

Área de Pesquisa: Programa de Estudos em Sistemas de Saúde

CADERNOS DE PESQUISA NEPP - Nº. 11 - 2014

**REDE TEMÁTICA DE SAÚDE MENTAL NA
REGIÃO METROPOLITANA DE CAMPINAS**



CADERNOS DE PESQUISA NEPP

O Programa de Estudos em Sistemas de Saúde (PESS) do Núcleo de Estudos em Políticas de Públicas (NEPP) tem como principal objetivo, desenvolver permanentemente estudos e projetos, de caráter interdisciplinar, que venham contribuir com a integração, qualificação e consolidação do SUS em regiões de saúde, considerando o atual momento de evolução do Sistema Público de Saúde, visando alcançar a equidade, a integralidade e o acesso universal.

É nesse sentido, que ao publicar os Cadernos de Pesquisa em Saúde, o grupo de pesquisadores, docentes e alunos envolvidos no PESS/NEPP pretendem divulgar de forma objetiva e sumarizada, os resultados mais significativos dos projetos interdisciplinares de ensino, pesquisa e extensão realizados nos últimos anos, com foco no desenvolvimento de sistemas regionais de saúde, particularmente na formulação e implementação de linhas de cuidado e estruturação de redes de atenção à saúde.

Com esta divulgação pretende-se também contribuir com os gestores e gerentes do SUS na sua construção e, auxiliar na qualificação da atenção à saúde, bem como no avanço do gerenciamento do sistema e dos serviços, nos seus diferentes níveis.

Estará acessível na homepage do NEPP, em publicações, cujo acesso se dá através do endereço eletrônico: <http://www.nepp.unicamp.br>.

COORDENAÇÃO

CARMEM CECÍLIA DE CAMPOS LAVRAS

COORDENADOR ASSOCIADO

CARLOS RAUL ETULAIN

Universidade Estadual de Campinas



Reitoria

Prof. Dr José Tadeu Jorge

Pró-reitorias

Teresa Dib Zambon Atvars
Pró-Reitor de Desenvolvimento Universitário - PRDU

João Frederico da Costa Azevedo Meyer
Pró-Reitor de Extensão e Assuntos Comunitários - PREAC

Luís Alberto Magna
Pró-Reitor de Graduação - PRG

Gláucia Pastore
Pró-Reitor de Pesquisa - PRP

Rachel Meneguello
Pró-Reitor de Pós-Graduação - PRPG

Centros e Núcleos

Jurandir Zullo Junior
Coordenadoria de Centros e Núcleos Interdisciplinares de Pesquisa - COCEN

Carmen Cecília de Campos Lavras
Coordenadora do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas - NEPP

Carlos Raul Etulain
Coordenador Associado Núcleo de Estudos de Políticas Públicas - NEPP

Produção Editorial: NEPP - Publicações

CADERNOS DE PESQUISA NEPP/Núcleo de Estudos de Políticas Públicas/UNICAMP. – nº 11. – Campinas, SP.: PESS/NEPP/UNICAMP, 2014.

(Área de Pesquisa: Programa de Estudos em Sistemas de Saúde)

1. Saúde Pública. 2. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas. 3. Programa de Estudos em Sistemas de Saúde.

Considerações Éticas:

A responsabilidade pelos conteúdos dos artigos, relato de experiências, comunicações, publicados é exclusivamente do(s) autor (es), assim como a revisão ortográfica.

**REDE TEMÁTICA DE SAÚDE MENTAL NA REGIÃO
METROPOLITANA DE CAMPINAS**

**Organizadora
Maria José Comparini Nogueira de Sá**

Campinas, SP

Pesquisadores

Carla Priscila Linarelli
Psicóloga e Especialista em Dependência Química pela UNIFESP. Docente do curso de Psicologia da Faculdade de Americana.

Carmen Cecília de Campos Lavras
Médica Sanitarista e Doutora em Saúde Coletiva. Assessora da Pró-Reitoria de Desenvolvimento Universitário da Unicamp. Pesquisadora Associada do NEPP/UNICAMP.

Maria Cristina Restitutti
Médica Sanitarista e Especialista em Planejamento e Gerenciamento em Saúde. Membro da equipe da Coordenadoria de Informação e Informática da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Pesquisadora Associada do NEPP/UNICAMP.

Maria José Comparini Nogueira de Sá
Psicóloga e Especialista em Planejamento e Gerenciamento em Saúde. Pesquisadora Associada do NEPP/UNICAMP.

Paula Moura Lacerda de Souza
Cientista Social e Psicóloga, Especialista Saúde Mental pela UNICAMP. Profissional da Rede de Saúde do Município de Campinas.

Thiago L. Trapé
Psicólogo e mestrando em Saúde Coletiva na Unicamp. Profissional da

Rede de Saúde do Município de Campinas.

Consultores de Pesquisa

Mirsa Elisabeth Dellosi
Filósofa, Psicóloga e Especialista em Saúde Mental.

Renata Cruz Soares de Azevedo
Médica Psiquiatra e Doutora em Ciências Médicas.
Docente da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

Participante da Instituição Parceira

Maria Célia Silva Caiado
Arquiteta Urbanista e Doutora em demografia pelo IFCH/Unicamp. Diretora Adjunta Técnica da Agemcamp.

Pesquisadores Auxiliares

Heloísa Novaes de Miranda Amaral
Psicóloga do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. Coordenadora do Cândido Escola. Assistente Técnico.

Sonia Maria Prieto Romolo Brito
Graduada em Letras. Doutora em Teoria e História Literária pela UNICAMP. Pesquisadora Associada do NEPP/UNICAMP.

Bolsistas

Ana Carolina Soares Bertho
Fabiola Bentivoglio
Fabricio de Paula Silva
Kellen Cristina Morelli
Rafaela Rodrigues Cheche
Wesley Batista de Campos
Tiago Cerqueira Sássi

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	06
2. REDE TEMÁTICA DE SAÚDE MENTAL NO ÂMBITO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	08
3. METODOLOGIA	14
4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	16
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES	37
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
ANEXOS	44

Rede Temática de Saúde Mental na Região Metropolitana de Campinas

1. INTRODUÇÃO

A realização de uma primeira aproximação ao objeto deste estudo em sua Fase I possibilitou a percepção de um conjunto de fortalezas e de fragilidades hoje existentes no SUS da RMC que foram apontadas pelos gestores municipais e dirigentes hospitalares entrevistados e, apresentadas como considerações finais do relatório. Desse conjunto apresentado destacaram-se fragilidades relacionadas à rede de atenção à saúde mental.

Definiu-se então como um dos eixos da Fase II a caracterização da Rede Temática de Saúde Mental na RMC, visando a identificar as questões e variáveis envolvidas com o quadro de desassistência apontado e com a ausência ou desarticulação em rede dos pontos de atenção.

Ao se considerar uma rede temática como objeto de estudo na Fase II, buscou-se caracterizar as carências e fragilidades dessa rede, que contribuem para sua fragmentação e elaborar recomendações que possam contribuir para a integração regional e melhoria do acesso e da qualidade da assistência às pessoas com transtornos mentais na região.

Para a consecussão do objetivo propôs-se na apresentação da proposta para a FASE II, a realização de um conjunto de atividades a seguir apresentadas.

- **Atividades**

Diagnóstico detalhado da Rede Temática de S. Mental	Relatório Técnico contendo o diagnóstico e as diretrizes para desenvolvimento e qualificação da Rede Temática de S. Mental	Levantamento de dados dos bancos do SUS para caracterização da capacidade instalada e morbidade hospitalar dos serviços da Rede Temática de Saúde Mental
		Levantamento de dados através de entrevistas com responsável / coordenador de Saúde Mental das SMS
		Levantamento de dados através de entrevista com responsável pela SM da DRS VII e com o responsável de SM do SAMU
		Realização de grupos focais para levantamento de dados junto a profissionais e coordenadores de serviços de saúde
		Levantamento de dados através de análise de prontuários dos serviços de SM da RMC
		Análise e sistematização das entrevistas
		Sistematização dos dados e análise preliminar dos grupos focais
		Análise preliminar do banco de dados dos prontuários
		Realização de Seminários
		Realização de Oficina para definição das diretrizes metropolitanas para SM
		Elaboração do Produto Final

No decorrer do estudo ocorreram ajustes das atividades propostas inicialmente ocasionados por: mudanças na gestão municipal e na própria organização da rede de saúde mental dos municípios (caso do SAMU de Campinas que deixa de ser regulador de vagas para internação psiquiátrica e por isso deixa de ser objeto de entrevista e criação do SAMU regional de Hortolândia e Sumaré); indicação dos próprios pesquisadores após análise de viabilidade técnica e financeira realizada em seminários e oficinas de trabalho (caso das análises de prontuários de usuários de serviços de saúde mental da RMC); e ainda, dificuldades para chamada e agenda dos gestores de saúde mental da RMC (caso da oficina com gestores para elaboração de diretrizes).

No entanto apesar das dificuldades apresentadas, os ajustes realizados propiciaram a efetivação da maior parte das atividades propostas e a obtenção de um conjunto de dados que permitiu a caracterização e avaliação da rede temática de saúde mental na Região Metropolitana de Campinas.

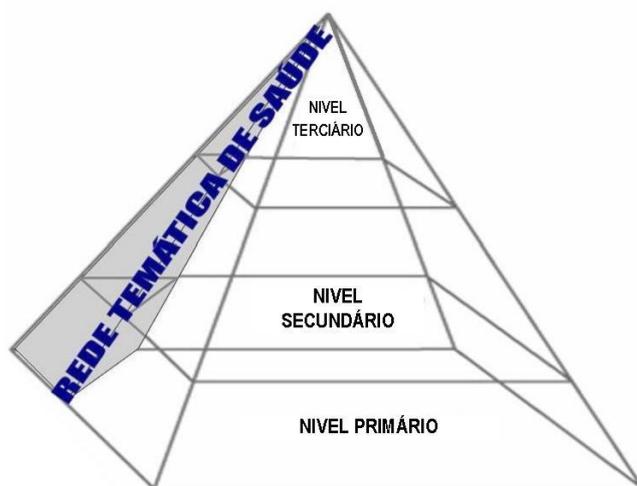
2. REDE TEMÁTICA DE SAÚDE MENTAL NO ÂMBITO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

O marco conceitual aqui discutido refere-se ao já descrito no relatório da Fase I deste projeto. Nesse momento, reapresentam-se alguns tópicos referenciais, a título de situar as Redes Temáticas em Saúde.

Sabe-se que os sistemas de saúde desenvolveram-se e organizaram-se em sistemas hierarquizados por níveis de atenção que refletem diferentes graus de densidade tecnológica incorporada aos procedimentos que em cada nível se desenvolvem.

Esses sistemas comportam redes de serviços hierarquizadas por níveis de complexidade e densidade tecnológica nas ações e serviços de saúde e, também, se organizam em **redes temáticas de saúde**, definidas em função de um agravo, de uma patologia de alta prevalência ou de uma fase do ciclo de vida numa dada população. Nesse caso, as redes temáticas seriam um recorte longitudinal, no modelo hierarquizado, incluindo todos os serviços de diferentes níveis, voltados ao atendimento de um grupo populacional ou de um agravo específico. (Figura 1).¹

Figura 1- Representação de Rede Temática de Saúde



Fonte: Relatório da Fase I- FAPESP

¹Todos os conceitos sobre redes e redes temáticas foram baseados na obra As Redes de Atenção à Saúde de Eugenio Vilaça Mendes, Belo Horizonte, Editora ESP/MG 2009 e outros textos do autor.

Estão expressos mais detalhadamente no Relatório Fase I da pesquisa Avaliação do Sistema Único de Saúde na RMC visando ao desenvolvimento de Redes de Atenção à Saúde, encaminhado à FAPESP em junho de 2007.

A modelagem dessas redes temáticas hierarquizadas, assim como outras redes hierárquicas, e, especialmente por implicarem em especialização, determinam muitas vezes, a falta de articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde ocasionando grandes prejuízos na qualidade da assistência. Por isso busca-se atualmente organizar os sistemas de saúde em redes de atenção à saúde de modo a integrar os serviços e práticas desenvolvidas na perspectiva de ampliar o acesso e qualificar a atenção.

Para tanto a adoção da conceituação de **redes de atenção à saúde** entendidas como um potente indutor da organização ou reorganização de sistemas locais e regionais pode contribuir para a maior integração do sistema de saúde.²

Entendem-se redes de atenção a saúde como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde que, independentemente da densidade tecnológica dos procedimentos desenvolvidos ou do foco específico em algum agravo, patologia ou fase do ciclo de vida, apresentam pontos de atenção que são integrados através de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas logísticos e de gestão, buscando garantir a integralidade do cuidado num dado território³.

Os pontos de atenção são as unidades funcionais onde os procedimentos e ações em saúde se desenvolvem.

No Brasil, no momento em que a regionalização⁴ do sistema proposta desde sua criação passa a se constituir no centro das normas orientadoras do sistema de saúde e na agenda política da gestão em saúde, a estruturação de redes de atenção à saúde de caráter regional apresenta-se como uma possibilidade para a integração do Sistema Único de Saúde.

Constituem-se objetivos principais da regionalização definidos no Pacto pela Saúde⁵ a garantia do acesso, redução das desigualdades sociais e territoriais, a garantia da integralidade, a organização e gestão dos diferentes interesses locorregionais (descentralização) e a racionalização de gastos e otimização de recursos.

² Relatório Fase I da pesquisa Avaliação do Sistema Único de Saúde na RMC visando ao desenvolvimento de Redes de Atenção à Saúde, encaminhado à FAPESP junho de 2007.

³ Idem.

⁴ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação de Integração Programática / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.40 p. – (Regionalização Solidária e Cooperativa, v.3) (Série Pactos pela Saúde)

⁵ Brasil. M.S. Portaria/GM nº399, de 22 de fevereiro de 2006. A portaria expressa e define as prioridades em saúde no país e orienta a organização e gestão do sistema.

Também no Pacto encontra-se explicitado que as condições crônicas afetam a saúde de grande parte dos brasileiros e determinam a utilização do sistema de saúde por longos períodos da vida. Entre essas condições estão os transtornos mentais.

No estado de São Paulo, o Plano Estadual de Saúde⁶, elaborado para 2008-2011, sob a égide da etapa de regionalização do SUS apresenta num de seus eixos, o “*Desenvolvimento de serviços e ações de saúde para segmentos da população mais vulneráveis aos riscos de doença ou com necessidades específicas*”, as seguintes diretrizes estratégicas que contemplam os portadores de transtornos mentais.

“Ampliar e garantir a atenção à saúde mental.

Ampliar o acesso à atenção integral à saúde de usuários de álcool e outras drogas.

Aperfeiçoar a atenção à pessoa portadora de deficiência. “

A rede temática de saúde mental na RMC, apoiada nas diretrizes apresentadas pela Organização Mundial de Saúde para a área⁷; nas diretrizes da Política de Saúde Mental brasileira⁸ formulada nas duas últimas décadas, nas normas orientadoras do Sistema Único de Saúde (PACTO, 2006) e no Plano Estadual de Saúde de São Paulo (2008) deve também buscar a integração visando à melhoria do acesso e qualidade da assistência tendo como desafio a construção de uma rede integrada e regional que se articule num dado território sanitário. Este deve ofertar um conjunto de ações e serviços de saúde a uma população previamente definida e que apresente um sentimento de pertencimento a esse território calcado em bases e identidades culturais⁹.

Sabe-se que os transtornos mentais representam um desafio aos sistemas de saúde, uma vez que acometem parcela significativa de população mundial e demandam uma complexidade de ações e serviços para a promoção e recuperação da saúde mental.

Dados da Organização Mundial da Saúde apontam que 20% a 25% da população do mundo sofrem de algum transtorno mental. Destes, 3% referem-se a transtornos mentais severos e persistentes, 8% a transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas e outros 9% a outros

⁶ Plano estadual de saúde 2008 - 2011 / organizadores: Renilson Rehem de Souza... [et al.]. São Paulo: Secretaria da Saúde, 2008.300p.

⁷ Diretrizes apontadas no documento da Organização Mundial de Saúde: Relatório sobre a saúde no mundo 2001 – Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: Biblioteca da OMS, 2001.

⁸ Diretrizes apontadas no documento: 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 e na Lei Federal nº10216. Lei Paulo Delgado. 2001.

⁹ Baseado em: A modelagem das redes de atenção à saúde de Eugênio Vilaça Mendes. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Assessoria de Normalização gnas@saude.mg.gov.br Julho de 2007.

transtornos mentais. Em números absolutos, isso significa 450 milhões de pessoas sofrendo com transtornos mentais em todo o mundo (OMS, 2001).

Mesmo com tais cifras, os gastos destinados à saúde mental não ultrapassam 1% do montante utilizado na atenção à saúde em todo o mundo e, 40% dos países carecem de políticas voltadas à atenção a saúde mental, sendo que 30% sequer possuem algum programa voltado a essa população (OMS, 2001).

No Brasil, o primeiro hospital psiquiátrico foi criado em 1852 na cidade do Rio de Janeiro e a partir de então, um modelo de atendimento centralizado no asilamento foi se consolidando no país. O tratamento asilar passou a ser oferecido aos doentes mentais, calcado na internação de longa permanência em hospitais psiquiátricos. Estas instituições, em geral de grande porte, localizavam-se normalmente nas periferias das grandes cidades e concentravam pacientes de diversas e longínquas regiões (RESENDE, 2001).

Este modelo, ainda presente nos dias atuais, predominou até o final do século XX, quando passou a ser alvo de questionamentos pelo que se constituiu como Movimento de Reforma Psiquiátrica brasileiro.

Contemporânea à Reforma Sanitária brasileira do final dos anos 70, a Reforma Psiquiátrica é um processo social complexo, inscrito num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar (BRASIL, 2005), que propõe um novo paradigma de cuidado à saúde mental (AMARANTE, 2007).

Como reflexo de iniciativas exitosas de transformação da atenção em saúde mental, em algumas cidades brasileiras, como Santos, São Paulo e Campinas (CAMPOS, 2000), os ideais da reforma passaram a orientar a política nacional de saúde mental mediante uma reformulação legislativa, cujo cerne é a Lei 10.216 de 2001.

Conhecida como “Lei da Reforma Psiquiátrica”, ela dispõe sobre a proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial de saúde mental, privilegiando a reinserção social e o cuidado em serviços comunitários. Além de vedar a internação em instituições com características asilares, determina que a internação só deva ocorrer quando os recursos extra-hospitalares mostrarem-se insuficientes. (BRASIL, 2001).

Um delineamento progressivo da política nacional de saúde mental do Ministério da Saúde, alinhada aos princípios da Reforma, foi se dando mediante um conjunto de leis e portarias que estabelecem e viabilizam a criação de recursos que irão compor uma rede substitutiva e territorializada de atenção em saúde mental.

Essa rede na atualidade apresenta-se constituída pelos seguintes serviços/pontos de atenção.

Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): dispositivo estratégico do novo modelo de atenção, que tem por função prestar atendimento clínico em regime de atenção diária aos portadores de transtornos mentais graves e persistentes de uma região adscrita. É um serviço de saúde municipal, aberto e comunitário, que realiza o acompanhamento clínico e promove a inserção social de seus usuários através de ações intersetoriais. A assistência prestada aos usuários pode incluir atendimentos em grupo, atendimentos individuais, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento a famílias e atividades comunitárias. Deve também dar suporte à rede básica, sendo um articulador da rede de saúde mental num dado território.

O **CAPS** foi instituído como política pela Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que define e estabelece diretrizes para seu funcionamento. Os CAPS são assim categorizados por porte e clientela, recebendo as denominações de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i e CAPS ad.

CAPS I: Serviço de atenção diária com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes. Funcionamento em 2 turnos (8h-18h) durante os 5 dias úteis da semana.

CAPS II: Serviço de atenção diária com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. Funcionamento em 2 turnos (8h-18h) durante os 5 dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno até as 21h.

CAPS III: Serviço de atenção diária com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes. Funcionamento 24h, oferece atenção contínua incluindo finais de semana e feriados.

CAPS i II: Serviço de atenção diária destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais, referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes. Funcionamento em 2 turnos (8h-18h) durante os 5 dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno até as 21h.

CAPS ad II: Serviço de atenção diária para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000 habitantes. Mantém 2 a 4 leitos para desintoxicação e repouso. Funcionamento em 2 turnos (8h-18h) durante os 5 dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno até as 21h.

Serviço Residencial Terapêutico: além dos CAPS, os Serviços Residenciais Terapêuticos são fundamentais como parte da rede de atenção em saúde mental para a consolidação do novo modelo de atenção. Configuram-se como uma estratégia de residencialidade, voltada prioritariamente para a desinstitucionalização e reintegração comunitária de pessoas egressas de internações prolongadas. São casas localizadas no espaço urbano, com no máximo 8 moradores, vinculadas a um CAPS de referência, que operam também na lógica territorial. Foram instituídos pela Portaria/GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000.

Oficina de Trabalho: a inserção social pelo trabalho é visada com a Portaria GM 1.169, de 7 de julho de 2005, que destina incentivo financeiro para os municípios que possuam uma rede de atenção extra-hospitalar e desenvolvam projetos de inclusão social pelo trabalho destinados a pessoas com transtornos mentais ou transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Outra política voltada para o subsídio de pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações psiquiátricas foi o programa “**De volta para casa**”, instituído pela Lei Nº 10.708, de 31 de Julho de 2003, que cria um auxílio-reabilitação psicossocial, um benefício mensal renovado anualmente.

Também está previsto o desenvolvimento de ações, projetos e programas de **saúde mental na atenção básica** visto que essa rede formada pelos pontos de atenção básica está presente em todo o país, independente do tamanho ou grau de desenvolvimento municipal. As ações na atenção básica estão previstas e delineadas para serem desenvolvidas através do apoio dos serviços de referência (CAPS e Ambulatórios) e dos NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) às unidades de atenção básica.

Em relação às internações, a política explícita que devem ocorrer preferencialmente em **Hospitais Gerais** conforme Portaria nº 224. Brasília; 29 jan.1992. Ministério da Saúde e Lei da Reforma Psiquiátrica de 10.216 de 2001. Considera ainda que a diminuição de leitos nos **Hospitais Psiquiátricos** deverá ocorrer até o limite de 160 leitos. (Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS, MS. 2004.) Também se define a internação como último recurso depois de esgotados os outros de base comunitária conforme Portaria/SAS/MS nº 2391 - De 26 de Dezembro de 2002.

No que se refere aos serviços de urgência e emergência, nos municípios/regiões que possuem **SAMU** (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) também as urgências em saúde mental são contempladas e nos outros locais as urgências deverão ser atendidas nos Pronto-Socorros ou serviços de pronto atendimento.

Finalmente cabe destacar os **Centros de Convivência** e outros projetos de natureza intersetorial que se caracterizam por ampliar os espaços sociais, buscando participação cidadã de todas as pessoas, incluindo os portadores de transtornos mentais e que também se constituem em pontos da rede temática de saúde mental.

Nota-se que a política de saúde mental propõe um conjunto diversificado de pontos de atenção, dispositivos de saúde, culturais e sociais para o enfrentamento dos transtornos mentais, cujo enfrentamento é considerado de natureza complexa.

Esse conjunto necessita ser articulado em redes de atenção, e de acordo com a diretriz do SUS, organizadas regionalmente, para favorecer a ampliação do acesso e qualificação da assistência aos portadores de transtornos mentais.

3. METODOLOGIA

Conforme já descrito no Relatório da Fase I do estudo, dada a complexidade do objeto, optou-se metodologicamente pela Pesquisa Exploratória por entender que essa modalidade de investigação permite uma melhor adequação dos instrumentos de medida à realidade que se pretende conhecer, permitindo definir os problemas com maior precisão; ampliar a compreensão do fenômeno (MINAYO; SANCHES, 1999); mas também propor ações diante do elemento estudado (LÜDKE, 1986) e (PIOVESAN, 1995).

Também se recorreu à metodologia da Pesquisa-ação visto que a mesma possibilita aplicar o conhecimento na resolução de problemas identificados, com participação dos atores envolvidos (pesquisadores e parceiros) no conhecimento e mudança da realidade. (THIOLLENT, 2006).

Dada a complexidade da atenção à saúde mental e considerando a reforma que incide nesse setor, a caracterização dessa rede temática de atenção à saúde levou à formulação de um conjunto de instrumentos.

Definiu-se inicialmente pela utilização de técnicas de coleta de dados que incluíram: **análise documental**, utilizando-se fontes primárias e secundárias; **entrevista**, por se constituir em alternativa para se coletar dados não documentados sobre um determinado tema sendo entrevista semi-estruturada, organizada sob a forma de um roteiro com tópicos orientadores para o entrevistador (LAKATOS; MARCONI, 1982); **grupo focal**, entendido como uma reunião em grupo realizada uma ou mais vezes, onde os atores discutem vários aspectos de um tópico ou tema específico escolhido, visando à compreensão das experiências dos participantes. (PICHÓN-

RIVIÈRE, 1999); **Seminários e Oficina de Trabalho** buscando fomentar a discussão acerca da política de saúde do país, no caso a de saúde mental, propiciando o necessário aprofundamento de temas relacionados ao desenvolvimento do SUS (regionalização, redes de atenção e rede temática de saúde mental). Esses envolveram atores pesquisadores, gestores, gerentes e profissionais de saúde mental da RMC.

Os instrumentos inicialmente propostos foram ajustados pelas necessidades já apontadas na introdução, em dois seminários que contou com a participação dos pesquisadores, consultores, pesquisador auxiliar, e bolsista de Treinamento Técnico III FAPESP; sendo apresentados a seguir.

Cabe ressaltar que após a definição dos mesmos e acompanhando o tempo das atividades e definição de instrumentos dos outros componentes da pesquisa encaminhou-se o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNICAMP para aprovação

Instrumentos desenvolvidos e aplicados

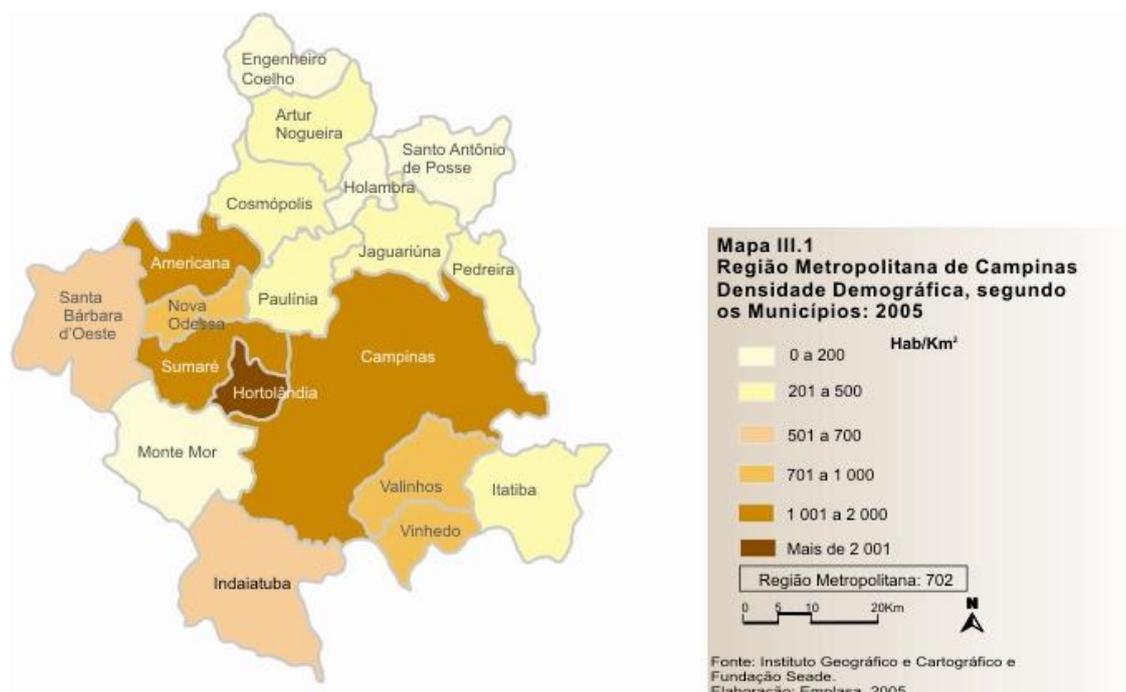
- Entrevista com os gestores (coordenadores / responsáveis) pela saúde mental dos 19 municípios da Região Metropolitana de Campinas
- Questionário aos gestores (coordenadores / responsáveis) pela saúde mental dos 19 municípios da Região Metropolitana de Campinas
- Entrevista com responsável pela saúde mental do Departamento Regional de Saúde VII, instância regional da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo
- Pesquisa nos bancos de dados DATASUS analisando especialmente número e tipos de serviços de saúde mental cadastrados na RMC e morbidade hospitalar por transtorno mental.
- Pesquisa documental de relatórios oficiais de saúde mental incluindo os de gestão e os das Conferências Nacionais de Saúde Mental.
- Grupo Focal junto a coordenadores/gerentes de diferentes pontos de atenção de saúde mental do SUS da RMC
- Grupo Focal junto a profissionais de nível superior de diferentes pontos de atenção de saúde mental da RMC
- Seminários de saúde mental para ajustes dos instrumentos e outros para atualização de temáticas da política atual
- Oficina de Trabalho para a discussão dos principais resultados da pesquisa e ajustes nas recomendações.

4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Optou-se pela apresentação dos resultados de modo à primeiramente caracterizar a rede temática de saúde mental na RMC para posteriormente qualificar essa rede destacando especialmente os dados avaliativos obtidos das entrevistas e grupos focais.

Como já apresentado no relatório da Fase I, a Região Metropolitana de Campinas (RMC), definida através da Lei Complementar nº 870, de 19/06/2000 SP, é uma unidade regional do Estado de São Paulo constituída pelo agrupamento de 19 Municípios apresentados no mapa a seguir e concentra uma população da ordem de aproximadamente 3.000.000 habitantes. Os municípios são: Americana, Artur Nogueira, Campinas, Cosmópolis, Engenheiro Coelho, Holambra, Hortolândia, Indaiatuba, Itatiba, Jaguariúna, Monte Mor, Nova Odessa, Paulínia, Pedreira, Santa Bárbara d'Oeste, Santo Antônio de Posse, Sumaré, Valinhos e Vinhedo.

Mapa1: Municípios da Região Metropolitana de Campinas.



Fonte: Relatório da Fase I -2007 da presente pesquisa.

Os principais aspectos apresentados no desenvolvimento regional¹⁰ atual são:

- Desenvolvimento econômico marcado por um alto grau de produção industrial com representação de 3% do PIB nacional e 10% do estadual;
- Desenvolvimento populacional que apresenta queda das taxas de crescimento e um aumento da expectativa de vida;
- Desenvolvimento educacional com evolução positiva da escolaridade e queda na taxa de analfabetismo;
- Renda com evolução positiva diminuindo a % de famílias com renda abaixo de um salário;
- Indicadores sociais ruins em pontos de todos os municípios revelando as iniquidades do modelo de desenvolvimento e apresentando os piores indicadores sociais nos municípios de Hortolândia, Sumaré, Nova Odessa, Santa Bárbara D'Oeste, Americana e Paulínia;
- Indicadores de saúde apontando para a grande prevalência de condições crônicas, entre as quais os transtornos mentais, ao lado do quadro de transição epidemiológica no qual estão presentes as doenças crônicas e do envelhecimento ao lado das infecto-contagiosas.

É nesse cenário que se busca caracterizar e avaliar a rede temática de saúde mental.

Apresentam-se a seguir os resultados obtidos em relação aos pontos de atenção em saúde mental na RMC.

¹⁰ Os dados que permitiram a elaboração dessa síntese encontram-se nos anexos do documento Diagnóstico do Setor Saúde da Região Metropolitana de Campinas, Relatório Final de junho de 2007. Apoio FAPESP, AGEMCAMP e Conselho de Desenvolvimento da RMC.

Tabela 1: Número de pontos de atenção de saúde mental nos municípios da RMC segundo os gestores municipais e população, 2009.														
Municípios	População	Centros de Atenção Psicossocial					Pontos Atenção Ambulatorial			Outros pontos de atenção em SM.			Pontos Atenção Hospitalar	
		CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS ad	CAPS i	Adulto	Inf./Adol	Alc/Drog	Res.Terap.	Ofic. Trab	Gen. Conviv	H Psiqui.	H Geral
Americana	205229	1				1	2				1		1	
Artur Nogueira	43499						1							
Campinas	1064699			6	2	1		1		36	10	9	1	3
Cosmópolis	59297	1				1	1							1
Engenheiro Coelho	14300						1							
Holambra	10224						1				1			
Hortolândia	205856		1				1	1						
Indaiatuba	183803		1		1		1			1			1	
Itatiba	99047		1				1	1						1
Jaguariúna	41107						1	1						
Monte Mor	46641	1						1						
Nova Odessa	48754						1							
Paulínia	84577	1					1	1	1					
Pedreira	40752		1				1	1						
Santa Bárbara d'Oeste	189573						1							
Santo Antônio de Posse	21247						1							
Sumaré	241077		1					1						
Valinhos	107481						1							
Vinhedo	63729	1					2							
RMC	2770892	5	5	6	3	3	18	8	1	37	12	9	3	5

Fonte: Estimativa IBGE, 2009 e Entrevista com os Gestores Municipais de Saúde, 2009. Elaboração própria.

CAPS ad - Centro de Atenção Psicossocial a usuários de álcool e outras drogas
 CAPS i - Centro de Atenção Psicossocial à criança e ao adolescente
 Alc./Drog. - Álcool e Drogas Res. Terap. – Serviço Residencial Terapêutico
 H.Psiqui- Hospital Psiquiátrico

Ofic Trab- Oficina de Trabalho
 S M.- Saúde Mental
 Inf./Adol - Infantil e Adolescente
 H Geral- Hospital Geral

Nota-se que a rede temática de saúde mental na RMC é constituída por uma diversidade de Pontos de Atenção e dispositivos e ações, conforme preconizado pela Organização Mundial de Saúde em suas diretrizes¹¹ e pela política de saúde mental brasileira¹². Os princípios que regem essa política são apoiados no paradigma da abordagem comunitária com: tratamento não centrado na hospitalização; conformação de redes; adoção do conceito de território e diversidade de serviços e ações.

Apresentam-se os seguintes resultados descritos apontados pelos gestores municipais de saúde mental na região.

Na RMC há 22 CAPS e 27 pontos de atenção ambulatorial, sendo que 9 CAPS situam-se somente em Campinas. Embora em número os dois modelos estejam equiparados, 100% dos municípios têm algum ponto de atenção ambulatorial, havendo a predominância desse modelo na região.

Encontram-se na região 11 municípios (58%) com CAPS e dos 22 já citados têm-se a seguinte distribuição: 5 CAPS I; 5 CAPS II; 6 CAPS III; 3 CAPS ad e 3 CAPS i. Dos municípios que tem CAPS (I, II, III), 21% possuem população em número suficiente para que o CAPS seja um ponto de atenção de maior complexidade. Apenas Campinas possui CAPS III com funcionamento 24h. Além disso, Santa Bárbara d'Oeste e Valinhos, que representam 11% dos municípios da RMC, apresentam população suficiente para a implantação de CAPS II, porém não contam com esse ponto de atenção de tipo nenhum.

Há poucos CAPS ad tendo em vista a prevalência desse agravo na população. Apenas 3 municípios apresentam algum ponto de atenção voltado especificamente para usuários de álcool e outras drogas, dos quais 2 trabalham com CAPS ad e um com ambulatório. No total temos apenas 4 pontos de atenção para usuários de álcool e outras drogas na RMC para uma população de 3.000.000 habitantes. Nota-se, pela fala dos gestores, que há algumas iniciativas em relação a esse agravo em outros pontos de atenção à saúde mental.

Aproximadamente a metade dos municípios (53%) oferece assistência em pontos de atenção à saúde mental voltados à infância e adolescência, com predominância do modelo

¹¹ OMS – Relatório sobre a saúde no mundo 2001 – Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: Biblioteca da OMS, 2001, 173 p. Trata-se do último documento que apresenta diretrizes ao tratamento dos portadores de transtornos mentais.

¹² 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. Trata-se do documento mais recente que apresenta e discute a política da saúde mental.

ambulatorial, destacando que apenas Americana, Campinas e Cosmópolis contam com CAPS i.

No que se refere à capacidade instalada de Serviços Residenciais Terapêuticos, a RMC possui 37, dos quais 36 estão localizados em Campinas e um em Indaiatuba.

Iniciativas voltadas à inserção social pelo trabalho estão presentes em três dos 19 municípios da RMC, totalizando, segundo as respostas dos gestores municipais, 12 oficinas de trabalho: 10 no município de Campinas, 1 em Americana e 1 em Holambra. Deve-se destacar uma iniciativa inovadora no município de Pedreira, que não conta com um ponto de atenção voltado especificamente para inserção pelo trabalho, mas estabelece parceria com a iniciativa privada visando à inclusão do usuário de saúde mental no mercado de trabalho, mediante o acompanhamento de profissionais de saúde da rede.

Os centros de convivência, iniciativas intersetoriais de promoção da saúde, voltadas para a ampliação dos espaços de circulação e produção cultural para a população em geral, aparecem com pouco destaque na RMC, situando-se exclusivamente em Campinas. O município de Santo Antônio de Posse desenvolve uma oficina de arteterapia em um espaço cedido pela Secretaria Municipal de Educação. Essa iniciativa, apesar de pontual, merece ser apresentada tendo em vista a carência desses dispositivos nos municípios da RMC.

Quanto aos pontos de atenção hospitalar em Saúde Mental, encontram-se na RMC 3 pontos em Hospitais Psiquiátricos (especializados) que atendem também a uma demanda de outras regiões, assim como os municípios da RMC lançam mão de internações em Hospitais Psiquiátricos fora da RMC. Isso ocorre em função da regulação de vagas estar a cargo da SES/ SP no Departamento Regional de Saúde de Campinas, que trabalha numa outra lógica de divisão regional.

A região conta também com 5 pontos de atenção em Hospitais Gerais, sendo 3 no município de Campinas, 1 em Cosmópolis e 1 em Itatiba, embora nem todos estejam credenciados no Ministério da Saúde como leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Este quantitativo deve ser ressaltado, uma vez que está de acordo com as diretrizes da atual política nacional de saúde mental, conforme a Lei 10.216 de 2001 e respectivas portarias. Cabe comentar que apesar do número de pontos de atenção em Hospitais Gerais ser maior, o número de leitos nos Hospitais Psiquiátricos, tal como esperado, é muito superior, embora venha diminuindo conforme apresentado na tabela 2.

Tabela 2: Número de leitos das Unidades Hospitalares Psiquiátricas na RMC 2007- 2009

Município	Hospital	Leitos SUS-2007	Leitos SUS-2009
Americana	Seara Hospital Psiquiátrico	200	140
Campinas	Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira	112	118
Indaiatuba	Instituto Indaiá	200	160
Total de leitos		512	418

Fonte: CNES/ DATASUS/MS. Elaboração própria.

Nesse momento apresentam-se alguns dados secundários selecionados para este estudo e que possibilitam melhor caracterizar as internações em saúde mental na RMC.

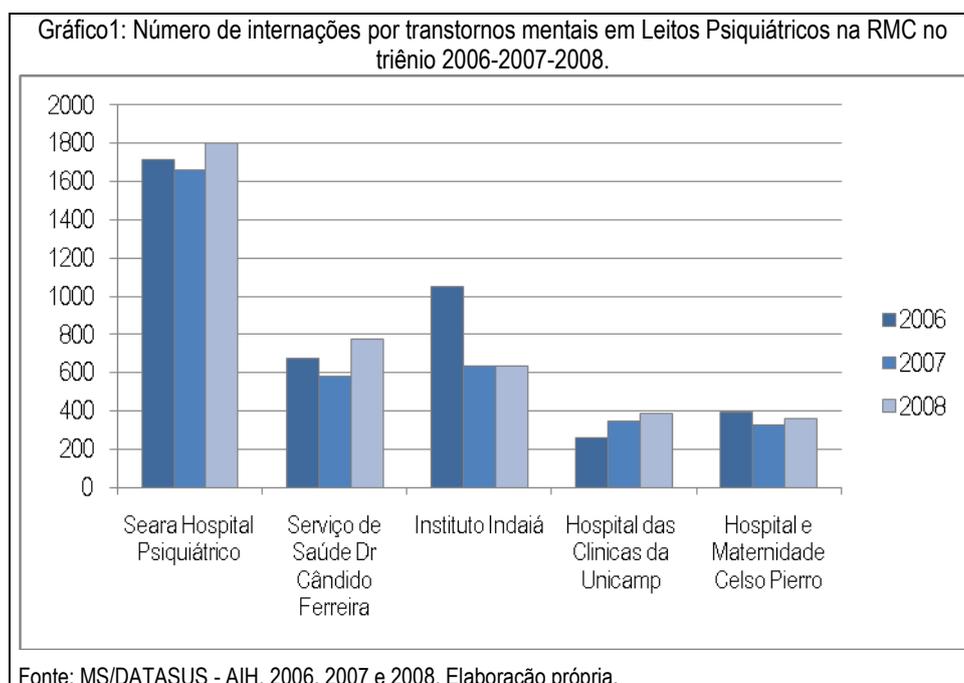
Numa primeira verificação foram levantados os quantitativos totais de internação por transtorno mental nas 32 unidades hospitalares no SUS da RMC em três anos.

Tabela 3: Número de internações por transtornos mentais em Hospitais da RMC no triênio 2006-2007-2008.			
Hospitais	Anos		
	2006	2007	2008
Seara Hospital Psiquiátrico	1714	1658	1802
Serviço de Saúde Dr Cândido Ferreira	674	582	777
Instituto Indaiá	1053	632	634
Hospital das Clínicas da Unicamp	258	350	390
Hospital e Maternidade Celso Pierro	391	328	359
Outros Hospitais Gerais	208	87	213
Total RMC	4298	3637	4175

Fonte: MS/DATASUS - AIH, 2006, 2007 e 2008. Elaboração própria.

Observa-se que apesar de serem números ainda baixos, ocorrem internações em hospitais gerais. Isso corrobora a atual política de atenção à saúde mental e corresponde às respostas dos diferentes atores da pesquisa que apontaram haver acordos informais em alguns municípios para internação psiquiátrica em hospitais gerais.

Conforme já comentado as internações em hospitais psiquiátricos ainda prevalecem tanto em relação a todos os hospitais como em relação aos leitos psiquiátricos oficiais¹³ em hospitais gerais, o que pode ser vista no gráfico 1.



Examinaram-se ainda as causas de internações nos leitos psiquiátricos credenciados na RMC, apresentado na tabela 4. A título de explicação segue tabela descritiva (4.1) dos grupos relacionados à saúde mental pela Classificação Internacional de Doenças e problemas relacionados à Saúde (CID-10).

¹³ Aqueles considerados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde CNES/DATASUS/MS até julho de 2009.

Tabela 4: Número de internações por grupo do CID-10 em leitos psiquiátricos da RMC no triênio 2006-2007-2008.

Grupos	Anos		
	2006	2007	2008
F00-F09	293	209	281
F10-F19	1562	1270	1516
F20-F29	1047	800	924
F30-F39	892	1016	958
F40-F49	181	164	138
F50-F59	5	6	15
F60-F69	29	43	67
F70-F79	61	35	51
F80-F89	8	4	6
F90-F98	7	2	1
F99	5	1	5
Total	4090	3550	3962

Fonte: MS/DATASUS - AIH - 2006, 2007 e 2008. Elaboração própria.

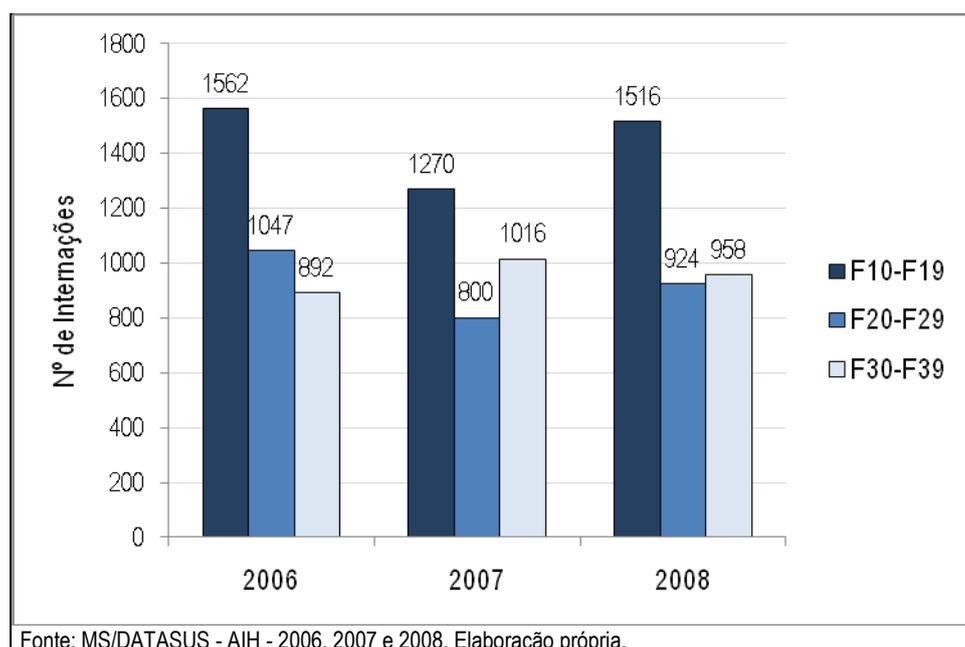
Tabela 4.1: Grupos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) para Transtornos Mentais

Grupo	Descrição
F00-F09	Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos.
F10-F19	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa.
F20-F29	Esquizofrenia, transtornos esquizótipicos e transtornos delirantes.
F30-F39	Transtornos do humor [afetivos].
F40-F49	Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com "stress" e transtornos somatoformes.
F50-F59	Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos.
F60-F69	Distorções da personalidade e do comportamento adulto.
F70-F79	Retardo mental.
F80-F89	Transtornos do desenvolvimento psicológico.
F90-F98	Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência.
F99	Transtorno mental não especificado.

Fonte: CID-10. Elaboração própria.

Nota-se- se uma diferença expressiva no número de internações entre os grupos de agravos e por isso apresenta-se a seguir aqueles que representam a maior parte das delas.

Gráfico2: Número de internações dos três grupos mais frequentes do CID-10 em leitos psiquiátricos na RMC no triênio 2006, 2007 e 2008.



Chama a atenção que dentre os agravos que mais internam destaca-se o alto número de usuários de substâncias psicoativas. Considerando as respostas dos gestores, e ainda de gerentes e profissionais (2009), bem como de dirigentes hospitalares psiquiátricos (2007), os dados referidos refletem a falta significativa de pontos de atenção e ações voltadas a essa população. Assim, embora a política nacional¹⁴ expresse que o tratamento desses usuários não deve apoiar-se apenas na busca da abstinência, que deve se dar no território evitando internações, deve ocorrer preferencialmente nos CAPS ad e nos pontos de atenção básica, a

¹⁴ Portaria GM/MS nº 816 de abril de 2002. Cria o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a usuários de álcool e outras drogas.

implementação dos pontos de atenção para usuários de álcool e outras drogas é inexpressiva na RMC, estando muito distante das necessidades.

A ausência ou o pequeno número de pontos de atenção no SUS específicos a usuários de substâncias psicoativas é parte da realidade dos municípios da RMC. Também acontece um aumento do número de comunidades terapêuticas privadas na região que ofertam convênios aos municípios. Alguns municípios optam pelos convênios como apontado em entrevistas e grupos focais. Porém cabe ressaltar que o fato dos municípios lançarem mão dessa parceria, não significa que estejam contemplando a demanda com uma atenção qualificada e eficaz, já que a maioria das comunidades terapêuticas oferece um tratamento voltado apenas à abstinência, muitas vezes involuntário, isolado do território do usuário, contrariando as diretrizes propostas na política nacional de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.

Quanto às outras causas que mais internam, tratam-se dos agravos em que a ocorrência de crises é frequente. Como os CAPS III da região estão concentrados em Campinas, a internação hospitalar ainda é o recurso utilizado.

No que se refere a atenção básica as respostas obtidas apontam para a presença de ações relacionadas à saúde mental em grande parte dos municípios, mas em alguns pontos de atenção. Cabe ressaltar que as respostas não permitiram identificar o número exato de pontos de atenção básica com ações de saúde mental em cada município da RMC. Apenas em Campinas identificou-se 30 pontos de atenção básica com ações e equipes de saúde mental.

Presença de ações de saúde mental na atenção básica por município na RMC.	
Municípios	SM na AB
Americana	SIM
Artur Nogueira	SIM
Campinas	SIM
Cosmópolis	SIM
Engenheiro Coelho	NÃO
Holambra	SIM
Hortolândia	SIM
Indaiatuba	NÃO
Itatiba	SIM
Jaguariúna	NÃO
Monte Mor	SIM
Nova Odessa	SIM
Paulínia	SIM
Pedreira	SIM
Santa Bárbara d'Oeste	SIM
Santo Antônio de Posse	SIM
Sumaré	SIM
Valinhos	NÃO
Vinhedo	SIM

Fonte: Entrevista com os Gestores Municipais de Saúde Mental. 2009. Elaboração própria. PESS/NEPP/UNICAMP

Nos documentos Ministeriais intitulados Saúde Mental em Dados¹⁵, a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde apresenta demonstração dos avanços quanto à diminuição de leitos de internação, aumento de cobertura de CAPS, expansão dos Serviços Residenciais Terapêuticos entre outros pontos de atenção, bem como no cuidado aos casos egressos de internação ou com quadros severos e persistentes. Apesar dos avanços apontados, percebem-se falhas na concepção de uma rede que ofereça acesso universal e cuidado integral, notando-se claramente a ausência de diretrizes e investimentos principalmente na atenção básica.

Sabe-se que o aumento e pressão da demanda em saúde mental na atenção básica vêm sendo apontado em diversos estudos que corroboram para provocar um maior

¹⁵ Série de documentos denominados Saúde Mental em Dados. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Números de 1 a 6. 2005-2009.

investimento por parte dos gestores: a alta prevalência de casos de violência física, sexual, psicológica contra mulheres (SCHRAIBER et. al. 2006; KRONBAUER; MENEGHEL, 2005); crianças abusadas e negligenciadas (CAVALCANTE, 1999); a supermedicação e dependência em benzodiazepínicos (VIANA, 2008); a necessidade de apoio a hipertensos, diabéticos e outros agravos crônicos (Paiva et. al. 2006); o alto índice de gravidez na adolescência (JEOLÁS; FERRARI, 2003) notando-se suas complicações com o alto índice de sintomas ansiosos/ depressivos (CAPUTO, BORDIN, 2007) e sua ligação com abuso de álcool comprometendo a gestação (PINHEIRO, et. al., 2005); o grande número de tentativas de suicídio e sua possível intervenção preventiva (OMS, 2000); o uso e tráfico de drogas, que além de prejuízos ao usuário, causam preocupações muitas vezes insalubres aos moradores que convivem com tal realidade cotidiana (MARÍN-LEÓN et al., 2007). No entanto, ainda não se tem uma política clara de saúde mental para a atenção primária (AMARANTE, 2007; LANCETTI, 2006; ONOCKO CAMPOS, 2009).

Apesar das evidências apontadas nos estudos citados e da política nacional de saúde expressar que a atenção básica deve abordar todos os problemas de saúde da população adscrita, as ações de saúde mental na atenção básica são pouco estimuladas através de políticas específicas e restritas ao apoio dos NASF e CAPS, quando na maior parte dos municípios do país estes últimos não existem. Na RMC essa realidade também ocorre; exceto em Campinas, protagonista¹⁶ na reforma psiquiátrica e sanitária no Brasil.

Constata-se, portanto que a rede temática de saúde mental no SUS da RMC está constituída de uma diversidade de pontos de atenção tal qual proposto na política nacional e estadual, mas que se mostram insuficientes frente às necessidades ou inaplicáveis para grande parte dos municípios.

Ao qualificarem a rede de atenção à saúde mental, os gestores de saúde mental dos 19 municípios da RMC (61%) e o responsável pela área no DRS VII (instância estadual na região) revelaram a insuficiência de pontos de atenção, ações e recursos humanos para responder às necessidades da população. Destaca-se novamente que essas devem ser calculadas com base nas projeções apresentadas pela Organização Mundial de Saúde e adotadas pelo Ministério da Saúde conforme consta no próprio Portal do Ministério da Saúde, área de Saúde

¹⁶ Há uma extensa literatura evidenciando o protagonismo de municípios no movimento da reforma sanitária no Brasil. Dentre tantas apontamos: Lavras, C. C. C; Contador, V; Prieto, S. Movimento Sanitário Brasileiro na década de 70: a participação das universidades e dos municípios. 1ª ed. Brasília: Athalaia, 2007.v.10.000.92p e Harari, A; Valentini, W. A Reforma Psiquiátrica no Cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2001.

Menta¹⁷. Também foram apontadas dificuldades específicas como agenda fechada nos pontos de atenção à saúde mental, horários rígidos, localização ruim das unidades dificultando o acesso, sobretudo de moradores de zona rural, em alguns casos.

Já 39% dos gestores municipais acreditam em cobertura mais ampla e acesso mais facilitado aos munícipes indicando o desenvolvimento de ações de saúde mental na atenção básica como justificativa. Alguns, porém, ressaltam o déficit na retaguarda hospitalar.

Dentre as principais morbidades atendidas nos pontos de atenção de saúde mental e atenção primária, destacaram a dependência de álcool e outras drogas (89% dos gestores) e a depressão (61%) como as principais, citando que a primeira apresenta uma demanda reprimida em todos os municípios. Em seguida, apontaram as psicoses e neuroses (35%). Outros quadros como ansiedade, violências, transtornos de personalidade foram referidos, porém, com pouco destaque.

Os gestores, em sua grande maioria, não apresentaram nenhuma proposta concreta para a demanda reprimida. Poucos citaram ações concretas e planejadas para diminuir a demanda reprimida.

Cabe destacar que um gestor revelou que o município recebeu proposta do DRS VII para implantar um CAPS ad de caráter regional, mas não apresentou interesse.

Em relação ao financiamento para a saúde mental, considerando a origem e quantidade dos recursos, relação percentual com o total destinado à saúde, percentual para investimento e custeio, 95% dos gestores municipais não responderam de forma precisa. A maioria referiu que os recursos estão sob responsabilidade de outras secretarias no município e que não há um percentual específico destinado à saúde mental que seja de conhecimento do gestor/ coordenador/ responsável pela área. Apenas o município de Campinas informou que dos 25 % do orçamento municipal que vêm sendo destinado à saúde, aproximadamente 7% são destinados diretamente à Saúde Mental.

Sabe-se da importância dos Recursos Humanos no âmbito do desenvolvimento de sistemas de saúde; nota-se a presença expressiva da área da temática RH nas agendas

¹⁷ Contido na notas de rodapé 11 e 12 e apresentado no Portal do Ministério da Saúde. www.saude.gov.br-saude-mental. Acessado em dezembro de 2009.

nacional, estaduais e municipais tanto para o processo de formulação de políticas de gestão quanto para a qualificação da atenção em saúde; e, afirma-se os recursos humanos em saúde mental como a principal tecnologia de tratamento (OMS, 2005; BRASIL, 2002) Assim, as respostas obtidas nesse aspecto devem ser evidenciadas como fundamentais para a caracterização e avaliação da rede temática de saúde mental¹⁸.

Para os gestores de saúde mental dos municípios da RMC e ainda para gerentes e profissionais de saúde, a RMC apresenta um quadro de Recursos Humanos semelhante na maioria dos municípios e apenas Campinas se destaca na diferença. Os gestores afirmam que as dificuldades nesse campo não estão focalizadas apenas na falta de recursos humanos para a área, mas principalmente na falta de qualificação desses profissionais. Já o município de Campinas avalia que existem profissionais altamente qualificados atuando na rede, embora o número seja insuficiente para atender toda demanda.

Embora a questão da pouca qualificação profissional prevaleça na maior parte dos municípios na visão dos atores participantes do estudo, 72% dos municípios não apresentam nenhum plano de capacitação para profissionais da saúde mental. Uma parte desses libera os profissionais para eventos ou organiza capacitação para alguma demanda específica. Os outros 28% apresentam planos de capacitação que ocorrem através de polos de educação permanente, mas ainda assim, de modo pontual e não contínuo. Apenas o município de Campinas e Pedreira apresentam uma parceria com universidades da região para capacitação de seus profissionais.

Em relação às cargas horárias, exceto a do médico psiquiatra que apresenta variação de poucas horas à jornada máxima, os outros profissionais têm jornada que varia entre 30 a 40 horas semanais. No entanto, muitas vezes dividem esse horário entre diferentes pontos de atenção.

¹⁸ Documento e publicação que apresentam as principais questões e diretrizes para a área de Recursos Humanos em Saúde e Saúde Mental.
BRASIL. Ministério da Saúde. Política de recursos humanos em saúde / Brasil. Ministério da Saúde - Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Cuidar, sim-Excluir, não. O Livro de Recursos sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação foi produzido sob a direção de Michelle Funk, Natalie Drew e Benedetto Saraceno, do Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias, Organização Mundial de Saúde. 2005.

Quanto a Planos de Carreira, apenas 2 dos municípios da RMC os apresentam. Dos 89% dos municípios que não os aplicam, apenas 19% disseram que faz parte de projetos das prefeituras desenvolverem o plano de carreira para os profissionais da saúde.

As formas de contratação de profissionais ocorrem de diferentes maneiras entre os municípios da RMC, tendo em vista que 55% contratam unicamente através de concurso público, 39% contratam via concurso público e também via outras organizações de apoio incluindo consórcios.

Além da pouca qualificação profissional apontada, apenas 22% dos gestores municipais indicaram a rotatividade de profissionais como uma dificuldade destacando apenas a do médico psiquiatra; já 61% deles avaliam como alta a permanência dos profissionais de saúde mental na rede e 17% não responderam a esta questão.

No tocante à qualificação do cuidado¹⁹, entende-se que além das capacitações necessárias aos profissionais, a supervisão clínica e institucional é estratégica para a qualidade da atenção à saúde mental, porém, apenas 28% dos municípios apresentam esse tipo de ação segundo os atores pesquisados. Quando ocorrem, de modo geral, são quinzenais e quase sempre voltadas à atenção clínica. Relatam, ainda, que nem todos os pontos de atenção à saúde mental de um mesmo município recebem supervisão.

Em relação ao emprego de protocolos clínicos são pouco utilizados e referidos por 22% dos municípios e ainda assim em alguns pontos. Apenas 39% dos municípios referem desenvolver o processo de referência e contra referência entre os pontos de atenção à saúde mental. Nos outros, tal ação ocorre somente na relação entre os hospitais psiquiátricos e o município de procedência do usuário. Apenas 3 municípios dispõem do processo de

¹⁹ Extraído do Relatório da Fase I deste projeto de pesquisa. “O cuidado em saúde é entendido como o conjunto de práticas / intervenções voltadas à promoção, preservação ou recuperação da saúde. Engloba desde as iniciativas singulares de autocuidado desenvolvidas pelos próprios indivíduos, visando à promoção, a preservação ou a recuperação de sua própria saúde, até as atividades ofertadas de forma organizada pelos sistemas de saúde. Sabe-se que a qualidade do cuidado em saúde ofertado no âmbito de sistemas de saúde como o SUS guarda relação direta com a capacitação de seus profissionais; com a forma como se organizam os processos terapêuticos; e, com a apropriada utilização de um conjunto de processos e instrumentos entre os quais se destacam: a utilização de protocolos clínicos, a estruturação de linhas de cuidado e a organização de processos de supervisão dessas práticas.”

referência e contra referência entre os pontos de atenção à saúde mental e outros pontos de atenção à saúde.

Pode-se, portanto afirmar que a rede de atenção à saúde mental apresenta-se fragmentada internamente em cada município e na RMC.

Apresenta-se a seguir o agrupamento das principais fortalezas, fragilidades e sugestões apontadas em relação à rede de atenção à saúde mental na RMC pelos diferentes atores participantes da pesquisa, ainda que em diferentes tempos. Nesse sentido apontamos que as respostas dos dirigentes de unidades hospitalares psiquiátricas referem-se a 2007 (Fase I - Diagnóstico de saúde da RMC) e dos gestores de saúde mental referem-se a 2008/2009. Os gerentes de pontos de atenção e os profissionais participaram do estudo em 2009.

Em relação às fortalezas deve-se considerar que não há respostas dos dirigentes de unidades hospitalares psiquiátricas porque não lhes foi solicitado, visto ser momento anterior da pesquisa que naquele momento apresentava outros objetivos específicos e, também não se obteve essas respostas dos profissionais de diferentes pontos de atenção em saúde mental, apesar dos estímulos realizados no grupo focal.

- **Fortalezas apontadas na rede de atenção à saúde mental na RMC**

Quadro1: Fortalezas apontadas pelos gestores de saúde mental dos municípios da RMC

Implantação de serviços diversos

Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária

Ampliação da contratação de Recursos Humanos

Diminuição das internações apesar do número ainda ser grande

Possibilidade de ofertar supervisão

Ampliação do acesso a medicamentos de qualidade com critérios

Diminuição da demanda reprimida

Profissionais de outras áreas na saúde mental

Atenção multidisciplinar à Saúde Mental

Existência de gestor de saúde mental nos municípios

Existência de transporte sanitário para Saúde Mental

Bom desempenho da Central de Vagas DRS VII para casos urgentes

Existência do psiquiatra na regulação de vagas

Fonte: Entrevista com gestores de saúde mental. 2008-2009.

Quadro2: Fortalezas apontadas pelos gerentes de pontos de atenção em saúde mental dos municípios da RMC

Existência de gestão na área de SM

Maior articulação em rede entre os serviços de SM

Parcerias entre serviços públicos e privados

Número e qualificação dos profissionais de SM

A existência de moradias terapêuticas

A existência de leitos de retaguarda

A existência de supervisão clínica

Possibilidades de qualificação com o matriciamento

Fonte: Grupo focal realizado com gerentes. 2009.

Nota-se que as indicações de gestores e gerentes são consonantes com a política nacional de saúde mental e ainda com os resultados apresentados na série Saúde Mental em Dados, bem como no Relatório de Gestão 2003-2006.

- **Fragilidades apontadas na rede de atenção à saúde mental na RMC**

Quadro3: Fragilidades apontadas pelos gestores de saúde mental dos municípios da RMC
Falta de capacitação e qualidade de Recursos Humanos
Falta de Recursos Humanos para CAPS e Atenção Primária
Falta de comunicação com outros equipamentos da saúde
Subfinanciamento para a saúde mental
Falta de atenção ao usuário de álcool/drogas
Falta de equipamento/projetos para atender toda demanda
Saúde mental não é prioridade para o município
Falta de retaguarda de leitos em Hospitais Gerais
Falta de atenção à infância e adolescência
Número excessivo de internações
Ausência de regulação do DRS VII a não ser para casos graves
Prescrição excessiva de medicamentos
Estrutura física inadequada dos equipamentos
Fonte: Entrevista com gestores de saúde mental. 2008-2009.

Quadro4: Fragilidades apontadas pelos gerentes de pontos de atenção em saúde mental dos municípios da RMC
Rotatividade de profissionais de SM
Falta de psiquiatras na rede
Existência de demanda reprimida
Ambulatórios sobrecarregados (a rede básica não responde)
Insuficiência de unidades e de serviços de SM
Demora em conseguir internações
Poucos leitos psiquiátricos em hospital geral
Insuficiência da assistência a dependentes químicos
Subfinanciamento da área de SM
Terceirização da saúde
Falta de profissionais
Adoecimento de profissionais
Fonte: Grupo focal com gerentes de saúde mental. 2009.

Chamam atenção as respostas dos gestores que reconhecem a não priorização da saúde mental na agenda municipal, o subfinanciamento, a estrutura física dos pontos de atenção inadequada e a falta de profissionais, mas que não apresentam propostas concretas para a mudança dessas condições.

Os gerentes também apontam fragilidades semelhantes e incluem como esperado fragilidades relacionadas à gestão dos profissionais (formas de contrato e adoecimento de profissionais).

Quadro 5: Fragilidades apontadas pelos profissionais de pontos de atenção em saúde mental dos municípios da RMC
Falta de profissionais nos diferentes serviços
Falta de serviços/projetos para dependência química
Falta de trabalho preventivo e comunitário na atenção básica
Rotatividade e falta de médicos psiquiatras
Falta de capacitação para matriciamento nas equipes da AB
Falta de serviço para atendimento de deficientes mentais
Falta de investimento em projetos de geração de renda
Falta de espaços de promoção de saúde
Falta de integração das redes municipais
Atendimento precário nos PS Gerais
Falta de plano de cargos
Falta de capacitação continuada
Fonte: Grupo Focal com profissionais. 2009.

Quadro 6: Fragilidades apontadas pelos dirigentes de Hospitais Psiquiátricos da RMC
Ausência de diretrizes políticas em saúde mental na região
Desconsideração dos dados epidemiológicos para o planejamento
Número de vagas insuficiente em todos os serviços existentes na região
Necessidade de ampliação de equipamentos para crianças e adolescentes
Carência de equipamentos e projetos para dependentes químicos
Ausência de articulação entre os serviços de saúde mental, serviços de saúde e rede social
Ausência de processos de avaliação dos serviços de saúde mental
Discordância entre os critérios técnicos dos hospitais e do DRS VII
Divergências quanto aos critérios de internação entre os hospitais, prontos-socorros e SAMU
Desperdício de recursos financeiros com clínicas para o tratamento de dependentes químicos
Não utilização de protocolos nos hospitais psiquiátricos
Existência de conflitos entre os diversos serviços quanto a condutas terapêuticas
Fonte: Entrevista com dirigentes hospitalares no SUS da RMC. 2007

Destacam-se nas respostas dos profissionais, carência de pontos de atenção indicando problemas na cobertura e acesso dos portadores de transtornos mentais e outros relacionados às próprias carências (plano de cargos e capacitação).

Merecem também serem apontadas as respostas dos dirigentes de hospitais psiquiátricos que entre os atores entrevistados foram os únicos a referirem divergências quanto às condutas terapêuticas (modelo de atenção).

Nota-se que a fragmentação da rede de atenção à saúde mental nos municípios foi pautada pelos gestores, profissionais e dirigentes de hospitais. (objeto deste estudo).

- **Sugestões à qualificação da rede de atenção a saúde mental na RMC**

Quadro 7: Sugestões dos gestores de saúde mental dos municípios da RMC
Definir financiamento
Buscar ampliar serviços
Integrar a rede
Fonte: Entrevista com gestores de saúde mental. 2008-2009.

Quadro 8: Sugestões dos gerentes de pontos de atenção em saúde mental dos municípios da RMC
Implantar equipe de SM nas UBS integrando-a aos profissionais da AB
Realizar capacitações conjuntas para profissionais de SM e outros rede
Assegurar leitos psiquiátricos em hospitais gerais
Manter equipes de referência CAPS ou AMB para crise
Implantar regulação dos CAPS e ambulatórios de SM
Ampliar equipe dos SAMU ou PS incluindo médico psiquiatra
Implantar/institucionalizar um sistema de supervisão
Implantar gerência nos serviços de SM existentes
Implantar um processo de discussão da Política de SM
Incluir a SM na pauta das Conferências Municipais de Saúde
Constituir fóruns regionais para saúde mental
Fonte: Grupo focal com gerentes de saúde mental. 2009.

Quadro 9: Sugestões dos profissionais de pontos de atenção em saúde mental dos municípios da RMC
Instituir a cultura do planejamento em SM
Capacitar continuamente os trabalhadores
Reconhecer as realidades locais e desenvolver estratégias possíveis às mesmas
Fortalecer a intersetorialidade para criar espaços de pertencimento no território
Realizar Investimentos planejados em ações comunitárias
Modular a demanda a partir das necessidades
Fonte: Grupo focal com profissionais. 2009.

Quadro10: Sugestões dos dirigentes de Hospitais Psiquiátricos da RMC
Criar fóruns de discussão sobre saúde mental
Promover a regionalização dos serviços
Elaborar diretrizes regionais para a saúde mental
Fonte: Entrevista com dirigentes hospitalares no SUS da RMC. 2007

Quanto às sugestões dos atores destacam-se especialmente aquelas relacionadas à necessidade de ampliação dos pontos de atenção, de integração da rede e de criação de agendas de discussão da saúde mental, quer seja, nos municípios ou regionais. A afirmação dos profissionais de que é necessária a instituição do planejamento nesse campo apresenta-se como uma condição primordial à construção de uma rede de saúde mental na RMC que propicie acesso e qualidade de assistência aos portadores de transtornos mentais.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

“Em todo o mundo, os transtornos mentais são um importante problema de saúde pública. Milhões de pessoas sofrem e têm sua qualidade de vida comprometida. Além disso, os sistemas de saúde se vêem frente ao desafio de oferecer serviços que promovam e recuperem a saúde mental, com custos suportáveis pelas sociedades.

A abrangência e a complexidade das ações necessárias ao cuidado da saúde mental resultam da simultaneidade em favorecer a autonomia dos indivíduos e fortalecer os laços de solidariedade entre as pessoas e as comunidades.

Nesse sentido, o desafio que se apresenta é, antes de tudo, político. “É a coletividade - governos e sociedade civil - que decide as formas de atenção à saúde mental.” (CASTILHO; SOUZA; DELGADO, 2009).

É inegável o reconhecimento dos avanços que a atenção à saúde mental vem tendo no país, a partir dos movimentos das Reformas Sanitária e Psiquiátrica, tendo como marco a criação do SUS, expresso na Lei Federal 8.080/90.

Sabe-se hoje que, a Política Nacional de Saúde Mental bem como a Política Estadual no Estado de São Paulo, estão apoiadas nos princípios propostos pela OMS da abordagem comunitária e territorial com a conformação de redes de atenção que devem desenvolver diversas ações e serviços para as pessoas que apresentam transtornos mentais.

No entanto, a tradução dessa política na RMC, apresenta ainda muitas fragilidades conforme apontado pelos atores participantes desse eixo da pesquisa.

Embora no estudo as falas dos atores tenham sido agrupadas por categorias simples de respostas, vale citar “... que, sendo todas verdadeiras elas exprimem um posicionamento singular no campo histórico- social.” (ONOCKO CAMPOS et al, 2009.)

No tocante a assistência observa-se importantes déficits quanto ao número e diversidade de pontos de atenção, implicando em desassistência aos portadores de transtornos mentais em geral, expressas nas dificuldades no acesso e baixa cobertura, que não atendem às necessidades. Destaca-se de modo contundente a unanimidade dos atores pesquisados quanto à desassistência aos usuários de álcool e outras drogas bem como a fragilidade correspondente aos projetos de saúde mental para crianças e adolescentes. Em

relação aos primeiros há ainda, “desvios” da política nacional de saúde, ao se constatar que ocorre em alguns municípios, emprego de recursos financeiros públicos para tratamento de usuários de álcool e outras drogas em pontos de atenção privados (serviços de clínicas e comunidades terapêuticas) sem nenhuma regulação estatal.

Quanto às internações nota-se que os hospitais psiquiátricos na região adequaram-se, como demonstrado, ao número de leitos compatíveis à política vigente, mas sem o correspondente aumento de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, levando a pressuposição de déficits para os casos que requerem internação. As urgências também se encontram à mercê de atenção pontual não planejada.

Embora a questão do modelo de atenção em saúde mental não tenha se constituído em objetivo da pesquisa, nota-se predomínio na RMC da atenção ambulatorial, o que sugere assistência baseada em diagnóstico e conduta, ações insuficientes para a atenção desejada, apoiada nos pressupostas de reabilitação psicossocial, com inserção na comunidade dos portadores de transtornos mentais. (PITTA, 1996).

Além disso, apenas Campinas, a metrópole da região, concentra a diversidade de pontos de atenção apregoada na política nacional, embora em número ainda não suficiente, segundo o gestor da área em 2009. Os outros dos 19 municípios da região apresentam pouca diversidade e número de pontos de atenção.

No que se refere aos recursos humanos, nota-se também sua insuficiência e inadequação de formação para atuação no âmbito do sistema público, o que pode ser reflexo da falta de articulação entre a política de saúde e de educação nacionais, comum à saúde em geral, e, não apenas à área de saúde mental. Também a falta de propostas concretas na RMC para a qualificação dos mesmos transparece nos resultados do estudo.

Em relação ao cuidado em saúde os resultados apontam para: práticas de supervisão ofertadas a poucas equipes profissionais, uso restrito de protocolos clínicos em pontos de atenção esparsos na região, utilização de mecanismos de referência e contra-referência em menos da metade dos 19 municípios e, pouquíssimos investimentos em capacitação das equipes profissionais de saúde mental.

No que diz respeito à constituição de **redes de atenção à saúde**, pode-se afirmar a ausência dessa proposição organizadora para sistemas de saúde na RMC, focalizada neste eixo do estudo na rede temática de saúde mental. Há ausência de mecanismos e pauta regionais articuladoras da temática, bem como, desconhecimento ou descrença da gestão municipal em saúde mental, da etapa de regionalização do sistema de saúde. Prevalece ainda a busca da articulação intramunicipal à rede temática de saúde mental.

Pode-se desse modo apontar fragilidades na gestão em saúde mental na RMC que evidenciam ausência de estruturas e processos incipientes na condução da política de saúde mental regional, o que é corroborado na gestão regional de saúde na RMC, demonstrado no eixo Governança do presente relatório.

Finalmente, pode-se afirmar que a consecução da política atual de saúde mental brasileira ainda não propiciou uma assistência em saúde mental universal e integral com equidade na Região Metropolitana de Campinas, conforme a Constituição Federal do estado democrático de direito no Brasil.

As recomendações advindas de todos os atores do estudo, incluindo os pesquisadores (THIOLLENT, 2006), apontam para um conjunto de ações que devem pautar os envolvidos na luta por uma melhor atenção à saúde mental na RMC, apresentadas como conclusão a seguir.

- Apoio à criação de Fóruns Regionais de discussão da Atenção à Saúde Mental.
- Solicitação e acompanhamento das discussões concernentes a área nas instâncias regionais existentes (DRS VII, Câmara Temática de Saúde do Conselho de Desenvolvimento da RMC, AGEMCAMP e Colegiados de Gestão Regional (aqueles que contêm municípios da RMC)).
- Apresentação dos resultados da pesquisa às instâncias regionais citadas.
- Chamada das Associações de Usuários e Familiares de Saúde Mental da região para discussão da situação.
- Criação de Fórum em 2010 na área de Saúde Mental na RMC, envolvendo gestores, gerentes, profissionais, usuários, familiares e sociedade civil, chamado pela UNICAMP, para discussão, aprofundamento conceitual e proposição de ações.
- Apoio à realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental a ser chamada em 2010, organizando uma preparatória na RMC.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, Paulo Vicente Bonilha. *O papel do pediatra no programa de saúde da família-Paideia de Campinas (São Paulo-Brasil)*. 2008. 226 p. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. Disponível em: <<http://libdigi.unicamp.br/document/?code=000433030>>. Acesso em: 9 jan. 2015.
- AMARANTE, Paulo. (Coord.) *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. 143p.
- AMARANTE, Paulo. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2007.
- BARROS, Sônia. et al (Org.) ; SILVA, Ana Luiza Aranha et al. *Desafios para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores de hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo*. São Paulo: FUNDAP, 2008. 170 p.
- BOSI, Maria Lúcia Magalhães; MERCADO, Francisco Javier (Org.). *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes, 2004.
- BOTEGA N. J. Psiquiatria no hospital geral: histórico e tendências. In: BOTEGA, N.J. (Org.). *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. Porto Alegre, Artmed, 2002. p.15-30.
- CAMPOS, Florianita Coelho Braga. *O modelo da reforma psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos*. 2000. 177p. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. Disponível em: <<http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000222845>>. Acesso em: 9 jan. 2015.
- BRASIL. Conferência Nacional de Saúde Mental, 3., 2001, Brasília. *III Conferência Nacional de Saúde Mental: cadernos informativo*. Brasília. Ministério da Saúde, 2001. (Série D. Reuniões e Conferências; n. 15)
- BRASIL. Lei Federal nº 10.216. *Lei Paulo Delgado*. 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. Relatório de Gestão 2003-2006. *Saúde Mental no SUS: Acesso ao tratamento e mudança no modelo de atenção*. Brasília: 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Federal Nº 10.708 de 31/07/03
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Nº 10.216, de 06 de Abril de 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Nº 10.780, de 31 de Julho de 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política de recursos humanos em saúde / Brasília: Ministério da Saúde, 2002.*
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 154. *Núcleos de apoio a saúde da família/NASF*. 2009.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 816 de 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004. 5.ed. ampl. Brasília: MS, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA nº 189/SAS de 20/03/02
- BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA nº 2077/GM de 31/10/03
- BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA nº 245/GM, de 17/02/ 2005
- BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA nº 246/GM, de 17/02/05
- BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA nº 251/GM de 31/01/02
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/GM nº 106 de 11/02/2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/GM nº 336 de 19/02/2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/GM nº399 de 22/02/2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIAS GM/MS nº 52 e 53, de 20/01/04
- BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Saúde Mental em Dados*. Brasília, 2005-2009. Acesso pelo Portal de Saúde Mental.
- 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 Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. *Regionalização Solidária e Cooperativa*, v.3. Série Pactos pela Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.40 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde.
- CAPUTO, V. G. ; BORDIN, I.A. Problemas de saúde mental entre jovens grávidas e não-grávidas. *Rev Saúde Pública*, v.41, n. 4, p. 573-81. 2007.
- CASTILHO, E .A; SOUZA, L. E. P.F; DELGADO, P. G. G. *Apresentação*. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v.43 supl.1 ago. 2009.
- CAVALCANTI, M. L. T. *Prevenção da violência doméstica na perspectiva dos profissionais de saúde da família*. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.4, n.1, p193-200, 1999.
- CERVO, AL; L BERVIAN, P. *A Metodologia Científica*. São Paulo: McGraw-Hill, 1983.
- CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE. *Para entender a gestão do SUS*. Brasília: CONASS, 2007. (Coleção Progestores. v. I.)

CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE. *SUS: avanços e desafios*. Brasília: CONASS, 2006.

FURTADO, J; ONOCKO CAMPOS, R. *A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços*. *Revista Latino americana de Psicopatologia Fundamental*. Ano VIII, n. 1, mar/2 005.

HARARI, A; VALENTINI, W. *A Reforma Psiquiátrica no Cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2001.

JEOLÁS, L. S; FERRARI R. A. P. Oficinas de prevenção em um serviço de saúde para adolescentes: espaço de reflexão e de conhecimento compartilhado. *Ciência e Saúde Coletiva*. v.8, n.2, p. 611-610, 2003. .

KRONBAUER, J. F.D.; MENEGHEL, S. N. *Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro*. *Revista de saúde pública*, v.39, n.5, p.695-701. 2005.

LAKATOS, E. M; MARCONI, M. A. *Metodologia científica*. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 1995.

LANCETTI, Antônio. *Clínica peripatética*. Hucitec, São Paulo. 2008.

LAVRAS, C. C. C; CONTADOR, V; PRIETO, S. (Org.) *Movimento Sanitário Brasileiro na década de 70: a participação das universidades e dos municípios- memórias*. Brasília: Conasems/Athalaia, 2007. 92 p.

LÜDKE, M. *Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986.

MARÍN- LÉON, L; OLIVEIRA H.B; BARROS, M. B. A; DALGALARRONDO P; BOTEAGA, N. J. Percepção dos problemas da comunidade: influência de fatores sócio-demográficos e de saúde mental. *Cadernos Saúde Pública*, v.23, n.5, p. 1089-1097, 2007.

MENDES E V. *Redes de Atenção à Saúde*. Documento do Banco Mundial. Junho, 2005. (mimeo).

MENDES, E. V. *As Redes de Atenção à Saúde*, Belo Horizonte, Editora ESP/MG, 2009.

MINAYO, C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9ª ed. SP: HUCITEC, 2006.

MINAYO, C.S.O. (Org.) *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 1994.

ONOCKO CAMPOS, R. (Coord.). *Estudo avaliativo de arranjos e estratégias inovadoras na Organização da atenção básica à saúde*. Relatório final (convênio FAPESP– CNPq – SUS) Processo No 06/61411-4. 2009.

ONOCKO CAMPOS, R. et al. *Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental*. *Revista Saúde Pública*, vol. 43, supl. 1. São Paulo, agosto 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *O Livro de Recursos sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação: cuidar sim, excluir não*. Genebra: OMS, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária*. Genebra: OMS. 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: novas concepção, nova esperança*. Geneva: OMS, 2001, 207 p.

PAIVA, D. C; BERSUSA, A. A. S; ESCUDER, M. M. E. *Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato*. São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.22, n.2, jan/Fev. 2006.

PESTANA, M; MENDES, E. V. *Pacto de Gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa*. Belo Horizonte, dez. 2004. (mimeo).

PICHÓN-RIVIÈRE, Enrique. *El processo grupal*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1999.

PINHEIRO, S.N.; LAPREGA, M. R; FURTADO, E. F. *Morbidade psiquiátrica e uso de álcool em gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde*. . Revista de saúde pública, v.39, n.4, p. 593-8. 2005.

PIOVESAN, A; TEMPORIM, E. *Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública*. Revista Saúde Pública, v.29, n.4, p. 318-25.1995.

PITTA, A. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo; HUCITEC; 1996. 158 p.

RESENDE, H. *Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica*. In: Cidadania e Loucura. Políticas de Saúde Mental no Brasil. Petrópolis, Vozes, 2001 [1978].

SÃO PAULO (Estado). SES/SP. *Plano estadual de saúde 2008 - 2011*. São Paulo: Secretaria da Saúde, 2008. 300 p.

SCHRAIBER, L. B., D'OLIVEIRA A. F. P. L., COUTO M. T. *Violência e saúde: estudos científicos recentes*. *Revista Saúde Pública*, v.40, n. esp., p.112-20, 2006.

SEVERINO, Antônio Joaquim. *Metodologia do trabalho científico*. 22 ed. SP: Cortez, 2003.

SOUZA, Renilson Rehem de. et al. (Org.). *Plano Estadual de Saúde 2008-2011*. São Paulo: Secretaria da Saúde; 2008. 300 p

THIOLLENT, Michel (org.). *Pesquisa-ação e Projeto Cooperativo na perspectiva de Henri Desroche*. São Carlos, SP: Ed UFSCar, 2006.

THIOLLENT, Michel (org.). *Pesquisa-ação e Projeto Cooperativo na perspectiva de Henri Desroche*. São Carlos, SP: Ed UFSCar, 2006.

7. ANEXOS

AVALIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA REGIÃO METROPOLITANA DE CAMPINAS VISANDO AO DESENVOLVIMENTO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Anexo 1

SEMINÁRIO INTERNO – REDE TEMÁTICA DE SAÚDE MENTAL

DATA: 28/02/2008

PARTICIPANTES:

- Maria José Comparini Nogueira de Sá (Coordenadora do subprojeto)
- Rafaela Rodrigues Cheche (bolsista FAPESP)
- Carla Priscila Linarelli (PESS/NEPP/UNICAMP)
- Thiago Lavras Trapé (PESS/NEPP/UNICAMP)
- Mirsa Elisabeth Dellosi (SES – SP)
- Renata Cruz Soares de Azevedo (UNICAMP)

ASSUNTOS TRATADOS:

Coleta de informações:

- Quanto às fontes de dados secundárias, no que diz respeito ao levantamento das morbidades hospitalares, achou-se relevante fazer também o pré-levantamento das co-morbidades hospitalares, para depois verificar a viabilidade de utilizá-los.

- Ficou acordado que todos os pesquisadores deverão fazer uma leitura analítica do documento “Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança no modelo de atenção”.
- Com relação aos grupos focais, pretende-se realizar alguns encontros com os coordenadores/ responsáveis pela saúde mental dos municípios da RMC e outros encontros com profissionais de nível superior de diferentes serviços de saúde mental de municípios da RMC.

ENCAMINHAMENTOS:

Foi sugerido que se criasse um instrumento para coletar informações quantitativas, visando a coletar alguns dados que não podem ser encontrados nas fontes secundárias.

<p style="text-align: center;">AVALIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA REGIÃO METROPOLITANA DE CAMPINAS VISANDO AO DESENVOLVIMENTO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE</p>
--

Anexo 2

SEMINÁRIO INTERNO – REDE TEMÁTICA DE SAÚDE MENTAL

DATA: 25/08/2008

PARTICIPANTES:

- Maria José Comparini Nogueira de Sá (PESS/NEPP/UNICAMP)
- Rafaela Rodrigues Cheche (bolsista TT III FAPESP)
- Carla Priscila Linarelli (PESS/NEPP/UNICAMP)
- Thiago Lavras Trapé (PESS/NEPP/UNICAMP)
- Mirsa Elisabeth Dellosi (SES – SP)

ASSUNTOS TRATADOS:

- Métodos e instrumentos da pesquisa e cronograma

ENCAMINHAMENTOS:

- Definiu-se pela elaboração de questionário ao invés de análise de prontuário.
- Realizou-se um redimensionamento em relação à realização de oficinas e seminários tendo em vista os recursos aprovados.
- Definiram-se todos os instrumentos.
- Ajustou-se o cronograma

ANEXO 2

continuação

PERÍODO	ATIVIDADE
Janeiro de 2007 - Agosto de 2007	• Fase 1 do Projeto
Novembro de 2007	• Aprovação da Fase 2 do Projeto
Janeiro de 2008 - Maio de 2008	• Revisão conceitual e revisão dos instrumentos de Saúde Mental
Junho de 2008	• Envio do Projeto ao Comitê de Ética da UNICAMP
Abril /2008 - Dezembro/2008	• Levantamento e análise de dados secundários
Julho /2008	• Elaboração de Relatório Parcial
Agosto/2008 - Dezembro/2008	• Realização das entrevistas
Novembro/2008	• Realização de seminário
Janeiro/2009 - Março/2009	• Realização de Grupos Focais
Março/2009 - Agosto/2009	• Elaboração de relatório final

**AValiação DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA REGIÃO METROPOLITANA DE
CAMPINAS VISANDO AO DESENVOLVIMENTO DE REDES DE ATENÇÃO À
SAÚDE**

Anexo 3

OFICINA DE TRABALHO – REDE TEMÁTICA DE SAÚDE MENTAL NA RMC

DATA: 10-12-2009

PESQUISADORES

- Carla Priscila Linarelli (Pesquisadora)
- Heloisa Miranda do Amaral (Auxiliar de Pesquisa)
- Maria José Comparini Nogueira de Sá (Pesquisadora)
- Mirsa Elisabeth Dellosi (Consultora da Pesquisa SES – SP)
- Rafaela Rodrigues Cheche (bolsista TT III FAPESP)

PARTICIPANTES

- Profissionais de saúde mental de municípios da RMC (constam em lista assinada e arquivada)

ASSUNTOS TRATADOS:

- Apresentação dos resultados, ajustes e sugestões

PRODUTOS:

- Elenco de sugestões ao projeto
- Criação de agenda de saúde mental para 2010 no NEPP/UNICAMP



UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
NEPP
NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS
Cidade Universitária "Zeferino Vaz"
Av. Albert Einstein, 1300
Campinas - SP - Brasil
CEP. 13083-852
TEL: (019) 3521-2495 / 3521-2499
FAX: (019) 3521-2140
E-mail: nepp@nepp.unicamp.br
Homepage: www.nepp.unicamp.br