalização é constituído por iniciativas que visam a 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 e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social.

§2ºO hospital psiquiátrico pode ser acionado para o cuidado das pessoas com transtorno mental nas regiões de saúde enquanto o processo de implantação e expansão da Rede de Atenção Psicossocial ainda não se apresenta suficiente, devendo estas regiões de saúde priorizar a expansão e qualificação dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial para dar continuidade ao processo de substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos.

§3ºO Programa de Volta para Casa, enquanto estratégia de desinstitucionalização, é uma política pública de inclusão social que visa contribuir e fortalecer o processo de desinstitucionalização, instituída pela Lei nº10.708, de 31 de julho de 2003, que prevê auxílio reabilitação para pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência.

Art. 12. O componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial é composto por iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais.

§1ºAs ações de caráter intersetorial destinadas à reabilitação psicossocial, por meio da inclusão produtiva, formação e qualificação para o trabalho de pessoas com transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/ cooperativas sociais.

§2ºAs iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais de que trata o §1ºdeste artigo devem 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, ampliação da autonomia, contratualidade e inclusão social de usuários da rede e seus familiares.

Art. 13. A operacionalização da implantação da Rede de Atenção Psicossocial se dá pela execução de quatro fases:

I - Fase I - Desenho Regional da Rede de Atenção Psicossocial:

- a) realização pelo Colegiado de Gestão Regional (CGR) e pelo Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF), com o apoio da SES, de análise da situação de saúde das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, com dados primários, incluindo dados demográficos e epidemiológicos, dimensionamento da demanda assistencial, dimensionamento da oferta assistencial e análise da situação da regulação, da avaliação e do controle, da vigilância epidemiológica, do apoio diagnóstico, do transporte e da auditoria e do controle externo, entre outros;
- b) pactuação do Desenho da Rede de Atenção Psicossocial no CGR e no CGSES/DF;
- c) elaboração da proposta de Plano de Ação Regional, pactuado no CGR e no CGSES/DF, com a programação da atenção à saúde das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, incluindo as atribuições, as responsabilidades e o aporte de recursos necessários pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal e pelos Municípios envolvidos; na sequência, serão elaborados os Planos de Ação Municipais dos Municípios integrantes do CGR;
- d) estímulo à instituição do Fórum Rede de Atenção Psicossocial que tem como finalidade a construção de espaços coletivos plurais, heterogêneos e múltiplos para participação cidadã construção de um novo modelo de atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, mediante o acompanhamento e contribuição na implementação da Rede de Atenção Psicossocial na Região;

II - Fase II - adesão e diagnóstico:

- a) apresentação da Rede de Atenção Psicossocial no Estado, Distrito Federal e nos Municípios;
- b) apresentação e análise da matriz diagnóstica, conforme o Anexo I a esta Portaria, na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no CGSES/DF e no CGR;
- c) homologação da região inicial de implementação da Rede de Atenção Psicossocial na CIB e CGSES/DF;
- d) instituição de Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial, formado pela SES, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e apoio institucional do Ministério da Saúde, que terá como atribuições:
 - 1. mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase;
 - 2. apoiar a organização dos processos de trabalho voltados a implantação/implementação da rede;
 - 3. identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase;
 - 4. monitorar e avaliar o processo de implantação/implementação da rede;
- e) contratualização dos Pontos de Atenção;
- f) qualificação dos componentes;

III - Fase 3 - Contratualização dos Pontos de Atenção:

- a) elaboração do desenho da Rede de Atenção Psicossocial;
- b) contratualização pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal ou pelo Município dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial observadas as responsabilidades definidas para cada componente da Rede;
- c) instituição do Grupo Condutor Municipal em cada Município que compõe o CGR, com apoio institucional da SES;

IV - Fase 4 - Qualificação dos componentes:

- a) realização das ações de atenção à saúde definidas para cada componente da Rede, previstas nos arts. 6º ao 12 desta Portaria; e
- b) cumprimento das metas relacionadas às ações de atenção à saúde, que deverão ser definidas na matriz diagnóstica para cada componente da Rede serão acompanhadas de acordo com o Plano de Ação Regional e dos Planos de Ações Municipais.

Art. 14. Para operacionalização da Rede de Atenção Psicossocial cabe:

I - à União, por intermédio do Ministério da Saúde, o apoio à implementação, financiamento, monitoramento e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial em todo território nacional;

II - ao Estado, por meio da Secretaria Estadual de Saúde, apoio à implementação, coordenação do Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial no território estadual de forma regionalizada; e

III - ao Município, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, implementação, coordenação do Grupo Condutor Municipal da Rede de Atenção Psicossocial, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede De Atenção Psicossocial no território municipal.

Art. 15. Os critérios definidos para implantação de cada componente e seu financiamento, por parte da União, serão objetos de normas específicas a serem publicadas pelo Ministério da Saúde.

Art. 16. Fica constituído Grupo de Trabalho Tripartite, coordenado pelo Ministério da Saúde, a ser definido por Portaria específica, para acompanhar, monitorar, avaliar e se necessário, revisar esta Portaria em até cento e oitenta dias.

Art. 17. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXO I

MATRIZ DIAGNÓSTICA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

MATRIZ DIAGNÓSTICA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
Região:
Município:
População:

COMPONENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existente	Déficit	Parâmetro
I. Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde				Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica, de 21 de outubro 2011
	Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas				Consultório na Rua - Portaria que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua
					Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório
					1- municípios com 3 ou mais CT: 1 equipe para cada 3 CTs. 2 - municípios com menos de 3 CT (menos de 80 pessoas): a atenção integral é por conta das equipes de AB do município.

	Núcleo de Apoio à Saúde da Família				Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica - 2011
	Centro de Convivência				
II. Atenção Psicossocial Especializada	Centro de Atenção Psicossocial				
	CAPS I				Municípios ou regiões com pop. acima de 20 mil hab.
	CAPS II				Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS III				Municípios ou regiões com pop. acima de 200 mil hab
	CAPS AD				Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS ADIII				Municípios ou regiões com pop. acima de 200 mil hab
	CAPS i				Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab
III. Atenção de Urgência e Emergência	UPA / SAMU				Conforme orientações da Portaria da Rede de Atenção às Urgências, de 07 de julho de 2011.

IV. Atenção Residencial de Caráter Transitório	UA ADULTO				1 UA (com 15 vagas) para cada 10 leitos de enfermarias especializadas em hospital geral por município.
	UA INFANTO-JUVENIL				Municípios com mais de 100 mil habitantes e com mais de 2500 crianças e adolescentes em potencial para uso de drogas ilícitas (UNODC, 2011).
					Municípios com 2500 a 5000 crianças e adolescentes em potencial para uso de drogas ilícitas: 1 Unidade.
	COMUNIDADE TERAPÊUTICA				
V. Atenção Hospitalar	LEITOS				1 leito para cada 23 mil habitantes Portaria nº 1.101/02
	ENFERMARIA ESPECIALIZADA				

VI. Estratégias de Desinstitucionalização	SRT				A depender do nº de municípios longamente internados
	PVC				A depender do nº de municípios longamente internados
VII. Reabilitação Psicossocial	COOPERATIVAS				

(*) Republicada por ter saído, no DOU nº247, de 26-12-2011, Seção 1, págs. 230/232, com incorreção no original.

(*) Republicada por ter saído, no DOU nº251, de 30-12-2011, Seção 1, págs. 50/60, com incorreção no original.

(*) Republicada por ter saído, no DOU nº96, de 21.05.2013, Seção 1, págs. 37/38, com incorreção no original.

ANEXO -B

Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:

I- planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

II-participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;

III -participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;

IV - executar serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição;

d) de saneamento básico; e

e) de saúde do trabalhador;

V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;

VI- colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;

VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;

VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;

IX - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;

XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;

XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação

ANEXO - C

Região de Saúde Coração
DRSIII - Araraquara
RRAS 13 - Ribeirão Preto

Plano de Ação Regional
Rede de Atenção Psicossocial

Agosto de 2013

Encaminhamos o Plano de Ação Regional da Rede Psicossocial da Região de Saúde Coração do DRSIII - Araraquara/SP

Secretaria Municipal de Saúde de Descalvado

Secretaria Municipal de Saúde de Dourado

Secretaria Municipal de Saúde de Ibaté

Secretaria Municipal de Saúde de Porto Ferreira

Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Bonito

Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos

Maria Teresa Luz Eid da Silva

Diretor Técnico de Saúde III

Departamento Regional de Saúde III - Araraquara (DRSIII)

Responsáveis pela elaboração do Plano de ação da RAPS da Região de Saúde Coração

Município	Nome
Descalvado	Glaucia Regina do Amaral
Dourado	Nilvia Maria Munhoz
São Carlos	Ana Carolina Acorinte
DRSIII/ NORS	Alana de Paiva Nogueira Fornereto Gozzi
DRSIII/ NORS	Mary Cristina Ramos Pinto
DRSIII/ CDQ-SUS	Monica Vilchez da Silva
DRSIII/ CPAS	Sonia Regina Souza Silva

1. Introdução

A portaria N° 3.088 de 23 de dezembro de 2011, prevê que a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) será instituída com a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

O DRS III-Araraquara possui, em sua área de abrangência, 24 municípios organizados em quatro Regiões de Saúde (RS): Central, Centro Oeste, Coração e Norte do DRS III.

A Região Coração do DRSIII, composta pelos municípios: Descalvado, Dourado, Ibaté, Porto Ferreira, Ribeirão Bonito e São Carlos, conta, como as demais, com um Colegiado de Saúde Mental que tem como objetivo discutir políticas públicas voltadas para atenção à saúde das pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas pautadas na Reforma Psiquiátrica - Antimanicomial.

O grupo foi formado através da indicação de um articulador em saúde mental por cada um dos gestores que compõem o Colegiado de Gestão Regional (CGR)/Colegiado Intergestores Regionais (CIR) Coração. Os colegiados das quatro regiões de saúde, por sua vez, compõem o coletivo que forma o Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial da região do DRS III, atendendo à Portaria N° 3.088 de 23 de dezembro de 2011.

2. Pressupostos da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS segundo a Portaria 3088/2011

São diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial:

- I - Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- II - Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- III - Combate a estigmas e preconceitos;
- IV - Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- V - Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- VI - Diversificação das estratégias de cuidado;
- VII - Desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania.
- VIII - Desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- IX - Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- X - Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;

- XI - Promoção de estratégias de educação permanente; e
- XII - Desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

Objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial:

- I - Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;
- II - Promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção;
- III - Garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Objetivos específicos da Rede de Atenção Psicossocial:

- I - Promover cuidados em saúde especialmente grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas);
- II - Prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas;
- III - Reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas;
- IV - Promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária;
- V - Promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde;
- VI - Desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;
- VII - Produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede;
- VIII - Regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial; e
- IX - Monitorar e avaliar a qualidade dos serviços através de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção.

3.Contextualizando o Grupo Condutor da RAPS

O Grupo Condutor do DRS-III reúne-se mensalmente para discutir pautas pertinentes à saúde mental da região. Uma das pautas dos anos de 2012 e 2013 foi a construção e implantação da Rede Psicossocial, considerando a situação regional e municipal.

Em abril/2013, os CGR/CIR indicaram um representante para a RAPS para, desta forma, compor o grupo condutor da Rede Regionalizada de Atenção à Saúde (RRAS) 13, do qual fazem parte, além do DRS Araraquara, Barretos, Franca e Ribeirão Preto. Ainda neste mês e em maio/2013, grupo condutor na

RRAS-13 realizou encontros para organização da Oficina Regional de Implantação da Rede de Atenção Psicossocial da RRAS-13, que ocorreu em 29/05/2013 na cidade de Ribeirão Preto.

Os objetivos da oficina foram:

- Apresentar e discutir com os Secretários Municipais de Saúde e com os responsáveis pela área de saúde mental dos municípios, com a Direção e técnicos dos Departamentos Regionais de Saúde e com os apoiadores do COSEMS/SP, a Política Nacional de Saúde Mental, seus pressupostos históricos e políticos.
- Conhecer os documentos legais que constituem, parametrizam, organizam e definem o financiamento dos vários pontos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial.
- Conhecer os serviços existentes nos municípios que viriam compor a Rede de Atenção Psicossocial em cada RS.
- Iniciar a discussão para implantação da Rede de Atenção Psicossocial em cada RS da RRAS 13, a partir das necessidades e característica dos municípios que a compõe, seguindo o modelo da Matriz Diagnóstica da Rede de Atenção Psicossocial, Anexo da Portaria 3.088 de 3 de dezembro de 2012.
- Compor o grupo condutor da RAPS em cada RS, definindo os representantes de cada município, para homologação em futura reunião do Colegiado.

Após o movimento de sensibilização dos gestores e responsáveis pela área de saúde mental nos municípios, os colegiados condutores de cada RS foram estruturados visando dar continuidade às discussões e proposições para a saúde mental de cada região.

Em julho/2013, cada uma das regiões se reuniu para finalizar as propostas iniciadas durante a oficina em maio/2013. Dos encontros surgiu o plano de ação de cada região, que foi elaborado pelo grupo condutor, apreciado e aprovado pelos gestores em reunião de CGR/CIR.

Ao mesmo tempo, foi estimulado que cada município compusesse seu grupo condutor municipal, para que as discussões e proposições do plano de ação regional sejam acompanhadas e executadas localmente.

Como espaço formativo e de troca de experiência entre os profissionais e equipamentos da rede de saúde mental, o DRSIII em conjunto com o grupo condutor possui um espaço mensal, denominado de Roda de Conversa de Saúde Mental. Avalia-se que este espaço seja positivo e esteja refletindo nos processos de trabalho dos municípios.

Quadro 1 - Composição do Grupo Condutor Regional (RS Coração)

Município	Nome	Função
Descalvado	Glaucia Regina do Amaral	Articuladora de Saúde Mental
Dourado	Nilvia Maria Munhoz	Articuladora de Saúde Mental

São Carlos	Ana Carolina Acorinte	Representante da RS Coração na RRAS 13 Articuladora de Saúde Mental
------------	-----------------------	--

Quadro 2 - Contatos institucionais dos municípios

Município	E-mail
Descalvado	saude@descalvado.sp.gov.br
Dourado	saude@dourado.sp.gov.br
Ibaté	saude@ibate.sp.gov.br
Porto Ferreira	saude@portoferreira.sp.gov.br
Ribeirão Bonito	saude@ribeiraobonito.sp.gov.br
São Carlos	saude@saocarlos.sp.gov.br

4. Caracterização da Região Coração

4.1. Aspectos Demográficos

A RS Coração é uma das quatro Regiões de Saúde que compõem o DRS III - Araraquara. Pertence à RRAS 13 e está geograficamente localizado na extremidade sul do mapa, fazendo limites com a Região Central do DRS III e Aquífero Guarani do DRS XIII.

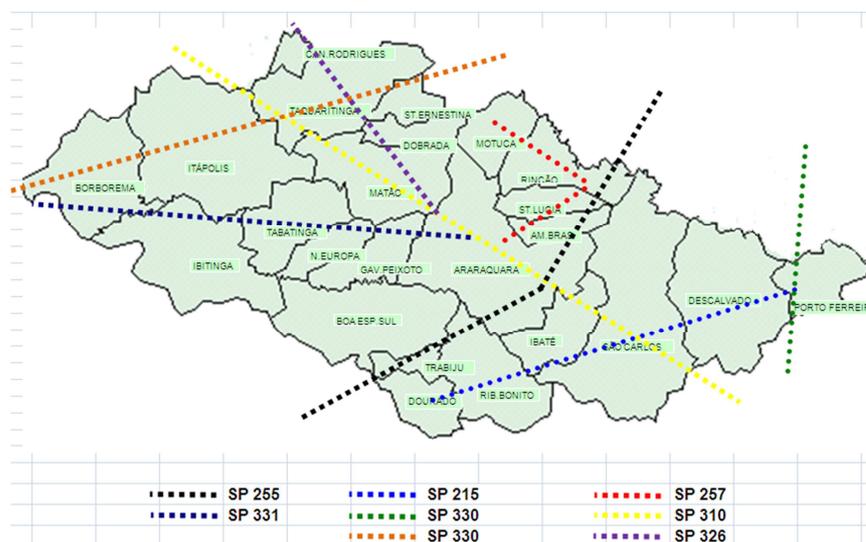
De forma geral, a RS Coração possui rodovias que interligam todos os municípios entre si e os demais do DRS III/RRAS 13. Para alguns municípios o acesso geográfico aos demais municípios que compõem a RRAS é facilitado em virtude da rodovia que o serve possuir vias duplicadas e da própria localização do município. Os municípios que não são servidos por vias duplicadas, ou localizados nos extremos do mapa, possuem certa desvantagem em relação aos demais devendo ser considerado este fator pelos diversos níveis de gestão no planejamento das ações e serviços de saúde.

Figura 1 - Região Coração do DRSIII - Araraquara

Rede Regional de Atenção à Saúde – RRAS 13 e respectivos DRS, Regiões de Saúde e Municípios



Figura 2 - Mapa com meios de comunicação (estradas) entre as regiões



Na RS Coração reside 38% da população do DRS III, porém existe significativa disparidade entre o menor e o maior município, no que se refere ao porte populacional, o que implica também em diversidade nas necessidades de saúde da população e nos recursos envolvidos no seu atendimento.

Quadro 3 - Tabela de distribuição populacional da Região CORAÇÃO por sexo, município e total do DRS III, RRAS e Estado.

Fonte: IBGE - Censo 2010

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	População Total Residente 2010	População Feminina Residente 2010	População Masculina Residente 2010
CGR CORAÇÃO	DESCALVADO	31.056	15.757	15.329
	DOURADO	8.609	4.245	4.364
	IBATÉ	30.734	14.920	15.814
	PORTO FERREIRA	51.400	25.898	25.502
	RIBEIRÃO BONITO	12.135	6.031	6.104
	SÃO CARLOS	221.950	113.036	108.914
CGR Coração		355.884	179.887	176.027
DRSIII		920.257	466.156	454.101
RRAS 13		3.307.320	1.677.797	1.629.523
Estado de SP		41.262.199	21.184.326	20.077.873

Quadro 4 - Tabela de Distribuição Populacional da RRAS, DRS e Região CORAÇÃO, por sexo e faixa etária, ano de 2010.

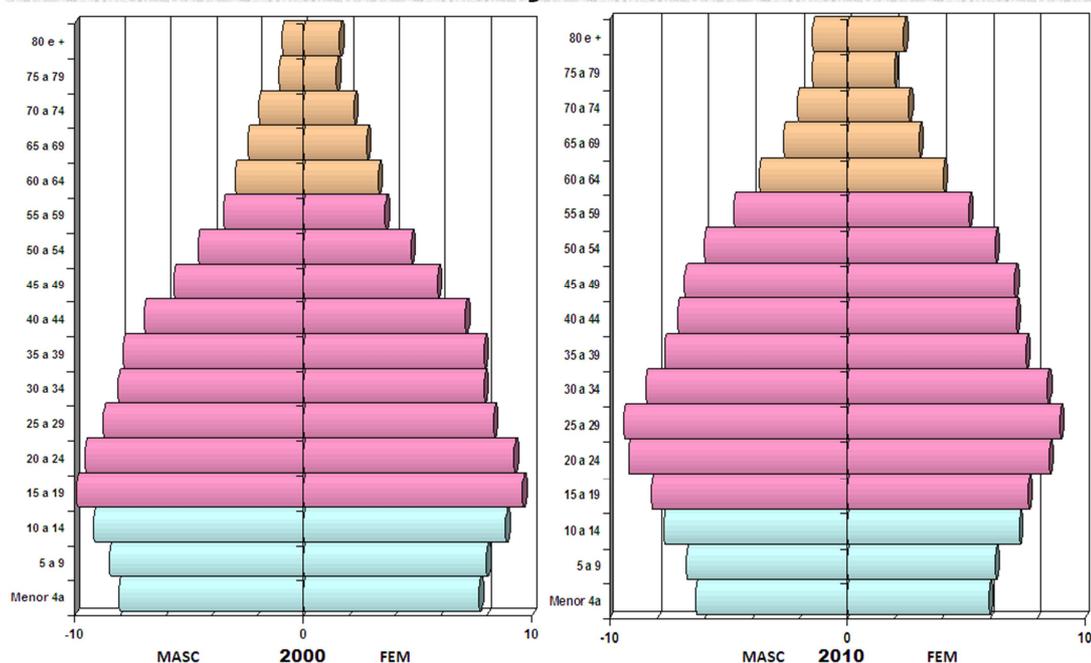
POPULAÇÃO 2010											
RRAS 13				DRSIII				CORÇÃO DO DRS III			
Idade	Masc	Fem	Total	Idade	Masc	Fem	Total	Idade	Masc	Fem	Total
< 4 anos	105.751	103.091	208.842	< 4 anos	28.648	27.667	56.315	< 4 anos	11.226	10.744	21.970
5 a 9 anos	113.456	109.268	222.724	5 a 9 anos	30.227	28.966	59.193	5 a 9 anos	11.886	11.189	23.075
10 a 14 anos	130.941	125.464	256.405	10 a 14 anos	35.217	33.994	69.211	10 a 14 anos	13.622	13.019	26.641
15 a 19 anos	137.281	133.539	270.820	15 a 19 anos	37.302	36.284	73.586	15 a 19 anos	14.479	13.707	28.186
20 a 24 anos	153.026	147.126	300.152	20 a 24 anos	42.262	40.194	82.456	20 a 24 anos	16.191	15.292	31.483
25 a 29 anos	153.607	149.772	303.379	25 a 29 anos	42.429	41.165	83.594	25 a 29 anos	16.579	16.133	32.712
30 a 34 anos	138.307	137.661	275.968	30 a 34 anos	38.745	38.678	77.423	30 a 34 anos	14.934	15.153	30.087
35 a 39 anos	121.237	123.604	244.841	35 a 39 anos	34.347	34.835	69.182	35 a 39 anos	13.524	13.538	27.062
40 a 44 anos	114.999	119.011	234.010	40 a 44 anos	32.520	33.749	66.269	40 a 44 anos	12.556	12.790	25.346
45 a 49 anos	108.532	114.774	223.306	45 a 49 anos	31.033	32.873	63.906	45 a 49 anos	12.023	12.679	24.702

50 a 54 anos	94.914	102.107	197.021	50 a 54 anos	27.083	28.827	55.910	50 a 54 anos	10.561	11.204	21.765
55 a 59 anos	76.867	84.376	161.243	55 a 59 anos	22.030	23.772	45.802	55 a 59 anos	8.415	9.224	17.639
60 a 64 anos	59.997	67.855	127.852	60 a 64 anos	17.062	18.981	36.043	60 a 64 anos	6.478	7.257	13.735
65 a 69 anos	43.113	50.861	93.974	65 a 69 anos	12.248	14.314	26.562	65 a 69 anos	4.719	5.430	10.149
70 a 74 anos	33.097	41.619	74.716	70 a 74 anos	9.618	11.943	21.561	70 a 74 anos	3.683	4.644	8.327
75 a 79 anos	22.592	30.788	53.380	75 a 79 anos	6.775	8.989	15.764	75 a 79 anos	2.607	3.565	6.172
80 anos e +	21.806	36.881	58.687	80 anos e +	6.555	10.925	17.480	80 anos e +	2.544	4.289	6.833
TOTAL	1.629.523	1.677.797	3.307.320	TOTAL	454.101	466.156	920.257	TOTAL	176.027	179.857	355.884

Fonte: Censo Populacional 2010 - IBGE/DATASUS

Figura 3 - Pirâmide Populacional da Região Coração - 2000 e 2010

Condições Gerais – Demográficas: População do CGR Coração 2000-2010



Em 10 anos, a população com idade inferior a 20 anos reduziu. Em contrapartida, houve crescimento na população com mais de 60 anos, o que resulta da redução da taxa de natalidade e do aumento na expectativa de vida e no índice de envelhecimento populacional.

A pirâmide acima mostra que a longevidade é mais acentuada na população feminina, o que sugere sucesso das políticas públicas voltadas à saúde da mulher e à assistência às doenças crônicas e degenerativas. Da mesma forma, o fato sugere a necessidade da implantação/implementação de políticas que contemplem a saúde do homem, favorecendo seu acesso às ações e serviços de saúde.

Quadro 5 - Número de Municípios por região de saúde, DRS e RRAS segundo faixas populacionais em 2010 (< 10 mil, de 10 a 49 mil, de 50 a 99 mil, > 100 mil a 499 mil e acima de 500 mil)

DRS / Região de Saúde	< 10.000 hab	10 a 49.000 hab	50 a 99.000 hab	100 a 499.000 hab	> 500.000 hab.	Total
Coração do DRS III	1	3	1	1	0	6
DRS III - Araraquara	9	9	4	2	0	24
RRAS 13	34	42	8	5	1	90

Fonte: Censo IBGE 2010.

Acima de 50% dos municípios da RS Coração possui mais que 50.000 habitantes, sendo que apenas 01 município possui mais que 100.000. Dentre as dificuldades vivenciadas pelos municípios de menor porte, no que se refere a proporcionar assistência à saúde aos seus munícipes, podem ser elencadas, entre outras, dificuldade em alocar recursos humanos especializados e/ou em oferecer remuneração aos profissionais de saúde compatível com a oferecida pelos de maior porte. Há ainda uma maior dependência no provimento de ações de saúde em relação aos municípios maiores, além de demandar eficiente logística de transporte sanitário e recursos financeiros adicionais para garantia do acesso.

4.2. Condições socioeconômicas

Quadro 6 - IDH dos municípios da Região Coração

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	IDH 2000	IDH 2010
CORAÇÃO DO DRS III	DESCALVADO	0,82	0,760
	DOURADO	0,78	0,738
	IBATÉ	0,79	0,703
	PORTO FERREIRA	0,802	0,751
	RIBEIRÃO BONITO	0,781	0,712

	SÃO CARLOS	0,841	0,805
--	------------	-------	-------

Fonte: IBGE Censo 2000 e PNUB 2010.

Quadro 7 - PIB per capita dos municípios da Região Coração (2000 e 2009)

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	Produto e Renda - PIB per Capita (Em reais correntes) 2000	Produto e Renda - PIB per Capita (Em reais correntes) 2009
RS CORAÇÃO DO DRS III	DESCALVADO	8.738,86	20.306,48
	DOURADO	4.237,25	10.919,94
	IBATÉ	4.040,08	11.749,68
	PORTO FERREIRA	7.620,00	17.414,37
	RIBEIRÃO BONITO	4.237,41	10.183,86
	SÃO CARLOS	10.436,48	20.519,04
TOTAL da RS CORAÇÃO		8.902,85	18.718,12
TOTAL do DRS III		10.118,34	21.629,94
TOTAL RRAS 13		9.237,65	20.287,18
TOTAL ESTADO DE SP		11.668,39	26.202,22

Em 10 anos, o PIB dos municípios da RS Coração no mínimo dobrou, sendo esperado que nos próximos anos esse aumento se reflita nas condições de vida e saúde da população. Conforme demonstrado abaixo, o aumento do PIB dos municípios da RS Coração também implicou no aumento do investimento em saúde efetuado pela gestão municipal.

4.3. Perfil de Morbimortalidade

Quadro 8 - Taxa de internações segundo grupo de causas (Capítulo CID-10) dos residentes da Região de Saúde - Coração do DRS III, 2011.

Causa Capítulo CID10	Nº internações*	Taxa de Internação**
XV. Gravidez parto e puerpério	3.707	104,16
IX. Doenças do aparelho circulatório	2.370	66,59
X. Doenças do aparelho respiratório	2.352	66,09
XI. Doenças do aparelho digestivo	2.159	60,67

XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	1.967	55,27
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1.431	40,21
II. Neoplasias (tumores)	1.364	38,33
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	558	15,68
VI. Doenças do sistema nervoso	510	14,33
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	424	11,91
V. Transtornos mentais e comportamentais	390	10,96
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	382	10,73
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	375	10,54
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	352	9,89
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	315	8,85
XXI. Contatos com serviços de saúde	263	7,39
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	155	4,36
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	149	4,19
VII. Doenças do olho e anexos	109	3,06
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	77	2,16
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	7	0,20
XXII. Códigos para propósitos especiais	-	0,00
Total	19.416	545,57

Fonte: SIHSUS e IBGE/DATASUS/Censo 2010

Nota: (*) AIHs Tipo I (Normal)

(**) Por 10 mil habitantes

Destaca-se a relevância das doenças do aparelho circulatório e respiratório e das causas externas que figuram entre as primeiras causas de internação. As doenças do aparelho circulatório estão intimamente relacionadas com hábitos de vida e organização do sistema para diagnóstico precoce. As doenças do aparelho respiratório relacionam-se também às condições ambientais (com destaque para a queima de cana de açúcar), tabagismo e demais poluentes urbanos e rurais. Ambas são produto do estilo de vida. As internações relacionadas à gestação aparecem em primeiro lugar e, somadas às relacionadas ao período perinatal, justificam investimentos na atenção materno infantil, notadamente a rede que está em processo de elaboração.

Quadro 9 - Tabela com as 20 principais causas específicas de internação (Agrupamento CID-BR) por sexo, por região de saúde, 2011.

CID 10	Feminino		CID 10	Masculino	
	Qtd	(%)		Qtd	(%)
O82Parto unico p/cesariana	1.219	11,0	J15Pneumonia bacter NCOP	451	5,2
O80Parto unico espontaneo	1.056	9,6	J18Pneumonia p/microorg NE	260	3,0
J15Pneumonia bacter NCOP	362	3,3	I50Insuf cardiaca	241	2,8
I50Insuf cardiaca	261	2,4	K40Hernia inguinal	203	2,3
O03Aborto espontaneo	252	2,3	K92Outr doenc do aparelho digestivo	185	2,1
J18Pneumonia p/microorg NE	246	2,2	I20Angina pectoris	175	2,0
N39Outr transt do trato urinario	192	1,7	I64Acid vasc cerebr NE como hemorrag isquemico	172	2,0
O99Outr doenc mat COP compl grav parto puerp	187	1,7	I21Infarto agudo do miocardio	151	1,7
K80Colelitiase	169	1,5	S06Traum intracraniano	147	1,7
O62Anormalidades da contracao uterina	151	1,4	S52Frat do antebraço	141	1,6
I20Angina pectoris	132	1,2	G40Epilepsia	137	1,6
O20Hemorragia do inicio da gravidez	125	1,1	N47Hipertrofia do prepucio fimose e parafimose	132	1,5
I64Acid vasc cerebr NE como hemorrag isquemico	120	1,1	F20Esquizofrenia	123	1,4
K92Outr doenc do aparelho digestivo	110	1,0	K35Apendicite aguda	122	1,4
K81Colecistite	106	1,0	S82Frat da perna incl tornozelo	118	1,4
O14Hipertensao gestacional c/proteinuria signif	105	1,0	N18Insuf renal cronica	114	1,3
G40Epilepsia	101	0,9	N39Outr transt do trato urinario	108	1,2
O23Infecc do trato geniturinario na gravidez	97	0,9	F19 Transt ment comp mult drog out subst psicoat	98	1,1
D25Leiomioma do utero	96	0,9	S72Frat do femur	97	1,1
S72Frat do femur	95	0,9	J44Outr doenc pulmonares obstrutivas cronicas	87	1,0
Outras Causas Agrupadas	5.851	53,0	Outras Causas Agrupadas	5.435	62,5
TOTAL	11.033	100,0	TOTAL	8.697	100,0

Fonte: SIH/SUS

Entre as 20 principais causas de internação feminina, 8 (40%) estão relacionadas ao período pré natal, o que reforça a necessidade qualificação das ações nesta área. A insuficiência cardíaca figura entre as cinco primeiras causas de internação em ambos os sexos. No sexo masculino nota-se ainda a relevância das internações relacionadas ao aparelho cardiorrespiratório, o que se relaciona com o estilo de vida adotado, incluindo a frequência aos serviços de saúde e o autocuidado.

Ainda no sexo masculino, percebe-se a relação das fraturas e traumatismo craniano com as causas externas e a relevância das internações por uso abusivo de drogas e substâncias psicoativas as quais podem determinar ainda internações por transtornos do trato digestivo e respiratório. A insuficiência renal crônica, que pode ser consequência das doenças circulatórias reforça a importância de tais agravos para saúde da população masculina.

Após esta breve contextualização, encontra-se no presente documento, a análise da matriz diagnóstica, construída em conjunto com os municípios da região através do Grupo Condutor, bem como o Plano de Ação para enfrentamento das dificuldades elencadas.

5. Matriz Diagnóstica

Para elaboração da matriz diagnóstica, consideramos a Rede de Atenção Psicossocial constituída pelos seguintes componentes:

- I - Atenção Básica em Saúde;
- II - Atenção Psicossocial;
- III - Atenção de Urgência e Emergência;
- IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório;
- V - Atenção Hospitalar;
- VI - Estratégias de Desinstitucionalização; e
- VII - Reabilitação Psicossocial.

Assim, o desenho do Plano Regional da Rede de Atenção Psicossocial da RS Central do DRSIII-Araraquara está pautado de acordo com as ações previstas na Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, delimitado pelos componentes: Atenção Básica, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial.

As ações apontadas no Plano Regional reproduzem as previstas nos Planos Municipais dos oito municípios. O monitoramento das ações para sua efetiva implantação será realizado pelo Grupo Condutor, mantendo o CGR/CIR informado sobre o desenvolvimento da RRAS. As necessidades apontadas se referem ao cuidado em saúde mental.

Trata-se da Região de Saúde que possui quantidade de serviços de atenção à saúde mental no DRSIII-Araraquara incipiente, já que possui poucos serviços

para atendimento da região mais populosa do DRSIII. Há um município com mais de 200.000 habitantes. Os quatro municípios de pequeno porte têm maior dificuldade no cuidado em saúde mental, já que o critério populacional inviabilizava a instalação de alguns equipamentos. As novas normativas possibilitarão equacionar esse panorama.

Considerando as características locais, a atenção básica deve ser a grande ordenadora do cuidado em saúde mental dos municípios menores, através da implantação de **Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em todos os municípios da referida região, de acordo com a proposta governamental de implantação e ampliação da Estratégia de Saúde da Família.**

Na atenção psicossocial, o grupo condutor compreende ser necessária a instalação de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) I com abrangência regional entre municípios onde haja fluxo natural e geográfico possível. Desta forma, foi proposta a **estruturação de CAPS I em Ribeirão Bonito, o qual atenderá também ao município de Dourado** (totalizando uma população de 20.644 habitantes), e de **CAPS AD em Porto Ferreira atendendo ao município de Descalvado** (totalizando uma população de 82.456 habitantes). Para o **município de Ibaté, está sendo proposto um CAPS I municipal**, para um total de 30.734 habitantes.

Cabe ressaltar que, atualmente, face à incipiência de serviços especializados, os municípios de Dourado, Ibaté e Ribeirão Bonito utilizam o CAPS II de São Carlos para alguns atendimentos não intensivos e pontuais. Dessa forma, uma transição desses usuários está sendo planejada e executada pelo serviço de São Carlos, após capacitação e articulação da equipe dos novos CAPS I de Ibaté e Ribeirão Bonito, para que os usuários sejam acolhidos e atendidos em suas necessidades de saúde.

Não se descarta a necessidade e possibilidade de implantação de **CAPSi regional em Porto Ferreira ou Descalvado para atender ambos os municípios** (totalizando uma população de 82.456 habitantes), devido ao perfil epidemiológico da região e distância do CAPSi situado em São Carlos. Entende-se que após a implantação do CAPS ad, prevista para 2014, essa questão será equacionada.

No município de São Carlos, o CAPS III será implementado no lugar do CAPS II e assim como **CAPS ADIII será implementado no lugar do CAPS AD de forma regional.**

Os 10 leitos propostos em hospital geral (4 em Porto Ferreira e 6 em São Carlos) serão referência para os seis municípios da região de saúde Coração.

Serão instaladas **2 residências terapêuticas do tipo II** na região do DRSIII como referência para todos os 24 municípios, visando atender os pacientes em situação de hospitalização no hospital psiquiátrico da própria região, sendo que uma delas será no município de São Carlos. Uma comissão formada por diferentes profissionais e de diferentes municípios realizou uma avaliação da situação atual dos moradores do Hospital, como consta no relatório em anexo

no plano da Região Central do DRSIII. Acredita-se que esse quantitativo se mostre aquém da necessidade regional, porém a região não possui capacidade instalada de recursos humanos suficiente para atender todas as demandas/necessidades. A implantação dos novos pontos de atenção está intrinsecamente relacionada à possibilidade de capacitação dos trabalhadores, dentro de uma nova lógica de atuação condizente com a atual política de saúde mental e deve ser gradativa, visando não comprometer o processo. Para que a rede e o trabalho em rede se efetivem de forma adequada há necessidade de processos de educação permanente às equipes dos diferentes pontos de atenção da rede. Por esse motivo, o plano prevê eixos principais, pelos quais a capacitação precisa acontecer, no sentido de qualificar a rede e as equipes para um cuidado efetivo. Desta forma, a discussão da ampliação da quantidade de residências terapêuticas, para além das já propostas, está prevista para o ano de 2015.

Importante sinalizar que o município de São Carlos tem responsabilidade regional no que diz respeito ao apoio matricial aos demais municípios aos casos de difícil manejo.

Com relação à capacitação para a atenção básica, é importante lembrar que o PAIPAD (Programa de Ações Integradas para Prevenção e Atenção ao Uso de Álcool e Drogas na Comunidade) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto tem oferecido aos municípios da região formação em intervenções breves para detecção de álcool e drogas nas unidades básicas de saúde e acompanhamento das ações localmente.

Para regulação das vagas para internação, a região está em processo de implantação do Sistema de Informação em Saúde Mental (SISAM 3), desenvolvido em parceria DRSXIII e USP.

Apesar de não estar previsto como ponto de atenção da RAPS, a região do DRSIII conta com um hospital psiquiátrico que, até que a rede esteja estabelecida, implantada e em funcionamento, ainda possui uma função importante no atendimento às urgências psiquiátricas. Com a instalação de novos equipamentos em diferentes pontos de atenção, o papel do hospital deverá ser rediscutido.

Os municípios ainda possuem Ambulatórios que realizam o cuidado regional e comum às áreas de saúde mental e deficiência física os quais serão redesenhados quanto ao papel e função a partir da implantação de ambas as redes.

Com relação às comunidades terapêuticas, a região conta com alguns destes serviços, embora o projeto terapêutico dos mesmos ainda seja incipiente e sua ligação com o setor saúde possa ser estreitado, na perspectiva de cuidado e reabilitação dos usuários. Possíveis lacunas nos dispositivos públicos estão possibilitando esta ampliação de comunidades terapêuticas; com o fortalecimento da rede, estas lacunas tendem a ser suprimidas.

Matriz Diagnóstica da Rede de Atenção Psicossocial
Região de Saúde Coração - DRSIII-Araraquara
População: 355.884

Componente	Ponto de atenção	Existente						Necessidade							
		Descalvado	Dourado	Ibaté	Porto Ferreira	Ribeirão Bonitinho	São Carlos	Região de Saúde Coração	Descalvado	Dourado	Ibaté	Porto Ferreira	Ribeirão Bonitinho	São Carlos	Região de Saúde Coração
I. Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde Tradicional	1	3	2	7	0	12	25	0	0	0	0	0	0	0
	Unidade Básica de Saúde com ESF	6	0	6	4	4	17	37	0	0	0	0	0	0	0
	Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas - Consultório na rua	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	Apoio à serviços de Residência Transitórios	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família	1	0	0	0	0	1	2	0	1	1	1	1	2	6
	Centro de Convivência	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	4
II. Atenção Psicossocial	CAPS I	1	0	0	1	0	0	2	0	0	1	0	1	0	2
	CAPS II	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
	CAPS III	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	CAPS AD	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1
	CAPS ADIII	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	CAPSi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2
III. Atenção de Urgência e Emergência	UPA	0	0	0	1	0	3	4	0	0	0	0	0	0	0
	Pronto Socorro/PA	1	0	1	1	1	0	4	0	0	0	0	0	0	0
	SAMU	Regional						Regional							
IV. Atenção Residencial de caráter Transitório	UA Adulto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	UA Infanto-juvenil	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	Comunidade Terapêutica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
V. Atenção Hospitalar	Leitos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	6	10
	Enfermaria especializada														
VI. Estratégias de desinstitucionalização	SRT I	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	SRT II	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	PVC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
VII. Reabilitação psicossocial	Cooperativas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1

6. Plano de Ação

Componente Atenção Básica

Fragilidade	Proposta/ Ação	Responsáveis	Cronograma
-------------	----------------	--------------	------------

Dificuldade das equipes de referência em realizar cuidado em saúde mental	Implantação/ implementação/ ampliação de NASF em Ibaté, Porto Ferreira, Ribeirão Bonito e São Carlos	SMS, SES, MS	2013-2014
	Qualificação das equipes de CAPS e NASF para realização matriciamento	SMS, SES	2013-2015
Insuficiência de ações de promoção à saúde e redução de danos	Implementação na Rede de ações que garantam o funcionamento dos serviços a partir das novas portarias	SMS, DRS/SES/MS	2013-2015
Fragilidades na atuação do profissional de saúde, decorrentes de lacunas na formação, as quais não contemplam de forma geral, os pressupostos da Reforma Psiquiátrica Reabilitação Psicossocial e apoio matricial.	Elaboração de projetos de Educação Permanente em Saúde (EPS) que subsidiem <i>in loco</i> o fortalecimento das ações na perspectiva Psicossocial.	SMS, DRS	2013-2015
	Manutenção da Roda de Conversa em Saúde Mental como estratégia para apoio e aprendizagem às equipes municipais	DRS	2013-2015
	Fomento à participação dos profissionais em atividades de capacitação	Municípios	2013-2015
Pouca comunicação dos equipamentos de saúde mental com a Atenção Básica	Implementação do Apoio matricial em saúde mental como ferramenta para gestão do cuidado	SMS, DRS	2013-2015

	Estabelecimento de fluxos e canais de comunicação além do cuidado compartilhado, entre os pontos de atenção intra e extra rede de saúde mental.	SMS	2013-2014
	Estimular o trabalho em rede, a partir da instalação de novos equipamentos e processos de trabalho de equipes	Grupo condutor, SMS, DRS	2013-2015
	Proporcionar espaços de troca entre equipes de AB, SM e demais setores, com periodicidade a ser definida	Grupos condutores e municípios	2013-2014
Dificuldade de contratação de Recursos Humanos, especialmente com experiência, para os pontos de atenção devido principalmente a questões orçamentárias/financeiras e LRF	de Instalação dos serviços de abrangência regional	SMS, CGR, DRS	2013-2015
	Elaboração de projetos de Educação Permanente em Saúde (EPS) que subsidiem <i>in loco</i> o fortalecimento das ações na perspectiva Psicossocial	SMS, DRS	2013-2015
	Prever aumento de quadro nas propostas orçamentárias	Municípios	2013-2015

Componente Atenção Básica

Equipes Populações Situações Específicas - Consultório na Rua

Fragilidade	Proposta/ Ação	Responsáveis	Cronograma
Alta clínica dos serviços implicando em aumento do número de moradores de rua nos grandes centros	Implantação de Consultórios na rua em São Carlos como estratégia da atenção	SMS	2014

Falta de rede de suporte básica para moradores de rua			
Aumento do uso de álcool e drogas	Organizar a Rede de Assistência com participação intersectorial judiciário, promoção social, trabalho e renda, etc	Município	2013-2015
	Matriciamento das equipes pelos CAPS e NASF	SMS	2013-2014

Componente Atenção Básica - Centro de Convivência

Fragilidade	Proposta/ Ação	Responsáveis	Cronograma
Dificuldade da atuação intersectorial, com garantia da integralidade das ações e promoção à saúde	Aproximação com setores envolvidos, de forma a garantir a sistematização de ações intersectoriais de inserção social através da utilização dos Centros de Convivência existentes na Região, de forma territorializada	SMS	2013-2016
Desconhecimento e falta de utilização dos equipamentos			
Dificuldade na inserção social da pessoa com transtorno mental implicando em vinculação prolongada aos CAPS	Sensibilizar a ABS para inserção do pessoal com problemas de saúde mental em atividades da unidade	Grupos condutores, SMS, DRS	2013-2015

Falta de legislação e financiamento específicos para Centros de Convivência	Sensibilizar gestores federal e estadual para a necessidade de estabelecer legislação para cadastro, credenciamento, assim como financiamento dos Centros de Convivência	SMS, DRS	2013-2014
---	--	----------	-----------

Componente Atenção Psicossocial - CAPS

Fragilidade	Proposta/ Ação	Responsáveis	Cronograma
Insuficiência de equipamentos de atenção especializada em saúde mental na região	Implantação de CAPS municipal em Ibaté e regional, em Ribeirão Bonito (atendendo Dourado)	SMS, CGR, DRS	2013-2014
	Implementar o CAPS ad de São Carlos transformando-o em CAPS ad III como referência regional	SMS, SES, Ministério da Saúde	2013-2014
	Implementar o CAPS I de São Carlos transformando-o em CAPS III como referência regional	SMS, SES, Ministério da Saúde	2013-2014
	Implantar CAPS regional em Porto Ferreira ou Descalvado	SMS, SES, Ministério da Saúde	2016
	Implantar CAPS AD regional em Porto Ferreira, atendendo Descalvado	SMS, SES, Ministério da Saúde	2015

Reprodução do modelo assistencial nos CAPS	do modelo ambulatorial	Realização de processos de EP para fortalecer o trabalho no CAPS, de forma qualificada e resolutiva	SMS, DRS	2013-2015
		Continuar com os espaços de Rodas de conversa de profissionais de saúde mental do DRSIII	DRS	2013-2015
		Propor sistemática para realização de avaliação e monitoramento das ações realizadas nos CAPS	Grupo de condutor, e Serviços de saúde mental	2013-2014
		Realizar intercâmbios de profissionais entre serviços de saúde mental na própria região para troca de experiências	Grupo de condutor, e serviços de saúde mental	2013-2015
		Sensibilizar os serviços para a necessidade de reinserção social dos usuários	Grupo de condutor	2013-2015
		Realizar avaliação periódica dos usuários na perspectiva de alta para acompanhamento pela atenção básica	Serviços de saúde mental	2013-2015

Dificuldade de contratação de médicos psiquiatras	Sensibilizar gestores para a necessidade de políticas públicas que fomentem a formação de profissionais para a saúde mental sintonizados com a política atual	Grupo condutor, DRS	2013-2016
	Implantação de serviços regionais	SMS, CGR, DRS	2013-2016
Alto índice de internações compulsórias	Ampliação do diálogo com judiciário para esclarecimentos, inclusive sobre a rede de atenção psicossocial	SMS, DRS, SES, MS	2013-2015
	Continuidade da realização de fórum de saúde mental regional	Grupo condutor, DRS	2013-2016
Dificuldade de adesão de usuários de álcool e drogas ao tratamento	Fomentar a busca ativa de usuários com dificuldade de frequentar os serviços	Serviços de saúde mental	2013-2014
	Realizar intercâmbios de profissionais entre CAPS AD na própria região para troca de experiências	Grupo condutor, serviços de saúde mental	2013-2015
	Continuar com os espaços de Rodas de conversa de profissionais de saúde mental do DRSIII	DRS	2013-2015

Incipiência das ações de saúde mental infantil	Realizar intercâmbios de profissionais entre serviços de saúde mental infantil na própria região para troca de experiências	Grupo condutor, serviços de saúde mental	2013-2015
	Continuar com os espaços de Rodas de conversa de profissionais de saúde mental do DRSIII	DRS	2013-2015

Componente Atenção de Urgência e Emergência

Fragilidade	Proposta/ Ação	Responsáveis	Cronograma
Dificuldade no atendimento às urgências psiquiátricas pelo SAMU e UPA, pelo não reconhecimento destas situações como tal	Estabelecer diálogo com a Rede de Urgência e Emergência no sentido de sensibilizar e qualificar as equipes de SAMU e UPA para atendimento em saúde mental	SMS, DRS	2013-2014
	Realizar intercâmbio com o Núcleo de EPS do SAMU no sentido de propor ações educativas para os serviços de todos os pontos da rede	Grupo condutor, equipes de EPS SAMU	2014

Componente Atenção Residencial em Caráter Transitório

Fragilidade	Proposta/ Ação	Responsáveis	Cronograma
-------------	----------------	--------------	------------

Alto número de solicitações de internações involuntárias e compulsórias pelo poder judiciário para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas	Implantação de Unidade de Acolhimento Transitório em São Carlos	de SMS de	2014
Falta de rede de suporte para pessoas com vínculos familiares frágeis			
Existência de Comunidades terapêuticas com projeto terapêutico incipiente	Monitorar e avaliar as atividades das comunidades terapêuticas	Município, VISA, SES	2013-2016

Componente Atenção Hospitalar

Fragilidade	Proposta/ Ação	Responsáveis	Cronograma
Alto número de solicitações de internações involuntárias e compulsórias pelo poder judiciário para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas	Implantação de leitos regionais em hospitais gerais em São Carlos e Porto Ferreira	SMS, CGR, DRS	2013-2014
	Ampliação do diálogo com judiciário para esclarecimentos, inclusive sobre a rede de atenção psicossocial	SMS, DRS, SES, MS	2013-2015

Componente Estratégias de Desinstitucionalização

Fragilidade	Proposta/ Ação	Responsáveis	Cronograma

Identificação de 30 moradores no hospital psiquiátrico Cairbar Schutel	Confecção e execução do plano de ação para reinserção social dos moradores inclusive através projetos de trabalho e geração de renda nos municípios da região	SMS, DRS, SES	2014
	Realocação dos moradores manicômios judiciários, que estão aguardando vagas	Comissão de avaliação dos moradores de Cairbar Schutel	2014
	Realocação em hospitais próprios dos moradores advindos de outras internações e com alto grau de dependência	Comissão de avaliação dos moradores de Cairbar Schutel	2014
	Instalação de Residências Terapêuticas do tipo I	SMS, CGR, DRS, SES	2013-2015

Componente da Gestão

Fragilidade	Proposta/ Ação	Responsáveis	Cronograma
Aproximação incipiente do gestor em relação às políticas de saúde mental	Sensibilização do gestor em relação à temática da saúde mental, seus desafios e necessidades específicas	Grupos condutores	2013-2014

Síntese das Propostas de Educação Permanente

Tema assunto área	Público alvo	Responsáveis
Saúde Mental para atenção básica	Equipes das UBS e ESF	Município, DRS, SES
Processo de trabalho nos CAPS	Equipes CAPS	Município, DRS, SES
Apoio matricial enquanto ferramenta do NASF e CAPS	Equipes das UBS, ESF, CAPS e NASF	Município, DRS, SES
Saúde Mental Infantil	Equipes das UBS, ESF, CAPS e NASF	Município, DRS, SES
Urgência e Emergências psiquiátricas	Equipes das UBS, ESF, CAPS NASF e hospitais/SAMU	Município, DRS, SES

Z**.Planilha Financeira**

Componente	Ponto de atenção	Custeio	Incentivo (Parcela única)	Construção
Atenção Básica	Unidade Básicas de Saúde			
	Equipes para população em situação específica			
	São Carlos - Mod I	19.000,00	9.500,00	
	NASF			
	Ibaté	240.000,00	20.000,00	
	Descalvado	240.000,00		
	Dourado	144.000,00	12.000,00	
	Porto Ferreira	144.000,00	12.000,00	
	Ribeirão Bonito	144.000,00	12.000,00	
	São Carlos	240.000,00		
São Carlos	240.000,00	20.000,00		
	Centro de Convivência			
Atenção Psicossocial	CAPS			
	CAPS I-Ribeirão Bonito e Dourado	339.660,00	20.000,00	800.000,00
	CAPS I-Ibaté	339.660,00	20.000,00	800.000,00
	CAPS I-Descalvado	339.660,00		800.000,00
	CAPS I-Porto Ferreira	339.660,00		800.000,00
	CAPS AD-Porto Ferreira e Descalvado	477.360,00	50.000,00	1.000.000,00
	CAPS AD-São Carlos	477.360,00		
	CAPS II-São Carlos	397.035,00		
	CAPS III-São Carlos	757.732,56	50.000,00	1.000.000,00
	CAPSi-São Carlos	385.560,00	30.000,00	1.000.000,00
CAPS ADIII-São Carlos	945.600,00	75.000,00	1.000.000,00	
Atenção de urgência e emergência	Conforme plano RUE			
Atenção Residencial de caráter transitório	UA-infanto-juvenil São Carlos	360.000,00	70.000,00	500.000,00
	UA-adulto São Carlos	300.000,00	70.000,00	500.000,00
Atenção Hospitalar	4 leitos Porto Ferreira	269.284,00	16.000,00	
	6 leitos São Carlos	403.926,00	24.000,00	
Estratégias de Desinstitucionalização	SRT tipo II - São Carlos	240.000,00	20.000,00	
Total		7.783.497,56	530.500,00	8.200.000,00

8.Referências

Mapa de Saúde da Região Coração do DRSIII Araraquara, 2012.

Plano Regional - Rede de atenção Psicossocial da RRAS 2, RRAS 4 e RRAS 5, 2012.

Portaria 3088 de 23 de dezembro de 2011.

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Departamento de Gestão Administrativa e Financeira

Divisão de Administração

Seção de Expediente, Protocolo e Arquivo

Seção de Patrimônio

Divisão de Compras

Divisão de Finanças e Contabilidade

Seção de Contabilidade

Seção de Tesouraria

Divisão de Logística de Materiais e Medicamentos

Seção de Logística de Materiais

Seção de Logística de Medicamentos

Divisão de Manutenção e Transporte

Seção de Transporte

Seção de Zeladoria e Manutenção

Divisão de Orçamento

Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial

Divisão da Administração Regional Cidade Aracy

Seção de Apoio Administrativo da ARES Cidade Aracy

Divisão da Administração Regional Redenção

Seção de Apoio Administrativo da ARES Redenção

Divisão da Administração Regional Santa Felícia

Seção de Apoio Administrativo da ARES Santa Felícia

Divisão da Administração Regional Vila Isabel

Seção de Apoio Administrativo da ARES Vila Isabel

Divisão da Administração Regional Vila São José

Seção de Apoio Administrativo da Vila São José

Seção de Apoio Administrativo de Água Vermelha e Santa Eudóxia

Divisão Ambulatorial Especializada

Seção de Atenção Especializada

Divisão de Assistência Farmacêutica

Divisão de Controle de Zoonoses

Divisão de Vigilância Epidemiológica

Divisão de Vigilância Sanitária

Departamento de Gestão do Cuidado Hospitalar

Divisão de Atenção Pré Hospitalar Móvel

Divisão de Pronto Atendimento

Departamento de Regulação, Controle e Avaliação

Divisão de Auditoria

Divisão de Avaliação e Controle Ambulatorial e Hospitalar

Divisão de Regulação

Seção de Complexo Regulador

Seção de Regulação de Tratamento Fora do Domicílio - TFD

Seção de Regulação Peé Hospitalar

Divisão do Centro de Informações em Saúde