



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA

LOURDES SUELEN PONTES COSTA

**REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SUA INTEGRAÇÃO COM A URGÊNCIA
E EMERGÊNCIA: INDICADORES DE SAÚDE MENTAL**

FORTALEZA – CEARÁ

2020

LOURDES SUELEN PONTES COSTA

REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SUA INTEGRAÇÃO COM A URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA: CONSTRUÇÃO DE INDICADORES DE SAÚDE MENTAL

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Salete Bessa Jorge.

FORTALEZA – CEARÁ

2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Estadual do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Costa, Lourdes Suelen Pontes.

Rede de atenção psicossocial e sua integração com a urgência e emergência: indicadores de saúde mental [recurso eletrônico] / Lourdes Suelen Pontes Costa. - 2020.

188 f. : il.

Tese (DOUTORADO ACADÊMICO) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Programa de Pós-graduação Em Saúde Coletiva - Doutorado, Fortaleza, 2020.

Orientação: Prof.* Pós-Dra. Maria Salete Bessa Jorge.

1. Saúde Mental. 2. Indicadores de saúde. 3. Planejamento em saúde. 4. Rede de Atenção à saúde. I. Título.

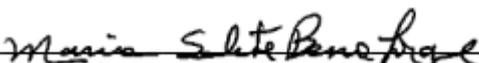
LOURDES SUELEN PONTES COSTA

REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SUA INTEGRAÇÃO COM A URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: CONSTRUÇÃO DE INDICADORES DE SAÚDE MENTAL COLETIVA

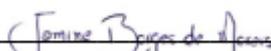
Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Aprovado em: 22 de dezembro de 2020.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Maria Saleté Bessa Jorge (Orientadora)
Universidade Estadual do Ceará – UECE



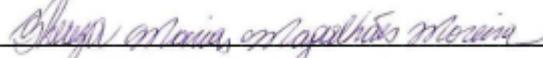
Profa. Dra. Jamine Borges de Moraes
Universidade de Federal do Ceará – UFC



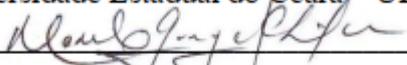
Prof. Dr. Geziel dos Santos de Sousa
Secretaria Municipal de Saúde – SMS



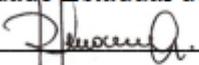
Profa. Dra. Lucia Conde de Oliveira
Universidade Estadual do Ceará – UECE



Profa. Dra. Thereza Maria Magalhães Moreira
Universidade Estadual do Ceará – UECE



Prof. Dr. Marcelo Gurgel Carlos da Silva
Universidade Estadual do Ceará – UECE



Profa. Dra. Paula Frassinetti Castelo Branco Camurça Fernandes
Universidade Estadual do Ceará – UECE

Aos meus pais.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela possibilidade da vida e pelo amparo constante.

Aos meus pais pela dedicação, amor e carinho diários; pelos esforços vividos para que eu pudesse chegar até aqui; e, principalmente, pelos ensinamentos e direcionamento nas árduas escolhas da vida; pela compreensão das minhas ausências.

À minha família, em especial, ao meu irmão pela ajuda e apoio ofertados.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva pelos ensinamentos, reflexões e discussões suscitadas durante os anos de doutorado.

Aos colegas da turma de doutorado pelos encontros sempre afetuosos, em especial, Irialda e Sandra.

Às secretárias Lara, Mairla, Marnessa e Gabriela pela solicitude e presteza de sempre.

Aos gestores, coordenadores, profissionais e usuários dos serviços de saúde mental que possibilitaram a inserção e a coleta de dados no serviço.

Aos professores membros da banca pela presteza em participar desse momento e pelas inúmeras contribuições ofertadas.

Aos membros do GRUPESF, em especial, Emília e Aline pelas discussões teóricas realizadas.

A grande amiga Jordana pelos inúmeros momentos de reflexão teórica vividos, pelo apoio nos momentos difíceis, pelo carinho reconfortante e, principalmente, pelas demonstrações mais sinceras de amizade.

À Ana Germana Pontes Rodrigues pelo incentivo de uma vida inteira e por guiar meu caminhar na trajetória da vida.

À Jamine Borges de Moraes pelos inúmeros encontros que possibilitaram refletir sobre o objeto de estudo, pela disponibilidade em acolher as inúmeras demandas e, principalmente, pelos 10 anos de amizade que romperam as barreiras da academia.

À Kellyanne Abreu Silva pela possibilidade de compartilhar de sua companhia, pela riqueza das discussões teóricas, pelos encontros sempre permeados de muito afeto e, principalmente, pela irmandade compartilhada diante de todas as intemperes desse período.

À Maria Raquel Rodrigues Carvalho minha amiga, companheira e irmã de tantas alegrias e tristezas vividas nesse período, sem ela eu não teria conseguido chegar ao final dessa trajetória. Agradeço pelo carinho, pelo ouvir nas horas difíceis, pelos abraços sempre afetuosos, pelas inúmeras experiências vivenciadas, pelos cafés sempre tão acolhedores, pela possibilidade de vivenciar uma irmandade, pelo apoio constante e incansável, pela cumplicidade, pela certeza de nunca estar sozinha, pois ela sempre esteve ao meu lado mesmo à distância.

Por fim, especialmente, à professora Dr.^a Maria Salete Bessa Jorge pelos ensinamentos proporcionados na academia, pela confiança em mim depositada, pelo esforço constante de oferecer o melhor, pelas oportunidades ímpares proporcionadas que foram cruciais para a minha formação e para o desenvolvimento deste trabalho, pela presença constante no processo de orientação e escrita sempre indicando os melhores caminhos e, principalmente, pela compreensão diante de tantas mudanças que ocorreram no período.

RESUMO

A integração dos serviços é imprescindível para a integralidade do cuidado. Ações de planejamento em saúde voltadas para a Saúde Mental podem ser favorecidas pelo desenvolvimento de indicadores que contribuam para ampliar a efetividade e eficiência da Rede de Saúde Mental. OBJETIVO: Analisar a rede de atenção psicossocial e sua integração com a urgência e emergência para construção de indicadores em saúde mental. Trata-se de uma pesquisa qualitativa ancorada nos pressupostos da hermenêutica realizada em 15 serviços de saúde (CAPS, hospital psiquiátrico, UPA, SAMU e CISM) da Rede de Atenção Psicossocial de em uma capital do nordeste brasileiro. Para a coleta dos dados, utilizou-se a técnica de entrevista semiestruturada e análise de documentos tais como 80 fichas de internação e alta do hospital psiquiátrico de referência do estado, referentes aos anos de 2012 a 2018. A coleta dos dados ocorreu no período de setembro de 2018 a outubro de 2019 que contou com a participação de 15 gestores dos serviços anteriormente citados. Utilizou-se a técnica de entrevista semiestruturada e a Hermenêutica Crítica para interpretação dos dados. O *software* NVivo versão 10 foi utilizado para auxiliar no processamento e análise dos dados das entrevistas e os dados quantitativos foram organizados em arquivo de Excel e, posteriormente, analisados por meio do Programa Estatístico SPSS (Statistical Package for Social Science for Windows versão 23). Foram elaboradas categorias empíricas e medidas de tendência central e dispersão. Obteve-se aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa para realização da pesquisa. Restringir o encaminhamento dos sujeitos em crise psíquica para o hospital psiquiátrico conduzi-nos aos primórdios da Psiquiatria clássica, contudo, o hospital psiquiátrico continua sendo a instituição de referência para assistência em situações de urgência e emergência. Apreende-se a incipiência do planejamento devido a ausência de um plano de ação, de organização e da programação das atividades de saúde mental. Há uma fragilidade, por parte dos coordenadores regionais e até do nível municipal, de uma organização que envolva a estruturação e as atribuições de cada unidade na rede, assim como fluxo. A análise dos dados possibilitou desenvolver indicadores qualitativos de resultado, tais como: Integração, Alta compartilhada, Cuidado compartilhado, Assistência farmacêutica, Acolhimento, Matriciamento. Assim como, *CID de Internação*, *Tempo de Permanência Hospitalar* e o indicador *Razão de Reinternação Hospitalar* através das fichas de internação. Tais indicadores foram organizados em um manual que passou por um processo de validação de conteúdo (utilizando o Coeficiente de Validade de Conteúdo, CVC) e obteve validade quanto à clareza e pertinência, uma vez que apresentaram, respectivamente, CVCT de 0,91 e 0,98. Taxas de reinternação tão significativas levam à reflexão

a respeito da organização da RAPS e o planejamento das ações e serviços dessa rede, tendo em vista a necessidade de qualificar o CAPS como espaço de assistência psicossocial também em situações de crise psiquiátrica, bem como os outros serviços que integram a rede. Espera-se que tais indicadores podem contribuir como ferramentas potencializadoras do planejamento das ações de saúde mental tendo em vista que emergem das expressões mais intrínsecas dos atores envolvidos e que abrange uma diversidade de serviço. Destaca-se a importância de utilizar os indicadores nos serviços pois mesmo restritos aos microprocessos podem vir a ser expoentes para a organização da rede de saúde mental.

Palavras-chave: Saúde Mental. Indicadores de saúde. Planejamento em saúde. Rede de Atenção à saúde.

ABSTRACT

The integration of services is essential for comprehensive care. Health planning actions aimed at Mental Health can be favored by the development of indicators that contribute to increase the effectiveness and efficiency of the Mental Health Network. To analyze the psychosocial care network and its integration with the urgency and emergency to build mental health indicators. **METHOD:** This is a qualitative research based on the assumptions of hermeneutics carried out in 15 health services (CAPS, psychiatric hospital, UPA, SAMU and CISM) of the Psychosocial Care Network in a capital of northeastern Brazil. For data collection, we used the technique of semi-structured interview and analysis of documents such as 80 admission forms and discharge from the state's psychiatric reference hospital, referring to the years 2012 to 2018. Data collection occurred in the period of September 2018 to October 2019 with the participation of 15 managers of the aforementioned services. The semi-structured interview technique and Critical Hermeneutics were used to interpret the data. The NVivo version 10 software was used to assist in the processing and analysis of the interview data and the quantitative data were organized in an Excel file and subsequently analyzed using the SPSS (Statistical Package for Social Science for Windows version 23) statistical program. Empirical categories and measures of central tendency and dispersion resulting from data analysis were developed. Approval was obtained from the Research Ethics Committee to conduct the research. Restricting the referral of subjects in psychic crisis to the psychiatric hospital led us to the beginnings of classical Psychiatry, however, the psychiatric hospital remains the reference institution for assistance in urgent and emergency situations. The incipience of planning is apprehended due to the absence of an action plan, organization and programming of mental health activities. There is a weakness, on the part of the regional coordinators and even at the municipal level, of an organization that involves the structuring and assignments of each unit in the network, as well as flow. The analysis of the data made it possible to develop qualitative result indicators, such as: Integration, Shared discharge, Shared care, Pharmaceutical assistance, Reception, Matrixing. As well as, ICD of Hospitalization, Length of Hospital Stay and the Ratio of Hospital Readmission Ratio through the hospitalization forms. Such indicators were organized in a manual that went through a content validation process (using the Content Validity Coefficient, CVC) and obtained validity regarding clarity and relevance, since they presented, respectively, 0.91 and 0.98 CVCo. Such significant readmission rates lead to reflection on the organization of the RAPS and the planning of the actions and services of this network, in view of the need to qualify the CAPS as a psychosocial assistance space also in situations of psychiatric crisis,

as well as other services that make up the network. It is expected that such indicators may contribute as tools to enhance the planning of mental health actions, given that they emerge from the most intrinsic expressions of the actors involved and that it covers a diversity of services. It is noteworthy that the importance of using the indicators in the services because even though they are restricted to microprocesses, they can become exponents for the organization of the mental health network.

Keywords: Mental Health. Health indicators. Health planning. Health Care Network.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Instrumentos normativos da saúde mental.....	25
Quadro 2 - Níveis de atenção e serviços de saúde mental.....	30
Quadro 3 - Participantes do estudo.....	43
Quadro 4 - Dimensões e características estruturais dos documentos.....	45
Quadro 5 - Matriz de Análise para a construção de Indicadores.....	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas
CAPS i	Centro de Atenção Psicossocial infantil
CISM	Comissão Intersetorial de Saúde Mental
CONAD	Conselho Nacional Antidrogas
CVC	Coefficiente de Validação de Conteúdo
MRSB	Movimento de Reforma Sanitária Brasileira
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PNAD	Política Nacional sobre Drogas
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEP	Serviços de Emergência Psiquiátricas
SR	Secretarias Regionais
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	15
1.1	Aproximação da pesquisadora com a temática.....	15
1.2	Temática em estudo.....	16
2	OBJETIVOS.....	21
2.1	Geral.....	21
2.2	Específicos.....	21
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	22
3.1	A conformação do modelo de atenção em saúde mental.....	22
3.2	A rede de atenção psicossocial e a integração com a urgência e emergência.....	29
3.3	O planejamento estratégico em saúde.....	35
4	MÉTODO.....	40
4.1	Base teórica-metodológica.....	40
4.2	O cenário do estudo.....	40
4.3	Os participantes do estudo.....	43
4.4	Técnicas de coleta de informações.....	44
4.5	Plano de análise.....	46
4.5.1	Análise qualitativa.....	46
4.5.1.1	<i>Software Nvivo</i>.....	49
4.5.2	Análise quantitativa.....	50
4.6	Construção de indicadores em saúde mental.....	50
4.7	Validação dos indicadores de saúde mental.....	52
4.8	Aspectos éticos.....	54
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	55
5.1	Artigo 01 - urgência e emergência em saúde mental: ecos do hospital psiquiátrico na rede de atenção psicossocial.....	56
5.2	Artigo 02 - Planejamento estratégico em saúde mental: avanços, entraves e desafios.....	73
5.3	Artigo 03 - Indicadores qualitativos de saúde mental: contribuições para a urgência e emergência na rede de atenção psicossocial.....	83
5.4	Artigo 04 - Indicadores de saúde: contribuições para o planejamento da rede de atenção psicossocial.....	103

5.5	Artigo 5 – Manual de indicadores de saúde mental: coeficiente de validade de conteúdo (CVC).....	119
6	IMPACTO E APLICABILIDADE.....	137
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	138
	REFERÊNCIAS.....	140
	APÊNDICE A - TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO.....	152
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS GESTORES/COORDENADORES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	153
	APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA COORDENADORES DE SAÚDE.....	155
	APÊNDICE D - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DOS INDICADORES.....	156
	APÊNDICE E – MANUAL DE INDICADORES DE SAÚDE MENTAL.....	162
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – UECE.....	181
	ANEXO B – CARTA DE SUBMISSÃO DO ARTIGO 01.....	184
	ANEXO C – CARTA DE SUBMISSÃO DO ARTIGO 02.....	185
	ANEXO D – CARTA DE SUBMISSÃO DO ARTIGO 03.....	186
	ANEXO E – CARTA DE SUBMISSÃO DO ARTIGO 04.....	187
	ANEXO F – CARTA DE SUBMISSÃO DO ARTIGO 05.....	188

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 Aproximação da pesquisadora com a temática

Durante a trajetória de ensino-aprendizagem no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE) foi oportunizada aproximação com algumas experiências curriculares e extracurriculares, como atividades teórico-práticas em serviços de saúde, além de participar de Programas de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) por meio de atividades desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde (APS) em Fortaleza como em Maracanaú, região metropolitana.

O ingresso no Grupo de Pesquisa em Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem (GRUPSFE) foi o momento no qual tive maior contato com a pesquisa, principalmente com as discussões que envolviam as questões relacionadas ao campo da saúde mental e da saúde coletiva.

Após ingresso no GRUPSFE participei de projetos que envolviam diversas temáticas, como formação dos profissionais em saúde, resolubilidade para a produção do cuidado, gestão do cuidado e atenção clínica em saúde e enfermagem, além de um projeto que tratou dos aspectos envolvidos na problemática do uso de crack.

A inserção nas atividades e a formação de vínculos no GRUPSFE possibilitou intensificar as discussões e ampliar o conhecimento sobre temas relevantes para a saúde coletiva, por meio de estudos acerca dos avanços, retrocessos, desafios e continuidades que permeiam a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao realizar o trabalho de conclusão de curso, tive maior aproximação com a temática das redes assistenciais em saúde, em particular a rede de saúde mental, pois foi possível analisar a conformação desta rede no estado do Ceará a partir da análise de documentos.

Ademais, ao ingressar no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, tive maior contato com questões relacionadas com o campo da saúde coletiva, em especial, incluindo aquelas que envolviam os principais elementos Epidemiologia; Ciências Sociais e Humanas; Planejamento, Política, Avaliação e Gestão em Saúde.

Ao ingressar no mercado de trabalho, tive a oportunidade de atuar como preceptora de curso de Enfermagem e vivenciar a prática do cuidado ao paciente em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo III, principalmente, aqueles com transtornos mentais graves, bem como as situações de risco. Outra vivência profissional, em um hospital geral, foi possível

assistir pacientes que estavam em situação de emergência clínicas como queixa principal, entretanto, possuíam demandas de saúde mental que não configurava o seu adoecimento de base naquele momento, que por vezes, ocasionavam dificuldade de assistência por parte dos profissionais.

1.2 Temática em estudo

Existem muitos distúrbios mentais diferentes, com apresentações diferentes, como: depressão, transtorno afetivo bipolar, esquizofrenia e outras psicoses, demência, deficiências intelectuais e transtornos do desenvolvimento, incluindo autismo. Os casos graves, como o suicídio, representam 1,5% de todas as mortes mundiais, estão entre as 20 principais causas de morte em 2015 e é a segunda causa de morte entre 15-29 anos no mundo no mesmo ano. No cenário brasileiro houve aumento de 5,8% dos casos de depressão na população, além de 9,3% (18.657.943) dos brasileiros com distúrbios de ansiedade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2017).

Com vistas à assistência ao paciente com transtorno mental, foram estabelecidos ao longo do tempo transformações nos modelos assistenciais caracterizados por diferentes paradigmas. No contexto brasileiro, em pari passo com as transformações internacionais, passa-se a se orientar pelo modelo substitutivo de base territorial no intuito de garantir a integralidade do cuidado.

O Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), que culminou com a criação do SUS, ocorreu em paralelo ao Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), preditor da criação de um novo modelo assistencial, a fim de romper com a perspectiva manicomial e hospitalocêntrica, proporcionando um novo olhar sobre as pessoas com transtornos mentais, devendo seguir a lógica dos princípios e diretrizes norteadores do SUS.

Salienta-se que transcorridos mais de 20 anos da realização da RPB, ainda convive-se com uma frágil rede substitutiva, considerando a priorização por parte da gestão dos municípios para a atenção hospitalar, o que é evidente na pouca oferta de serviços de base territorial (ALMEIDA; ACIOLE, 2014).

Não há um equipamento ou mesmo equipe de saúde considerado autossuficiente na produção do cuidado, tanto pela alta complexidade dos problemas de saúde, geralmente envolvendo vários campos de saber, como pela interdisciplinaridade inerente às questões da saúde, além da multiplicidade de atores sociais implicados com a gestão e o cuidado. As Redes

de Atenção à Saúde (RAS) se tornam uma prerrogativa para seu funcionamento, sendo, portanto intrínsecas ao trabalho voltado ao cuidado em saúde (QUINDERÉ; JORGE; FRANCO, 2014).

No contexto das Redes de Atenção à Saúde (RAS), dentre as quais consta como prioritária a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), representam uma estratégia de promoção da integralidade em saúde. As RAS correspondem a um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente (BRASIL, 2015). Na organização do cuidado no SUS têm recebido destaque crescente (AMARAL; BOSI, 2017).

O cuidado, não só na saúde mental, mas o cuidado ao ser humano requer a prática da integralidade e equidade juntamente com a perspectiva da hierarquização, descentralização e regionalização das ações e serviços, assim como estratégia que garantam o cuidado de forma integral, perpassando por todos os níveis de assistência, base para a gênese das RAS.

Estruturar uma rede em saúde mental com diversos pontos de atenção que vão desde os cuidados primários até a alta complexidade, além de serviços e ações de desinstitucionalização e reinserção psicossocial, indica um elevado nível de complexidade de ações. Mesmo com as dificuldades inerentes ao processo de RPB, neste primeiro dimensionamento quanto à distribuição dos serviços da RAPS no território nacional, pode-se afirmar que houve uma progressiva expansão dos serviços nos últimos quinze anos, com forte indicativo para interiorização, notadamente das equipes da atenção primária, em função da natureza da sua proposta de cobertura e modalidade de atenção (ALMEIDA; ACIOLE, 2014; MACEDO *et al.*, 2017).

A necessidade de avanço na RAPS se configura especialmente pela integração dos pontos de atenção entre eles em um mesmo município e, principalmente, em uma mesma região de saúde, observando a distribuição e a regularidade de oferta de serviços, os fluxos de demanda e a coordenação integral do cuidado pelas equipes, articulando diferentes níveis de atenção. Esse talvez seja o principal desafio posto à Política de Saúde Mental no Brasil, no tocante à organização da assistência na atualidade (MACEDO *et al.*, 2017).

Existem dispositivos indutores de integração da saúde mental no SUS e não apenas no nível especializado de atenção. Contudo, apesar dos esforços, essa integração não tem sido alvo do debate nacional e há um profundo desconhecimento da situação atual em que se encontra o funcionamento da RAPS no país (MACEDO *et al.*, 2017).

O desenvolvimento das ações de saúde de cuidado integral, como as RAS, deve integrar o planejamento integrado das ações de saúde, conduzido de maneira ascendente, desde os Municípios até a União, pois somente pela integralidade das ações haverá a melhoria da qualidade da assistência (BRASIL, 2011; 2016).

Considerar a importância do planejamento para a Saúde Coletiva, é remeter-se a este como campo de produção de saberes e práticas, enfoca-se na construção e utilização de indicadores de monitoramento e avaliação como possibilidade de realizar ações de saúde mais efetivas para atender aos usuários. A permanente disponibilidade de informações é necessária para que os gestores possam cumprir com sua responsabilidade de planejamento na gestão do SUS, auxiliando-os na concepção e operacionalização das atividades de planejamento, no subsídio à tomada de decisões e na busca de soluções para as questões levantadas pela sociedade. Assim, sendo, os indicadores de saúde, podem ser instrumentos valiosos para a gestão e avaliação da situação da saúde e das ações em todos os níveis de atenção, quando gerados regularmente em um sistema dinâmico (PEREIRA; TOMASI, 2016).

No campo do planejamento e da gestão em saúde existe uma série de indicadores aplicados a um serviço ou rede de serviços, de modo a avaliar e induzir práticas, sejam demográficos, socioeconômicos, de mortalidade, morbidade, fatores de risco, dentre outros, porém, na composição do Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) não existe indicador relacionado à saúde mental (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2017).

Nesse sentido, destaca-se a dificuldade de estabelecer indicadores e processos avaliativos sobre a assistência em saúde mental no Brasil, especialmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Tal situação pode estar relacionada à baixa produção científica nessas regiões ou mesmo à pouca utilização ou falta de interesse dos serviços em avaliar a qualidade da assistência ofertada aos usuários (SILVA; MELO; ESPEDIRIÃO, 2012).

Os indicadores constituem parâmetros quantificados ou qualitativos que servem para detalhar se os objetivos de uma proposta estão sendo bem conduzidos (avaliação de processo) ou foram alcançados (avaliação de resultados). Como uma espécie de sinalizadores da realidade, a maioria dos indicadores dá ênfase ao sentido de medida e balizamento de processos de construção da realidade ou de elaboração de investigações avaliativas (MINAYO, 2009).

Os indicadores são medidas-síntese que dispõem de informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde. A elaboração de um indicador é um processo cuja complexidade pode variar desde a simples contagem direta de casos de determinada doença, até o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices mais sofisticados, como a esperança de vida ao nascer (BRASIL, 2008).

A validade de um indicador é determinada por sua sensibilidade, ou seja, capacidade de detectar o fenômeno analisado, e pela sua especificidade (capacidade de identificar somente o fenômeno analisado). Outros componentes de um indicador são: mensurabilidade (orientar-se por dados disponíveis ou fáceis de conseguir), relevância (atender as prioridades de saúde) e custo-efetividade (os resultados justificam o investimento de tempo e recursos) (BRASIL, 2008).

Os nós da RAPS e a possibilidade de construir indicadores de saúde mental podem ser tratados à luz das formulações do Planejamento Estratégico Situacional (PES) para a saúde que tem a proposição de realizar mudanças.

O PES tem contribuído nas questões de organização da saúde, pois propõe deslocar o método de ação da situação real dos sujeitos histórico-sociais, modificando o próprio método em sujeito, objetivando uma mudança de modelo de atendimento ao indivíduo em sofrimento psíquico, a qual o setor saúde vem experimentando. Ele tem demonstrado que o processo histórico da reforma psiquiátrica, compreendida como transformação de saberes, práticas, valores sociais e culturais é marcado por tensões, desafios e conflitos (TONINI; KANTORSKI, 2007).

Dito isto, emergiram os seguintes questionamentos: Como ocorre a integração da RAPS (coordenação e cooperação entre provedores dos serviços assistenciais) em situações de urgência e emergência? Como se dá a integralidade do cuidado (entre todos os níveis de atenção à saúde) na RAPS? Como o planejamento estratégico situacional contribui na RAPS? Como indicadores em saúde mental podem auxiliar no planejamento das ações da RAPS?

A integração dos serviços é imprescindível para a integralidade do cuidado. Ações de planejamento em saúde voltadas para a Saúde Mental podem ser favorecidas pelo desenvolvimento de indicadores que contribuam para ampliar a efetividade e eficiência da Rede de Saúde Mental. Assim, essa tese visa, colaborar efetivamente na perspectiva do planejamento em saúde, pilar da Saúde Coletiva (SILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014) para que a rede de saúde mental possa se consolidar na produção do cuidado ao sujeito diante da complexidade da integralidade.

Assim, para ampliação e consolidação das discussões, desenvolveu-se um pressuposto teórico afim de apresentar embasamento teórico-metodológico para o desenvolvimento desta investigação: Apesar dos avanços alcançados nos últimos anos em decorrência da mudança de modelo assistencial, há fragilidade no planejamento das ações de saúde mental, em especial na formulação de indicadores, que são medidas de síntese que auxiliam no processo decisório. Com isso, tem-se lacunas na RAPS decorrente da incipiência

dos processos organizacionais da rede. Tal situação reverbera no cuidado em situações de urgência e emergência psiquiátrica, permeadas por práticas hospitocêntricas. Acredita-se que a construção de indicadores pode facilitar o planejamento das ações e o processo decisório, contribuindo para integralização da RAPS e das ações de atendimento em saúde mental.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar a rede de atenção psicossocial e sua integração com a urgência e emergência para construção de indicadores em saúde mental.

2.2 Específicos

- a) Discutir a integralidade do cuidado na RAPS a partir dos níveis de atenção à saúde;
- b) Desvelar a contribuição do planejamento estratégico situacional para a RAPS;
- c) Compreender a integração entre os componentes da RAPS com ênfase na urgência e emergência;
- d) Construir indicadores de saúde mental para auxiliar no planejamento das ações de saúde nas redes de atenção psicossocial e urgência emergência;
- e) Validar por conteúdo os indicadores construídos.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A conformação do modelo de atenção em saúde mental

Inicialmente, faz-se necessário retomar aos princípios da Reforma Psiquiátrica e expor o conceito de desinstitucionalização que tornou-se um dos mais importantes para referência no campo da saúde mental nos últimos 50 anos. Pois, trata-se de um conceito polissêmico, que tem provocado muitas controvérsias, mas mesmo assim emergiu o consenso de que abrange três processos: desospitalização e redução de leitos psiquiátricos, direcionamento de pessoas com transtornos mentais para serviços de saúde mental descentralizados e comunitários e a mudança de um serviço único para um amplo leque de serviços e cuidados. Com destaque, para aquele foi atribuído pela psiquiatria democrática italiana (FRANCO; STRALEN, 2015).

Para Birman e Costa (1994), os movimentos de reforma psiquiátrica classificam-se em: 1) comunidades terapêuticas (Inglaterra e Estados Unidos) e psicoterapia institucional (França), modelos restritos às reformas no âmbito institucional; 2) psiquiatria de setor (França) e psiquiatria preventiva (Estados Unidos), as quais ampliaram os padrões de tratamento para fora da instituição psiquiátrica; 3) antipsiquiatria (Inglaterra) e psiquiatria democrática (Itália), paradigmas contestatórios de cunho mais radical, direcionados aos dispositivos saber/poder médico, às instituições psiquiátricas e suas terapêuticas.

A institucionalização, com seus dispositivos disciplinares, minimiza a individualidade e a singularidade do sujeito. A relação de poder sempre direcionada para o discurso médico viabiliza uma prática de dominação cristalizada, restringindo a liberdade do sujeito de entrar em contato com outros territórios onde seria possível desenvolver outras relações de poder. Ademais, as normatizações da vida cotidiana bloqueiam que o sujeito se responsabilize pelo cuidado de si, limitando novas experiências e novas formas de se reinventar (FRANCO; STRALEN, 2015).

No contexto brasileiro, a Reforma Psiquiátrica trata-se de um movimento processual que envolve componentes ético, político e social, que busca pautar uma série de ressignificações no modelo de cuidado em saúde mental, afetando trabalhadores, usuários, familiares, gestores, além de significativa interferência no território e no imaginário das pessoas nele inseridas (BRASIL, 2005).

Tal movimento ultrapassa a simples reestruturação do modelo assistencial, não apenas intervindo na dinâmica dos serviços e na formação dos profissionais de saúde, mas

também avançando em complexidade e profundidade do fenômeno da representação social da loucura (COELHO, 2008).

Dessa forma, ressalta-se que a reforma psiquiátrica construiu ao longo de anos o princípio ético do cuidado em liberdade, pilar da prática terapêutica, assim, não há como pensar o cuidado considerando apenas um diagnóstico que se baseia nas disfunções de interações neurobioquímicas. Principalmente, não é possível aceitar práticas que restrinjam ou limitem o exercício do ir e vir nem ações que privam o sujeito no seu já precário poder de contratualidade que ele tem sobre si e as coisas do mundo e, menos ainda, práticas que o submetam a um regime de controle e vigilância sobre todas as ações cotidianas. O produto histórico dessa forma de pensar é bastante conhecido: segregação, violência institucional, isolamento e degradação humana (YASUI, 2013).

A partir de então, o cuidado passa a ter como premissa a defesa da vida e a percepção dos usuários como cidadãos pertencentes à comunidade. Para tanto, ressalta-se as conexões relacionais que permeiam o sujeito que é cuidado sendo necessário entendê-las como produtoras de vida (FERREIRA *et al.*, 2017).

Assim, por se tratar de uma questão que envolve vários atores sociais e que tem inúmeras repercussões individuais e coletivas, tanto relacionadas à saúde, a assistência social e a sociedade civil, foi homologada pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), a Política Nacional sobre Drogas (PNAD) que é composta por cinco eixos prioritários de atuação, dentre eles estão: prevenção ao uso de drogas; tratamento, a recuperação e a reinserção social do usuário; redução dos danos sociais e à saúde; redução da oferta de drogas; apoio a estudos, pesquisas e avaliações na área (BRASIL, 2005).

Com o crescimento dos problemas decorrentes do fenômeno do uso do *crack* no país alguns desafios emergiram ao poder público, especialmente aos serviços de saúde, segurança pública e assistência social. Diante desse contexto, como parte de uma estratégia nacional, foi implementado pelo Governo Federal o Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e Outras Drogas que estabeleceu como estratégia principal a implementação do *Programa Crack, é possível vencer*, apoiado em três eixos estruturantes de cuidado, autoridade e prevenção. Esse programa tem como objetivo aumentar a oferta de serviços de tratamento e atenção aos usuários e seus familiares, e reduzir a oferta de drogas ilícitas, promovendo ações de educação, informação e capacitação (BRASIL, 2011)

O Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e Outras Drogas foi pautado a partir dos principais objetivos, como: ampliar as ações voltadas à prevenção do uso, tratamento e reinserção social de usuários de *crack* e outras drogas, envolvendo a participação dos familiares

e a atenção aos públicos vulneráveis (crianças, adolescentes e população em situação de rua); fortalecer as redes de atenção à saúde e de assistência social para usuários de *crack* e outras drogas, por meio da articulação das ações do SUS com as ações do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (BRASIL, 2010).

Em suma, na tentativa de integração das caracterizações apresentadas anteriormente, chegou-se à seguinte conceituação da rede de atenção aos usuários de drogas: uma rede de atenção integral, intersetorial, com variados níveis, modalidades de atenção e dispositivos (públicos, privados e não governamentais sem fins lucrativos, atores comunitários, usuários, familiares etc.), que busca prover um cuidado continuado (promoção de saúde, prevenção, tratamento e reinserção social) de inclinação comunitária, territorial, embasada na Reforma Psiquiátrica (RP) e lógica da redução de danos, de modo a abranger as necessidades das pessoas e particularidades socioculturais (COSTA; RONZANI; COLUGNATI, 2017).

Mesmo sendo uma prática antiga, em tempos mais recentes, a droga ganhou destaque em debates entre vários segmentos sociais, uma vez que também é atual a sua percepção como algo problemático. Sendo na passagem do século XIX para o século XX que a droga passa a ser percebida como um fenômeno eminentemente contemporâneo (GONÇALVES, 2013).

Assim, como destacam Scisleski e Maraschin (2014), torna-se evidente a hegemonia de saberes quando se refere ao ordenamento do fluxo dos usuários na rede, no qual apenas o médico e o juiz, este em algumas ocasiões sendo assessorado por aquele, podem encaminhar a internação. Com isso, a Medicina e o Direito são saberes/instituições/“nós da rede” tradicionalmente vistos como norteadores, estabelecendo-se como pilares. Sendo o saber médico associado à verdadeira cientificidade; e o Direito como regulador da ordem social. Ressaltando que ambos desempenham funções normalizadoras na sociedade.

Com isso, as intervenções no campo da saúde relacionadas ao uso de drogas são quase sempre restritas aos danos provocados pelo seu uso, apresentado como modelo universal às demandas inerentes aos efeitos da dependência, baseando-se em uma hegemonia que parece não admitir a possibilidade do uso de drogas como parte de um estilo individual e privado compatível com o incremento da qualidade de vida. E isso, pode ser claramente percebido através de ações preventivas que fazem uso de expressões da ordem “antidrogas”, tentando reduzir a demanda (ALARCON, 2012).

Com isso, na conjuntura de desinstitucionalização, a crise psíquica e as intervenções em saúde mental chegam às ruas, como um novo espaço para as expressões da

loucura, sem que o estigma da periculosidade e o medo do louco tenham sido efetivamente desconstruídos no âmbito da sociedade (QUINTAS; AMARANTE, 2008).

Durante o processo de desinstitucionalização propugnado pela Reforma Psiquiátrica, as pessoas com transtorno psiquiátrico, progressivamente, passaram a conviver em sociedade, porém o preconceito e o estigma sobre a doença mental não foram desconstruídos. Com o doente mental fora do hospital, as crises psíquicas provocaram incômodo à comunidade e à família; assim, a crise é tida como algo urgente quando suas manifestações começam a provocar alterações na rotina da família, dos vizinhos ou responsáveis (JARDIM; DIMENSTEIN, 2008).

Na transição do modelo psiquiátrico clássico para o psicossocial territorial, um dos maiores entraves existentes é a sobrevivência de um padrão sociocultural que legitima a segregação das diferenças. Mesmo com os avanços ocorridos, principalmente em termos legislativos, mas também na ampliação dos serviços componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), é perceptível a manutenção e/ou reprodução do modelo asilar/psiquiátrico clássico, o que, na tensão conflitual, favorece o adoecimento dos usuários bem como dos trabalhadores de saúde mental (NUNES; GUIMARÃES; SAMPAIO, 2016).

Para tanto, elaborou-se o Quadro I com o intuito resgatar os principais elementos normativos editados que favoreceram a implementação do modelo psicossocial no decorrer das últimas décadas.

Quadro 1 - Instrumentos normativos da saúde mental

(continua)

Instrumento Normativo	Definição	Ano de publicação
Lei nº 10.216	Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.	2001
Portaria nº 336	Regulamenta o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).	2002
Portaria nº 816	Estabelece o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas.	2002
Política Nacional de Atenção Integral a usuários de Álcool e outras Drogas	Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.	2003
Lei nº 10.708	Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.	2003

Quadro 1 - Instrumentos normativos da saúde mental

(conclusão)

Instrumento Normativo	Definição	Ano de publicação
Portaria nº 1.190	Plano Emergencial de ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD).	2009
Decreto nº 7.179	Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas	2010
Portaria nº 4.279	Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.	2010
Decreto nº 7.508	Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.	2011
Portaria nº 1.600	Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS.	2011
Portaria nº 3.088	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 SUS.	2011
Portaria nº 3.588	Intitu-se no âmbito do SUS, a Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental sendo parte da RAPS constituindo estratégia para atenção integral à pessoa com transtornos mentais moderados. As Equipes têm por objetivo prestar atenção multiprofissional em saúde mental, respondendo à necessidade de atendimento especializado identificado pela atenção básica, integrando-se aos demais serviços das redes de atenção à saúde. A assistência será organizada a partir da atenção básica, que fará a estratificação de risco para determinar casos a serem referenciados.	2017

Fonte: elaborado pela autora.

Foram editados vários instrumentos normativos com o intuito de proporcionar avanços nessas estratégias, dentre esses o Decreto nº 7.508 de 2011, que além de outras prerrogativas, estabeleceu a criação de cinco redes prioritárias, sendo uma delas a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (BRASIL, 2011).

Para que o modelo de atenção psicossocial fosse estruturado e que as ações e os serviços de saúde mental se organizassem a partir do prisma de redes regionalizadas dispo de componentes integrados, foi necessária uma trajetória legislativa para isso.

O caminho para efetivar a regionalização da política de saúde no país trilhou diversos mecanismos e dispositivos normativos. Envolveu o debate da descentralização e da regionalização da saúde na década de 1990, com as Normas Operacionais Básicas (NOB) que orientaram, inicialmente, as medidas de descentralização do SUS; seguido da aprovação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) em 2002, e do Pacto pela Saúde em 2006, que constituíram as bases para as etapas da regionalização com a expansão do acesso ao SUS

ao valorizarem o planejamento e a coordenação das redes intermunicipais; e, por fim, com a aprovação da Portaria nº 4.279/2010 e do Decreto nº 7.508/2011, que sedimentaram uma nova perspectiva para o processo de regionalização com as Redes de Atenção à Saúde (RAS) e as Regiões de Saúde (MACEDO *et al.*, 2017).

Concomitantemente a essa trajetória legislativa, no campo da saúde mental houve adequações de acordo com o instrumento proposto no intuito de fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial juntamente com os seus componentes para oferecer assistência em todos os níveis de complexidade.

O debate acerca da descentralização e da regionalização na saúde mental, acompanhando o debate nacional na saúde pública, ganhou força nos últimos anos com o intuito de fortalecer a participação dos municípios na construção de uma rede integral de serviços, priorizando ações territoriais e de base comunitária. Houve muitos avanços na perspectiva de estabelecer uma rede “integrada” de serviços sob o prisma da regionalização da RAPS em cada território de saúde. Atrelado aos princípios da Reforma Psiquiátrica, houve um aumento e diversificação de serviços implantados nas regiões do país, tendência à interiorização da assistência em saúde mental para municípios de médio e pequeno portes, juntamente com participação na APS no cuidado continuado, descentralização dos leitos de atenção psicossocial e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) das grandes cidades, dentre outros. Contudo, detectou-se a existência de vazios assistenciais em saúde mental em certas regiões do país que, com exceção de alguns dispositivos da atenção primária, não contam com nenhum outro ponto da RAPS ou possuem estrutura adequada com o padrão mínimo esperado em termos de cobertura nos territórios de saúde (MACEDO *et al.*, 2017).

Nesse cenário, surgem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) com o intuito de possibilitar a desinstitucionalização do cuidado em saúde mental, sendo estes definidos como dispositivo estratégico para a reordenação do modelo de atenção em saúde mental, tendo como principais objetivos: promover e potencializar a contratualidade social do usuário, realizar atendimento clínico, ser ordenador da rede e oferecer apoio matricial em saúde mental para a atenção básica (BRASIL, 2005).

O CAPS passou a organizar seu processo de trabalho estabelecendo equipes para assumirem a referência terapêutica dos usuários de diferentes territórios/bairros de sua área de abrangência. Assim, a referência terapêutica não passa pela vinculação usuário-técnico, mas por uma estratificação territorial (FERREIRA *et al.*, 2017).

Pode-se inferir que essa centralidade favoreceu para que as demandas de saúde mental fossem conduzidas prioritariamente aos CAPS. Além disso, esses serviços organizaram-

se de modo a responder às diferentes demandas que lhes chegavam (MOREIRA; ONOCKO-CAMPOS, 2017).

Para tanto, faz-se necessário reconhecer-se a importância da expansão do quantitativo CAPS, contudo, sabe-se que velhos modelos podem se reproduzir com novas roupagens. Ou, ainda, a implantação de um modelo não suprime de imediato a existência do anterior. Ao contrário, ambos podem conviver simultaneamente, apesar de suas contradições e antagonismos. Há, portanto, o risco de reprodução dos seus fundamentos filosóficos, ético-políticos, teóricos e práticos nos serviços constitutivos do novo modelo (QUINDERÉ *et al.*, 2010).

No cenário cearense, foi editada a Lei estadual nº 12.151/1993 que dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamenta a internação psiquiátrica compulsória, sendo esta anterior a Lei Nacional.

O processo de Reforma Psiquiátrica no Ceará tem início no interior do estado, quando é instalado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em 1991, na cidade de Iguatu. Na capital, Fortaleza, havia hegemonia do modelo psiquiátrico clássico, enraizado pela existência de sete hospitais psiquiátricos, razão pela qual somente em 1998 foi implantado o primeiro CAPS, seguido de mais dois em 2001. Posteriormente, em 2005, ocorre a decisão técnico-política da gestão municipal de, efetivamente, ampliar a rede de serviços substitutivos, por meio da implantação de 11 novos CAPS, totalizando 14 equipamentos dessa natureza na capital. Com isso, apreende-se que o CAPS assume caráter estratégico na reorientação do modelo de atenção à saúde mental, mediante a sua expressiva expansão (NUNES; GUIMARÃES; SAMPAIO, 2016).

Ademais, o município de Fortaleza não conta com leitos suficientes para internação de sujeitos com transtornos mentais em hospital geral, uma vez que os leitos existentes destinam-se principalmente à desintoxicação de usuários de álcool e outras drogas (NUNES; GUIMARÃES; SAMPAIO, 2016).

Nesse cenário, alguns gestores locais e trabalhadores, na perspectiva de atender as necessidades dos usuários, buscam desenvolver mecanismos de articulação com outros serviços de saúde. Entretanto, o máximo que se tem conseguido, com dificuldade, e ainda de forma contingencial, é a articulação com a Atenção Primária e com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (NUNES; GUIMARÃES; SAMPAIO, 2016).

3.2 A rede de atenção psicossocial e a integração com a urgência e emergência

Este tópico tem o objetivo de aproximar-se da produção científica produzida sobre a atenção psicossocial e sua integração com a rede de urgência e emergência, ademais para aperfeiçoar e aprofundar a construção deste acessou-se também um acervo bibliográfico constituído de autores consagrados na área.

O escopo político constitucional de direito à saúde, estabelecido por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), vem sendo constituído através de estratégias envolvidas na ampliação das relações intergovernamentais. Contudo, pressupostos preditos constitucionalmente ainda não estão completamente adequados ao cotidiano da gestão e dos serviços de saúde, dentre eles destaca-se o princípio organizativo da regionalização, que interfere diretamente na estruturação de redes assistenciais e no acesso do usuário aos serviços (ALMEIDA; ACIOLE, 2014).

Tem-se verificado estratégias díspares de descentralização e regionalização, com ênfase nos municípios (sistemas locais isolados) sem um enfoque regional e sistêmico e um destaque tardio da regionalização na política nacional de saúde (ALMEIDA; ACIOLE, 2014).

No que concerne à estrutura de serviços em redes, no estabelecimento da Reorientação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) proposto pelo Ministério da Saúde (MS) em 2004, a composição organizativa indicava os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como elemento central e articulador das ações (BRASIL, 2004).

Essa seria uma forma de compreender a delimitação do território adscrito para uma equipe de CAPS, embasada pela lógica da organização de redes de serviços hierarquizadas. Assim, a produção de redes, neste sentido, se dá pela possibilidade de encaminhamentos de usuários para determinados serviços, implicando fluxos mais ou menos uniforme de referência e contrarreferência (FERREIRA *et al.*, 2017).

Contudo, em 2009, houve uma reformulação da proposta do MS de que o CAPS se colocasse como articulador, orientando um caminho no qual o CAPS poderia viabilizar o cuidado em saúde mental, assumindo uma ação organizadora das ações construídas em conjunto com a rede de saúde (BRASIL, 2011).

Assim, a partir da formulação da RAPS, em 2011, o MS propõe uma estruturação do modelo de cuidados em saúde a partir de ações da atenção básica em um desenho ampliado, convocando a participação de diferentes equipes para um trabalho articulado entre os seguintes equipamentos: atenção básica em saúde, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias

de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, conforme dispõe o quadro II a seguir (BRASIL, 2011).

Quadro 2 - Níveis de atenção e serviços de saúde mental

Níveis de Atenção	SERVIÇOS
Atenção Básica	<p><u>Estratégia de Saúde da Família (ESF)</u>: promoção de saúde, prevenção e cuidado em nível territorial para pessoas com transtornos mentais e que usam drogas;</p> <p><u>Consultório na Rua (CR)</u>: atividade itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua;</p> <p><u>Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)</u>: apoio e cuidado articulado com a UBS e com as equipes da ESF;</p> <p><u>Centros de Convivência (CC)</u>: socialização e produção cultural para pessoas com transtornos mentais e usuários de drogas.</p>
Atenção Psicossocial Especializada	<p><u>Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)</u> nas modalidades, tipos I, II ou III, sendo este último dispo de leitos e funcionamento 24 hs todos os dias;</p> <p><u>CAPS ad</u> (álcool e outras drogas) e <u>CAPS ad III</u> (com leitos para internação e funcionando 24 hs todos os dias);</p> <p><u>CAPS i</u> (infantil).</p>
Atenção de urgência e emergência	<p><u>Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)</u>;</p> <p><u>Sala de Estabilização</u>;</p> <p><u>Unidade de Pronto Atendimento (UPA)</u>;</p> <p><u>Hospitais de Urgência/Pronto Socorro</u>;</p> <p><u>CAPS</u>.</p>
Atenção de caráter residencial transitório	<p><u>Unidade de Acolhimento Adulto (UAA)</u>: acompanhamento terapêutico e protetivo transitório destinados a pessoas maiores de dezoito anos que fazem uso do crack, álcool e outras drogas e que tenham acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar;</p> <p><u>Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil (UAI)</u>: para adolescentes e jovens;</p> <p><u>Comunidade Terapêutica</u>: serviço não estatal com tratamento asilar para pessoas que fazem uso de drogas que apresentam necessidades clínicas estáveis (tempo máximo de até 09 nove meses).</p>
Atenção Hospitalar	<p><u>Enfermaria especializada em Hospital Geral</u> (tratamento hospitalar para casos graves relacionados aos transtornos mentais);</p> <p><u>Serviço Hospitalar de Referência</u> (suporte hospitalar através de internações de curta duração às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e usuários de álcool e/ou outras drogas, em situações assistenciais que evidenciarem indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica).</p>
Estratégia de desinstitucionalização	<p><u>Serviços Residenciais Terapêuticos</u> (moradias inseridas na comunidade para acolher pessoas egressas de internação de longa permanência ou egressas de hospitais psiquiátricos).</p>
Reabilitação psicossocial	<p>Iniciativas de geração de trabalho e renda (inclusão produtiva, formação e qualificação para o trabalho)</p>

Fonte: Adaptado de Costa, Ronzani e Colugnati (2017); Brasil (2011).

Por meio desse novo desenho, apreende-se que, com o CAPS atuando como equipamento articulador central, as necessidades e demandas dos usuários são norteadoras de ações territoriais que embasam um plano integrado de cuidados em saúde. Progressivamente,

foi se promovendo uma mudança no direcionamento proposto no plano nacional de inclusão das ações de saúde mental na atenção básica a partir das Estratégias de Saúde da Família (ESF). Já no que se refere à atenção e à produção do cuidado em saúde mental, essa organização do trabalho em rede tem o intuito de potencializar a atuação das equipes de saúde inseridas na atenção básica, permitindo trocas de saberes entre os trabalhadores e maior articulação da rede de serviços, tendo em vista o cuidado ampliado para as necessidades dos usuários (MOREIRA; ONOCKO-CAMPOS, 2017).

Nesse sentido, Faria e Guerrini (2012) revelam algumas limitações, indicando a existência de um paradigma científico hegemônico no acolhimento ao sofrimento psíquico que coloca a integralidade como um novo problema epistemológico neste campo do conhecimento.

A perspectiva demonstra a contradição de compreender o indivíduo em sua integralidade, tendo em vista que o sofrimento psíquico passa a ser compreendido como demanda de tratamento ou medicamento psiquiátrico. No que concerne à compreensão dos trabalhadores acerca da inserção da saúde mental na atenção básica deveria ter como perspectiva a integralidade e o olhar ampliado sobre o sujeito, contudo os mesmos seguem atuando em um nível especializado de intervenção e não se sentem aptos a atender os casos de saúde mental. Outras ocasiões, profissionais da atenção básica buscavam o apoio matricial da saúde mental, no sentido de compreender o diagnóstico, o tratamento ou encaminhamento, mas sem definir um plano de ação a ser construído no território (MOREIRA; ONOCKO-CAMPOS, 2017).

Nesse contexto da saúde mental, Pande e Amarante (2011) destacam o surgimento de uma nova cronicidade como um importante desafio a ser empreitado pelos CAPS, pois o reconhecimento dos desafios a serem enfrentados e a consciência crítica são elementos que podem favorecer as transformações na atenção à saúde mental.

Dessa forma, faz-se essencial a necessidade de superação de importantes pilares do modelo clínico sustentado nas noções de doença, tratamento em busca da cura e remissão de sintomas. Assim, deve-se almejar pressupostos clínicos que se aproximem da vida concreta das pessoas que acolhe e das produções de modos de viver que são possíveis a elas. Para isso, é fundamental convocar novos atores para ativar outras formas de convívio, de estar junto e de viver em sociedade (MOREIRA; ONOCKO-CAMPOS, 2017).

Com isso, constata-se que os CAPS se constituíram como uma porta de entrada para a internação psiquiátrica que apreendida como refúgio, subsistência, respaldada pela administração pública como recurso terapêutico quase que exclusivo, reforçando a subsistência do modelo psiquiátrico clássico. O hospital psiquiátrico é visto como lugar de salvação ou

resolução. Pressionados pela demanda desordenada e excessiva, os trabalhadores passam a estabelecer perfis de usuário para atendimento, daí a segregação interna nos serviços, adicional à segregação social, no entanto, a partir dessa perspectiva pode ser vista, como um retrocesso da política, um círculo vicioso (NUNES; GUIMARÃES; SAMPAIO, 2016).

Nesse sentido, Amarante (2007) propõe que trata-se de uma incoerência extrema quando a rede de assistência em saúde mental se estruturar na perspectiva de rompimento com os moldes da psiquiatria dominante e a atenção às crises priorizar e reforçar esses moldes. É preciso recusar os conceitos arcaicos e buscar interação com o sujeito em sofrimento. É necessário direcionar os olhares para as pessoas, e não para as suas doenças. E, assim, construir espaços terapêuticos onde seja possível escutar e acolher angústias e experiências vividas, mesmo em situações de crise (AMARANTE, 2007). (03)

Dessa forma, a crise que deveria ser cuidada com base nos princípios de vinculação e acolhimento, passa a ter o rótulo de urgência psiquiátrica, sendo apreendida sob o viés da necessidade de contenção e exclusão dos sujeitos em favor da manutenção da ordem social (JARDIM; DIMENSTEIN, 2008). Contrariando, assim, os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira (BONFADA *et al.*, 2013).

Nesse sentido, a crise deve ser apreendida como um momento que precisa também ser cuidadosamente abordado por profissionais qualificados para que os sujeitos desfrutem do seu potencial transformador e criativo, pois, apesar de ser percebido como todo o sofrimento vivenciado pelo indivíduo, é possível compreendê-lo como um momento de metamorfose, de saída de um lugar sócio- historicamente construído para outro que está sendo reconstruído. Contudo, não se nega que a crise é um momento em que o sujeito extravasa toda a sua angústia e sofrimento, a ponto de se desprender de sua realidade social e corporal, e que isso pode, em algumas ocasiões, trazer consequências danosas ao indivíduo e para os que o cercam. Não obstante, esse risco nem sempre está presente, e o desprendimento da realidade que o sujeito está vivenciando naquele momento não implica a ausência de sensações e afetos, nem da sua condição humana, por mais estranha que a situação possa configurar-se (FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007).

A crise deve ser assistida sob a ótica da humanização e da integralidade do atendimento em saúde e, como qualquer fenômeno relativo ao processo saúde/doença, também necessita de profissionais que habilitados com aporte teórico inerentes de sua área de atuação e sejam capazes de colocar as necessidades dos sujeitos como elementos centrais de suas intervenções (BONFADA; GUIMARÃES, 2012).

Ressalta-se que não estar-se negando a importância da clínica, muito pelo contrário, esta é um instrumento de grande valia e imprescindível em eventos inevitáveis, por dispor de terapêuticas e ações vitais em situações críticas. Contudo, destaca-se os limites e as possibilidades de um modelo de atenção construído historicamente como desarticulado, curativista, biologicista e pautado nos binômios de causa/efeito e queixa/conduita. Ou seja, aborda-se o reconhecimento da insuficiência desse modelo e da necessidade de transformação (BONFADA *et al.*, 2012).

Nesse contexto, quando aborda-se a realidade do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), esta situação agrava-se, pois, historicamente, essa área da urgência e emergência nega ou não atua de acordo com o necessário para a atenção à crise psíquica, ou seja, empatia, diálogo, corresponsabilização, humanização, subjetividade e criatividade (QUINTAS, AMARANTE, 2008).

Dessa forma, os Serviços de Emergência Psiquiátricas (SEP) representam um marco fundamental na estruturação das redes de saúde mental e podem ser utilizados como termômetro do funcionamento adequado da atenção primária e secundária, além de servir como um sistema tampão provisório para atender as demandas excedentes associadas às deficiências dos serviços extra hospitalares. Por serem uma das portas de entrada para a rede de saúde mental, especialmente no caso dos pacientes em primeiro surto psicótico, SEPs podem ser considerados pontos-chave em programas de prevenção e de aprimoramento terapêutico dos novos casos psiquiátricos. (BARROS; TUNG; MARI, 2010).

Contudo, faz-se necessário ressaltar-se que no Brasil, os pacientes em situações de crise raramente tiveram prioridade nas políticas de saúde pública. Até a reforma na assistência à saúde mental, que foi iniciada na década de 1980, a maioria destes pacientes era atendida nas portas de entrada dos manicômios, de forma improvisada nos diversos serviços de saúde não psiquiátricos, ou ainda em abordagens não médicas, como serviços de polícia e religiosos. Ademais, alguns SEPs surgiram como iniciativas isoladas de alguns centros universitários ou hospitais públicos, principalmente nas grandes cidades. Não havia a preocupação de integrar as poucas emergências psiquiátricas especializadas às demais unidades que faziam parte da rede de saúde mental (BARROS; TUNG; MARI, 2010).

Outro aspecto que merece destaque trata-se da definição do que seria urgência, emergência e as prioridades para o atendimento é um aspecto bastante relevante para toda a realidade de atendimento de emergência em saúde mental, não sendo algo restrito apenas para os leigos ou população em geral. Mesmo para os profissionais de saúde inseridos na área, a emergência e a urgência psiquiátrica são algo difícil de definir, uma vez que um quadro de

agitação delirante pode ser tão grave quanto um de extrema passividade e lentidão de ações e pensamentos (OLIVEIRA, 2002).

A falta de articulação com a rede de saúde mental, a incapacidade e a rejeição dos hospitais gerais em receber o paciente psiquiátrico, atrelado ao número reduzido de CAPSs III com funcionamento 24 horas durante todos os dias da semana na maioria das cidades brasileiras bem como o desconhecimento sobre as possibilidades terapêuticas dos serviços substitutivos da rede assistencial de saúde mental são condições que favorecem para que o SAMU priorize o encaminhamento do paciente em crise para os prontos-socorros dos hospitais psiquiátricos, onde, na maioria das vezes, o paciente é direcionado à internação (BONFADA; GUIMARÃES, 2012).

De maneira geral, os serviços de emergência psiquiátrica têm pouca disponibilidade de leitos para melhor observação e acompanhamento da evolução do quadro clínico, o que, muitas vezes, leva a uma decisão precoce de internação integral do paciente. Nem sempre os serviços extra-hospitalares dispõem de uma estrutura que ofereça a mesma agilidade encontrada na sala de emergência. Além disso, existem dificuldades de agendamento de consulta inicial após a alta da emergência psiquiátrica o que limita a integração efetiva nos programas terapêuticos, diminuindo a adesão ao tratamento e, conseqüentemente, aumentando o risco de recidiva do quadro clínico que justificou o atendimento na sala de emergência (BARROS; TUNG; MARI, 2010).

Ademais, a equipe médica que atende o paciente em situação de emergência tem o contato reduzido com o paciente, pois realiza apenas uma avaliação transversal, perdendo o seguimento do paciente e, com isso, a possibilidade de observar a evolução do quadro e avaliar a eficácia das medidas tomadas no serviço. Assim, como forma de atenuar essas limitações seria necessário a inclusão de serviços de retaguarda para o atendimento de emergência, associada a uma efetiva integração entre as equipes de profissionais que atuam nos diferentes serviços que prestam atendimento ao paciente psiquiátrico (BARROS; TUNG; MARI, 2010).

Destarte, acredita-se que outro aspecto que favorece essa prática trata-se dos aspectos normativos da Política Nacional de Atenção às Urgências, pois as ocorrências psiquiátricas são manejadas com as mesmas diretrizes com as quais são operacionalizadas as urgências traumáticas, clínicas e obstétricas, ou seja, durante a assistência predomina o fator tempo, a ação protocolar e uniformizada e o encaminhamento para internação. Orientado por essas diretrizes, o que o SAMU faz normalmente nas crises e urgências/emergências psiquiátricas é conter seus efeitos rapidamente e encaminhar o paciente para o hospital psiquiátrico; ou seja, onde a emergência poderia surgir ela é abruptamente amordaçada, são

emudecidos os seus gritos e aprisionados os seus gestos desesperados (BONFADA; GUIMARÃES, 2012).

Dessa forma, acredita-se que seja importante explicar sobre a conformação dos modelos de atenção à saúde em consonância com o processo de desinstitucionalização da saúde mental no cenário brasileiro.

3.3 O planejamento estratégico em saúde

A temática do planejamento remete a algo inerente e próprio da atividade humana que perpassa por várias áreas e possui atuação em níveis macro e micropolíticos, não sendo diferente no setor saúde e pode ser considerado como primordial para o seu desenvolvimento. Dessa forma, o texto subsequente tem o intuito de explicar acerca dessa temática tão importante para a saúde coletiva.

Ao considerar que planejar é uma atividade quase natural ao homem, pode-se apreender por que o problema de como planejar e de como fazer os planos acontecerem – virarem realidade – interessa à racionalidade contemporânea (ONOCKO-CAMPOS, 2001).

Planejamento é um termo amplamente utilizado no cotidiano da política e da administração, tanto na esfera pública quanto na esfera privada. Sendo compreendido como um processo de racionalização das ações humanas que consiste em definir proposições e construir a sua viabilidade, com o intuito de solucionar problemas e atender as necessidades individuais e coletivas (TEIXEIRA, 2010).

Onocko-Campos (2001) realizou um estudo no qual faz um breve resgate acerca do desenvolvimento histórico do planejamento nos últimos anos iniciando com a teoria que embasa o nascimento do planejamento em saúde na América Latina. Ao visitar a obra de Rivera (1989), ela propõe que para melhor compreender essa questão, deve-se regredir no tempo umas cinco décadas, ou seja retornar aos anos 50, que é caracterizado pelo auge do racionalismo científico, para o qual o mundo seria melhor por efeito da razão. O desenvolvimentismo se espalha pela região: o Estado deveria orientar os investimentos para as áreas estratégicas que, garantindo o crescimento econômico traria também progresso social para todos.

Nesse contexto, destaca-se a saúde, na qual o percurso histórico do planejamento é tida como prática instrumental que acompanhou as idéias hegemônicas de desenvolvimento econômico. Assim, a saúde da população passou a ser considerada um fator de produtividade e os seus recursos passaram a ser tratados do ponto de vista dos modelos de custo-benefício. Por

iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde, essa etapa teve como produto significativo o texto intitulado “Problemas conceptuales e metodológicos de la programación en salud” (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE, 1965). O método proposto nesse documento influenciou intensamente as duas décadas subsequentes: a de 1960, visando à sua implementação; e a de 1970, produzindo uma crítica que rompeu com a chamada planificação normativa e levou ao surgimento das propostas de planejamento estratégico (RIVERA, 1989).

Ainda no cenário da América Latina, Rivera e Artmann (2010) propõem que o houve um maior dirigismo estatal com planejamento considerando a racionalidade necessária a uma política substitutiva em prol do crescimento e do desenvolvimento. Esta noção, inicialmente considerava o mero crescimento econômico, acaba por evoluir em função de vários determinantes históricos para uma concepção integrada, que incorpora o social.

É nesse contexto que desponta o método CENDES/OPAS (*Centro de Desarrollo/Organização Pan-Americana da Saúde*) de programação em saúde, principal marco metodológico do planejamento de saúde. Este método foi gerado para operar em um contexto caracterizado por um grande controle do Estado e por um grau avançado de integração sistêmica, condições que não são encontradas em um setor saúde que possui uma forte representação do privado e com altas doses de fragmentação (RIVERA; ARTMANN, 2010).

Diante da fraqueza do setor público e a desconsideração às questões políticas e macroinstitucionais envolvidos nos processos de formulação de políticas e planos culminou com a invalidação parcial da proposta do CENDES. Assim, como alternativa para uma visão do planejamento como a busca da maximização de recursos econômicos abstratos, emerge o agregado de vertentes do planejamento estratégico, articuladas pela concepção do planejamento como processo interativo, que obriga a considerar os vários atores envolvidos e a viabilidade política dos planos. (RIVERA; ARTMANN, 2010 *apud* TESTA, 1987; MATUS, 1997).

Dessa forma, percebe-se que o interesse pela temática do planejamento das ações de saúde emergiu em decorrência da complexificação crescente do processo de trabalho nesta área, em virtude da necessidade de se enfrentar as mudanças que foram ocorrendo nas condições de vida e saúde da população em diversos países. Nesse ínterim, a provisão de campanhas sanitárias e posteriormente a elaboração de programas de controle de doenças pode ser consideradas atividades que já incluíam a prática do planejamento (TEIXEIRA, 2010).

Contudo, apenas posteriormente ao grande desenvolvimento científico e tecnológico observado na segunda metade do século XX e as transformações decorrentes na prestação de serviços, com a organização de redes e sistemas de serviços de saúde, é que a prática do planejamento tornou-se uma necessidade reconhecida amplamente, a ponto de

provocar o interesse de organismos internacionais de cooperação técnica, a exemplo da OMS, em desenvolver propostas metodológicas que pudessem subsidiar a administração pública dos serviços e sistemas de saúde (TEIXEIRA, 2010).

Dessa forma, o funcionamento engajado (e bem “azeitado”) entre meios e fins constitui um dos pressupostos primordiais da sociedade “eficiente”, tendo em vista que a racionalidade moderna tem trabalhado com afinco na procura de métodos e técnicas (de planejamento, de organização) que possibilitem a sustentação da “teoria”, ou seja, da organização capitalista do mundo globalizado (ONOCKO-CAMPOS, 2001).

A autora supracitada ao revisitar as obras de Rivera (1989) e Testa (1993) ressalta que método normativo foi amplamente criticado em decorrência, principalmente, da separação entre os espaços técnico e político, a ênfase exagerada na alocação de recursos econômicos etc. O técnico, com seu saber, subsidiava linearmente a “melhor” decisão que os políticos se encarregavam de implementar. Essa era, talvez, a linha de pensamento possível que melhor combinava com a expectativa sobre o Estado administrador, que zelava pelo bem comum.

Em meados da década de 1975, no contexto dos governos militares que haviam surgido em muitos países, a ilusão do desenvolvimento se desmanchava no ar. Os formuladores se refugiavam em núcleos de pesquisa ou em entidades internacionais. Estava evidente a necessidade de uma estratégia política e com isso surgiram elaborações teóricas que começaram a se debruçar sobre as questões do planejamento para além da questão técnica. É consenso entre vários autores que nesse momento se inicia a constituição de um novo campo: o do planejamento estratégico (ONOCKO-CAMPOS, 2001).

Esse campo em formação foi influenciado, no setor saúde no Brasil, pelo arcabouço teórico de dois autores latino-americanos: Carlos Matus e Mário Testa. Ambos os autores influenciaram o movimento sanitário brasileiro, mas considera-se que a difusão do PES (Planejamento Estratégico Situacional, de Matus) foi bem mais hegemônica, uma vez que este foi “o” método de planejamento mais difundido pela Reforma Sanitária Brasileira. Simplificado, reformulado ou em sua complexidade integral, o método foi inserido em programas de ensino de especialização e pós-graduação, nos vários núcleos de planejamento e gestão que começaram a se espalhar pelo país nos anos 80 (ONOCKO-CAMPOS, 2001).

O PES, proposta geral complementada posteriormente com outros métodos que constituem a chamada “trilogia matusiana” (SÁ; ARTMANN, 1994), constitui-se em um arcabouço teórico que destaca o conceito de situação e contempla um conjunto de métodos a serem utilizados nos diversos momentos do processo de planejamento, quais sejam, o “explicativo”, o “normativo”, o “estratégico” e o “tático-operacional”.

O primeiro envolve a análise da situação inicial, que inclui a identificação, descrição e análise dos problemas e oportunidades de ação do ator em situação. O segundo abrange a formação da situação-objetivo, elaborada a partir da decisão acerca do que fazer no tempo político de que dispõe o ator para o enfrentamento dos problemas selecionados. O momento estratégico supõe a definição das operações a serem realizadas, com o desenho dos Módulos Operação-Problema contemplando a análise de viabilidade de cada uma das operações propostas. Por fim, o momento tático-operacional, por sua vez, está relacionado à execução das ações sob a gerência, monitoramento e avaliação das operações que compõem o plano (TEIXEIRA, 2010).

Diante da complexidade da temática e das discussões acerca do planejamento e como ele se estrutura diante das situações e dos atores sociais envolvidos, os estudos brasileiros agruparam-se em escolas de pensamento de acordo com as suas proposições.

Autores como Teixeira (2010), Rivera e Artmann (2010 apud Mehry, 1995) e Rivera (1999) fazem a proposição da existência de correntes de planejamento/gestão em saúde, que são caracterizadas pelos desafios prático-teóricos e diversidade de influências teórico-metodológicas, sendo estas:

Gestão estratégica do Laboratório de Planejamento (LAPA) da Faculdade de Medicina de Campinas propõe um modelo de gestão colegiada e democrática a partir das seguintes premissas: Forte autonomia, colegiados de gestão, comunicação lateral e com foco na avaliação para aumentar a responsabilidade. Propõe a utilização de uma “caixa de ferramentas”, que envolve o pensamento estratégico de Testa, o planejamento estratégico-situacional (PES) de Matus, elementos da qualidade total, da análise institucional, entre outros. Caracterizada por criticar o modelo piramidal da proposta de hierarquização de serviços em prol do modelo do círculo com ênfase na coordenação horizontal entre todos os níveis da rede e a centralidade da rede básica de atendimento. Ademais, insere relacionados acolhimento e vínculo, ligados à política de humanização, além de apoiar-se em conceitos como clínica ampliada ou do sujeito, por fim, houve a inserção a novos instrumentos de análise, como os fluxogramas analisadores. Tais aspectos estão relacionados ao o processo de trabalho médico, que utiliza tecnologias leves, leve-duras e duras destacando-se a importância do componente relacional da tecnologia leve.

Planejamento estratégico comunicativo, representado por núcleos da ENSP/Fiocruz: baseado pela Teoria do Agir Comunicativo (TAC) de Habermas restaura aspectos comunicativos do planejamento estratégico-situacional (PES), contudo não se restringe ao mesmo. Desenvolve uma reflexão sobre componentes de uma gestão pela escuta,

como a liderança, práticas de argumentação, negociação, dimensão cultural, redes de conversação sofrendo influência da escola da organização que aprende e da filosofia da linguagem aplicada à gestão organizacional.

Escola da Ação Programática, Faculdade de Medicina da USP: Enfatiza as formas multidisciplinares de trabalho em equipe, sustentando a necessidade de uma abertura programática por grupos humanos amplos, para além de um recorte por patologias. Enseja assim condições para uma abordagem mais integrada e coordenada do atendimento. Atribui, uma importância essencial ao uso inteligente da epidemiologia clínica e social, como disciplina útil na possibilidade de programação das práticas de serviços, incluindo os clínicos. Considera que a busca da integração entre serviços básicos e hospitalares depende basicamente do estabelecimento de processos comunicativos. Envolve ainda reflexões sobre o processo de trabalho em saúde.

Na literatura brasileira da área destaca-se a análise crítica feita por Rivera (1989, p. 158), que aponta duas grandes limitações na proposta metodológica do CPPS: a) o tratamento estanque concedido às diferentes etapas ou formas de análise, quando, em verdade, o processo político é interativo, com várias fases acontecendo repetidas e simultaneamente e se imbricando mutuamente; b) o fato da proposta do CPPS assumir que o único ator facultado a elaborar uma imagem-objetivo é a autoridade política, quando, no entanto, todos os atores políticos e sociais têm essa capacidade.

A proposta do CPPS toma como objeto de planejamento não mais o nível local do setor saúde, unidade programática de produção de serviços voltada à melhoria do nível de saúde de uma dada população recortada no espaço geográfico e político-administrativo de um país, mas sim o sistema de saúde, entendido como uma unidade complexa formada por três níveis: além da base produtiva, denominada nível técnico-operacional, nível político administrativo e nível técnico-normativo. A planificação de saúde, assim, não se restringe à programação de serviços, mas se amplia com a definição de políticas, diretrizes e estratégias para o desenvolvimento e adequação de vários componentes do sistema, quais sejam, gestão, financiamento, organização dos serviços e infraestrutura de recursos físicos, humanos e materiais.

4 MÉTODO

4.1 Base teórica-metodológica

Estudo misto de natureza qualitativa com desdobramentos quantitativos para subsidiar a construção de indicadores de saúde mental orientado pelos pressupostos da Hermenêutica crítica. O presente estudo é parte de um recorte de um projeto maior intitulado “**GESTÃO EM REDES COMPARTILHADAS: espaços de tecnologia e inovação para o cuidado na atenção primária à saúde**” vinculado a agência de fomento FUNCAP (Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico).

A escolha pela pesquisa qualitativa deu-se em virtude desta envolver aspectos do campo da subjetividade, da singularidade e da compreensão, perpassando pelas diversas dimensões do sujeito (biopsicossocial), além estar embasada nas ciências humanas e sociais, sendo portanto, imprescindível para um estudo que está atrelado a saúde mental e suas implicações no cuidado ao indivíduo com transtorno mental, além de ser uma possibilidade de desvelar os sentidos e significados envolvidos nessa temática.

A pesquisa qualitativa é aquela que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, sendo fruto das interpretações que homens estabelecem acerca de como vivem, da maneira como são construídos os seus artefatos e até a si mesmos, bem como a forma como sentem e pensam (MINAYO, 2013).

Permite trazer à tona processo sociais ainda pouco conhecidos relacionados a grupos sociais específicos, viabilizando a construção de novas abordagens, além de revisão e criação de novos conceitos e categorias no decorrer da investigação. É utilizada para a elaboração de novas hipóteses, construção de indicadores qualitativos, variáveis e tipologias (MINAYO, 2013).

4.2 O cenário do estudo

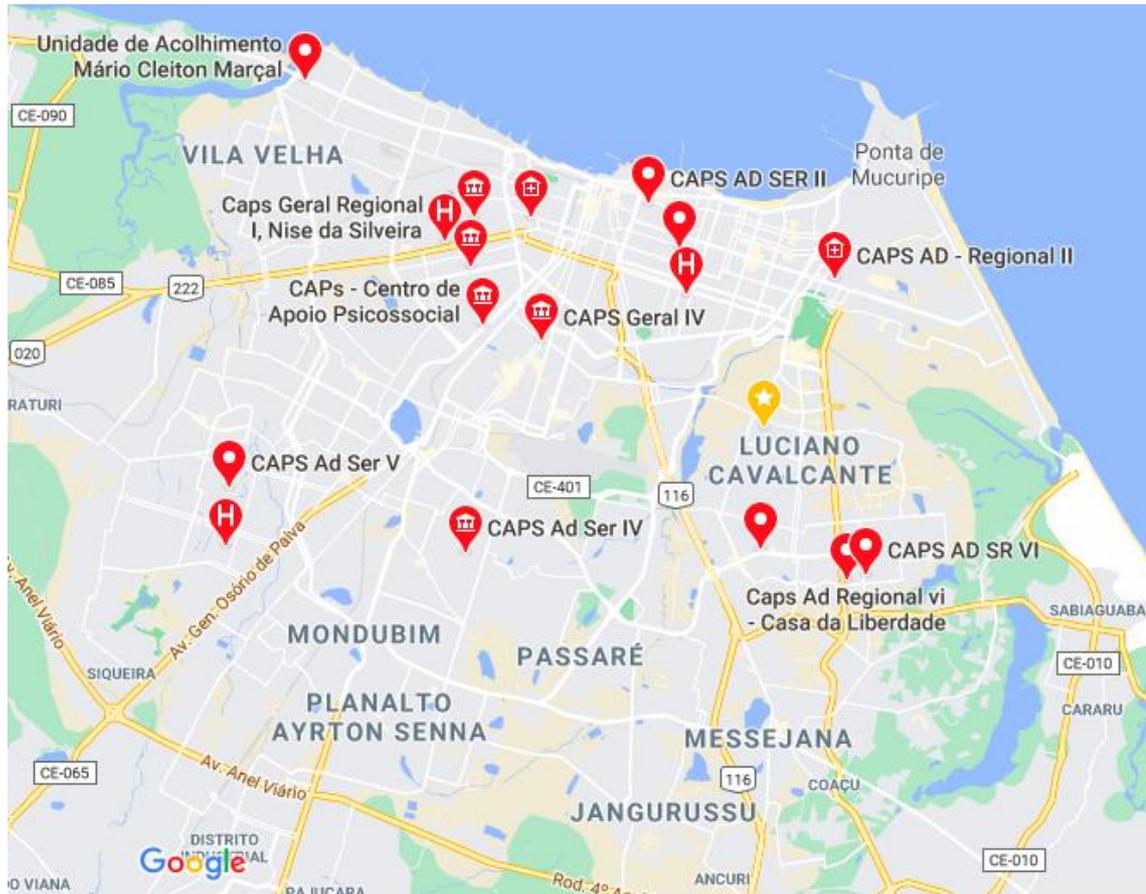
O estudo foi realizado na cidade de Fortaleza, capital do estado do Ceará. O município de Fortaleza está dividido administrativamente em sete Secretarias Executivas Regionais, que são intituladas de acordo com a numeração I a VI acrescida da Regional do Centro (Cercefór). Essas regionais abrigam atualmente 119 bairros em cinco distritos que, historicamente, eram vilas isoladas ou mesmo municípios antigos que foram incorporados à capital em decorrência da expansão dos limites do município (FORTALEZA, 2018e).

Assim, o estudo foi desenvolvido em 10 CAPS (quatro álcool e outras drogas, quatro tipo II e dois tipo III); um hospital psiquiátrico que é referência para os atendimentos de urgência em saúde mental; a sede administrativa do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); a diretoria administrativa da Organização Social de Saúde (OSS) que gerencia seis Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) do município; e a sede da Secretaria Estadual de Saúde, local onde ocorrem as reuniões da coordenadora da Comissão Intersetorial de Saúde Mental (CISM). Todos os serviços e instituições mencionados localizam-se na cidade de Fortaleza, no nordeste brasileiro. A coleta dos dados ocorreu no período de setembro de 2018 a outubro de 2019.

O SAMU Fortaleza foi selecionado por compor o serviço pré-hospitalar de atendimento da rede de saúde. Optou-se pelas UPAs gerenciadas pelo Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH) em virtude do tempo de administração desses serviços por esta instituição, pois é algo que ocorre há mais de 02 anos. O Hospital de Saúde Mental foi selecionado por ser único serviço de atenção terciária que presta assistência a paciente com transtornos mentais. E, por fim, os CAPS que atendem a população adulta com transtornos mentais decorrentes ou não do uso de drogas.

A Rede de Atenção Psicossocial do Município de Fortaleza tem disponível 15 CAPS, sendo seis na modalidade CAPS GERAL, sete CAPS AD – Álcool e Drogas e dois CAPS Infantis. O perfil de atendimento são pessoas que apresentam sofrimentos psíquicos e/ou transtornos mentais severos e persistentes além de dependentes químicos. Nesses casos, o cuidado é partilhado com a Atenção Primária e com os recursos comunitários do território (FORTALEZA, 2018b).

Figura 1 - Distribuição territorial dos CAPS no município de Fortaleza



Fonte: Fortaleza, 2021.

O município também dispõe de um hospital destinado ao atendimento psiquiátrico. O Hospital de Saúde Mental Frota Pinto, que compõe a estrutura organizacional da Secretaria de Saúde do Estado, é referência para o atendimento em Psiquiatria no Estado do Ceará. Integrante da rede hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS), o HSMM dispõe de dois hospitais-dia com sessenta leitos distribuídos no atendimento a psicóticos e dependentes químicos, um núcleo de atenção à infância e adolescência, uma unidade de desintoxicação (álcool e outras drogas) com 20 leitos masculinos e quatro unidades de internação, duas masculinas e duas femininas com quarenta leitos cada, assegurando assistência gratuita a seus pacientes em clínica psiquiátrica e reabilitação biopsicossocial multidisciplinar. É ainda campo de estudo, pesquisa e formação para profissionais da área de saúde mental (CEARÁ, 2018).

4.3 Os participantes do estudo

Para os estudos de natureza qualitativa, é importante identificar qual indivíduo ou grupo de pessoas possui vinculação com o fenômeno que está sendo estudado, quem são os sujeitos ou atores sociais que tiveram a experiência de vivenciar determinada situação de interesse para o pesquisador e que se dispõem a fornecer informações sobre suas experiências, suas práticas e seu ponto de vista em fenômeno estudado (SANTANA, 2010).

Minayo (2013) propõe que “a pesquisa qualitativa não se baseia no critério numérico para garantir a sua representatividade. A amostragem boa é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões”. Assim, o estudo qualitativo não tem a pretensão de generalizar os seus resultados nem os tornar representativos de uma realidade mais ampla. Cada informação representa apenas a experiência que foi focalizada (SANTANA, 2010).

O Quadro 3, a seguir, representa os grupos de participantes que colaboraram com o estudo sendo considerados coordenadores e profissionais dos serviços de saúde selecionados, bem suas características e os respectivos critérios de inclusão e exclusão, assim, como a quantidade.

Quadro 3 - Participantes do estudo

Grupo	Característica	Critérios de inclusão e exclusão	Quantidade
Coordenador	Coordenador do hospital mental	Inclusão: Estar atuando no cargo há pelo menos 06 meses; Exclusão: Estar de férias ou licença no período da coleta das informações.	01
	Coordenador do CAPS;		10
	Coordenador da gestão organizacional das UPAs - ISGH		02
	Coordenador CISM;		01
	Coordenador do SAMU Fortaleza		01
Total de participantes			15

Fonte: elaborado pela autora.

A Comissão Intersetorial de Saúde Mental – CISM, do Conselho Estadual de Saúde - CESAU responsável pelo Controle Social das Políticas de Saúde Mental do Estado do Ceará, tem como finalidade contribuir com o Conselho Estadual de Saúde nas discussões de temas,

propostas e estratégias para subsidiar a formulação, o acompanhamento e a avaliação para o Controle Social das Políticas de Saúde Mental (CESAU, 2016).

4.4 Técnicas de coleta de informações

Por tratar-se de um estudo de natureza qualitativa, para a obtenção das informações, foram utilizadas as técnicas de entrevista semiestruturada juntamente com o roteiro de perguntas disparadora e a análise de documentos das fichas de internação e alta do hospital mental de referência.

Entrevista semi-estruturada

A entrevista é considerada uma fonte de informações que pode fornecer dados relacionados diretamente ao indivíduo entrevistado. Trata-se de informações relacionadas sobre as reflexões do próprio sujeito sobre a realidade vivenciada e que alguns denominam “subjetivos” e só podem ser obtidos por meio de contribuição pessoal. Estabelecem uma representação da realidade através de ideias, crenças, modos de pensar, opiniões, sentimentos, formas de sentir e de atuar, projeções para o futuro, razões conscientes ou inconscientes de determinadas atitudes e comportamentos (MINAYO, 2013).

Trata-se do encontro entre duas pessoas por iniciativa de uma delas, que tem um objetivo específico, mas que só se consolida com a anuência das duas partes, é orientada para buscar respostas para os objetivos da pesquisa (SANTANA; NASCIMENTO, 2010).

Para o desenvolvimento dessa técnica, foi necessário a passagem pelos seguintes momentos, conforme define Creswell (2014): elaboração das perguntas para serem respondidas; seleção dos entrevistados que tenham afinidade com o tema em estudo; determinação do tipo de entrevista que será utilizada; escolha do formato de registro mais adequado; utilização de um protocolo de entrevista; determinação do local de realização da entrevista.

Dessa forma, para o presente estudo foi utilizada o roteiro de perguntas abertas elaborado com o intuito de sanar os questionamentos que encontra-se disponível no Apêndice B. As entrevistas foram realizadas de maneira individualizada (apenas o pesquisador e o entrevistado) e foram registradas por meio da utilização de gravadores em formato de áudio Mp3, as mesmas foram realizadas no local de atuação dos sujeitos participantes.

Documentos

A pesquisa documental possibilita realizar alguns tipos de reconstruções, pois o documento, seja escrito ou não, constitui uma fonte extremamente preciosa, permanecendo

como um testemunho de atividades particulares ocorridas num passado distante e, inclusive, recente (CELLARD, 2008).

Flick (2009) orienta sobre os desafios no uso de documentos nas pesquisas qualitativas, argumentando que “*não se deva partir de uma noção de existência de uma realidade factual nos documentos comparada às opiniões subjetivas presentes nas entrevistas*” (p.234), não devendo dessa forma, serem utilizados para validação das entrevistas, mas empregados como novos argumentos que podem ser coincidentes, complementares e/ou divergentes, possibilitando um adensamento às análises.

Os documentos são impossíveis de serem transformados, é necessário aceitá-los como eles se apresentam, mesmo que estejam incompletos, parciais ou imprecisos. Assim, torna-se essencial saber compor com fontes documentais, mesmo as mais pobres, visto que, na maioria das vezes, elas são as únicas que podem ilustrar algo sobre determinada situação. Contudo, continua sendo de suma importância, avaliar adequadamente, com um olhar crítico, a documentação que se pretende analisar (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009).

Para o presente estudo, serão consideradas as dimensões e as características dos documentos que nortearão a seleção dos documentos a serem analisados, conforme está disposto no Quadro 4 a seguir.

Quadro 4 - Dimensões e características estruturais dos documentos

DIMENSÃO	CARACTERÍSTICAS
Contexto	Avaliação do contexto histórico no qual o documento foi elaborado, a dimensão sócio-política do autor e daqueles a quem foi destinado. Associado a uma análise da conjuntura socioeconômica e política que favoreceu a produção de um determinado documento.
Autor(es)	Ter um bom conhecimento prévio da identidade da pessoa que se expressa, de seus interesses e dos motivos que a levaram a escrever
Autenticidade e a confiabilidade do texto	Assegurar-se da qualidade da informação transmitida e verificar a procedência do documento. É importante estar atento para a relação existente entre o autor e o que ele escreveu.
Natureza do texto	Considerar a origem do texto, abertura do autor, os subentendidos, a estrutura de um texto pode variar enormemente, conforme o contexto no qual ele é redigido.
Conceitos-chave e lógica interna do texto	Delimitar corretamente o sentido das palavras e dos conceitos-chave presentes em um texto e avaliar sua importância e seu sentido, segundo o contexto preciso em que eles são aplicados. É útil examinar a lógica interna, o esquema ou o plano do texto.

Fonte: Cellard (2008); Sá-Silva; Almeida; Guindani, (2009).

O documento como fonte de pesquisa pode ser escrito e não escrito, tais como filmes, vídeos, slides, fotografias ou pôsteres. Esses documentos são utilizados como fontes de informações, indicações e esclarecimentos que trazem seu conteúdo para elucidar determinadas questões e servir de prova para outras, de acordo com o interesse do pesquisador (FIGUEIREDO, 2007).

A seleção dos documentos emergiu do cenário da pesquisa, assim sendo foram coletadas fichas de internação e a alta de psiquiatria do hospital no período de 2012 a 2018. Ao todo foram 80 fichas, que possibilitaram obter dados acerca da identificação do paciente, data da internação e da alta, Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª edição (CID-10) do capítulo V e motivo de alta. Tal período foi delimitado pela disponibilidade dos dados, bem como por ser a partir de 2011 que a Política de Saúde Mental instituiu a RAPS no cenário brasileiro. Optou-se por não utilizar os dados de 2019 devido a incompletude dos dados.

Para a coleta destes, utilizou-se dados disponibilizados em arquivos de formato de planilha fornecidos pelo hospital mental através da elaboração do Termo de Fiel Depositário, conforme consta no Apêndice A.

Dessa forma, a seleção desses documentos dar-se-á pela sua importância para subsidiar o estabelecimento das diretrizes para a gestão tanto estadual como municipal no que concerne ao setor de saúde para o período de implementação dos projetos dos referidos governos.

4.5 Plano de análise

4.5.1 Análise qualitativa

A interpretação das informações foi fundamentada pela Hermenêutica Crítica, sendo a análise orientada pelos passos, sugeridos por Minayo e adaptado por Assis e Jorge, que constaram da ordenação dos dados, classificação e análise final dos mesmos.

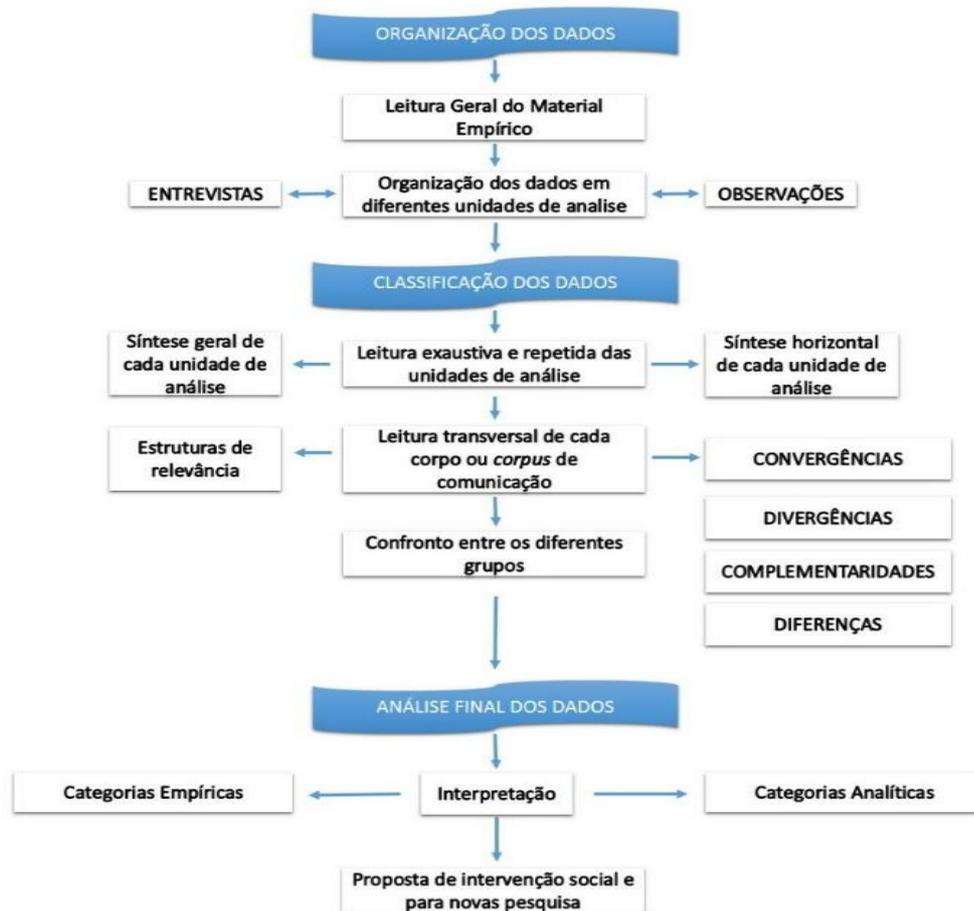
A hermenêutica crítica contribui, direta ou indiretamente, para explicar pontos centrais dos estudos, possibilitando reconhecer diversos interesses e resistências que se colocam naquele campo determinado de interações, criando novas possibilidades para sua ressignificação e reconstrução (VIANA; COSTA; BRITO, 2016).

A hermenêutica crítica, nas discussões contemporâneas, oferece uma alternativa às filosofias da ciência, conformadas com a mera apreensão do mundo empírico, e as confrontou,

colocando-se na contracorrente dos modos dominantes de pensamento científico. A partir dessa proposição, a tarefa reconstrutiva da hermenêutica crítica diz respeito à sua aplicação como uma reflexão que se debruça sobre os discursos já operantes, mas com princípio e atitude propiciadores da construção de novos discursos em estudos críticos (VIANA; COSTA; BRITO, 2016).

Destarte, para a análise dos dados seguiu-se os passos sugeridos por Minayo (2013) e adaptado por Assis e Jorge (2010), que envolve a ordenação dos dados, classificação e análise final dos mesmos, conforme exposto na figura III a seguir.

Figura 2 - Plano de análise dos dados



Fonte: adaptado de Assis; Jorge (2010).

Assim, a primeira etapa, a *ordenação* consta da organização do material, complementar a leitura do conteúdo para se ter as primeiras orientações e impressões em relação às mensagens representadas nos discursos. Nesse momento, foi realizado o contato

inicial com o material empírico coletado, foram feitas as transcrições dos áudios, a leitura geral do material transcrito e a organização dos diferentes dados contemplados nas entrevistas- e nos documentos.

A segunda etapa denominada *classificação* dos dados envolveu a construção dos dados empíricos que tomou como base a teoria que sustenta a pesquisa. Esse momento envolve o conjunto de dados empíricos que foram submetidos aos procedimentos analíticos, orientados pelas seguintes regras: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Esta fase foi desenvolvida em dois momentos:

1º momento: foi realizada a leitura exaustiva e “flutuante” do material coletado nas entrevistas e documentos, na busca de estabelecer núcleos de sentido, a partir das ideias centrais sobre o tema em questão.

Este momento viabilizou a montagem de esquemas de análise dos grupos entrevistados, relacionando a síntese de cada unidade de análise aos núcleos de sentido. Foram estabelecidas as sínteses horizontais - permitindo mostrar os temas e as ideias comuns entre os sujeitos entrevistados por unidade temática analisada (em blocos convergentes e divergentes, complementares e diferentes) que foram evidenciados nos diferentes quadros de análise. Destaca-se nesse momento, as “estruturas de relevância”, que significa, segundo Minayo (2013), a apreensão das ideias centrais do texto e/ou fala e a transmissão dos momentos-chave de sua existência sobre o tema em foco.

Em cada entrevista, foram extraídas as falas correspondentes aos núcleos de sentido e, em seguida, fazer uma síntese. Ao final, um quadro foi construído para cada grupo de entrevistados, nos quais os núcleos de sentido de cada texto foram confrontados entre si. Posteriormente, foram confrontados a síntese de cada núcleo entre os diferentes grupos.

Como resultado do confronto das sínteses horizontais entre os diferentes grupos e de contínuas leituras do conteúdo das entrevistas, foram construídas as categorias empíricas do estudo.

2º momento: leitura transversal de cada corpo ou *corpus* de comunicações, estruturados a partir dos núcleos de sentido, percebidos nos diferentes grupos que compõe a análise, fazendo-se a filtragem dos temas mais relevantes relacionados ao objeto, as questões orientadoras e aos pressupostos teóricos.

A última etapa do estudo foi a análise final dos dados que conforme enfatiza Assis e Jorge (2010), o encontro da especificidade do objeto, pela prova do vivido, com as relações essenciais que são estabelecidas nas condições reais e na ação particular e social. Para a análise do contexto, exige-se um movimento contínuo entre os dados empíricos e o referencial teórico

proposto pelo pesquisador. Nesta fase foi ~~será~~ realizada o entrecruzamento entre as diferentes informações coletadas.

4.5.1.1 Software Nvivo

Para auxiliar na organização do material a ser analisado e estruturação dos resultados, utilizou-se o software NVivo versão 10.0, neste caso o material oriundo das entrevistas com os gestores e gerentes dos serviços de saúde mental.

O referido software trabalha com o conceito de projeto, no qual as fontes de informação do projeto, assim como os dados gerados durante o processo de análise, como categorias de informações, são armazenadas em um banco de dados (BRINGER; JOHNSTON; BRACKNRIDGE, 2006). Um projeto pode ser salvo e armazenado em meios de transporte, como *pen-drive* e CD ou, ainda, enviado por *e-mail*, como qualquer arquivo, pois o mesmo trabalha com a perspectiva de “importação” e “exportação” de dados. O pesquisador pode criar suas pastas pessoais e estruturar a organização de seus arquivos, que podem ser de diferentes formatos de texto, imagem ou som.

Entre as principais estruturas de um projeto NVivo estão os *Nodes* ou nós, que podem ser do tipo *Free Node* (um nó isolado) ou *Tree Node* (uma árvore de nós). Um nó é uma estrutura para armazenamento de informações codificadas e pode assumir significados diferentes, dependendo da abordagem metodológica utilizada na pesquisa. Se essas categorias tiverem subcategorias, então será utilizada uma estrutura de árvore de nós.

Para tanto, o processamento dos dados no NVivo envolve as seguintes etapas (LAGES, 2008):

Estruturação do projeto no ambiente do NVivo:

- a) Cadastramento do projeto no software;
- b) Inserção do material a ser analisado (transcrições das entrevistas);
- c) Atribuição de atributos para amostra participante;
- d) Associação dos atributos a cada entrevistado.

Codificação e análise dos dados:

- a) Codificação das respostas nos “nós” correspondentes;
- b) Criação de árvores de nós com as subcategorias encontradas;
- c) Análise das categorias a partir dos atributos dos participantes;
- d) Geração das representações gráficas das categorias encontradas.

Preparação do relatório:

- a) Produção dos relatórios gráficos com as informações relacionadas ao processo de análise dos dados;
- b) Extração pela função *export* e *análise* dos modelos, tabelas e seguimentos do texto que irão ilustrar o relatório da pesquisa.

Para tanto, na análise do material empírico utilizou-se a técnica de “nuvem de palavras” que consiste em uma forma de visualização de dados linguísticos, que revela a frequência com que as palavras aparecem em um dado contexto. A técnica de construção desta nuvem embasa-se em usar tamanhos e fontes de letras diferentes de acordo com as ocorrências das palavras na categoria analisada, gerando uma imagem que apresenta um conjunto de palavras, coletadas do corpo do texto e agrupadas de acordo com sua frequência, sendo que as palavras mais frequentes localizam-se no centro da imagem e as demais ao seu redor, de forma decrescente. Dessa maneira, a aplicabilidade desta técnica contribui para a visualização do que é mais relevante nas entrevistas (DIAS *et al.*, 2014).

4.5.2 Análise quantitativa

Os dados foram organizados em arquivo de Excel e, posteriormente, analisados por meio do Programa Estatístico SPSS (Statistical Package for Social Science for Windows versão 23), através da elaboração de medidas de tendência central e dispersão. A análise de dados foi realizada por estatística descritiva, utilizando-se a frequência das variáveis por meio de seus números absolutos e percentuais. Tais informações subsidiaram a construção de indicadores de natureza quantitativa.

4.6 Construção de indicadores em saúde mental

Espera-se que os indicadores possam ser analisados e interpretados com facilidade, e que sejam compreensíveis pelos usuários da informação, especialmente gerentes, gestores e os que atuam no controle social do sistema de saúde. Quando produzidos de maneira regular e manejados em um sistema dinâmico, os indicadores são instrumentos valiosos para a gestão e avaliação da situação de saúde, em todos os níveis (BRASIL, 2008).

Ao elaborar indicadores para avaliar o CAPS tipo III os componentes envolvem os seguintes aspectos centrais e seus respectivos desdobrados, sendo estes: o nome do indicador;

sua definição (que problemática aborda); interpretação (que aspecto permite avaliar); fonte de dados (onde obter as informações necessárias); período de aferição (intervalo de tempo entre uma aferição e a próxima); método de cálculo (o que deve compor numerador e denominador do indicador); e observações complementares para indicadores específicos (ONOCKO-CAMPOS et al., 2017), conforme exposto no Quadro V abaixo.

Quadro 5 - Matriz de Análise para a construção de Indicadores

Temas	Nome do Indicador	Definição	Interpretação	Fonte de dados	Período	Método de cálculo	Observação

Fonte: Onocko-Campos *et al.* (2017).

No presente estudo foram elaborados indicadores de saúde que qualitativos e quantitativos por compreender que alguns aspectos relacionados a RAPS envolvem diferentes concepções tangíveis ou intangíveis.

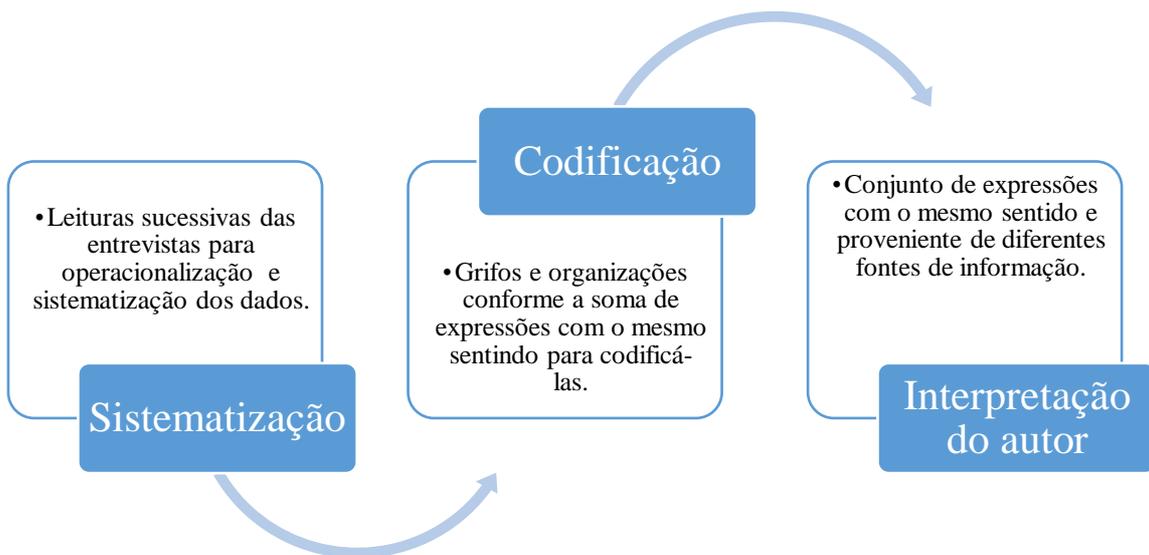
Para construir indicadores qualitativos, é importante assumir sua natureza hermenêutica que envolve a origem da produção de indicadores que deve envolver a realidade empírica e concreta. É preciso entender que os atores sociais, ao se comunicarem sobre qualquer assunto do mundo da vida, são construídos com os próprios atores que fazem parte do estudo avaliativo e, a não ser em casos culturais mais ou menos homogêneos, não podem e não devem ser replicados (MINAYO, 2009).

É conveniente frisar que os indicadores podem surgir de observações nas dimensões qualitativa e quantitativa, embora, tradicionalmente, tenha-se privilegiado a última. Na dimensão quantitativa, números absolutos podem ser utilizados como indicadores, tais como a contagem - incidência- de casos de um evento de saúde-doença em um período. Números absolutos podem expressar quantitativamente também o coletivo de pessoas que, em virtude de um hábito, se encontram expostas a um risco (MERCHÁN-HAMANN; TAUIL; COSTA, 2000).

Os indicadores expressos em números absolutos devem ser utilizados com cautela quando se fazem comparações em virtude de suas limitações intrínsecas. No nível programático, porém, eles podem orientar o dimensionamento de demandas de insumos de laboratório, de recursos terapêuticos ou profiláticos. Números absolutos também podem ser o resultado de cálculos, por exemplo, o cálculo de anos potenciais de vida perdidos (MERCHAN-HAMANN; TAUIL; COSTA, 2000).

Seguindo os passos de Alves et al. (2018), iniciou-se pela a análise sistematizada das entrevistas, que teve por objetivo identificar nas falas dos gestores relatos referentes as estratégias presentes (ou sugeridas) que poderiam ser utilizados no processo de planejamento das ações dos serviços, relatos estes que colaborassem para a construção de indicadores qualitativos de saúde mental.

Figura 3 - Etapas do processo de elaboração dos indicadores de saúde mental



Fonte: elaborada pela autora.

4.7 Validação dos indicadores de saúde mental

Após a elaboração dos indicadores em saúde mental, realizou-se o processo de validação dos mesmos por meio de validação de conteúdo através do Coeficiente de Validação de Conteúdo (CVC).

A validade, de maneira geral, refere-se ao grau em que um instrumento mede realmente a variável que pretende mensurar. Entre os tipos de validade, destaca-se a de conteúdo que indica em que medida o instrumento possui uma amostra apropriada de itens para medir o constructo específico e cobrir adequadamente seu domínio (POLIT; BECK, 2011; SAMPIERI; CALLADO; LÚCIO, 2013).

Os indicadores desenvolvidos foram organizados em um manual que foi enviado aos juízes por meio eletrônico. Os critérios que os juízes utilizaram para avaliar as questões foram clareza e pertinência, apresentadas em uma escala do tipo Likert (graduada de 1 a 5). Nesse sentido, aos juízes, foram feitas as seguintes perguntas: (14,15) em relação à clareza

(CVC), “Você acredita que este indicador está claro o suficiente para o entendimento de gestores e profissionais de saúde (população alvo)?”; e, em relação à pertinência (CVC), “Você acredita que este indicador é pertinente ao estudo e à população alvo?” (SALDANHA *et al.*, 2015).

Uma escala tipo Likert foi utilizada para avaliar a concordância e a representatividade dos itens e as respostas incluirão cinco opções: 1= Discordo totalmente, 2 = Discordo, 3 = Não concordo nem discordo, 4 = Concordo e 5 = Concordo totalmente. O escore do índice será calculado por meio das somas de concordância dos itens marcados em 4 ou 5 pelos especialistas.

Dez juízes avaliadores participaram desta etapa. Os critérios de inclusão dos juízes avaliadores foram: experts na temática com, pelo menos, de 05 a 10 anos de atuação profissional; grau de Mestre ou Doutor na área da saúde; e docência ou assistência em Saúde Pública ou Saúde Mental.

No que concerne à clareza, os itens poderiam ser avaliados como com pouquíssima clareza (1) ou até muitíssima clareza (5). Na escala de pertinência, as questões poderiam ser julgadas como com pouquíssima pertinência (1) ou muitíssima pertinência (5). Além das duas escalas, ao lado de cada questão, era possibilitado aos avaliadores um julgamento qualitativo, a fim de contribuir para o aprimoramento do manual (15). Para a literatura, são consideradas aceitáveis os itens que obtiverem o CVC total do questionário (CVCt) variando entre 0,7 e 0,8 após a aplicação do cálculo (NAKANO; SIQUEIRA, 2012).

Para tanto, o cálculo do CVC é realizado seguindo cinco etapas. A primeira, com base nas notas dos juízes (1 a 5), calcula-se a média das notas de cada item (M_x). Em seguida (segunda etapa), com base na média (M_x), calcula-se o CVC inicial para cada item (CVC_i), dividindo-se pelo valor máximo que a questão poderia receber de pertinência ou clareza. Na terceira etapa, calcula-se o erro (Pe_i), para descontar possíveis vieses dos juízes avaliadores, para cada questão. Neste caso, divide-se um (1) pelo número de juízes avaliadores, elevado pelo mesmo número de avaliadores. Com isso, o CVC final (quarta etapa) de cada item/ questão (CVC_c) poderá ser calculado a partir da subtração do CVC_i pelo Pe_i . A última etapa é destinada para o CVC total do questionário (CVCt), para cada uma das características (clareza de linguagem e pertinência prática). Consiste em subtrair a média do CVC_i ($MCVC_i$) pela média do Pe_i (MPe_i) (CASSEP-BORGES; TEODORO, 2007).

4.8 Aspectos éticos

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará e a coleta de dado só foi iniciada após a aprovação do referido comitê.

Em se tratando dos aspectos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos, consta na Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 que: “toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco. O dano eventual poderá ser imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade” (BRASIL, 2012).

Os sujeitos do estudo tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido atendendo aos princípios éticos, conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - ver Apêndices E, F, G, foram assinados em duas vias por todos os participantes do estudo.

Assim, a pesquisa seguiu todos os aspectos éticos presentes na Resolução 466/12 que implicam em respeito ao participante da pesquisa, em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida; além de garantir que danos previsíveis serão evitados (BRASIL, 2012).

No que concerne ao sigilo, este foi garantido e não houve possibilidade de identificação do sujeito tendo em vista que as falas foram sistematizadas em grupos de sujeito, bem como a identificação dos informantes-chave ocorreu o a partir do seu local de trabalho e não pelo cargo ou função ocupada.

Garante-se que a pesquisa não trouxe nenhuma forma de prejuízo para os participantes e que todos os possíveis riscos e transtornos advindos foram minimizados. Ademais, salienta-se que o presente estudo trouxe benefícios para os participantes, uma que há um comprometimento com a devolutiva dos dados. Os resultados da pesquisa serão publicados em artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, mas sem identificar os participantes do estudo.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para apresentação dos resultados desta pesquisa, optou-se por organizá-los na conformação de artigos, sendo que todos foram previamente enviados e submetidos para avaliação em periódicos da área, conforme a descrição a seguir.

ARTIGO 01: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM SAÚDE MENTAL: ECOS DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Submetido à Revista Saúde e Sociedade.

Situação: Enviado (aguardando resposta).

ARTIGO 02: PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO EM SAÚDE MENTAL: AVANÇOS, ENTRAVE E DESAFIOS

Submetido à Revista Gestão e Conexões

Situação: Enviado (aguardando resposta).

ARTIGO 03: INDICADORES QUALITATIVOS DE SAÚDE MENTAL: CONTRIBUIÇÕES PARA A ASSISTÊNCIA EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Submetido à Revista Salud Colectiva.

Situação: Enviado (aguardando resposta).

ARTIGO 04: INDICADORES DE SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES PARA O PLANEJAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Submetido à Revista Caderno de Saúde Pública.

Situação: Enviado (aguardando resposta).

ARTIGO 05: MANUAL DE INDICADORES DE SAÚDE MENTAL: COEFICIENTE DE VALIDADE DE CONTEÚDO (CVC)

Submetido à Revista Panamericana de Saúde Pública.

Situação: Enviado (aguardando resposta).

5.1 Artigo 01 - urgência e emergência em saúde mental: ecos do hospital psiquiátrico na rede de atenção psicossocial

RESUMO

Objetivou-se discutir a assistência em saúde mental em situações de urgência e emergência na Rede de Atenção Psicossocial. Trata-se de uma pesquisa qualitativa ancorada nos pressupostos da hermenêutica realizada em 15 serviços de saúde (CAPS, hospital psiquiátrico, UPA, SAMU e CISM) da Rede de Atenção Psicossocial de em uma capital do nordeste brasileiro. A coleta dos dados ocorreu no período de setembro de 2018 a outubro de 2019 que contou com a participação de 15 gestores dos serviços anteriormente citados. Utilizou-se a técnica de entrevista semiestruturada e a Hermenêutica Crítica para interpretação dos dados. O *software* NVivo versão 10 foi utilizado para auxiliar no processamento e análise dos dados. Obteve-se aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa para realização da pesquisa. A análise dos dados culminou na categoria temática “*Urgência e emergência psiquiátricas na Rede de saúde mental: desencontros e fragilidades*”. Restringir o encaminhamento dos sujeitos em crise psíquica para o hospital psiquiátrico conduzi-nos aos primórdios da Psiquiatria clássica, contudo, o hospital psiquiátrico continua sendo a instituição de referência para assistência em situações de urgência e emergência. A ausência de uma linha de cuidado contribui para a fragilidade do cuidado e para os desencontros na prestação da assistência.

Palavras-chaves: Saúde Mental. Serviços de Emergência Psiquiátrica. Assistência à Saúde Mental. Serviços de Saúde Mental.

ABSTRACT

The objective was to discuss mental health care in urgent and emergency situations in the Psychosocial Care Network. This is a qualitative research based on the assumptions of hermeneutics carried out in 15 health services (CAPS, psychiatric hospital, UPA, SAMU and CISM) of the Psychosocial Care Network in a capital of northeastern Brazil. Data collection took place from September 2018 to October 2019, with the participation of 15 managers of the previously mentioned services. The semi-structured interview technique and Critical Hermeneutics were used to interpret the data. NVivo version 10 software was used to assist in data processing and analysis. Approval was obtained from the Research Ethics Committee to conduct the research. Data analysis culminated in the thematic category “*Psychiatric urgency and emergency in the mental health network: disagreements and weaknesses*”. Restricting the

referral of subjects in psychic crisis to the psychiatric hospital led us to the beginnings of classical psychiatry, however, the psychiatric hospital remains the reference institution for assistance in urgent and emergency situations. The absence of a line of care contributes to the fragility of care and to the mismatches in the provision of assistance.

Keywords: Mental Health. Emergency Services Psychiatric. Mental Health Assistance. Mental Health Services.

INTRODUÇÃO

Decorridos 40 anos do Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, movimento este de caráter político, econômico e social que propôs uma revolução na assistência psiquiátrica por meio de um modelo de cuidado centrado no indivíduo e na sua singularidade. Ainda são incessantes as lutas para produzir efetivamente uma atenção integral, rompendo com a lógica manicomial, hospitalocêntrica e médico-centrada.

Como impacto dessa transformação na assistência psiquiátrica, idealizou-se o fechamento de hospitais psiquiátricos e abertura de serviços substitutivos, processo esse que não foi *pari passo*. Nesse ínterim, políticas públicas foram reformuladas, estratégias de formação acadêmica e profissional foram desenvolvidas e uma rede de saúde específica foi elaborada para a assistência em saúde mental, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a fim de promover o processo de reformulação do cuidado em saúde mental.

A estruturação da RAPS implica na capilarização do cuidado em saúde mental pelos diversos níveis de atenção à saúde e representa um avanço no sentido de operacionalizar o cuidado psicossocial, pois conforme Paulo Amarante e Eduardo Torre¹ a construção de uma rede de dispositivos e serviços de saúde mental e atenção psicossocial permite novos modos de se operacionalizar o cuidado, garantindo as pessoas em sofrimento mental o direito à cidadania, a vida e ao convívio.

A atenção em rede busca a integralidade do cuidado, possibilitando ações de promoção e prevenção à saúde, e o manejo de situações crônicas e agudas. No contexto da RAPS, dentre as necessidades de saúde emergem as situações de crise psiquiátrica. Nesse ínterim, os Serviços de Emergência Psiquiátricas (SEP) são uma das portas de entrada na rede, especialmente no caso de pessoas em surto psicótico.

Sendo considerados pontos-chaves em programas de prevenção e de aprimoramento terapêutico dos novos casos psiquiátricos além de representarem um marco fundamental na estruturação da rede de saúde mental, consistindo inclusive como termômetro do

funcionamento adequado da atenção primária e secundária, além de servir como um sistema “tampão” provisório para atender as demandas excedentes associadas às deficiências dos serviços extra hospitalares².

É válido ponderar que por meio de negociação política a partir de 2015, o Ministério da Saúde tem proposto ações que levaram o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Reforma Psiquiátrica (RP) a serem alvo de mudanças radicais e de importantes retrocessos³. Persistindo esse contexto, diretrizes governamentais relativas às políticas de saúde mental e publicações normativas tem representado ameaças às conquistas do processo de RP.

Na contramão dos postulados da atenção psicossocial, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) por meio da Resolução 32 de dezembro de 2017⁴, traz à tona novamente o modelo manicomial por meio do incentivo aos hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, cujo *modus operandi* se baseia na proibição, restrição dos direitos dos usuários e ainda na exclusão do convívio com a família e a comunidade.

Com isso, o cuidado personalizado e as estratégias de atenção psicossocial deixam de compor a linha de frente das diretrizes de cuidado, dando lugar à retomada de um modelo que privilegia o hospital. Assim, na atualidade, os desafios fundamentais para a RP perpassam pela garantia do atendimento à crise, a inclusão da Atenção Primária mediante a construção de parcerias com a Estratégia Saúde da Família (ESF), e a retaguarda dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) para cuidados intensivos⁵.

A importância da inclusão da saúde mental junto a todos os níveis de assistência à saúde se dá em decorrência da prevalência dos transtornos mentais nas populações, bem como pela ocorrência simultânea de transtornos físicos e mentais, atrelada a disparidade entre a demanda e a oferta, bem como a melhoria do acesso ao tratamento na Atenção Primária à Saúde (APS) e a proteção dos direitos humanos⁶⁻⁷.

Embora todos os dispositivos de atenção à saúde sejam de igual importância, percebe-se uma centralidade das publicações atuais no contexto dos CAPS, havendo produção insuficiente nos demais dispositivos da RAPS e a tímida participação de gestores nas pesquisas publicadas⁸. Diante desse contexto, indaga-se: como a RAPS se comporta para acolher as necessidades dos usuários em situações de urgência e emergência psiquiátrica? Assim, o presente artigo pretende discutir a assistência em saúde mental em situações de urgência e emergência na RAPS.

MÉTODOS

O estudo representa um destaque da tese intitulada 'Rede de Atenção Psicossocial e sua integração com a Urgência e Emergência: construção de indicadores de saúde mental coletiva', a qual recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Ceará, com número 3.178.835.

Dessa forma, trata-se de uma pesquisa qualitativa ancorada nos pressupostos da hermenêutica que caracteriza-se pela exigência de respostas não traduzíveis em números, haja vista tomar como material a linguagem em suas várias formas de expressão⁹.

Fizeram parte do cenário do estudo 10 CAPS (quatro álcool e outras drogas, quatro tipo II e dois tipo III); um hospital psiquiátrico que é referência para os atendimentos de urgência em saúde mental; a sede administrativa do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); a diretoria administrativa da Organização Social de Saúde (OSS) que gerencia seis Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) do município; e a sede da Secretaria Estadual de Saúde, local onde ocorrem as reuniões da coordenadora da Comissão Intersetorial de Saúde Mental (CISM). Todos os serviços e instituições mencionados localizam-se na cidade de Fortaleza, no nordeste brasileiro. A coleta dos dados ocorreu no período de setembro de 2018 a outubro de 2019.

Participaram desta investigação 10 gestores de CAPS, dos quais quatro eram do CAPS ad (álcool e outras drogas), quatro CAPS tipo II e dois do CAPS tipo III; o diretor hospital psiquiátrico; o diretor do SAMU; a coordenadora técnica da OSS que gerencia seis UPAs do município; a coordenadora de uma UPA; e a coordenadora da CISM.

Os participantes possuíam formação em Enfermagem (04), Medicina (03), Serviço Social (03), Administração (02) e Psicologia (03), os mesmos serão representados ao longo do texto por meio da seguinte identificação: *Part. 01...15*. Para participar do estudo, considerou-se com critério de inclusão: estar atuando na função há pelo menos 06 meses, sendo excluídos aqueles que estavam de férias ou de licença médica no período da coleta.

Utilizou-se a técnica de entrevista semiestruturada por trazer à tona informações de perspectivas e contextos diferentes, permitindo a melhor compreensão e integralização dos dados no processo de análise¹⁰, a mesma foi orientada por um roteiro de perguntas abertas acerca da percepção da RAPS (ações e serviços de saúde envolvidos), a integração entre os componentes dessa rede, em especial, em situações de urgência e emergência e a compreensão da assistência prestada na RAPS.

A interpretação das informações foi fundamentada pela Hermenêutica Crítica¹¹, sendo a análise orientada pelos passos, sugeridos por Minayo¹¹ e adaptado por Assis e Jorge¹², que constaram da ordenação dos dados, classificação e análise final dos mesmos.

As entrevistas foram inseridas no *software* NVivo versão 10 que auxilia no processamento e análise de dados de natureza qualitativa possibilitando a criação de nós e subnós que auxiliaram no processo analítico dos dados¹³.

Após a criação do banco de dados, iniciou-se a ‘exploração do material’ que consistiu na leitura exaustiva das entrevistas seguido do processo de codificação com a fragmentação dos conteúdos em núcleos de sentido. O processo resultante das sínteses horizontais e verticais culminou na categoria temática, “*Urgência e emergência psiquiátricas na Rede de saúde mental: desencontros e fragilidades*”. Para a análise do contexto, exige-se um movimento contínuo entre os dados empíricos e o arcabouço teórico.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A nuvem de palavras é formada pelos 30 vocábulos mais frequentes nos nós elaborados no software Nvivo a partir das leituras das entrevistas, esses possuem extensão igual ou maior do que três letras, e a disposição das palavras dar-se-á partir do percentual atribuído a cada palavra o que gera tamanhos diferentes entre elas.

No quadro 01 a seguir são apresentados os vocábulos mais frequentes bem como a porcentagem ponderada atribuída a cada um. Com isso, percebe-se que na nuvem de palavras os termos em destaque são: *paciente, CAPS, hospital mental, Rede de Atenção, emergência, SAMU e UPA* que representam os termos mais frequentes.

Tabela 1 - Frequência de palavras da categoria analítica

Palavra	Porcentagem ponderada (%)	Palavra	Porcentagem ponderada (%)
Paciente	2,03	Demanda	0,31
CAPS	1,23	Médica	0,31
Hospital	1,23	Clínica	0,28
Mental	1,08	Fluxo	0,28
Rede	1,02	População	0,28
Atenção	0,98	Perfil	0,25
SAMU	0,80	Profissionais	0,25
Emergência	0,77	Psiquiátrico	0,25
Upa	0,52	Transtorno	0,25
Saúde	0,49	Assistência	0,22
Equipe	0,43	Avaliação	0,22
Clínico	0,40	Família	0,22
Primária	0,40	Graves	0,22
Atendimento	0,34	Urgência	0,22
Crise	0,34	Alta	0,18

Fonte: NVivo 10.

A técnica de construção desta nuvem consiste em usar tamanhos e fontes de letras diferentes, de acordo com as ocorrências das palavras na categoria analisada, o que gera uma imagem que apresenta um conjunto de palavras coletadas do corpo do texto e agregadas de acordo com sua frequência, sendo que aquelas mais frequentes aparecem, de modo decrescente, no centro da imagem e as demais em seu entorno. Esta técnica pode ser compreendida como uma forma de visualização de dados linguísticos através da frequência de palavras que aparecem em um dado contexto¹⁴.

Figura 1 - Nuvem de palavras da categoria analítica



Fonte: NVivo 10

Análise da nuvem de palavras produzida no *software* Nvivo possibilitou apreender que na perspectiva dos gestores a assistência em saúde mental em situações de urgência e emergência envolve uma rede serviços com níveis de complexidade diferentes como o CAPS, hospital terciário, SAMU e UPA. Contudo, dentre esses há o predomínio e a permanência das práticas hospitalocêntrica, medicamentosa e distante do modelo psicossocial.

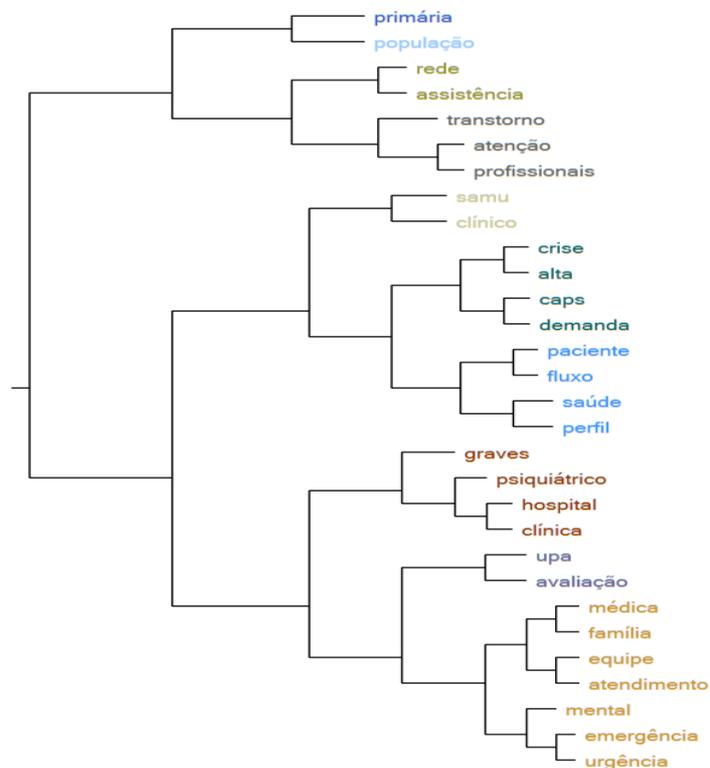
O cuidado em saúde mental ainda permanece centralizado em práticas que reverberam a hegemonia do modelo biomédico e isso pode ser percebido através da presença da palavra “médica” que faz menção as expressões “conduta médica”, “consulta médica”, “assistência médica” e o próprio profissional.

Contudo, destaque-se a centralidade da palavra “paciente” como sendo a mais frequente e com maior valor semântico, tal fato pode suscitar algumas reflexões, como: as ações estão sendo direcionadas para atender as demandas dos usuários com isso pode-se apreender que as necessidades dos usuários vêm ganhando destaque na conformação da rede de saúde no intuito de aprimorar os fluxos e possibilitar assistência para a condução das demandas, em especial, aquelas decorrentes de crises psiquiátricas.

Ademais, para auxiliar no processo analítico, utilizou-se de um dendograma elaborado a partir da análise de cluster que consiste em uma técnica exploratória que permite a visualização de padrões semânticos, agrupando fontes ou nós que compartilham palavras/valores/atributos semelhantes. As palavras que aparecem juntas são mais semelhantes do que as que aparecem separadas¹⁵.

Assim, foi realizada a análise de cluster pelo software Nvivo a partir do nó (nomenclatura do programa) utilizado na categoria analítica que através do coeficiente de Person, realizou a seleção por similaridade de palavras que culminou na elaboração do dendograma da figura 02, abaixo.

Figura 2 - Dendograma da categoria analítica



Fonte: NVivo 10.

A partir da análise do dendograma pode-se visualizar um afastamento significativo da temática saúde mental no contexto da urgência e emergência em relação a atenção primária.

Uma das estratégias de cuidado em saúde mental perpassa por uma avaliação realizada nas UPAs, porém em casos graves o serviço de escolha para a assistência na clínica psiquiátrica é o hospital. Com isso, destaca-se o protagonismo atribuído a equipe de saúde, em especial, na figura do médico e das condições familiares como condicionantes para as estratégias de cuidado.

O fluxo assistencial do cuidado em pacientes em crises psiquiátricas envolve serviços como o SAMU, as UPAs, o hospital psiquiátrico (protagonista) e o CAPS que é inserido na rede a partir do encaminhamento dado pelo hospital. Contudo, a demanda é elevada não sendo então absorvida pelo serviço com isso o paciente tem outra crise, retornando para o hospital que é considerado um espaço resolutivo de cuidado.

Urgência e emergência psiquiátricas na Rede de saúde mental: desencontros e fragilidades

A efetiva integração de um serviço de emergência psiquiátrica com os demais serviços de saúde mental é um fator decisivo para o bom funcionamento tanto da unidade de emergência como para todo o sistema de atendimento psiquiátrico.

Dentro de uma rede articulada de saúde mental, a emergência psiquiátrica tem um papel relevante nas tomadas de decisão quanto à indicação do tratamento necessário para cada caso, desempenhando ao mesmo tempo a função de triar os novos casos, inserindo-os na rede de atendimentos disponíveis, e a função de retaguarda para os demais serviços, no caso de pacientes já incluídos no sistema de atenção à saúde mental¹⁶.

Para além das intervenções terapêuticas convencionais, baseadas nos imediatos encaminhamentos dos pacientes para “outros lugares”, é importante que os serviços de urgência ofereçam uma “escuta” apurada e uma abordagem eficiente e adequada, com uma avaliação humanizada e singular de uma crise em curso, acionando, para tanto, diversos recursos terapêuticos de intervenção imediata¹⁷. Tais recursos só podem ser acionados na medida em que exista um trabalho articulado a uma rede de atendimento¹⁸.

A estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) estabelece os pontos de atenção e serviços de saúde que possuem a mesma importância no que concerne a alcançar os objetivos de produzir o cuidado a população, sendo de extrema importância a integração dos serviços para a continuidade do cuidado.

Com isso, a RAPS foi definida com o objetivo de ampliação do acesso à atenção psicossocial da população, em seus diferentes níveis de complexidade; promoção do acesso das

peessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e garantia da 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 urgências³.

O que a gente observa é que não existe na cidade a rede de atenção a paciente com transtorno mental, não existe rede. Porque rede é uma coisa que tem uma continuidade, o que a gente observa hoje é realmente que não existe, a rede não está formada de fato. Ela pode ser até que exista no papel, mas de fato na cidade ela não existe, o que a gente observa são locais isolados. Os próprios profissionais de saúde que estão dentro da rede, eles não sabem como é o fluxo normal do paciente com transtorno mental. A gente tem essa dificuldade de entender (Part. 12).

No contexto da hierarquia, percebe-se que esses sistemas ficam fragmentados, e se (des) organizam por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde que não se comunicam entre si e, conseqüentemente, são incapazes de prestar atenção contínua à população. A APS não se comunica fluidamente com a atenção secundária e esses dois níveis, também não se comunicam com a atenção terciária à saúde¹⁹.

O encaminhamento dos sujeitos em situação de urgência e emergência psiquiátrica para o hospital psiquiátrico, sem levar em consideração as possibilidades assistenciais oferecidas pelos serviços substitutivos em saúde mental, nos remete às características do atendimento prestado durante os primórdios da psiquiatria clássica²⁰.

Hoje quem a gente aciona, algumas vezes, é o Hospital Mental. (...) mas muitas vezes por uma deficiência de assistência no serviço, (...) a gente (CAPS) tem carência de médicos, então à medida que esse profissional não está presente quando a gente precisa conter uma crise, ou dar uma resposta imediata àquele paciente naquele momento, muitas vezes a gente aciona (o hospital). Já ocorreu da gente acolher aqui a crise, não poder ficar com ela aqui dentro e acionar. (Part. 03).

O que se observa nas falas dos gestores é uma inversão daquilo que é preconizado nos instrumentos normativos, uma vez que os pontos de atenção da RAPS no que refere as situações

de urgência e emergência deveriam se articular com os CAPS, que por sua vez deveriam realizar o acolhimento e o cuidado das pessoas em fase aguda do transtorno mental, assim nas situações que necessitem de internação ou de serviços residenciais de caráter transitório, articular e coordenar o cuidado²¹.

O hospital psiquiátrico continua sendo a instituição de referência para assistência em situações de urgência e emergência psiquiátrica, tanto para os usuários e familiares quanto para os profissionais de saúde. Tal fato relaciona-se intimamente com a ideia de que o hospital dispõe de um completo arcabouço tecnológico capaz de suprir todas as necessidades dos pacientes. Enquanto os demais serviços de saúde, tais como CAPS e Unidade Básica de Saúde (UBS) contam com recursos (insumos, materiais e profissionais) limitados, além desses não serem percebidos pela população como um espaço de cuidado para emergências e urgências psiquiátricas.

Tal fragilidade da assistência ofertada nos serviços substitutivos se dá em decorrência da ausência de profissionais para compor as equipes e atuar nos seus espaços de trabalho, fato este que pode ser apreendido através da fala de uma gestora que relata ter uma “*equipe*” dada a reduzida quantidade de profissionais. De tal modo, a debilidade e a incipiência na prestação do cuidado ofertado no CAPS, faz com que ocorra uma maior valorização da instituição hospitalar em contraposição ao modelo biopsicossocial proposto pela Reforma Psiquiátrica.

Um estudo realizado na Inglaterra apresenta variação no padrão de acesso aos serviços de atenção primária, levando a muitos pacientes demandarem serviços de urgência e emergência para condições que poderiam ser tratadas na atenção primária. Há também diferenças no manejo de pacientes com condições crônicas nos serviços de atenção primária, o que contribuiria para procura por serviços de emergência²².

Nesse sentido, ressalta-se que a Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011 institui a RAPS e estabelece em seu texto o SAMU, a UPA e as UBS como pontos de atenção da RAPS nas situações de urgências e emergências psiquiátricas²¹. Estes equipamentos devem ser responsáveis pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado.

Os participantes do estudo consideram a UPA como a porta de entrada do sistema de saúde para quadro de adoecimentos diversos, no entanto, quando se tratando de casos de transtornos mentais esse serviço é dito como uma porta de entrada inadequada, uma vez que não dispõe de estrutura (insumos e recursos humanos) para atender essa demanda.

A UPA na maioria das vezes recusa-se a receber esse paciente por não ser perfil da UPA mas na verdade é, o paciente psiquiátrico agitado com tentativa de suicídio

ele tem o mesmo grau de gravidade do que o paciente que sofre um acidente de carro, só que ainda existe um certo preconceito com paciente psiquiátrico. (Part. 14).

A UPA é definida como um serviço de estrutura intermediária entre a Atenção Primária em Saúde (APS) e a rede hospitalar, tendo como principais funções: atender às urgências de menor complexidade, como rede de apoio a APS; atender à população aos finais de semana e à noite, quando as unidades básicas estão fechadas; reduzir a demanda nos hospitais com maior grau de complexidade; e ainda, articular-se com a APS, SAMU, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços das redes através de fluxos lógicos e efetivos de referência e contrarreferência, ordenados pelas Centrais de Regulação Médica de Urgências e complexos reguladores instalados na região²².

De acordo com a Portaria nº 81 de 2016 de âmbito municipal, compete à UPA atividades de acolhimentos em situações de overdose ou envenenamento, estabilização de crises psicóticas e quadros agudos (alteração do nível de consciência, agitação psicomotora, confusão mental, agressividade) e encaminhamentos necessários para outros serviços como USB, CAPS, leitos psicossociais e hospitais gerais²³.

Os serviços de urgência destacam-se por serem tão estratégicos quanto problemáticos na RAPS, uma vez que estão no último nível antes da internação psiquiátrica. Na maioria das vezes, esses serviços embasam sua assistência na sedação e no encaminhamento para a internação hospitalar quando se deparam com as manifestações de uma crise psíquica, fortalecendo a cadeia crise/emergência/internamento como se fosse a principal, senão única, alternativa para conter a crise²⁴.

Infelizmente em Fortaleza hoje o ponto de referência da gente de entrega do paciente é o Hospital Mental, acaba sendo superlotado então é deficitário esse atendimento de emergência por uma superlotação da Rede ou por uma superpopulação diagnosticada ou por uma Rede falha ainda de atendimento, não existe uma linha de cuidados específicos desse paciente, aqui na emergência a gente pega o paciente ele é contido pela nossa equipe, é levado para o Hospital Mental e de lá o paciente é sedado, acalma, é medicado e vai pra casa com orientação de ir pra CAPS. (Part. 14).

Outro dispositivo da rede mencionado foi o SAMU que é tido como um serviço de transporte e locomoção dos pacientes em situações mais graves para um serviço especializado, nesse caso, o hospital psiquiátrico.

A necessidade de articulação entre SAMU e os componentes especializados da rede de saúde mental aponta para duas modalidades: interna, relacionada a articulação inerente dos serviços, que não pode estar voltada exclusivamente para aspectos burocráticos ou procedimentais, pois é necessário avançar na centralidade assumida pela subjetividade dos usuários em crise; e a externa, na qual o serviço demonstra capacidade de absorver saberes e recursos externos às suas práticas²⁵.

Se eu tivesse nessa Rede locais especializados para receber 24 horas e não existe isso, eu preciso de portas abertas secundárias para levar esse paciente menos grave para ser encaminhado. A UPA ela como um pré-hospitalar fixo ela deveria acolher esse paciente para fazer o atendimento inicial, esse paciente não deveria ir direto para o hospital terciário, ele deveria ir para UPA ou para um hospital secundário, ela (UPA) tira o paciente da crise. (...) É sempre o acochambrado, uma gambiarra, não é um pessoal especializado em tratar aquele paciente. (Part. 14).

No que concerne ao hospital psiquiátrico, o caráter regulador dos leitos do SUS atribuído a ele confere poder extra a essa instituição, ou seja, para ter a possibilidade de acessar os outros dois hospitais psiquiátricos do município (ambos filantrópicos) fazem-se necessário primeiramente ir ao hospital psiquiátrico para que possa realizar o processo de regulação.

Soma-se a isso o fato de que o hospital é um serviço porta aberta, ou seja, acolhe todas as demandas que chegam o que faz com que o mesmo seja procurado pela população e pelos demais municípios uma vez que não demanda regulação das unidades de origem e possuem funcionamento 24 horas.

Eu vejo que idealmente o papel desse hospital seria realmente ser hospital de formação de ensino e ser de referência pra casos graves, para casos que a Rede não desse conta, que pudesse encaminhar para cá, tem esse papel da emergência dos casos de crises agudas, que é um papel que no momento é mais importante ainda por ser o único ou e porque as outras emergências e urgências em saúde não aceita paciente psiquiátrico. (Part. 07)

A incipiência de leitos psiquiátricos em hospitais gerais faz com que o hospital psiquiátrico continue sendo o principal dispositivo da rede de cuidado levando-o a atuar como ordenador do cuidado, uma vez que é considerado a principal porta de entrada da rede.

Em alguns serviços, os profissionais indicam que os pacientes procurem o hospital mental ou tentem uma consulta médica em clínicas populares para obter uma avaliação e a partir desta, saber se é necessário um atendimento psiquiátrico, especialmente, no CAPS. Tal indicação também é dada para iniciar o tratamento farmacológico, tendo em vista que a quantidade de médicos nos serviços é insuficiente para atender a demanda que procura o serviço em busca de atendimento.

Há uma incidência de 70% do quadro de pessoas que vem pra cá (hospital mental) que não se configurariam casos de emergência são casos mais leves, pacientes que vêm pra consultas eletivas, pra pegar uma receita, um atestado, encaminhamento alegando que não conseguem condução dos seus casos na Rede que não tem consultas ou então alguns casos de crises agudas que realmente são de emergência, são os pacientes que descompensaram, que pioraram porque não tiveram um acompanhamento adequado. (Part. 07).

Algumas questões perpassam a continuidade do cuidado, como a dificuldade de agendamento de consulta inicial após a alta da emergência psiquiátrica que impede uma integração efetiva nos programas terapêuticos, diminuindo a adesão ao tratamento e, conseqüentemente, aumentando o risco de recidiva do quadro clínico que justificou o atendimento emergencial.

Além disso, a equipe que atende o paciente em situação de emergência tem a possibilidade de realizar apenas uma avaliação transversal, perdendo o seguimento do paciente e, com isso, a possibilidade de observar a evolução do quadro e avaliar a eficácia das medidas tomadas no serviço não são realizadas²⁶.

No agenciamento do cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico cabe ao serviço que inicialmente está realizando o atendimento concentrar-se no estabelecimento da rede que, em um segundo momento, havendo necessidade, poderá ser acionada. A cada tempo da intervenção, segundo Leal e Muñoz²⁷, também é preciso definir quem – o serviço e os atores – que promoverão ou serão os facilitadores para a articulação desta rede e dar direcionamento ao atendimento ofertado.

A continuidade do cuidado após a alta hospitalar tem sido um dos principais gargalos da rede devido à dificuldade de acessar o CAPS em decorrência da falta de profissionais e da reduzida oferta de vagas no serviço. Uma vez inserido na rede o usuário tem o direito de continuar sua trajetória de cuidado afim de obter resolubilidade dos seus problemas. Assim, transformando a rede de cuidado do paciente em crise casa-hospital-casa.

Nesse sentido, faz-se necessário avançar na compreensão da crise enquanto evento que demanda acolhimento, diálogo, aproximação entre os sujeitos envolvidos e respeito às necessidades subjetivas e particularidades de cada usuário dos serviços de saúde²⁸. Para muitos, a crise ainda é percebida como algo que requer uma intervenção química e/ou física acompanhada de internamento.

Em consonância a isto, um estudo realizado em uma Unidade de Emergência Referenciada em Campinas (SP) demonstra a utilização dos serviços de emergências pela população de maneira equivocada, uma vez que procuram a unidade não em situações de emergência, mas por considera-la como única porta de acesso ao serviço de saúde, desconsiderando a atenção primária, que deveria absorver em grande parte desta demanda, em casos de situações de baixa complexidade²⁹.

Tais elementos chamam a atenção para a necessidade urgente de formular instrumentos, saberes e práticas que impliquem em uma reestruturação do modo de operar o cuidado em saúde mental e os processos regulatórios que permeiam esse cuidado. Fortalecer os serviços substitutivos a fim de restituir-lhes o caráter ordenador e regulador da rede de atenção psicossocial representa um passo imprescindível nesse contexto²⁶.

Portanto, o serviço e a rede devem se reorientar a cada situação apresentada por seus diferentes usuários, e quanto à responsabilidade por ele, é fundamental que “seja compartilhada, mas ao mesmo tempo, é necessário que os lugares sejam cotidianamente definidos e explicitados: não se deve cair no erro de considerar levemente que o paciente é cuidado por todos, sob o risco de ele acabar não sendo cuidado por ninguém”^{27,30}.

Restringir o encaminhamento dos sujeitos em crise psíquica para o hospital psiquiátrico, desconsiderando as demais possibilidades terapêuticas ofertadas pela rede, que foi idealizada nos moldes do modelo psicossocial, composta por diversos serviços substitutivos de saúde mental (com níveis de complexidades diferentes), conduzi-nos aos primórdios da Psiquiatria clássica, expondo, assim, os desencontros entre a prática e os ideários da Reforma Psiquiátrica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apreende-se que mesmo com a existência de vários serviços capazes de assistir uma crise psiquiátrica, o hospital psiquiátrico ainda continua sendo considerado o principal serviço dessa rede e as práticas de cuidado permanecem voltadas para a intervenção farmacológica.

A ausência de uma linha de cuidado que oriente a trajetória do paciente na rede de acordo com as suas necessidades e com as atribuições de cada dispositivo contribui para a fragilidade do cuidado e os desencontros na prestação da assistência. Assim, é necessário que haja organização e planejamento das ações afim de que ocorra integração entre os serviços.

Com isso, o presente estudo pretende destacar a importância de habilitar os demais serviços para o cuidado psicossocial em situações de urgência e emergência, principalmente, os CAPS que no momento encontram-se bastante fragilizados.

REFERÊNCIAS

- 1 Amarante P, Torre EHG. “Back to the city, mr. citizen!”: psychiatric reform and social participation: from institutional isolation to the anti-asylum movement. *Rev. Adm. Pública*. 2018;52(6):1090-107. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-761220170130>
- 2 Barros REM, Tug TC, Mari JJ. Psychiatric emergency services and their relationships with the mental health network in Brazil. *Rev. Bras. Psiquitr.* 2010;32(supl 2):71-7. doi: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462010000600003>
- 3 Amarante P, Nunes MO. Psychiatric reform in the SUS and the struggle for a society without asylums. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018;23(6):2067-74. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>
- 4 Resolução ° 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabeleceu as Diretrizes para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). *Diário Oficial da União [periódico na internet]*, Brasília (DF). 22 dez 2017 [citado 5 jul 2020]. Disponível em: http://www.lex.com.br/legis_27593248_RESOLUCAO_N_32_DE_14_DE_DEZEMBRO_D_E_2017.aspx
- 5 Lobosque AM. Debatendo alguns desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011;16(12):4590-2. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300003>
- 6 Federación Mundial para la Salud Mental. Atención primaria y salud mental, salud mental em la atención primária: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental [online]. Spanish: WFMH; 2009 [citado 5 jul 2020]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagen/2203.pdf>

- 7 Patel V, Belkin GS, Chockalingam A, Cooper J, Saxena S, Unützer J. Grand Challenges: integrating mental health services into priority health care platforms. *PLoS Med.* 2013;10(5): e1001448. doi: 10.1371/journal.pmed.1001448
- 8 Ramos DKR, Paiva IKS, Guimaraes J. Pesquisa qualitativa no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira: vozes, lugares, saberes/fazer. *Ciênc. saúde coletiva.* 2019;24(3):839-52. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.00512017>
- 9 Bosi MLM. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. *Ciênc. saúde coletiva.* 2012;17(3):575-86. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300002>
- 10 Moré CLOO. A “entrevista em profundidade” ou “semiestruturada”, no contexto da saúde. *Atas CIAQ [online].* 2015; [citado 5 jul 2020];3:126-31. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/158/154>
- 11 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Hucitec: São Paulo; 2013.
- 12 Assis MMA, Jorge MSB. Métodos de análise em pesquisa qualitativa. In: Santana JSSS, Nascimento MAA, organizadores. *Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social.* Feira de Santana: UEFS Editora; 2010. p. 58-72.
- 13 Gusmão MFS, Reis LA. Efeitos do treinamento sensório-motor no equilíbrio de idosos: revisão sistemática. *Rev. Saúde Col. UEFS.* 2017;7(1):64-70. doi: <http://dx.doi.org/10.13102/rscdauefs.v7i1.1056>
- 14 QRS International. NVivo10 for Windows [online]. Netherlands: QRS International; 2014 [citado 2 mar 2020]. Disponível em: <http://download.qsrinternational.com/Resource/NVivo10/NVivo-10-Overview-Portuguese.pdf>
- 15 Silva DPA, Figueiredo Filho DB, Silva AH. O Poderoso NVivo: uma introdução a partir da análise de conteúdo. *Política Hoje.* 2015;24:119-34.
- 16 Minóia NP, Minozzo F. Acolhimento em saúde mental: operando mudanças na atenção primária à saúde. *Psicol. cienc. prof.* 2015;35(4):1340-9. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-3703001782013>
- 17 Saraceno B, Asioli F, Tognoni G. *Manual de Saúde Mental.* São Paulo: Hucitec; 1997.
- 18 França IG. Reflections about the implant and the operation of a mental health emergency attendance. *Psicol. cienc. prof.* 2005;25(1):146-63. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932005000100012>

- 19 Queiroz MKS, Rodrigues ILA, Nogueira LMV, Santos IF. Fluxos assistenciais e a integralidade da assistência à saúde de ribeirinhos. *Rev enferm UERJ*. 2018;26:1-6. doi: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2018.26706>
- 20 Silva DS, Azevedo DM. A Reforma Psiquiátrica na visão de quem cuida: percepções de profissionais do serviço residencial terapêutico. *Esc Anna Nery*. 2011;15(3):587-94. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000300021>
- 21 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). *Diário Oficial da União* [periódico na internet], Brasília (DF). 21 maio 2013 [citado 4 jul 2020]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- 22 Cassettari SSR, Mello ALSF. Demanda e tipo de atendimento realizado em Unidades de Pronto Atendimento do município de Florianópolis, Brasil. *Texto contexto-enferm*. 2017;26(1):e3400015. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017003400015>
- 23 Portaria nº 81, 29 de abril de 2016. Estabelece as Diretrizes de Organização da Rede de Atenção à Urgência e Emergência no município de Fortaleza. *Diário Oficial do Município* [periódico na internet], Fortaleza (CE). 29 Abr 2016 [citado 4 mar 2020]. Disponível em: <http://www.samu.fortaleza.ce.gov.br/index.php/repositorio-institucional/download/9-legislacao-local-sms-fortaleza/7-portaria-sms-n-81-de-abril-de-2016-dom-15-757-29-04-16>
- 24 Dalmolim BM. *Esperança equilibrada: cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
- 25 Hirdes A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. *Ciênc. saúde coletiva*. 2009;14(1)297-395. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100036>
- 26 Oliveira LC, Silva RAR, Carvalho FPB, Soares FRR, Sousa KMN, Solano LC. Dificuldades no atendimento às urgências e emergências psiquiátricas no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. *Enferm. Foco*. 2018;9(4):18–22. doi: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2018.v9.n4.1317>
- 27 Leal EM, Muñoz NM. Estratégias de intervenção em Saúde Mental. In: Jorge MAS, Carvalho MCA, Silva PRF, organizadores. *Políticas e Cuidado em Saúde Mental: contribuições para a prática profissional*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. p.75-97.
- 28 Brito AAC, Bonfada D, Guimarães J. Onde a reforma ainda não chegou: ecos da assistência às urgências psiquiátricas. *Physis*. 2015;25(4):1293–1312. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000400013>

29 Marconato RS, Monteiro MI. Risk classification priorities in an emergency unit and outcomes of the service provided. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017;25:e2974. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2345.2974>

30 Moraes MCL. Indicadores de saúde mental nos sistemas de informações em saúde: em busca da intercessão da atenção psicossocial e atenção básica [online, dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2017 [citado 1 maio 2019]. Disponível em:

https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/22898/2/Mônica_Lugão_Moraes_EPSJV_Mestrado_2017.pdf

5.2 Artigo 02 - Planejamento estratégico em saúde mental: avanços, entrave e desafios

RESUMO

Objetivo: desvelar a contribuição do planejamento para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Método: estudo qualitativo ancorado na hermenêutica realizado em 15 serviços que compõem a RAPS, no qual participaram os gestores dos referidos serviços. Para a coleta dos dados, utilizou-se a técnica de entrevista semiestruturada. A análise dos dados foi orientada pela Hermenêutica Crítica com o utilizo do software Nvivo, que culminou em duas categorias analíticas. Resultados: Apreende-se a incipiência do planejamento devido a ausência de um plano de ação, de organização e da programação das atividades de saúde mental. Há uma fragilidade, por parte dos coordenadores regionais e até do nível municipal, de uma organização que envolva a estruturação e as atribuições de cada unidade na rede, assim como fluxo. Assim, o PES torna-se é uma possibilidade factível, afim de identificar os principais problemas, formular uma imagem objeto a ser atingida, elaborar e executar um plano de ação.

Palavras-chaves: Planejamento em saúde; Saúde mental; Redes de atenção à saúde.

ABSTRACT

Objective: to reveal the contribution of planning to the Psychosocial Care Network (RAPS). Method: qualitative study anchored in hermeneutics conducted in 15 services that make up the RAPS, in which the managers of those services participated. For data collection, the semi-structured interview technique was used. Data analysis was guided by Critical Hermeneutics using the Nvivo software, which culminated in two analytical categories. Results: The incipience of planning is apprehended due to the absence of an action plan, organization and programming of mental health activities. There is a weakness, on the part of the regional coordinators and even at the municipal level, of an organization that involves the structuring and assignments of each unit in the network, as well as flow. Thus, PES becomes a feasible possibility, in order to identify the main problems, to formulate an object image to be achieved, to elaborate and execute an action plan.

Keys word: Health planning; Mental health; Health care networks.

INTRODUÇÃO

A gestão em Saúde Mental tornou-se alvo de preocupações e críticas, viabilizando debates no país em busca de novas modalidades coerentes com a lógica de atenção psicossocial e embasadas nas diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Isso revela o enorme desafio posto à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) na atualidade na medida em que ampliar a rede e os níveis de acessibilidade, com uso eficiente dos recursos, proporcionando melhores resultados assistenciais e garantia dos direitos humanos, não é tarefa simples (Costa & Dimenstein, 2015).

Nesse sentido, a urgência psiquiátrica é dita como uma situação de desorganização de afetos, pensamentos e comportamentos de tal forma disruptiva que o sujeito, familiares ou sociedade consideram a necessidade de cuidado imediato. A atenção à crise em saúde mental se constitui como um aspecto decisivo para indicar se a rede de atenção oferece uma resposta manicomial ou promotora de saúde mental (e protetora de direitos) nos momentos de maior fragilidade e sofrimento do usuário (Cruz, Guerrero, & Vieira, 2019).

Assim, a crise transmuta-se em urgência à medida em que interfere, de forma incisiva, na rotina familiar e mesmo do serviço de saúde a ele vinculado. Portanto, as situações de crise em saúde mental se apresentam como um desafio para a efetiva reorientação do modelo de atenção à saúde mental no Brasil (Cruz *et al.*, 2019).

Nesse interim, espera-se a atuação em rede dos dispositivos indutores de integração da saúde mental no SUS que a assistência não se restrinja apenas ao nível especializado de atenção. Contudo, apesar dos esforços, tal situação não tem sido alvo do debate nacional, atrelada a um profundo desconhecimento da situação atual em que se encontra o funcionamento da RAPS no país. Com isso, torna-se difícil dimensionar o funcionamento da RAPS no tocante à expansão e interiorização dos serviços, a partir da perspectiva da regionalização, de maneira a orientar futuras ações de planejamento e gestão das políticas de saúde mental (Macedo, Abreu, Fontenele, & Dimenstein, 2017).

Para proporcionar maior eficiência e efetividade nos serviços de saúde, se faz necessário integrar as práticas de saúde à compreensão dos instrumentos de planejamento, estrutura e organização do sistema de saúde, por meio da incursão de ferramentas potentes na e para a gestão. Com isso, destaca-se a necessidade de dirimir as lacunas entre o planejamento e as ações de saúde afim de subsidiar a construção de um sistema mais equânime e resolutivo (Figueiredo *et al.*, 2020).

Assim, emergem a necessidade de instrumentos organizacionais que dê conta desta nova demanda a partir de um método de planejamento que mude a realidade atual para uma realidade ideal. Portanto, acredita-se que o PES oferece uma espécie de manual criado pelo autor, o qual pode contribuir na operacionalização das políticas de saúde mental nos estados e municípios brasileiros (Tonini & Kantorski, 2007).

Com isso, espera-se contribuir para o fortalecimento do planejamento da RAPS afim de aprimorar as discussões sobre a organização das ações e dos serviços de saúde mental, principalmente em situações de urgência e emergência psiquiátrica, a partir da perspectiva dos gestores de saúde. Assim, desvelar a contribuição do planejamento para a RAPS.

MÉTODOS

O estudo representa um destaque da tese intitulada 'Rede de Atenção Psicossocial e sua integração com a Urgência e Emergência: construção de indicadores de saúde mental coletiva', a qual recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Ceará, com número 3.178.835.

Dessa forma, trata-se de um estudo qualitativo ancorado nos pressupostos da hermenêutica que caracteriza-se pela exigência de respostas não traduzíveis em números, haja vista tomar como material a linguagem em suas várias formas de expressão (Bosi, 2012).

O cenário do estudo foi: 10 CAPS (quatro álcool e outras drogas, quatro tipo II e dois tipo III); um hospital psiquiátrico que é referência para os atendimentos de urgência em saúde mental; a sede administrativa do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); a diretoria administrativa da Organização Social de Saúde (OSS) que gerencia seis Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) do município; e a sede da Secretaria Estadual de Saúde, local onde ocorrem as reuniões da coordenadora da Comissão Intersetorial de Saúde Mental (CISM).

Todos os serviços e instituições mencionados localizam-se na cidade de Fortaleza, no nordeste brasileiro. A coleta dos dados ocorreu no período de setembro de 2018 a outubro de 2019.

O estudo contou com a participação de 10 gestores de CAPS, dos quais quatro eram do CAPS ad (álcool e outras drogas), quatro CAPS tipo II e dois do CAPS tipo III; o diretor hospital psiquiátrico; o diretor do SAMU; a coordenadora técnica da OSS que gerencia seis UPAs do município; a coordenadora de uma UPA; e a coordenadora da CISM.

Os participantes dispunham de formação em Enfermagem (04), Medicina (03), Serviço Social (03), Administração (02) e Psicologia (03), os mesmos serão representados ao longo do texto por meio da seguinte identificação: *Part. 01...15*. Para participar do estudo, considerou-se com critério de inclusão: estar atuando na função há pelo menos 06 meses, sendo excluídos aqueles que estavam de férias ou de licença médica no período da coleta.

Para coleta dos dados, utilizou-se a técnica de entrevista semiestruturada por trazer à tona informações de perspectivas e contextos diferentes, permitindo a melhor compreensão e integralização dos dados no processo de análise (Moré, 2015), a mesma foi orientada por um roteiro de perguntas abertas acerca da percepção da RAPS (ações e serviços de saúde envolvidos), a integração entres os componentes dessa rede, em especial, em situações de urgência e emergência e a compreensão da assistência prestada na RAPS.

A interpretação das informações foi embasada pela Hermenêutica Crítica (Minayo, 2013), sendo a análise orientada pelos passos, sugeridos por Minayo (2013) e adaptado por Assis e Jorge (2010), que constaram da ordenação dos dados, classificação e análise final dos mesmos.

As entrevistas foram inseridas no *software* NVivo versão 10 que auxilia no processamento e análise de dados de natureza qualitativa possibilitando a criação de nós e subnós que auxiliaram no processo analítico dos dados (Gusmão & Reis, 2017).

Após a criação do banco de dados, iniciou-se a ‘exploração do material’ que consistiu na leitura exaustiva das entrevistas seguido do processo de codificação com a fragmentação dos conteúdos em núcleos de sentido. O processo resultante das sínteses horizontais e verticais culminou na categoria temática, “*Incipiência do planejamento para RAPS*” e “*Contribuições do PES para o processo de planejamento em saúde mental*”. Para a análise do contexto, realizou-se um movimento contínuo entre os dados empíricos e o arcabouço teórico.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Como resultado do processo de codificação das entrevistas, foram identificados dez códigos iniciais, os quais foram agrupados em seis subtemas e, por fim, em dois temas centrais.

Incipiência do planejamento para RAPS

No que concerne aos macros espaços do processo de planejamento, os gestores referem incipiência de um plano de ação, de organização e da programação das atividades de saúde mental. Na perspectiva dos gestores, há uma fragilidade, por parte dos coordenadores regionais e até do nível municipal, de uma organização que envolva a elaboração de um plano de ação que seja direcionado para a estruturação e as atribuições de cada unidade na rede, assim como

fluxo que possam auxiliar na trajetória de cuidado dos usuários e nos encaminhados realizados pelos profissionais.

O desenvolvimento de tais instrumentos favoreceria o avanço na integralidade do cuidado e na organização da rede, principalmente, tendo em vista que as ações desenvolvidas envolvem diversas instâncias de governo, além de pactuações entre os serviços formais e informais.

O trabalho de Sampaio, Guimarães e Abreu (2010) consolida essa ideia ao expor que durante o processo contínuo de supervisão de dois CAPS Gerais, em Fortaleza, por um ano, foram encontrados questões relacionadas à organização da demanda em articulação com a rede geral de atenção à saúde, às estratégias de acolhimento aos usuários, à agenda de ofertas de cuidados de saúde em acordo com a disponibilidade do serviço, o estabelecimento de fluxos de cuidados à saúde e de indicadores de desempenho, à avaliação contínua dos projetos terapêuticos dos pacientes de acordo com o plano terapêutico do serviço.

Com isso, identifica-se a importância do planejamento estratégico proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS) que incorpora responsabilidades aos entes públicos, devendo configurar-se de forma permanente, articulada, integrada e solidária entre os três níveis federados, afim de favorecer a execução de ações por meio de compromissos elaborados e auxiliando no desenvolvimento de métodos e estratégias eficazes para o alcance de resultados satisfatórios (Lacerda, Calvo, Berreta, & Ortiga, 2012).

A articulação necessária à prática do planejamento em saúde envolve por uma rede complexa, a qual engloba desde as pessoas que, diretamente, estão desempenhando ações de planejamento, e também a participação de atores sociais representativos da sociedade, indo até o ambiente em que as ações planejadas terão a oportunidade de serem implementadas e/ou executadas (Anuniação & Sousa, 2011).

No entanto, percebem-se lacunas entre o discurso e a prática, identificando uma situação em saúde de reprodução de práticas inadequadas e ineficientes no cotidiano dos processos de trabalho, tornando-se necessário planejar as ações e serviços de saúde para se alcançar uma prática significativa e transformadora (Figueiredo et al, 2020).

“Olhando a própria emergência e por ser a única emergência e vendo assim qual o perfil do paciente que chega até aqui a gente tem mais ou menos uma ideia de como é que tá lá fora e compreende que há a fragilidade ainda nessa estruturação da Rede que precisa ainda muito melhorar pra que haja uma coesão e que possa ver uma Rede assistencial plena, propriamente dita”. (Part. 07)

No que concerne ao planejamento das ações em situações de crises psiquiátrica, a presença de serviços comunitários de funcionamento 24 horas (CAPS-III) é um diferencial importante. Ao analisar dois protocolos para assistência em saúde mental, um de Curitiba e outro de Belo Horizonte, que possuem rede de CAPS III, entende-se este espaço como local de atenção à crise, mas mediante apoio técnico de serviços de urgência, bem articulados com o restante da rede (Dias, Ferigato, & Fernandes, 2020).

Não obstante, os serviços comunitários de funcionamento 24 horas são raros. Desde 2003 houve um avanço lento na abertura de CAPS-III, que dá às redes de atenção mais recursos (humanos, espaços institucionais, disponibilidade de leitos) para o atendimento de usuários em crise. Entre 2002 e 2014, o número de CAPS no país cresceu de 208 para 2209, em contraste com a expansão de CAPS III, de funcionamento 24 horas; para 38, em 2006; para 85 unidades, em 2014 (Brasil, 2015).

Mesmo com o avanço na implantação dos componentes da RAPS no Brasil, ainda questiona-se se o acesso a seus diversos serviços, principalmente nos momentos de crise, pode ser considerado suficiente para o atendimento adequado das necessidades da população. Sendo necessário ampliar o acesso e qualificar a atenção às situações de crise e urgência em saúde

mental, que assumem uma prioridade estratégica no processo de modificação do modelo de atenção e pode funcionar como analisador dos processos da reforma psiquiátrica no que diz respeito a sua capacidade de resposta ao sofrimento mental agudo, bem como a sua solidez política (Cruz *et al.*, 2019).

No contexto da crise psiquiátrica, foram identificadas algumas estratégias para a condução da situação, uma é clara em estabelecer critérios para internação psiquiátrica, com base exclusiva no quadro clínico identificado. Já uma outra categoria, como o município de Fortaleza, destaca diretrizes a partir de referenciais clínicos, mas não indica para a rede substitutiva, o que pode indicar uma desarticulação entre as redes (Dias *et al.*, 2020).

Tal situação favorece a permanência de que as redes de urgência tendem a ter no trinômio SAMU – unidade de pronto atendimento (ou pronto socorro) – Hospital Psiquiátrico sua rede de atenção preferencial. A utilização deste fluxo que culmina na internação psiquiátrica ocorre independente do usuário estar ou não em acompanhamento num CAPS (Dias *et al.*, 2020).

“A gente não tem esse fluxo, o fluxo que eu tenho no SAMU de emergência é tirar o paciente da crise, entregar no Hospital Mental e de lá eu espero que ele seja encaminhado pra um serviço ambulatorial secundário”. (Part. 14).

Ademais, tem-se o fato de que cada território administrativo organiza e planeja suas ações de forma individual, o que conduz a não uniformidade do planejamento nas regionais de saúde do município o que fragiliza a continuidade do processo de cuidado. Contudo, sabe-se que cada território possui as suas particularidades que precisam ser consideradas, mas é sabido que o processo de planejamento envolve diversos atores sociais como os trabalhadores, gestores e usuários.

Sem a realização de planejamento, as atividades são executadas por inércia. Os serviços de saúde funcionam de forma desarticulada, sendo apenas orientados pela noção de qual seja seu papel e esta noção é gerada a partir da visão de mundo de cada dirigente e colaborador ou de seu entendimento sobre as diretrizes estabelecidas pela política setorial do Estado (Vieira, 2009).

Nesse sentido, sabe-se das dificuldades e dos desafios do trabalho na gestão diante da coexistência, por um lado, da lógica manicomial de cuidado em saúde mental, pautada pelo viés biomédico, e, por outro, da lógica reformista, de desinstitucionalização da loucura e do louco (Moreira & Rocha, 2019).

A lógica manicomial perpassa e dificulta a atuação na gestão a partir de diversos pontos: a) na forma como a equipe escuta e intervém junto aos usuários e familiares; b) no modo de cuidado solicitado por estes; c) no modelo de cuidado que orienta a atuação dos outros serviços da RAPS; d) na maneira como são propostas, implementadas e modificadas as políticas públicas pela gestão municipal e federal; e e) na dificuldade para a constituição e manutenção de espaços de gestão participativa e controle social. Esses diversos movimentos, orientados pela lógica manicomial, exigem dos gestores dos serviços um fazer marcado por conflitos, tensionamentos e ações de resistência, que recoloquem a lógica reformista em primeiro plano (Moreira & Rocha, 2019).

Para isso, se faz necessário a participação de sujeitos proativos e protagonistas nas práticas cotidianas, vislumbrando um trabalho ativo, dinâmico e efetivo. Podem ser interessados, implicados, militantes, políticos, pedagógicos, técnicos e epistêmicos, revelando-se desde a ação, mediante os desafios que se constituem no âmbito protagônico em que atuam (Merhy, 2004).

“É isso que falta na Saúde Mental, é o planejamento, é por isso que assim um CAPS trabalha de um jeito, um CAPS trabalha de outro” (Part. 08).

“Eu acho que esse planejamento simplesmente não existe, porque se ele existisse como ele precisaria ser feito, todos os gestores teriam muito o que colaborar, teriam muito o que alinhar, estabelecer fluxos. Então assim, esse planejamento, padronizar, respeitando a singularidade de cada território”. (Part. 01).

Sabe-se que os modelos de gestão verticalizados tal como observados no CAPS com administração pública, impactam no cotidiano dos serviços, interferindo nos modos de cuidado e na motivação do trabalhador. Muitos estudos vêm mostrando os limites da racionalidade gerencial hegemônica, marcada pelo exercício do controle e da disciplina na concretização de políticas que visam à mudança das práticas de saúde e relações cotidianas entre trabalhadores e usuários (Guizardi & Cavalcanti, 2010).

Guizardi e Cavalcanti (2010, p. 1249) destacam a possibilidade de estabelecer compromissos coletivos, para a necessidade de democratizar o poder, para a formação de compromisso entre interesses públicos e privados, para a inserção do trabalhador na gestão dos processos de trabalho, fazendo dos serviços e equipes, espaços coletivos, “estratégia de democratização das relações de poder, de superação das capacidades assimétricas de decisão, que visa a garantir aos trabalhadores o acesso à informação e o tempo necessário aos processos de discussão, deliberação e planejamento”.

“A gente tinha a figura do articulador, o articulador era esse link que trazia as diretrizes da SMS para as regionais e que ia gerenciar isso junto com os coordenadores. A gente perdeu muito com esse processo, com esse link, esse profissional que fazia esse link”. (Part. 03).

No contexto em questão, apreende-se que os gestores não se percebem como sujeitos atuantes do processo de planejamento de saúde mental e permanecem a mercê e a espera de direcionamentos e das instâncias superiores de maneira objetiva e impositiva, ficando em uma posição de retaguarda.

Contribuições do PES para o processo de planejamento em saúde mental

No plano micro dos espaços de trabalho, destaca-se que os gestores desenvolvem processos participativos de planejamento e na maioria das vezes de forma ascendente, na tentativa de identificar as questões problemas, compartilha-las com os colaboradores (nesse caso os profissionais atuantes no serviço). Contudo, destaca-se a fragilidade da participação dos usuários no processo decisório.

Com isso, destaca-se que o planejamento não consiste apenas em um simples exercício de projeção de metas, mas em uma ação estratégica da gestão pública, que tem por objetivo reorientar os programas e os projetos governamentais de modo a ampliar a eficiência, a eficácia e a efetividade da ação das políticas de saúde. Portanto, o planejamento está intrinsecamente relacionado à gestão do SUS (Araújo, 2014).

“Nós temos uma reunião formal na sexta-feira pela manhã e temos as reuniões às vezes tem algo importante pra chamar eu 'Gente vamos aqui vamos conversar meus 'co-gestores', então assim as tomadas de decisões sempre são em grupo eu nunca tomo uma decisão sozinha a não ser aquelas decisões administrativas, mas assim sempre eu procuro chamar meus co-gestores e que eles trabalhem essa questão do empoderamento”. (Part. 08).

Diante dos conflitos organizacionais e deficiências que permeiam a realidade do cuidado em saúde mental, a aplicação do Planejamento Estratégico Situacional (PES) torna-se uma opção viável na construção de soluções ajustadas, pois baseia-se na eleição de problemas prioritários e construção coletiva de soluções (Bee, Brooks, Fraser, & Lovell, 2015).

Com isso, destaca-se a importância da escolha de um referencial que possa contribuir para avançar nesse processo de estruturação do planejamento em saúde mental, sendo, portanto, o PES uma possibilidade exequível diante desse contexto.

O PES é útil na resolução de problemas por meio do delineamento de ações estratégicas; entretanto, sua eficácia depende do grau de comprometimento dos participantes (Lima, Alencar, Fernandes, Moura, & Silva-Júnior, 2019).

Desse modo, utilizar o planejamento como instrumento de gestão é envolver profissionais com a equipe/comunidade, no que se refere à participação conjunta, compromisso e responsabilidade na implementação de ações que busquem soluções para os problemas que surgem no cotidiano dos serviços de saúde. Quando se defende uma gestão democrática, deve-se criar mecanismos para que ela se efetue (Figueiredo et al, 2020).

Uma das principais referências dessa tendência para a explicitação da proposta metodológica é a obra clássica de Matus (1993) sobre planejamento estratégico situacional, na qual aborda-se que o planejamento depende de uma gestão descentralizada, da definição de objetivos a partir de problemas e da análise da viabilidade e da estratégia de sua solução.

Sendo tal proposta desenvolvida em quatro momentos: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional. O primeiro momento é a seleção e análise dos problemas relevantes que necessitam de solução na perspectiva dos atores envolvidos. O segundo momento é o estabelecimento da situação-objetivo futura que se quer alcançar e quais são as operações necessárias para se obterem resultados, tendo presente os nós críticos dos cenários possíveis. O terceiro momento envolve a análise da viabilidade desse plano de operações em suas diversas dimensões (política, econômica, cognitiva e organizativa). O último é a gestão e o monitoramento operacional da execução do plano (Rivera & Artmann, 2012).

“Eu fui chamado pela coordenação de Saúde Mental, em uma tentativa de aproximação, planejar mesmo ações em conjunto e fazer parcerias e ver como é que a gente poderia modificar alguns fluxos, a gente pensou até nessa questão do fluxo da emergência como seria se poderia haver outras formas de atendimento de emergência tanto nos CAPS como que as UPAS (...), mas isso não vingou, não prosperou, houve uma mudança de coordenação de Saúde Mental e aí o diálogo sumiu, desapareceu, não prosperou nada de um planejamento”. (Part. 07).

No que se refere as dificuldades na implementação do PES, na literatura internacional, a análise de planejamentos estratégicos não sucedidos possibilitou a identificação de quatro situações que tornam o processo de planejamento ineficaz: iniciar o processo sem planejamento, realizar planejamento sem plano, planejar e não executar, e executar ações que não produzem impacto (Klag & Langley, 2014).

No que concerne ao que foi dito pelos autores supracitados, observa-se o interesse dos gestores em iniciar o processo de planejamento, porém o mesmo não ocorre de forma sistemática, programada e participativa. Não há uma continuidade de um plano de ações organizado, os encontros são falhos e pouco resolutivos, o que culmina em fragilização e perda do interesse e da participação dos gestores.

O estudo de Sampaio, Guimarães, Carneiro e Garcia Filho (2011) corrobora com os achados entrados nesta investigação, ao destacar que o funcionamento dos CAPS, os trabalhadores sinalizaram a existência de dissonâncias entre as diretrizes da política de saúde mental e a operacionalidade dos serviços. Sendo identificadas algumas questões principais

nesse contexto, como: ausência de uma rede de saúde mental estruturada e devidamente articulada com as demais redes assistenciais, que culmina na dificuldade de contenção de crises e consequente não redução significativa das reinternações psiquiátricas; dificuldade na gestão do território; a dificuldade teórica e prática na gestão dos projetos terapêuticos individuais e coletivos; e terapêutica predominantemente centrada na erradicação de sintomas mediante a prescrição massificada de drogas.

Na medida em que o espaço institucional historicamente ligado a situações de crise é substituído por um conjunto de serviços em redes, esta forma de atenção é diluída em diferentes espaços, em uma pluralidade de intervenções. Mais do que isso, as abordagens devem ser norteadas por um projeto que preveja as situações de crise, apontando para formas diferentes de abordagens com corresponsabilização entre serviços especializados, enfermarias de saúde mental em hospital geral, atenção básica, rede de urgência/emergência e rede intersetorial (Dias *et al.*, 2020).

Destarte, destaca-se que alguns avanços foram alcançados como o desenvolvimento de ações intersetoriais, principalmente, com os serviços da Atenção Primária e o compartilhamento do cuidado entre os serviços secundários, como o CAPS ad e tipo II. Contudo, ainda permanece o distanciamento e a desarticulação com o nível hospitalar.

“Vem melhorando muito são essas reuniões intersetoriais, eu acho que essas reuniões intersetoriais onde a Atenção Básica está junto com a Atenção Secundária, com o CAPS, é extremamente positivo, porque meio que a gente consegue diminuir um pouco esse apartheid entre Saúde Mental e a Atenção Básica. Eu acho que com essa reunião de todos os gestores estarem juntos, a gente vai discutir questões importantes da saúde da nossa Regional”. (Part. 11)

Contudo, sabe-se que os dispositivos de saúde ainda lidam com a saúde mental como uma assistência especializada, à parte do sistema de saúde, direcionada para uma população que não tem um corpo e que não adoece fisicamente. Talvez seja essa uma das questões que justifique a dificuldade de aproximação e de estabelecimento de parcerias e pactuações com os diversos setores da saúde. Considerando a especificidade dos usuários de saúde mental, uma nova prática envolverá a questão do planejamento da rede, como também a compreensão do manejo deste público (Ribeiro, 2017).

Assim, no contexto de urgência e emergência em saúde mental, espera-se que o planejamento ocorra no intuito de fortalecimento do modelo biopsicossocial direcionado para uma rede substitutiva, que parte do princípio de que todos os componentes da rede, independente do seu nível assistencial, devem prestar cuidados em situações de crise.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou apreender que o planejamento em saúde mental ainda é incipiente. A rede de saúde mental conta com serviços de níveis distintos de complexidade, porém não há integração entres os mesmos e os gestores tem dificuldades de desenvolver mecanismos e/ou estratégias que possam vir a subsidiar o planejamento.

As ações de planejamento estão restritas aos microespaços dos serviços de saúde, porém esbarram ao tentar avançar para o nível central. Os gestores, na maioria das situações, tomam suas decisões intuídos apenas por suas próprias convicções.

Nesse sentido, o PES é uma possibilidade factível, pois por meio dele será possível identificar os principais problemas (nesse caso a ausência de integração entres os componentes da rede), formular uma imagem objeto que deverá ser atingida, elaborar e executar um plano de ação que envolva todos os atores sociais atuantes nesse contexto.

REFERÊNCIAS

- Anunciação, F. C., & Souza, M. K. F. (2011). Planejamento em saúde: percepções e entendimentos sobre o Plano Municipal de Saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 35(4), 845-858. Recuperado de <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2011/v35n4/a2812.pdf>.
- Araújo, L. G. (2014). *Orçamento público: instrumento de planejamento e controle no município de Queluz SP* (Monografia de especialização). Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil. Recuperado de http://repositorio.roca.utfpr.edu.br/jspui/bitstream/1/3738/1/CT_GPM_2013_14.pdf.
- Assis, M. M. A., & Jorge, M. S. B. (2010). Métodos de análise em pesquisa qualitativa. In J. S. S. Santana & M. A. A. Nascimento (Orgs.), *Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social* (pp. 58-72). Feira de Santana: UEFS Editora.
- Bee, P., Brooks, H., Fraser, C., & Lovell, K. (2015). Professional perspectives on services user and carer involvement in mental health care planning: a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(12), 1834-1845. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4642654/>.
- Bosi, M. L. M. (2012). Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 575-586. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a02.pdf>. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300002>
- Brasil. (2015). *Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas: Saúde Mental em Dados*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Costa, M. M., & Magda Dimenstein, M. (2015). CAPS com gerência pública e privada: estudo na Rede de Atenção Psicossocial do Rio Grande do Norte. *Revista de Psicologia*, 6(1), 7-18. Recuperado de <http://www.periodicos.ufc.br/psicologiaufc/article/view/1689>
- Cruz, K. D. F., Guerrero, A. V. P., Scafuto, J., & Vieira, N. (2019). Atenção à crise em saúde mental: um desafio para a reforma psiquiátrica brasileira. *Revista do NUFEN*, 11(2), 117-132. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912019000200008&lng=pt&nrm=iso.
<http://dx.doi.org/10.26823/RevistadoNUFEN.vol11.n02ensaio51>
- Dias, M. K., Ferigato, S. H., & Fernandes, A. D. S. A. (2020). Atenção à Crise em saúde mental: centralização e descentralização das práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(2), 595-602. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n2/1413-8123-csc-25-02-0595.pdf>.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.09182018>
- Figueiredo, I. D. T., Torres, G. M. C., Cândido, J. A. B., Morais, A. P. P., Pinto, A. G. A., & Almeida, M. I. (2020). Planejamento estratégico como ferramenta de gestão local na atenção primária à saúde. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 8(1), 27-38. Recuperado de <http://seer.ufm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/4454/pdf>.
<https://doi.org/10.18554/refacs.v8i1.4454>
- Guizardi, F. L., & Cavalcanti, F. O. (2010) Gestão em saúde: nexos entre o cotidiano institucional e a participação política no SUS. *Revista Interface – Comunicação, Saúde,*

Educação, 14(34), 633-645. v.14, n.34, p.633-45. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop1210.pdf>. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010005000013>

Gusmão, M. F. S., & Reis, L. A. (2017). Efeitos do treinamento sensório-motor no equilíbrio de idosos: revisão sistemática. *Revista de Saúde Coletiva da UEFES*, 7(1), 64-70. Recuperado de <http://periodicos.uefs.br/index.php/saudecoletiva/article/view/1056>. <http://dx.doi.org/10.13102/rscdauefs.v7i1.1056>

Klag, M., & Langley, A. (2014). Critical junctures in strategic planning: understanding failure to enable success. *Organizational Dynamics*, 43(4), 274-283. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S009026161400045X>

Lacerda, J. T., Calvo, M. C. M., Berreta, I. Q., & Ortiga, A. M. B. (2012). Avaliação da gestão para o planejamento em saúde em municípios catarinenses. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(4), 851-859. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a08.pdf>. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000400008>

Lima, F. F. F., Alencar, N. E. S., Fernandes, M. A., Moura, E. C. C., & Silva-Júnior, F. J. G. (2019). Planejamento estratégico situacional em uma instituição psiquiátrica: contribuições e desafios. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 15(2), 20-28. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180669762019000200004&lng=pt&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2019.000377>

Macedo, J. P., Abreu, M. M., Fontenele, M. G., & Dimenstein, M. (2017). A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Saúde e Sociedade*, 26(1), 155-170. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n1/1984-0470-sausoc-26-01-00155.pdf>. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902017165827>

Matus, C. (1993). *Política, planejamento e governo*. Brasília, DF: Ipea.

Merhy, E. E. (2004). O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In T. B. Franco, M. M. A. Peres & M. M. P. Foschiera (Orgs.), *Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho* (pp. 57-73). São Paulo: Hucitec.

Minayo, M. C. S. (2013). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Hucitec: São Paulo.

Moré, C. L. O. O. (2015). A “entrevista em profundidade” ou “semiestruturada”, no contexto da saúde. *Atas - Investigação Qualitativa nas Ciências Sociais*, 3, 126-131. Recuperado de <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/158/154>.

Moreira, R. M., & Rocha, K. B. (2019). O trabalho na gestão dos serviços substitutivos de saúde mental: aproximações entre Saúde Coletiva, Saúde Mental e Psicanálise. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 29(2), 1-20. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312019000200614&lng=en&nrm=iso. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312019290216>.

Ribeiro, M. M. R. (2017). Proposta intervencionista: o desafio da governança em saúde mental em uma cidade da região metropolitana de Belo Horizonte (MG). *Mental*, 11(20), 117-133. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272017000100007&lng=pt&nrm=iso

Rivera, F. J. U., & Artmann, E. (2012). *Planejamento e gestão em saúde: conceitos, história e propostas*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Sampaio, J. J. C., Guimarães, J. M. X., & Abreu, L. M. (2010). *Supervisão Clínico-institucional e a Organização da Atenção Psicossocial no Ceará*. São Paulo: Hucitec.

Sampaio, J. J. C., Guimarães, J. M. X., Carneiro, C., & Garcia, C. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4685-4694. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300017&lng=en&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300017>

Tonini, N. S., & Kantorski, L. P. (2007). Planejamento estratégico e as políticas de saúde mental. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 28(1), 126-132. Recuperado de <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4708>.

Vieira, F. S. (2009). Avanços e desafios do Planejamento no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 1565-1577. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a30v14s1.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800030>

5.3 Artigo 03 - Indicadores qualitativos de saúde mental: contribuições para a urgência e emergência na rede de atenção psicossocial

RESUMO

Apresentar indicadores qualitativos de saúde mental desenvolvidos para contribuir com as ações de saúde no campo da atenção psicossocial em situações de urgência e emergência. Trata-se de uma pesquisa qualitativa ancorada nos pressupostos da hermenêutica realizada em 15 serviços de saúde (CAPS, hospital psiquiátrico, UPA, SAMU e CISM) da Rede de Atenção Psicossocial de em uma capital do nordeste brasileiro. A coleta dos dados ocorreu no período de setembro de 2018 a outubro de 2019 que contou com a participação de 15 gestores dos serviços anteriormente citados. Utilizou-se a técnica de entrevista semiestruturada e a Hermenêutica Crítica para interpretação dos dados. Essas falas foram organizadas em uma matriz, constituindo unidades de informação que possibilitou a elaboração de seis indicadores qualitativos de resultado (Integração, Alta compartilhada, Cuidado compartilhado, Assistência

farmacêutica, Acolhimento, Matriciamento). Espera-se que tais indicadores possam vir a contribuir como ferramentas potencializadoras do planejamento das ações de saúde mental tendo em vista que os mesmos emergem das expressões mais intrínsecas dos atores envolvidos e que abrange uma diversidade de serviço. Destaca-se que a importância de utilizar os indicadores nos serviços pois mesmo sendo restritos aos microprocessos eles podem vir a ser expoentes para a organização da rede de saúde mental.

Palavras-chave: Indicadores básicos de saúde. Planejamento em saúde. Saúde mental. Serviços de emergência psiquiátricas.

ABSTRACT

Present qualitative indicators of mental health developed to contribute to health actions in the field of psychosocial care in urgent and emergency situations. This is a qualitative research based on the assumptions of hermeneutics carried out in 15 health services (CAPS, psychiatric hospital, UPA, SAMU and CISM) of the Psychosocial Care Network in a capital of northeastern Brazil. Data collection took place from September 2018 to October 2019, with the participation of 15 managers of the previously mentioned services. The semi-structured interview technique and Critical Hermeneutics were used to interpret the data. These speeches were organized in a matrix, constituting information units that enabled the development of six qualitative result indicators (Integration, Shared discharge, Shared care, Pharmaceutical assistance, Reception, Matrixing). It is hoped that such indicators may contribute as potentializing tools for the planning of mental health actions, considering that they emerge from the most intrinsic expressions of the actors involved and that it covers a diversity of services. It is noteworthy that the importance of using the indicators in the services because even though they are restricted to microprocesses, they can become exponents for the organization of the mental health network.

Keywords: Health status indicators. Health planning. Mental health. Emergency Services. Psychiatric.

INTRODUÇÃO

Em todo o mundo a carga dos transtornos mentais tem se elevado, principalmente, em países de baixa e média renda. De acordo com dados do Global Burden of Disease (GBD), em

2016 os transtornos mentais representaram 7% da carga de doença estimada por anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (DALYs)¹.

No Brasil houve aumento de 5,8% dos casos de depressão na população, já o transtorno de ansiedade está presente em 9,3% da população brasileira, possuindo, assim, o maior número de casos de ansiedade entre todos os países do mundo. A taxa é três vezes superior à média mundial².

Não bastassem os números expressivos, soma-se a esse cenário a dificuldade de acesso dessa população aos serviços de saúde, fruto do subfinanciamento e das expressivas fragilidades institucionais, problemas estes refletidos através da grande demanda presente nos serviços, infraestrutura precária, despreparo profissional e ainda do estigma e discriminação que historicamente acompanham o cotidiano das pessoas com transtorno mental^{3,4}.

Em situações que demandam alguma urgência ou emergência, torna-se mais intensos os ruídos produzidos pela baixa interlocução entre as redes de urgência e psicossocial. Estudos recentes têm destacado uma atenção à crise norteadas por meio dos preceitos da psiquiatria clássica afim de “estabilizar” o usuário. As práticas individuais pautadas exclusivamente na internação e nas contenções física e química representam tão somente mecanismos de padronização/regulamentação travestidos de cuidado^{5,6,7}.

Sendo, portanto, a crise um fenômeno que, deve ser assistida sob a ótica da atenção psicossocial pautada na humanização do cuidado e na integralidade do atendimento em saúde, o que requer profissionais habilitados e capazes de colocar as necessidades dos sujeitos como elementos centrais de suas intervenções, assegurando que todos os pontos de atenção estejam aptos a atender uma crise psiquiátrica de acordo com as atribuições inerentes de cada serviço.

No intuito de proporcionar um cuidado psicossocial, estruturou-se, no decorrer dos últimos 30 anos, uma rede assistencial formada por serviços de níveis de complexidade tecnológica diferentes, que culminou na formulação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), considerada uma rede prioritária, para promover a integralidade do cuidado no campo da saúde mental.

Para auxiliar a organização dessa rede, além das diretrizes presentes nas políticas públicas, faz-se necessária a utilização de ferramentas importantes para o planejamento das ações e dos serviços, como indicadores de saúde. Os indicadores de saúde são considerados ferramentas que auxiliam tanto no processo de planejamento e como de avaliação em saúde.

Do ponto de vista de sua utilidade, além de ser um dispositivo para medição, para o estabelecimento de parâmetros e para avaliação, os indicadores são importantes instrumentos de gestão, pois permitem ao administrador operar sobre dimensões-chave de sistemas e de

processos, monitorando situações que devem ser mudadas, incentivadas ou potencializadas desde o início de uma intervenção até o alcance do que foi pretendido e previsto como resultado⁸.

No campo da saúde mental, o desenvolvimento de tal ferramenta ainda é mais restrita quando comparada às outras áreas, como a atenção básica e a atenção hospitalar. Atrelado a isso, tem-se o caráter fortemente ético e político da reforma psiquiátrica e a consequente dificuldade em estabelecer consensos em torno de alguns parâmetros e indicadores mínimos dentre atores sociais inseridos em pólos distintos⁹.

Na composição do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS), não existe indicador relacionado à saúde mental. E no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), apenas quatro indicadores estão relacionados a esse campo, entretanto seu enfoque se limita ao uso abusivo de substâncias psicoativas. Trata-se de um escopo insípido, diante da complexidade das práticas em saúde mental e da organização dos serviços¹⁰.

Assim, optou-se por elaborar indicadores qualitativos utilizando estratégias da mesma natureza, uma vez que esta possibilita a capacidade de expressão de voz, sentimentos, pensamentos e práticas desenvolvidas pelos atores que estão imbricados nas práticas de saúde mental, além de auxiliar no monitoramento e avaliação das ações implementadas, norteando assim as práticas gestoras^{11,12}.

Dito isto, ressalta-se a necessidade avaliar a qualidade das ações e dos serviços de forma sistemática e em conjunto com as instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS), subsidiando o processo de planejamento e a gestão do cuidado nos resultados da avaliação dos indicadores¹³.

Diante de tais lacunas, este artigo tem o propósito de desenvolver indicadores qualitativos de saúde mental para contribuir com as ações de saúde no campo da atenção psicossocial em situações de urgência e emergência.

MÉTODOS

O presente estudo trata-se de um destaque da tese de doutoramento intitulada denominada *'Rede de Atenção Psicossocial e sua integração com a Urgência e Emergência: construção de indicadores de saúde mental coletiva'* que recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Ceará, com número 3.178.835.

Trata-se de uma investigação de abordagem qualitativa ancorada nos pressupostos da hermenêutica uma vez que ao considerar a temática da saúde mental faz-se necessário o aprofundamento e desvelamento de aspectos intrínsecos que requerem um olhar para o campo da subjetividade, da singularidade e da compreensão, perpassando pelas diversas dimensões do sujeito (biopsicossocial), além de estar embasada nas ciências humanas e sociais, sendo portanto, imprescindível para um estudo na área da saúde mental, o que possibilita desvelar os sentidos e significados envolvidos nessa temática.

Neste estudo, o argumento central se apoia na natureza hermenêutica para a construção dos indicadores qualitativos, a partir da realidade empírica e concreta. Parte-se do entendimento de que os resultados das ações desenvolvidas pelos serviços de saúde mental têm que ser observados a partir da perspectiva dos atores envolvidos¹².

Fizeram parte do cenário do estudo 10 CAPS sendo quatro CAPS AD (álcool e outras drogas), quatro CAPS tipo II e dois CAPS tipo III; um hospital psiquiátrico; a sede administrativa do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); a diretoria administrativa da Organização Social de Saúde (OSS) que gerencia seis Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) do município; e a sede da Secretaria Estadual de Saúde, local onde ocorrem as reuniões da coordenadora da Comissão Intersetorial de Saúde Mental (CISM). Todos os serviços e instituições mencionados localizam-se na cidade de Fortaleza, no nordeste brasileiro. A coleta dos dados ocorreu no período de agosto de 2018 a outubro de 2019.

Participaram desta investigação 10 gestores dos CAPS supracitados, o diretor hospital psiquiátrico que é referência para os atendimentos de urgência em saúde mental; o diretor do SAMU; a coordenadora técnica da OSS que gerencia seis UPAs do município; a coordenadora de uma UPA; e a coordenadora da CISM.

Para o desenvolvimento desta investigação, utilizou-se a entrevista em profundidade, guiada por um roteiro de perguntas, como técnica para coleta dos dados. As perguntas versavam sobre a compreensão da RAPS, a perspectiva da assistência prestada ao paciente com transtorno mental, principalmente, em situações de urgência e emergência, e a presença (ou não) de alguma estratégia, medida e/ou parâmetro para nortear o planejamento e a avaliação do serviço.

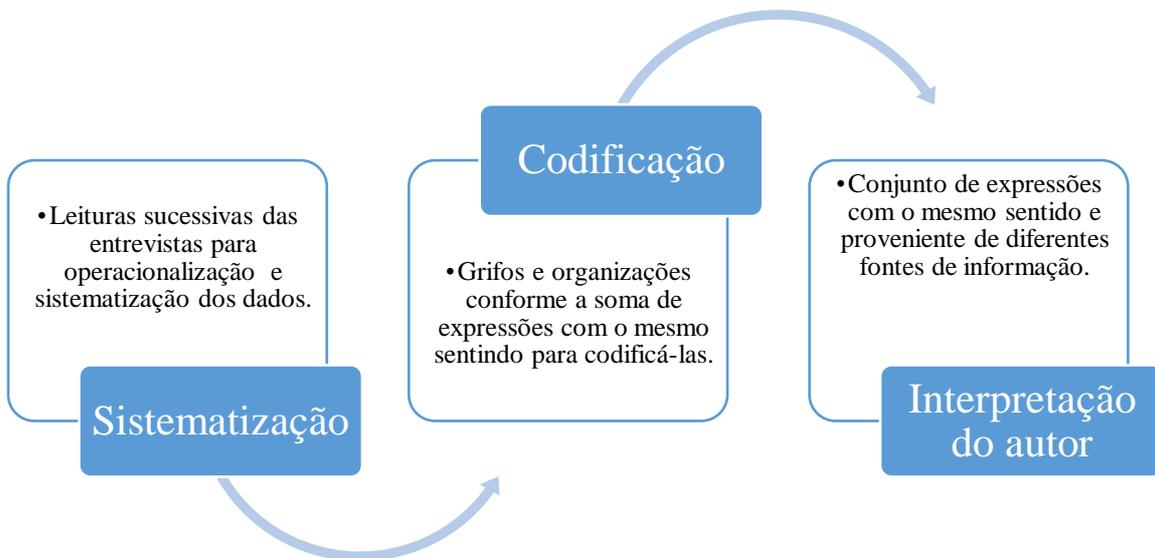
A escolha dessa técnica se deu em decorrência de que na investigação qualitativa deve passar, necessariamente, pela reflexão de seus princípios epistemológicos e do âmago central, que é a busca dos significados atribuídos à experiência humana; estes por sua vez emergem por intermédio da proposta de entrevista qualitativa em profundidade. Nesse sentido, o diálogo

proposto nesse tipo de entrevista, como um instrumento de coleta de dados, constitui-se num “espaço relacional privilegiado”, onde o pesquisador busca o protagonismo do participante¹⁴.

O material resultante das entrevistas foi transcrito na íntegra, inserido no software Nvivo versão 10 que auxiliou no processo analítico.

Seguindo os passos de Alves et al.¹⁵, iniciou-se por a análise sistematizada dos dados coletados, que teve por objetivo identificar nas falas dos gestores relatos referentes as estratégias presentes (ou sugeridas) que poderiam ser utilizados no processo de planejamento das ações dos serviços, relatos estes que colaborassem para a construção de indicadores de saúde mental.

Figura 1 - Etapas do processo de elaboração dos indicadores de saúde mental



Fonte: Elaboração própria.

Essas falas foram organizadas em uma matriz, constituindo unidades de informação. A partir da análise e interpretação destas, foram elaborados seis indicadores qualitativos de resultado com base no marco conceitual utilizado, o da atenção psicossocial. Essas unidades de informação e seus respectivos indicadores foram arranjados na matriz de acordo com a homogeneidade dos seus temas constituindo em duas categorias analíticas, sendo estas:

Quadro 1 - Matriz de Indicadores e Categorias Empíricas

Categorias Analítica	Indicador
Estratégias de compartilhamento para a integralidade do cuidado em saúde mental	<i>Integração</i>
	<i>Alta compartilhada</i>
	<i>Cuidado compartilhado</i>
Ferramentas para prevenção e promoção do cuidado em crises psiquiátricas	<i>Assistência farmacêutica</i>
	<i>Acolhimento</i>
	<i>Matriciamento</i>

Fonte: Elaboração própria.

RESULTADOS

A partir da análise dos dados, foi possível elaborar indicadores que podem ser utilizados como métricas para a avaliação e o planejamento das ações desenvolvidas nos serviços de saúde mental no intuito de auxiliar na prestação da assistência para as pessoas com transtornos mentais bem como aqueles que vivenciam situações de sofrimento psíquico.

Cada um dos indicadores teve seus componentes centrais desdobrados, detalhados e adaptados de acordo com as proposições de Onocko-Campos et al.¹⁰, a saber: o nome do indicador; definição (que problemática aborda); interpretação (que aspecto permite avaliar); fonte de dados (onde obter as informações necessárias); período de aferição (intervalo de tempo entre uma aferição e a próxima); método de cálculo (o que deve compor numerador e denominador do indicador); e observações complementares para indicadores específicos.

Quadro 2 - Indicadores Qualitativos de Saúde Mental

Indicador	Definição	Interpretação	Fonte de dados	Período de aferição	Método de cálculo
<i>Integração</i>	Assistência articulada incluindo as atenções primária, secundária e terciária.	Conexão entre serviços que compõem uma rede de cuidado afim de promover à assistência de acordo com as necessidades do usuário.	Relatório dos prontuários eletrônicos para os serviços disponíveis, para os demais, relatório próprio da instituição.	Semestralmente	Nº de pacientes atendidos encaminhados de outro serviço / Total de pacientes atendidos no serviço.
<i>Cuidado Compartilhado</i>	Assistência prestada a um mesmo usuário em dois ou mais serviços de forma conjunta.	Compartilhamento das praticas assistenciais de forma coordenada.	Relatório dos prontuários eletrônicos para os serviços disponíveis, para os demais, relatório próprio da instituição.	Semestralmente	Nº de atendimentos realizados de forma conjunta (02 ou mais serviços) para um mesmo paciente / Total de paciente atendidos
<i>Alta compartilhada</i>	Processo de alta planejado entre dois serviços.	Quando são encerradas as atividades em um serviço, mas continua em outra sendo isso previamente planejado.	Relatório dos prontuários eletrônicos para os serviços disponíveis, para os demais, relatório próprio da instituição.	Semestralmente	Nº de altas realizadas de forma conjunta com a participação de dois serviços / Total de altas realizada no serviço de origem
<i>Acolhimento</i>	Escuta qualificada das demandas de urgência e emergência psiquiátrica.	Compreensão do atendimento inicial ofertado ao usuário no serviço desde o primeiro contato no serviço bem como os desdobramentos realizados.	Relatório dos prontuários eletrônicos para os serviços disponíveis, para os demais, relatório próprio da instituição.	Mensal	Nº de acolhimentos realizados / Total de atendimentos
<i>Matriciamento</i>	Apoio pedagógico e terapêutico ofertado por uma equipe de especialistas para profissionais generalistas.	Elaboração de um plano de cuidado conjunto entre CAPS e APS.	Relatório dos prontuários eletrônicos para os serviços disponíveis, para os demais, relatório próprio da instituição.	Semestralmente	Nº de atividades matricias / Total de atendimentos
<i>Terapêutica farmacológica</i>	Dimensões do acesso dos usuários a terapêutica farmacológica em situações de urgência e emergência psiquiátrica.	Acesso dos usuários aos psicofármacos durante a crise psíquica.	Relatório dos prontuários eletrônicos para os serviços disponíveis, para os demais, relatório próprio da instituição.	Mensal	Nº de psicofármacos dispensados para tratar crise psiquiátrica / Total de fármacos dispensados na instituição

Fonte: Elaboração própria

DISCUSSÃO

Estratégias de compartilhamento para a integralidade do cuidado em saúde mental

Integralidade

Ao pensar-se a integralidade do cuidado é necessário assentir enquanto elemento necessário a interconexão entres os diversos pontos que compõe a rede, possibilitando de tal modo a partilha de sua bagagem tecnológica, ampliando suas possibilidades de trabalho.

Nesse sentido, o indicador “integração” traz sua importância para o planejamento das ações na rede, uma vez que, diante da consciência que as possibilidades de atuação em determinados serviços esbarram em limitações relativas à estrutura, capacidade instalada e até mesmo dos processos de trabalho, é a integração com outros pontos de atenção que permite ampliar a potência e o espectro de atuação, permitindo programar previamente as ações para atender os usuários de acordo com as suas necessidades bem como orientá-los para o serviço correto.

Tal indicador também auxilia os profissionais a organizarem as demandas dos serviços afim de assistir os usuários que são encaminhados, além de possibilitar a elaboração de um plano de cuidado a partir da assistência anteriormente prestada em outros cenários, conferindo-lhe continuidade.

Recebe muitos encaminhamentos da rede do CAPS e Posto de Saúde encaminhando os pacientes que eram pra ser conduzidos lá, mas não há assim amiúde uma interlocução das diversas instâncias (HMM).

Diante dos números crescentes de casos em saúde mental, defronta-se com a importância de ter serviços em rede que operem na perspectiva da continuidade de cuidados, gestão integrada de casos e corresponsabilização. Por meio de articulações com a Atenção Primária que vem fortalecendo seu potencial no acolhimento às demandas em saúde mental, bem como com os serviços de urgência e emergência e hospitais gerais, sendo uma das principais ações obter resultados mais efetivos no atendimento da crise. Não obstante a isso, a articulação entre os serviços proporciona uma maior otimização dos recursos, colaborando para a sustentabilidade do sistema de saúde¹⁶.

Para conseguir avançar na melhora desse indicador, ações podem ser desenvolvidas pelos próprios profissionais, como conhecer o território e os serviços nele disponíveis bem como apresentar o seu serviço e expor sua proposta de trabalho, o perfil dos usuários assistidos

e afim de facilitar a troca de informações e organizar o fluxo do usuário nesses serviços. Tal prática pode ser desenvolvida de forma informal.

A UPA que cobre aqui a nossa área é aqui bem pertinho também nunca tive grandes problemas, nós procuramos sempre chegar nos locais e nos apresentarmos, pra que eles nos conheçam mais (Part. 01).

A falta de integração entre os serviços de saúde incorre na desassistência ao usuário e na ruptura de um dos princípios basilares do Sistema Único de Saúde (SUS), a integralidade.

Cientes disso, todos os gestores reconhecem as fragilidades das redes tanto no âmbito especializado quanto nos serviços de urgência e emergência. A ausência de integração pode se dar por alguns fatores como o fato de os serviços que compõem a rede de saúde mental estão sob instâncias governamentais variadas, uma vez que o hospital mental é de responsabilidade do nível estadual, os CAPS são de responsabilidade municipal assim como o SAMU, e as UPAs são gerenciadas por uma OSS. Tal fato dificulta a articulação entre essas instâncias.

Eu percebo que a gente tá tendo muitas dificuldades pra trabalhar hoje em dia essa Rede, essa Rede de forma integrada, com todos os componentes que fazem parte do atendimento ao usuário. (Part. 03).

O estudo de Dias, Ferigato e Fernandes⁵, propõe a existência de três modalidades de formatação de redes, dentre elas estão as redes que dispõem de dispositivos de atenção centralizados, mas com ampla capacidade de articulação com o restante da rede. Este arranjo permite que as práticas desenvolvidas em outros serviços do município (serviços mais territorializados como os CAPS) sejam consideradas, tornando as abordagens articuladas e complementares.

Algumas experiências brasileiras, como o Serviço de Urgências Psiquiátricas (SUP), em Belo Horizonte – Minas Gerais, consideradas retaguardas especializadas em atenção à crise, encontram-se articuladas com outros serviços, têm período de permanência reduzido e atuam de forma referenciada no Projeto Terapêutico Singular (PTS), desenvolvido pelo serviço comunitário ao qual o usuário é vinculado⁵.

Contudo, sabe-se que uma das principais barreiras está na formatação dos serviços de urgência e emergência que inviabiliza a formação de vínculo, visto que são pontuais, ignoram a complexidade do sofrimento, simplificando-o por meio da atenção ao sintoma, retira do indivíduo a responsabilidade sobre o seu estado e a sua vida, inserindo-o em um cotidiano

artificial isolado, roubam sua autonomia, desconsideram a potencialidade da crise enquanto movimento de mudança e transformação¹⁷.

Eu falo questões melhores a nível de ter uma articulação melhor com o próprio hospital, a gente não tem muito. A gente tem o Hospital de Messejana que recebe as urgências das urgências e mandam o paciente pro CAPS (Part. 03).

Um terceiro modelo, baseia-se na perspectiva de que o sistema como um todo deve realizar cuidado à crise, ampliando o "lugar da urgência" para uma rede de atenção à crise. Uma vez que o espaço institucional historicamente ligado a situações de crise é substituído por um conjunto de serviços em redes, com isso a atenção é diluída em diferentes espaços, em uma pluralidade de intervenções. Dessa forma, as abordagens devem ser norteadas por um projeto que preveja as situações de crise, apontando para formas diferentes de abordagens com corresponsabilização entre serviços especializados, enfermarias de saúde mental em hospital geral, atenção básica, rede de urgência/emergência e rede intersetorial⁵.

O estudo revelou ainda a presença de mecanismos de articulação informal entre os serviços em que determinados profissionais, através de vínculos pessoais firmados com integrantes de outros dispositivos, estabelecem trocas de informações e criam seus próprios fluxos paralelamente à rede formal, desenvolvendo uma rede viva e atuante.

Assim, para obter uma rede bem articulada é necessário que haja coordenação entre os serviços e garantia de continuidade de cuidados através da integração em todos os âmbitos da saúde, incluindo as atenções primária, secundária e terciária, e articulação com as redes de caráter social, educativo, ocupacional, redes de cuidado informais, grupos de autoajuda, envolvendo usuários, suas famílias e as comunidades¹⁶.

Esse indicador reverbera nos outros dois indicadores que compõem essa categoria, sem integração entre os serviços há uma maior dificuldade de elaborar um plano de cuidado compartilhado, pois não são sabidas as condutas assistenciais que foram prestadas e nem o histórico do paciente. Assim, tornar-se difícil compartilhar o cuidado de um mesmo usuário entre serviços afim de que o usuário saia de um serviço de maior densidade tecnológica e passe a ser atendido em serviços substitutivos ou na Atenção Primária, tendo assim a continuidade do cuidado.

Cuidado compartilhado

O indicador cuidado compartilhado emerge da ideia de que nenhum serviço é completo e capaz de suprir todas as necessidades do usuário, ao compartilhar a assistência objetiva-se criar uma rede cuidado com níveis diferentes de densidade tecnológica afim de poder assisti-lo durante todo o seu ciclo de vida e nas situações adversas.

Contudo, quando se trata do cuidado em saúde mental apreende-se que os únicos serviços percebidos como espaços de cuidado são o CAPS e o hospital mental, e este se destaca mais ainda quando se trata de uma situação de crise psiquiátrica.

O CAPS AD ele é pra acessar muito mais a atenção terciária, em que sentido? Ele trabalha com um paciente, um usuário que ele tem muitas complicações clínicas né? Então assim, no CAPS geral a gente vai ter as crises, porque na realidade o CAPS também é pra ficar cuidando das crises né, mas a gente acaba, ainda, recorrendo à essa relação com os hospitais. (Part. 04)

Mesmo com a implementação dos CAPS para tratamento de pessoas com transtorno de moderado a grave, conforme consta na portaria nº 366/2002, pouco se avançou nas situações de urgência e emergência, como suicídio, agressividade, agitação e ansiedade aguda¹⁹. Frequentemente pessoas nessas condições ficam desassistidas dentro do sistema de saúde.

Com isso, o que deveria configurar-se como uma rede psicossocial articulada, funciona como circuito psiquiátrico, no qual as instituições funcionam em esquema de complementaridade, dividindo suas funções entre a atenção territorial (CAPS) e a internação (hospital psiquiátrico)¹⁶.

Para que a atenção à crise em saúde mental ocorra segundo as diretrizes do modelo de atenção psicossocial é indispensável que essa atenção aconteça de forma contínua, 24 horas por dia e em equipamentos além do hospital psiquiátrico. A RAPS, para cumprir seu papel de cuidado eficaz, resolutivo e integral, depende de arranjos consistentes de trabalho horizontalizado em equipe que tenha a formação do vínculo como estrutura basilar¹⁹.

Ademais, o pouco contato entre os hospitais e demais serviços, sejam da rede básica, serviços matriciadores ou CAPS, precisa ser ampliado principalmente com as equipes das internações, que percebem a importância do acompanhamento continuado, principalmente através do aumento do número de reinternações. Através da comunicação entre dispositivos, é possível identificar as demandas levadas ao serviço bem como compreender as necessidades daqueles que buscam por cuidado, reestruturando saberes e práticas e reformulando projetos terapêuticos²⁰.

Os autores anteriores destacam a inexistência de relação com as Emergências Psiquiátricas, uma vez que os usuários são atendidos quando buscam espontaneamente o serviço e não há diálogo com os profissionais que já prestavam cuidado, o que vai na contramão do movimento que se propõe quanto à comunicação e integração da RAPS. Isso faz com que esses profissionais que realizam a avaliação conheçam os sujeitos pontualmente, de modo transversal, que pode conduzir ao erro de uma internação desnecessária ou da não internação quando há risco já avaliado por outro profissional²⁰.

Assim, destaca-se a necessidade de compartilhar o cuidado entre as instituições de saúde em especial com a Atenção Primária por ser o local onde os usuários primeiramente procuram assistência. O cuidado compartilhado pode ser compreendido como forma de prevenir o desenvolvimento de crises psiquiátricas, principalmente aquelas que culminam em internações, se houver intervenções e acompanhamento contínuo é possível identificar brevemente as alterações e elaborar estratégias de cuidado precoce. O fato de o paciente iniciar tratamento no CAPS não quer dizer que ele não terá alta ou que não poderá dar prosseguimento em outro serviço

Alta compartilhada

Esse indicador trata da alta compartilhada que resulta do término da assistência em serviço e seguida da continuidade em outro. No contexto hospitalar, os pacientes recebem um relatório no qual consta como foi desenvolvida a assistência terapêutica como medicamentos, exames, atendimento especializado, bem como o plano terapêutico que é sugerido após a alta. Em seguida, os pacientes devem procurar dar continuidade ao cuidado na instituição para qual ele foi direcionado.

Contudo, existe um *gap* após a alta, pois o paciente não consegue, por vezes, acessar o serviço para o qual foi referenciado seja por questões geográficas, financeiras ou familiares e nem o serviço está ciente da chegada do paciente, uma vez que não foi previamente comunicado pela instituição anterior.

Com isso, a ideia da alta compartilhada é que ambos os serviços fiquem cientes da saída e da chegada dos pacientes, de modo a acolher de acordo com as suas necessidades e garantir a continuidade do cuidado.

Os pacientes que saíssem de alta daqui e dos outros dois hospitais houvesse uma comunicação, que a gente comunicaria por um *e-mail* único o paciente que tava tendo alta dia tal, pra a coordenação de Saúde Mental pra essa

coordenação utilizar nos seus devidos dispositivos pra que essa pessoa não tenha interrupção de acompanhamento (Part. 10).

Desse modo, uma das ações mais urgentes na Saúde Mental é a alta planejada e assistida, visto que torna-se imprescindível ao avanço da reforma psiquiátrica a constituição da rede integrada de serviços substitutivos - serviços de saúde e demais dispositivos presentes na comunidade. O usuário, por ocasião de sua alta, demanda ter assegurado a continuidade do tratamento, prevenindo assim a incidência de novas reinternações²¹.

O hospital trabalha de uma forma afastada, relevando que a rede tem uma falha em relação ao nível terciário e com dificuldades em iniciar um movimento de contato com demais serviços²⁰. Esses achados corroboram com os estudos de Campos et al.²² que demonstra os entraves na formação de parceria entre serviços, assim como a ausência de acompanhamento dos usuários quando internados.

Ferramentas para prevenção e promoção do cuidado em crises psiquiátricas

Acolhimento

Em consonância com os indicadores anteriormente apresentados, o indicador acolhimento foi desenvolvido para desvelar a compreensão do atendimento inicial ofertado ao usuário no serviço envolvendo o primeiro contato no serviço bem como os desdobramentos realizados no intuito de solucionar ou planejar ações que visem atender a demanda do usuário.

O acolhimento pode ser, então, concebido como a mais relevante tecnologia de um serviço de emergência, apresentando-se, em última instância, como um terreno livre para as manifestações do desejo, permitindo, a partir da reconstituição do sujeito, desenvolver um lugar de referência onde a desorganização e a reorganização podem coexistir em sua relação dialética enquanto possibilidade de reestruturação²³.

Acompanhamos o paciente até o local, deixamos ele, porque a gente entende isso como acolhimento, não é só o usuário chegar aqui passar por dentro de uma sala e fazer uma conversa, não, é do começo ao fim, isso é acolhimento (Part. 06)

As pessoas estão vindo para o serviço, o meu nível de abandono diminuiu muito. Eu sei que meu acolhimento tá dando certo, ele sabe que o local de cuidado dele é esse aqui, independente da maneira como ele chegue (Part. 04)

Acredita-se que a reforma psiquiátrica brasileira precisa incluir a efetiva garantia do acolhimento à crise em saúde mental nos serviços territoriais. Quanto mais humanizadas e

resolutivas forem as ações de atenção nas situações de crise, melhor será a resolutividade da rede¹⁹.

Acolhimento, autonomia, garantia de direitos e cuidado pactuado são alguns dos princípios norteadores para abordagem às situações de crise. Contudo, o desafio consiste na produção de ações e serviços organizados em redes que efetivamente respondam às necessidades das pessoas em seus contextos de vida, garantindo o cuidado em liberdade e propiciando novas alternativas para a vida, devendo incluir necessariamente o estabelecimento de novas estratégias para responder às situações de intenso sofrimento e fragilidade²⁴.

Nesse sentido, os leitos em hospitais gerais, as instâncias de hospitalização breve que acolhem pequenos grupos, a articulação com os serviços de atenção primária para o manejo, detecção precoce e constituição da rede de suporte comunitário, o atendimento domiciliar e apoio intensivo à crise, são estratégias que podem reverberar não só nos processos de acolhimento e cuidado do usuário, mas nos trabalhadores e familiares, reduzindo a sobrecarga e ampliando a corresponsabilização¹⁶.

Matriciamento

No que concerne ao matriciamento pode-se apreender que não é algo uniforme em todo o território pesquisado. Alguns CAPS conseguem matricular e outros não, sendo que em alguns territórios, há uma parceria entre os CAPS para definir quais unidades de Atenção Primária serão matriciadas afim de que todas as unidades sejam contempladas.

Já tivemos momentos muito bons onde nós conseguíamos matricular todos os postos de saúde foi um momento muito rico, (...) hoje nós estamos passando por um momento intermediário hoje em dia, foi muito difícil porque foi um período em que houve troca de profissionais (Part. 03)

Essas equipes de matriciamento são formadas de profissionais do CAPS geral e dos CAPS AD, justamente pra atender a população que é incerta. E tem que ter esse discernimento pra ver pra onde encaminhar essa demanda que é nossa. E em contrapartida tirar aqueles pacientes que hoje tem prontuário aberto no serviço CAPS e fazer encaminhamento pra Atenção Primária (Part. 07).

No plano do ideal, o matriciamento tem papel importante de promover o compartilhamento de responsabilidades e práticas a partir do encontro entre equipes, minimizando as sobrecargas de uma ou outra equipe por esse cuidado e ampliando as alternativas de criação de estratégias resolutivas de cuidado²⁵.

Nesse sentido, destaca-se que a participação efetiva da Atenção Primária na RAPS proporciona uma menor sobrecarga na rede, principalmente através da distribuição dos casos para os serviços de saúde conforme sua gravidade. A instrumentalização desses serviços pode evitar o agravamento dos casos, o que impacta diretamente nos Serviços de Emergência Psiquiátrica, uma vez que diminui internações desnecessárias, possibilitando o acesso de casos mais graves à atenção secundária²⁶.

As aproximações entre os CAPS, aproximação da Atenção Primária com a temática da saúde mental e aproximação do CAPS com o território, conduziram a um movimento que parece estar contribuindo para uma mudança importante no campo da saúde mental: a redução do número de internações psiquiátricas²⁵. Na mesma direção, Rocha et al.²⁷ revelam que quanto maior a integração entre atenção primária e especializada em saúde mental, maior é a possibilidade de acesso aos serviços de saúde.

Esse contexto de redução do número de internações relaciona-se diretamente com a construção de garantias e condições para que o sofrimento psíquico seja manejado com os recursos do território, por compreender o vínculo como a maior tecnologia de que a terapêutica da saúde mental dispõe²⁸.

Nesse sentido, o apoio matricial contribui para fortalecer a organização da RAPS, uma vez que os profissionais podem colaborar na melhoria da capacidade resolutiva das equipes de referência, qualificando esses trabalhadores para uma atenção mais ampliada e integral¹⁶.

Assim, o matriciamento em saúde mental tem a importante função de fomentar encontros efetivos entre saberes e práticas diversas e complementares que compõem essa complexa intenção de cuidado integral²⁵.

Terapêutica farmacológica

Esse indicador está relacionado a dimensões do acesso dos usuários a terapêutica farmacológica, principalmente, em situações de urgência e emergência psiquiátrica. Não se espera aqui abordar questões inerentes a qualidade das prescrições e nem suas propriedades farmacológicas.

O consumo indiscriminado de psicofármacos liga-se intimamente com a produção social hegemônica e mercadológica no campo da saúde, contudo, sabe-se da importância dos fármacos para o cuidado em saúde mental, principalmente, em situações de crise psiquiátricas²⁹. Nesse sentido, pode-se perceber uma distinção em relação a disponibilidade, oferta e distribuição dos fármacos entre os serviços, tal fato pode ser atribuído a natureza dos serviços pesquisados.

Esse CAPS não possui farmácia no serviço e nem uma enfermagem que contenha medicamentos adequados pra uma emergência pra uma crise (Part. 08)

Recebemos um kit de primeiros socorros, mas que sei que pra um caso de emergência hoje nós temos como estabilizar que o paciente seja encaminhado pra um hospital onde realmente ele possa ter esse atendimento pra lidar com o surto (Part. 04).

Apesar do conceito de medicalização se referir a um processo mais complexo que simplesmente o uso excessivo de medicação, pois significaria reduzir à ordem médica problemas de ordem psicossocial ou afetiva, o fármaco é visto como principal agente fomentador da cura do paciente. Entretanto as práticas clínicas, muitas vezes enrijecidas, propõem significações e conseqüentes intervenções que não levam em consideração a complexidade nem o seu caráter subjetivo e intersubjetivo dos sujeitos³⁰.

Em casos de sintomas psíquicos, a estabilidade mental é, por vezes, inquirida pelo uso contínuo de medicamentos, em situações de crise psíquica, as intervenções ainda sugeridas para o usuário remetem a uma composição institucional parcializada, ou seja, as abordagens iniciais são trocadas por resoluções imediatas de remanejamento e transferência para unidades especializadas, principalmente para instituições hospitalares de emergência em psiquiatria³¹.

O básico de atendimento de medicação pra controle do surto nós temos, assim só que eu acho que realmente tinha que fortalecer, rever a parte de medicamento, o quê que nós poderíamos ter mais, porque a é UPA que recebe mais demanda. (Part. 09)

Em um estudo belga realizado com 108 médicos atuantes em serviços de emergência psiquiátrica demonstrou que os antipsicóticos são os medicamentos mais utilizados na prática clínica diante de situações de agitação aguda³². Com isso, apreende-se que o objetivo é adaptar o indivíduo não ajustado, promovendo intervenções direcionadas para o seu controle, de modo a restabelecer o suposto equilíbrio que havia sido perdido. A gestão da assistência realizada através desse unilateralismo ignora o significado temporal e único que a crise assume para cada sujeito, constringendo o cuidado com a fraqueza subjetiva e o aprimoramento das possibilidades de transformação e desvio emergente nesses momentos críticos³³.

Dessa forma, as práticas desenvolvidas no serviço de emergência psiquiátrica diminuem as chances de os pacientes estabelecerem novas configurações subjetivas e elaborarem outras estratégias de lidar com o desconforto. Com isso, as instituições tornam-se, responsáveis pela cadeia de manutenção crise-supressão-crise capaz de converter o sofrimento psicológico em um evento recorrente e crônico³³.

Defrontamo-nos, portanto, com a necessidade inquestionável de ampliar as reflexões acerca das práticas de cuidado operadas no contexto de crise, ampliando e fortalecendo a rede de atenção psicossocial e seus diversos equipamentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espera-se que os indicadores elaborados no presente estudo possam vir a contribuir como ferramentas potencializadoras do planejamento das ações de saúde mental tendo em vista que os mesmos emergem das expressões mais intrínsecas dos atores envolvidos e que abrange uma diversidade de serviço. Destaca-se que a importância de utilizar os indicadores nos serviços pois mesmo sendo restritos aos microprocessos eles podem vir a ser expoentes para a organização da rede de saúde mental.

A integração entre os serviços é de suma importância para a continuidade e qualidade do cuidado, principalmente, em situações de urgência e emergência psiquiátrica afim de reduzir as (re) internações e fortalecer a assistência no território. Para tanto, faz-se necessário que haja um compartilhamento do cuidado afim de que as informações não sejam perdidas ao longo da trajetória do usuário e que o mesmo possa acessar em tempo hábil o serviço para o qual foi encaminhado e assim elaborar um plano de cuidados. Com isso, a alta compartilhada pode ser indicador importante para planejar o encerramento da assistência em um serviço e o início em outro.

O acolhimento destaca-se, pois é uma estratégia para que o usuário reconheça o serviço como um espaço de cuidado e pode procurá-lo para atender as suas necessidades. Ademais, tão importante quanto iniciar o tratamento e dar continuidade e com isso destaca-se a importância do matriciamento como estratégia de corresponsabilização do cuidado. Assim, como avançar na compreensão de outros métodos de intervenção à crise psiquiátrica, não ficando restrita a terapêutica medicamentosa. Para tal é relevante avaliar e planejar as estratégias que estão sendo utilizadas para assistir os usuários nos serviços.

REFERÊNCIAS

1 Hay SI, Abajobir AA, Abate KH, Abbafati C, Abbas KM, Abd-Allah F, et al. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 333 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017; 390 (10100): 1260-344. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32130-X

- 2 World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: WHO; 2017.
- 3 Barretto RS, Figueiredo AEB. Estigma e violência na percepção dos profissionais de saúde mental de uma unidade psiquiátrica em hospital geral. *Cad. saúde colet.* 2019; 27 (2): 124-30. doi: 10.1590/1414-462x201900020370
- 4 Costa PHA, Colugnati FAB, Ronzani TM. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. *Ciênc. saúde coletiva.* 2015; 20 (10): 3243-53. doi: 10.1590/1413-812320152010.14612014
- 5 Dias MK, Ferigato SH, Fernandes ADSA. Attention to the crisis in mental health: centralization and decentralization of practices. *Ciênc. saúde coletiva.* 2020; 25 (2): 595-602. doi: 10.1590/1413-81232020252.09182018
- 6 Souza AS, Cortes HM, Pinho PH. Serviços de atendimento móvel de urgência frente às emergências psiquiátricas: uma revisão narrativa. *Rev. port. enferm. saúde mental.* 2018; (20): 72-80. doi: 10.19131/rpesm.0229.
- 7 Zeferino MT, Cartana MHF, Fialho MB, Huber MZ, Bertocello KCG. Health workers' perception on crisis care in the Psychosocial Care Network. *Esc. Anna Nery.* 2016; 20 (3): 1-7. doi: 10.5935/1414-8145.20160059
- 8 Minayo MCS. Construção de indicadores qualitativos para avaliação de mudanças. *Rev. bras. educ. med.* 2009; 33 (supl 1): 83-91. doi: 10.1590/S0100-55022009000500009
- 9 Furtado JP, Onocko-Campos RT, Moreira MIB, Trapé TL. A elaboração participativa de indicadores para a avaliação em saúde mental. *Cad. Saúde Pública.* 2013; 29 (1): 102–10. doi: 10.1590/s0102-311x2013000100012
- 10 Onocko-Campos R, Furtado JP, Trapé TL, Emerich BF, Surjus LTLS. Evaluation indicators for the Psychosocial Care Centers Type III: results of a participatory design *Saúde Debate.* 2017; 41 (n. spe): 71–83. doi: 10.1590/0103-11042017s07.
- 11 Minayo MCS. A utilização do método qualitativo para a avaliação de programas de Saúde, São Paulo. In Onocko-Campos R, Furtado JP, Passos E, Benevides R (Eds.). *Pesquisa avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos da narratividade.* São Paulo: Hucitec; 2008. p. 15-9.
- 12 Alves PF, Kantorski LP, Coimbra VCC, Oliveira MM, Silveira KL. Qualitative indicators of satisfaction in mental health. *Saúde Debate.* 2017; 41 (spe): 50-9. doi: 10.1590/0103-11042017s05
- 13 Brasil. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
- 14 Moré CLOO. A “entrevista em profundidade” ou “semiestruturada”, no contexto da saúde. *Atas CIAQ.* 2015; 3: 126-31.

- 15 Alves PF, Kantorski LP, Andrade APM, Coimbra VCC, Oliveira MM, Silveira KL. (2018). Being autonomous: what do mental health services indicate? *Rev. Gaúcha Enferm.* 2018; 39: e63993. doi: 10.1590/1983-1447.2018.63993
- 16 Dimenstein M, Amorim AKA, Leite J, Siqueira K, Gruska V, Vieira C, et al. O atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN. *Polis Psique.* 2012; (2), 95-127. doi: [10.22456/2238-152X.40323](https://doi.org/10.22456/2238-152X.40323)
- 17 Jardim K, Dimenstein M. (2007). Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. *Psicol. Rev.* 2007; 13 (1): 169-90.
- 18 Brasil. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002.
- 19 Cruz KDF, Guerrero AVP, Vieira JC. Attention to crisis in mental health: a challenge for the brazilian psychiatric reform. *Rev. NUFEN.* 2019; 11 (2): 117-32. doi: 10.26823/RevistadoNUFEN.vol11.n02ensaio51
- 20 Zanardo GLP, Bianchessi DLC, Rocha KB. Devices and connections in the psychosocial assistance network (RAPS) of Porto Alegre - RS. *Est. Inter. Psicol.* 2018; 9 (3): 80-101.
- 21 Dimenstein M, Liberato M. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: O desafio da intersectorialidade e do trabalho em rede. *Cad. Bras. Saúde Mental.* 2009; 1 (1): 1-10.
- 22 Campos RTO, Furtado JP, Passos E, Ferrer AL, Miranda L, Gama CAP. (2009) Evaluation of the network of psychosocial care centers: between collective and mental health. *Rev Saúde Pública.* 2009; 43 (Suppl. 1): 16-22. doi:10.1590/S0034-89102009000800004
- 23 França IG. Reflections about the implant and the operation of a mental health emergency attendance. *Psicol. cienc. prof.* 2005; 25 (1): 146-63. doi: 10.1590/S141498932005000100012.
- 24 Lobosque AM. O cuidado às pessoas em situações de crise e urgência na perspectiva da atenção psicossocial. In Zeferino MT, Rodrigues J, Assis JT (Eds.). *Crise e urgência em Saúde Mental.* Florianópolis: UFSC; 2014. p. 11-50.
- 25 Iglesias A, Avellar LZ. O matriciamento em saúde mental na perspectiva dos gestores. *Mental.* 2018; 11 (20): 63-90.
- 26 Barros REM, Tung TC, Mari JJ. (2010). Psychiatric emergency services and their relationships with the mental health network in Brazil. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2010; 32 (Supl. 2): S71-S77. doi:10.1590/S1516-44462010000600003
- 27 Rocha KB, Pérez K, Rodríguez-Sanz M, Alonso J, Muntaner C, Borrell C. Inequalities in the use of services provided by psychiatrists in Spain: a multilevel study. *Psychiat Serv.* 2013; 64 (9): 901-7. doi: 10.1176/appi.ps.201100419.

28 Lima Júnior JM, Melo SCF, Braga LAV, Dias MD. Saúde mental e saúde da família: implicações, limites e possibilidades. *Cad. saúde colet.* 2010; 18 (2): 229-33.

29 Bezerra IC, Morais JB, Paula ML, Silva TMR, Jorge MSB. Uso de psicofármacos na atenção psicossocial: uma análise à luz da gestão do cuidado. *Saúde Debate.* 2016; 40 (110): 148-61. doi: 10.1590/0103-1104201611011

30 Martins AG. A noção de crise no campo da saúde mental: saberes e práticas em um centro de atenção psicossocial. *Mental.* 2017; 11 (20): 226-42.

31 Pinto AGA, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Sampaio JJC, Lima GP, Bastos VC, et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: Olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. *Ciênc. saúde coletiva.* 2012; 17 (3): 653-60. doi: 10.1590/S1413-81232012000300011

32 Bervoets C, Roelant E, Fruyt J, Demunter H, Dekeyser B, Vandebussche L, et al. Prescribing preferences in rapid tranquillisation: a survey in Belgian psychiatrists and emergency physicians. *BMC Res Notes.* 2015; 8: 218. doi: 10.1186/s13104-015-1172-2

33 Dimenstein MDB, Gruska V, Leite JF. Psychiatric crisis management in the emergency care hospital network. *Paideia.* 2015; 25 (60): 95-103. doi: 10.1590/1982-43272560201512

5.4 Artigo 04 - Indicadores de saúde: contribuições para o planejamento da rede de atenção psicossocial

RESUMO

Objetivou-se elaborar indicadores de saúde mental para auxiliar no planejamento das ações de saúde na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Trata-se de um estudo descritivo observacional realizado entre agosto de 2018 e julho de 2019, em Fortaleza – CE. Foram analisadas 80 fichas de internação e alta do hospital psiquiátrico de referência do estado, referentes aos anos de 2012 a 2018. Os dados foram organizados em arquivo de Excel e, posteriormente, analisados por meio do Programa Estatístico SPSS (Statistical Package for Social Science for Windows versão 23), através da elaboração de medidas de tendência central e dispersão. Utilizou-se a frequência das variáveis por meio de seus números absolutos e percentuais. A análise dos dados possibilitou a elaboração de três indicadores, sendo estes: *CID de Internação*, *Tempo de Permanência Hospitalar* e o indicador *Razão de Reinternação Hospitalar*. O agrupamento que envolve os transtornos de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes são os mais recorrentes. A mediana do tempo de internação hospitalar oscilou entre 17 a 19 dias, e a taxa de reinternação variou de 0,11 a 0,15 no período analisado. Os indicadores elaborados retratam a necessidade de avançar na organização da RAPS. Taxas de reinternação tão

significativas levam à reflexão a respeito da organização da RAPS e o planejamento das ações e serviços dessa rede, tendo em vista a necessidade de qualificar o CAPS como espaço de assistência psicossocial também em situações de crise psiquiátrica, bem como os outros serviços que integram a rede. O planejamento das ações e dos serviços de Saúde Mental deve ser norteado por informações oriundas da realidade de cada território, proporcionando o desenvolvimento de ações coordenadas e integradas, a fim de enfatizar estratégias de ressocialização, engajamento familiar no cuidado aos pacientes psiquiátricos e qualificação profissional para atuar junto aos serviços.

Palavras-chaves: Indicador em saúde. Saúde Mental. Planejamento. Atenção Psicossocial.

INTRODUÇÃO

Estima-se que a carga global das doenças mentais equivale a 32,4%, dos anos vividos com incapacidade e a 13% dos anos de vida ajustados por incapacidade¹. Considerando não somente a frequência, mas também a evolução longitudinal destas doenças, pode-se atribuir a estas contribuições significativas para a carga de doença total em nível mundial².

Na população adulta, a prevalência de transtornos mentais é elevada. No cenário brasileiro, observou-se a presença de psicoses afetivas e esquizofrenia em 1,4% da população em algum momento da vida; a depressão mostrou uma prevalência de 8,7% em alguma fase da vida; os transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas tiveram uma prevalência de 11,3% no ano para a ingestão, o abuso e a dependência do álcool e de 0,5% para o abuso de outras drogas, afetando principalmente homens³.

O Brasil, há muitos anos, vem lutando em prol do desaparecimento da estrutura manicomial, investindo na construção e fortalecimento de uma rede de serviços de saúde capaz de ressignificar e efetivar a atenção em saúde mental. A partir desse contexto, observa-se que a atenção e o gerenciamento das situações de crise têm se destacado enquanto eixo norteador do cuidado da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Na crise psíquica, sabe-se que o sofrimento é inegável. A pessoa sente-se deslocada do lugar comum, da rotina estável e segura, da experiência da maioria. Em um mundo de identidades rígidas, essa experiência é dolorosa⁴. Muito embora tenha-se buscado ao longo dos anos qualificar as práticas e os serviços em saúde mental, enfatizando o protagonismo dos serviços de base comunitária, é inegável o papel de centralidade ocupado ainda nos dias de hoje pelo hospital psiquiátrico, especialmente quando se trata de intervenções em situações de crise

psíquica. A RAPS se sobressai enquanto estratégia que visa, por meio de ações coordenadas e planejadas, garantir a integralidade do cuidado em saúde mental e a organização de ações e serviços de saúde com níveis de complexidade diferentes.

Ciente de que o Brasil é um país populoso e marcado por grandes desigualdades regionais, não é nenhuma surpresa os grandes desafios para o efetivo funcionamento das ações e serviços nas redes de atenção.

Dessa forma, o Planejamento Estratégico Situacional (PES) é útil na resolução de problemas por meio do delineamento de ações estratégicas. Entretanto, sua eficácia depende do grau de comprometimento dos participantes. Trata-se de uma ferramenta flexível que pode ser adaptada aos diversos serviços de saúde⁵.

O PES é um instrumento que atua basicamente sobre o presente, considerando a conjuntura. A utilização da planificação estratégica possibilita identificar os problemas de saúde, selecionar aqueles de maior prioridade, estabelecer os objetivos que visem transformar a situação encontrada, determinar as ações a serem desenvolvidas para o alcance dos objetivos fixados e avaliar os resultados obtidos pela aplicação da estratégia de intervenção adotada⁶.

Para tanto, faz-se necessário a utilização de algumas ferramentas que possam auxiliar nesse processo. Nesse sentido, os indicadores de saúde são primordiais por se tratarem de uma medida-síntese que pode ser construída a partir de informações previamente capturadas, tendo a finalidade de acompanhar, monitorar e avaliar as ações estratégicas em saúde ao longo do tempo com grande poder de utilidade e resolutividade para diversas questões^{7,8}.

Contudo a operacionalização de indicadores em saúde mental é uma tarefa árdua. Primeiramente porque a cultura de indicadores nesta área é mais limitada quando comparada a outras áreas do campo da saúde, especialmente a atenção básica e a atenção hospitalar, cujo tempo de existência no País e o estímulo por parte dos organismos nacionais e internacionais de saúde estabeleceram subsídio para o desenvolvimento de critérios de acompanhamento das mesmas. Ademais, tem-se o caráter fortemente ético e político da reforma psiquiátrica e a consequente dificuldade em estabelecer consensos em torno de alguns parâmetros e indicadores entre agentes com posicionamentos políticos distintos⁹.

Para a consolidação do modelo de atenção psicossocial, faz-se necessário o desenvolvimento de indicadores capazes de capturar os principais componentes da política pública e seus objetivos, a fim de subsidiar ações de trabalhadores e gestores, possibilitando maior transparência aos usuários e a sociedade e, dessa forma, identificar pontos débeis que possam ser aprimorados¹⁰.

Destarte, espera-se contribuir com a elaboração de indicadores de saúde mental para o planejamento da RAPS, uma vez que os indicadores são incipientes e com pouco direcionamento para as ações de planejamento. A construção de indicadores pode colaborar para uma melhor organização e estruturação da rede. Assim, objetiva-se elaborar indicadores de saúde mental para auxiliar no planejamento das ações de saúde na Rede de Atenção Psicossocial.

MÉTODO

O estudo representa um destaque da tese intitulada 'Rede de Atenção Psicossocial e sua integração com a Urgência e Emergência: construção de indicadores de saúde mental coletiva', a qual recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Ceará, com número 3.178.835.

Trata-se de um estudo descritivo observacional que tem por objetivo determinar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde¹¹, realizado no período de agosto de 2018 a julho de 2019, em Fortaleza – CE.

Para tanto, a presente investigação foi realizada no hospital público terciário psiquiátrico, Hospital Mental Prof.º Frota Pinto. A escolha deste foi motivada pelo caráter de referência atribuído à instituição para o atendimento em urgência e emergência psiquiátricas no município e no estado, bem como pela indicação frequente nas falas dos entrevistados.

O consolidado de atendimento mensal do hospital no período de 2012 a 2018 foi a fonte de dados para o desenvolvimento da pesquisa dada a disponibilidade das informações. Tal período foi delimitado pela disponibilidade dos dados, bem como por ser a partir de 2011 que a Política de Saúde Mental instituiu a RAPS no cenário brasileiro. Optou-se por não utilizar os dados de 2019 devido a incompletude dos dados.

Ao todo foram 80 consolidados de atendimentos mensais que possibilitaram obter dados acerca da identificação do paciente, data da internação e da alta, Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª edição (CID-10) do capítulo V e motivo de alta.

Os dados foram coletados após apresentação da pesquisa bem como a assinatura do termo de fiel depositário. Em seguida, os dados foram organizados em arquivo de Excel e, posteriormente, analisados por meio do Programa Estatístico SPSS (Statistical Package for Social Science for Windows versão 23), através da elaboração de medidas de tendência central

e dispersão. A análise de dados foi realizada por estatística descritiva, utilizando-se a frequência das variáveis por meio de seus números absolutos e percentuais.

RESULTADOS

Foram analisadas 80 fichas de consolidado de atendimento mensal que totalizaram 13.522 internações psiquiátricas entre 2012 e 2018. A análise dos dados possibilitou a elaboração de três indicadores, sendo estes: *CID de Internação*, *Tempo de Permanência Hospitalar* e *Razão de Reinternação Hospitalar*.

Cada um dos indicadores teve seus componentes centrais desdobrados e detalhados, a saber: o nome do indicador; definição (que problemática aborda); interpretação (que aspecto permite avaliar); fonte de dados (onde obter as informações necessárias); período de aferição (intervalo de tempo entre uma aferição e a próxima); método de cálculo (o que deve compor numerador e denominador do indicador); e observações complementares para indicadores específicos⁹.

Quadro 1 - Indicadores de Saúde Mental

Indicador	Definição	Interpretação	Fonte de dados	Período de aferição	Método de cálculo	Observação
CID de Internação	Diagnósticos atribuídos aos pacientes internados.	Revela quais os transtornos mentais foram mais prevalentes no período	Ficha de internação hospitalar	Anualmente	$(N^{\circ} \text{ CIDs de acordo com os grupos} / N^{\circ} \text{ total de pacientes internados}) \times 100$	Considerar o CID atribuído à alta do paciente
Tempo de Permanência Hospitalar	Intervalo de dias entre a admissão e a alta do paciente.	Demonstra a duração do tempo de internação.	Ficha de internação hospitalar	Anualmente	Cálculo de Percentil.	Utilizar p50.
Razão de Reinternação Hospitalar	Internações de repetição, mais de uma internação durante um ano.	Revela quantos pacientes foram internados mais de uma vez no intervalo de um ano.	Ficha de internação hospitalar	Anualmente	$(N^{\circ} \text{ de paciente que tiveram mais de uma internação no ano} / N^{\circ} \text{ total de pacientes internados no ano}) \times 100$	Considerar pacientes admitidos no período de um ano, sem intervalo mínimo.

Fonte: Elaboração Própria.

Para a análise do primeiro iniciador, inicialmente realizou-se o agrupamento dos diagnósticos médicos identificados nos pacientes através da formação de 11 grupos diagnósticos, a saber: grupo 1 – Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos (F00 a F09); grupo 2 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (F10 a F19); grupo 3 – Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20 a F29) ; grupo 4 – Transtorno de humor (F30 a F39); grupo 5 – Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes (F40 a F48); grupo 6 – Síndromes comportamentais associadas à disfunção fisiológica e a fatores físicos (F50 a F59); grupo 7 – Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto (F60 a F69); grupo 8 – Retardo mental (F70 a F79); grupo 9 – Transtornos do desenvolvimento psicológico (F80 a F89); grupo 10 – Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência (F90 a F98); grupo 11 – Transtorno mental não especificado (F99).

Posteriormente, realizou o cálculo das frequências simples e percentual, o que possibilitou aferir que o agrupamento que envolve os diagnósticos relacionados a Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes é o mais recorrente na internação hospitalar, seguido do que comporta os transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, conforme apresentado na tabela I a seguir.

Tabela 1 – Indicador CID de Internação

Transtorno Metal	2012		2013		2014		2015*		2016		2017**		2018	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos	2	1,18	17	0,94	18	0,77	28	1,15	27	1,14	37	1,59	28	1,36
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa	28	16,57	569	31,42	819	35,00	793	32,48	855	36,00	910	25,07	754	36,70
Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes	98	57,99	884	48,84	1039	44,40	1106	45,29	1019	42,91	806	34,60	752	36,59
Transtorno de humor	32	18,94	301	16,67	413	17,65	457	18,71	400	16,84	470	20,18	443	21,56
Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes	1	0,59	3	0,17	4	0,17	2	0,08	7	0,29	10	0,43	7	0,34
Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos	-	-	2	0,11	-	-	-	-	1	0,04	3	0,13	1	0,05
Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto	-	-	9	0,50	7	0,30	5	0,20	4	0,17	18	0,77	19	0,92
Retardo mental	8	4,73	23	1,27	35	1,50	45	1,84	56	2,36	71	3,05	46	2,24
Transtornos do desenvolvimento psicológico	-	-	1	0,06	2	0,09	5	0,20	4	0,17	2	0,09	3	0,15
Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente	-	-	1	0,06	3	0,13	-	-	1	0,04	1	0,04	1	0,05

O indicador *Tempo de Permanência no Hospital* foi elaborado a partir do cálculo dos percentis. Compreende-se que tal medida seria a mais adequada para esta descrição, pois o intervalo entre o período mínimo e máximo de internação foi muito amplo, sendo o percentil 50 o mais coerente para análise dos dados.

Dessa forma, por meio da tabela abaixo, foi possível apreender que a mediana do tempo de internação hospitalar dos pacientes internados por distúrbios mentais, ou seja, o tempo de permanência da metade dos pacientes no período analisado, oscilou entre 17 a 19 dias. Contudo ressalta-se que nos anos de 2013 e 2015 o período máximo de internação foi de 1.815 e 1.438 dias, respectivamente.

Tabela 2 – Tempo de permanência hospitalar

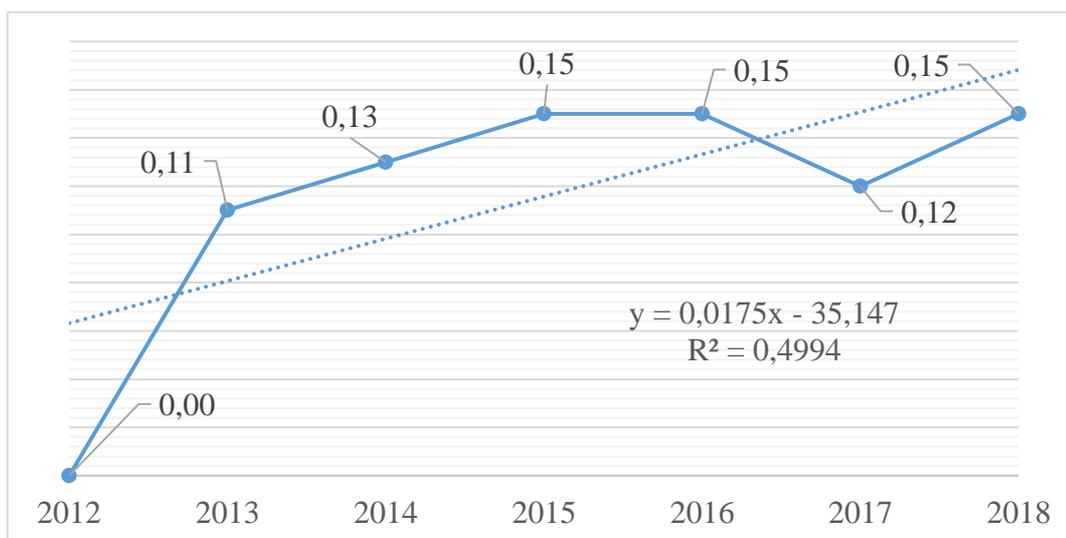
Ano	Mínimo	Máximo	p25 ¹	p50 ²	p75 ³	TOTAL ⁴
2012	2	1200	21	40	65	169
2013	0	1815	12	18	31	1812
2014	0	678	12	18	32	2340
2015	0	1438	11	17	29	2442
2016	0	819	11	19	32	2375
2017	0	662	9	17	32	2329
2018	0	279	11	19	36	2055

Nota: 1: Percentil de 25. 2: Percentil de 50 = mediana. 3: Percentil de 75 4: Total de pacientes que foram internados em cada ano.

Fonte: Elaboração Própria.

Já o indicador *Taxa de Reinternação Hospitalar* foi desenvolvido no intuito de analisar a recorrência de internações de um mesmo paciente no período de um ano. Para o desenvolvimento deste indicador foi realizada a contagem nominal dos pacientes que foram internados mais de uma vez no mesmo ano.

O objetivo deste indicador é ir além da convencional taxa de internação, é identificar a taxa de repetição de internação na mesma instituição independente do diagnóstico atribuído ao paciente, tendo em vista que se trata de um hospital que presta assistência exclusivamente a pacientes com transtornos mentais.

Gráfico 1 – Razão de Reinternação Hospitalar

Fonte: Elaboração Própria

A partir da análise deste indicador, é possível apreender que houve um aumento da tendência linear demonstrado a partir da equação da reta e seu R^2 (0,4994) na taxa de reinternação dos pacientes no hospital psiquiátrico ao longo do intervalo de tempo estudado, mesmo observando-se um declínio na curva do gráfico no ano de 2017.

DISCUSSÃO

A partir dos dados apresentados, verifica-se que a esquizofrenia, os transtornos esquizotípicos e os transtornos delirantes seguido dos transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa foram os transtornos mais prevalentes para a internação psiquiátrica.

Achados semelhantes foram descritos em estudo de Cardoso e Galera¹², em que foram analisados os pacientes egressos de internações psiquiátricas verificando que o transtorno mais prevalente estava relacionado aos diagnósticos classificados no grupo da Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos, transtornos delirantes e no grupo dos Transtornos de Humor (F20-F29; F31 a 33 do CID 10).

Tratando-se dos transtornos mentais, a esquizofrenia tem sido considerada um problema de saúde pública atual, acarretando sofrimento tanto para o doente quanto para a família e exigindo investimentos significativos por parte do sistema de saúde. É um dos transtornos psiquiátricos considerados graves e complexos, dada a sua cronicidade e indicação de uso

medicamentoso de forma prolongada. Ademais pode acarretar perdas afetivas, sociais, relacionadas ao trabalho, bem como gerar prejuízo emocional e social ao familiar¹³.

No estudo ora apresentado, a mediana do tempo de permanência hospitalar oscilou entre 17 e 19 dias, revelando uma inferioridade quando comparado com o estudo realizado em Minas Gerais, cujo tempo mediano de permanência hospitalar variou entre 28 e 31 dias¹⁴.

A diferença entre as pesquisas pode estar relacionada à origem dos materiais analisados. Na presente investigação utilizou-se dados oriundos e produzidos no próprio hospital, enquanto na segunda, os dados são originários do SIH (Sistema de Internação Hospitalar). Além disso, depreende-se que o tempo de internação menor, apontado por este estudo, pode ser atribuído à possibilidade de continuidade do tratamento no Hospital-Dia, que funciona em anexo ao hospital psiquiátrico, bem como o encaminhamento para alguma das 15 unidades de CAPS ou nas unidades de Atenção Primária, nas quais os pacientes terão acesso a pelo menos à renovação de receita.

Sabe-se dos entraves na trajetória de acesso ao CAPS, o estudo revela que os procedimentos de maior frequência são as “ações de atendimento individual”, o “acolhimento diurno” e o “atendimento em grupo dos pacientes no CAPS”. Contudo ações como “acolhimento inicial” e “matriciamento das equipes dos pontos da urgência, emergência e serviços hospitalares” ocorrem com menor frequência¹⁵.

Em consonância a isso, ao analisar o terceiro indicador, pode-se observar que a taxa de reinternação no hospital mental variou de 11% a 15%, ou seja, 15 de cada 100 pacientes apresentam mais de um episódio de internação hospitalar durante um ano. A reinternação de usuários em instituições hospitalares psiquiátricas é denominada na literatura em língua inglesa de “*revolving door*”, fazendo referência a portas giratórias, como as que comumente se encontram em bancos, indicando o movimento de contínuas entradas e saídas, uma menção às repetidas reincidências dos usuários¹⁶.

Foram encontrados resultados semelhantes quanto às taxas de reinternação. No estudo que contou com a participação de 48 sujeitos egressos de internações psiquiátricas, 12,5% tiveram reinternação no período analisado¹². Dados de Espanha e Portugal, que contabilizaram 10% de reinternações frequentes também se aproximaram deste achado^{17,18}.

Esses resultados podem ser, em parte, atribuídos ao fato do hospital psiquiátrico ainda ser considerado a principal porta de entrada e de permanência na rede, especialmente no que diz respeito à atenção às crises. Acerca disso, uma pesquisa realizada no Ceará relevou que 48,6% dos usuários atendidos pelos CAPSs foram encaminhados pelo hospital público mental,

revelando que o modelo tradicional de hospital ainda predomina quando se trata de saúde mental¹⁹.

Taxas de reinternação tão significativas conduzem-nos a refletir sobre a organização da RAPS e o planejamento das ações e serviços dessa rede, tendo em vista a necessidade de qualificar o CAPS como espaço de assistência psicossocial também em situações de crises psiquiátrica, bem como os outros serviços que integram a rede.

No estudo de Silva e Gonçalves Junior²⁰, observou-se redução da taxa de internações psiquiátricas de 32,5 internações/10.000 habitantes (2012), para 16 internações/10.000 habitantes, correspondendo a uma redução de 50%, após a formatação da RAPS com ênfase no fortalecimento da Atenção Básica, integrando as ações do NASF e CAPS.

Destarte, além da extinção total dos hospitais psiquiátricos requer-se, entre outros aspectos, maiores investimentos de ordem política, econômica e social com vistas a estimular o processo de ampliação e de estruturação de serviços que compõem a RAPS²¹. Nesse ínterim, tem-se a perspectiva da implementação rápida dos CAPS tipo III com leitos de internação e observação. Os leitos de atenção integral não foram priorizados, gerando um déficit assistencial na atenção à crise psíquica aguda²².

A associação entre a ampliação da cobertura de CAPS e a redução do número de internações foi encontrada para todos os grupos diagnósticos estudados (transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa; esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes; transtornos do humor), exceto para o grupamento de álcool e outras drogas na Região Metropolitana de São Paulo. Esta proposição reforça positivamente o preconizado pela reforma psiquiátrica que propõe tratamento para portadores de transtornos mentais em serviços de base comunitária, ao mesmo tempo que destaca que o CAPS AD, por ser mais recente ainda, apresenta lacunas para sua implementação²³.

Estudo com usuários que passaram pela internação e que, atualmente, se encontram em acompanhamento em um CAPS, indica que, após ingressarem para acompanhamento neste dispositivo, nenhum dos sujeitos foi internado novamente. Isso indica que o cuidado proposto na instituição possibilitou mudanças²⁴.

Os CAPS são, portanto, centrais na proposta organizativa das RAPS. Para todos os componentes da rede, ele é considerado com um parceiro necessário, além de ser o organizador do fluxo assistencial para o nível hospitalar. Nesse ínterim, emerge a necessidade de expansão de CAPS III. Contudo isso esbarra, dentre outros aspectos, em maior incentivo financeiro para sua abertura em detrimento de unidades de menor complexidade¹⁰.

Outro aspecto a ser destacado é a redução dos três indicadores analisados para o ano de 2017, ainda que, no ano seguinte, observou-se um retorno dessas medidas. Tal configuração pode estar integrada ao contexto político do período no qual foi promulgada a resolução nº 32²⁵, que introduziu à RAPS os ambulatorios de saúde mental e os leitos em hospitais psiquiátricos.

Tal resolução privilegia os serviços de lógica manicomial e segregadora em detrimento de investimentos no modelo de atenção psicossocial. Além disso, estimula os dirigentes ou proprietários de hospitais psiquiátricos a permanecerem com esses serviços em funcionamento ao aumentar o incentivo do financiamento para esse segmento. Assim, os hospitais psiquiátricos que deveriam ter suas atividades encerradas de forma gradual, num processo de substituição por serviços territoriais, estão, paradoxalmente, na arena da RAPS²⁶.

Ao se deparar com esse contexto, é imperativo pensar um planejamento que venha ao encontro das necessidades identificadas, que conduza a reorganização do modelo assistencial em saúde mental, que esteja embasado em uma concepção de saúde compreendida como processo e não como ausência de doença. Precisa ainda considerar ações que sejam desenvolvidas afim de melhorar as condições de vida dos indivíduos com sofrimento psíquico, de seus familiares e promover a saúde mental nas regiões onde este planejamento será desenvolvido⁶.

O uso do PES pelos gestores de saúde pode ser considerado como uma estratégia de enfrentamento dos problemas de psiquiatria e de saúde mental com competência política dentro da perspectiva dos principais atores envolvidos (profissionais de saúde, dos usuários e de seus familiares) que tem alimentado dúvidas em relação ao sucesso da reforma psiquiátrica no plano das políticas sociais e tem sido um desafio para o conjunto de participantes do processo de construção da reforma psiquiátrica no Brasil⁶.

O planejamento das ações e dos serviços de Saúde Mental deve ser norteado por informações oriundas da realidade de cada território, proporcionando o desenvolvimento de ações coordenadas e integradas. Afim de enfatizar estratégias de ressocialização, engajamento familiar no cuidado aos pacientes psiquiátricos e qualificação profissional para atuar junto aos serviços.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os indicadores elaborados retratam a necessidade de avançar na organização da RAPS afim de reduzir as reinternações bem como qualificar os demais serviços para o cuidado em

situações de crise psiquiátricas. Assim, espera-se os indicadores formulados possam contribuir para o diálogo entre os gestores e para o fortalecimento da Reforma Psiquiátrica.

Espera-se que as informações aqui apresentadas possam contribuir para a elaboração de um plano operacional que trate do cenário das (re)internações psiquiátricas, que tal processo seja desenvolvido com a participação dos gestores e gerentes das instituições atuantes da RAPS. Tendo em vista que um segmento do problema já fora identificado e os indicadores elaborados.

Ressalta-se que os dados analisados retratam os atendimentos que culminaram em internação no hospital de referência, assim estudos futuros podem envolver as demais instituições tanto públicas quanto privadas.

REFERÊNCIAS

1 Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry* 2016; 3 (2): 171-8. doi: 10.1016/S2215-0366(15)00505-2

2 Hyman S, Chisholm D, Kessler R, Patel V, Whiteford H. Mental Disorders. In: Jamison DT, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, Evans DB, et al. (editors). *Disease control priorities in developing countries*. Nova York: Oxford University Press; 2006. p. 606.

3 Santos EG, Siqueira MM. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: Uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *J. bras. psiquiatr.* 2010; 59 (3): 238-46. doi: 10.1590/S0047-20852010000300011

4 Bichuetti JL. *Crisevida: outras lembranças*. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari; 2000

5 Lima FFF, Alencar NES, Fernandes MA, Moura ECC, Silva-Júnior FJG. Planejamento estratégico situacional em uma instituição psiquiátrica. *SMAD*. 2019; 15 (2): 20-8. doi: 10.11606/issn.1806-6976.smad.2019.000377

6 Tonini NS, Kantorski LP. Planejamento estratégico e as políticas de saúde mental. *Rev Gaúcha Enferm.* 2007; 28 (1): 126-32.

7 Santos BS. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. In: Santos BS, Meneses MP, organizadores. *Epistemologias do Sul*. São Paulo: Cortez; 2010. p. 31-83.

8 Matta GC, Moreno AB, G. Saúde global: uma análise sobre as relações entre os processos de globalização e o uso dos indicadores de saúde. *Interface*. 2014; 18 (48): 9-22. doi: 10.1590/1807-57622013.0230

9 Onocko-Campos R, Furtado JP, Trapé TL, Emerich BF, Surjus LTL. Indicadores para avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial tipo III: resultados de um desenho participativo. *Saúde Debate*. 2017; 41 (spe): 71-83. Doi: 10.1590/0103-11042017s07

- 10 Trapé TL, Onocko-Campos R. Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. *Rev Saude Publica*. 2017; 51: 1-8. Doi: 10.1590/s1518-8787.2017051006059
- 11 Lima-Costa MF, Barreto SM. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2003; 12 (4): 189–201. doi: 10.5123/s1679-49742003000400003
- 12 Cardoso L, Galera SAF. Psychiatric hospitalization and maintaining the treatment outside the hospital. *Rev. esc. enferm. USP*. 2011; 45 (1): 85–92. doi: 10.1590/S0080-62342011000100012
- 13 Santana AFFA, Chianca TCM, Cardoso CS. Qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia internados em hospital de custódia. *J bras psiquiatr*. 2009; 58 (3): 187-94. doi: 10.1590/S0047-20852009000300008
- 14 Lara APM, Volpe FM. Evolução do perfil das internações psiquiátricas pelo Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, Brasil, 2001-2013. *Ciênc. saúde coletiva*. 2019; 24 (2): 659-68. Doi: 10.1590/1413-81232018242.14652017
- 15 Silva TA, Paula Junior JD, Araujo RC. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): ações desenvolvidas em município de Minas Gerais, Brasil. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam*. 2018; 21 (2): 346-63. doi: [10.1590/1415-4714.2018v21n2p346.8](https://doi.org/10.1590/1415-4714.2018v21n2p346.8).
- 16 Bezerra CG, Dimenstein M. O fenômeno da reinternação: um desafio à Reforma Psiquiátrica. *Mental*. 2011 [citado em 20 abr. 2020]; 9 (16): 417-42. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272011000100007
- 17 Martínez-Ortega JM, Gutiérrez-Rojas L, Jurado D, Higuera A, Diaz FJ, Gurpegui M. Factors associated with frequent psychiatric admissions in a general hospital in Spain. *Int J Soc Psychiatry*. 2012; 58 (5): 532-5. doi: 10.1177 / 0020764011413061
- 18 Graca J, Klut C, Trancas B, Borja-Santos N, Cardoso G. Characteristics of frequent users of an acute psychiatric inpatient unit: a five-year study in Portugal. *Psychiatr Serv* 2013; 64 (2): 192-5. doi: 10.1176 / appi.ps.000782012
- 19 Costa RC, Coelho MO, Neto EMR, Marques LARV, Lotif MAL. Perfil epidemiológico de usuários intensivos de um Centro De Atenção Psicossocial. *Rev enferm UFPE on line*. 2015; 9 (supl. 2): 820-9. doi: 10.5205/reuol.6391-62431-2-ED.0902supl201507
- 20 Silva TA, Gonçalves Junior RC. A redução das internações psiquiátricas no município de Catanduva enquanto produto do processo de reorganização da Rede de Atenção Psicossocial. 31ª Conferência de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo; 2018. São Paulo: COSEMS; 2018.
- 21 Clementino FS, Miranda FAN, Pessoa Júnior JM, Marcolino EC, Silva Júnior JÁ Brandão GCG. Atendimento integral e comunitário em saúde mental: avanços e desafios da reforma psiquiátrica. *Trab. Educ. Saúde*. 2019; 17 (1). doi: 10.1590/1981-7746-sol00177
- 22 Vasconcelos EM. Desafios políticos da Reforma Psiquiátrica. São Paulo: Hucitec; 2010.

23 Miliuskas CR, Faus DP, Junkes L, Rodrigues RB, Junger W. Associação entre Internações psiquiátricas, cobertura de CAPS e atenção básica em regiões metropolitanas do RJ e SP, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2019; 24 (5): 1935–44. doi: 10.1590/1413-81232018245.18862017

24 Bichaff R. A percepção do usuário sobre o modelo assistencial [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2002 [citado em 20 abr. 2020]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/3_conf_mental.pdf

25 Brasil. Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.

26 Sousa FSP, Jorge MSB. O retorno da centralidade do hospital psiquiátrico: retrocessos recentes na política de saúde mental. *Trab. Educ. Saúde*. 2019; 17 (1): 1-19. doi: 10.1590/1981-7746-sol00172.

5.5 Artigo 5 – Manual de indicadores de saúde mental: coeficiente de validade de conteúdo (CVC)

RESUMO

Objetivo: Validar por conteúdo (utilizando o Coeficiente de Validade de Conteúdo, CVC) um manual de indicadores (qualitativos e quantitativos) de saúde mental. **Método:** O manual foi constituído a partir da análise de material empírico emergido de fichas de internação psiquiátrica hospitalar e de entrevistas com gestores e coordenadores de dispositivos de saúde mental inseridos na Rede de Atenção Psicossocial que prestam assistência em situações de urgência e emergência psiquiátrica. **Resultados:** Apreende-se que todos os indicadores apresentados no manual foram validados quanto à clareza e pertinência, uma vez que apresentaram, respectivamente, CVCt de 0,91 e 0,98. Os indicadores desenvolvidos e validados neste projeto constituem uma contribuição para a gestão e planejamento no contexto da rede de saúde mental, pois apresenta instrumentos aprovados quanto à clareza e pertinência do conteúdo. **Considerações finais:** A utilização desses indicadores poderá auxiliar o processo de elaboração e construção de um plano de ação de saúde mental para o município.

Palavras-chaves: Indicadores de saúde; Saúde mental; Manual; Validação

ABSTRACT

Objective: To validate by content (using the Content Validity Coefficient, CVC) a manual of indicators (qualitative and quantitative) of mental health. **Method:** The manual was constituted from the analysis of empirical material emerging from psychiatric hospitalization files and interviews with managers and coordinators of mental health devices inserted in the Psychosocial Care Network that provide assistance in urgent and psychiatric emergencies. **Results:** It appears that all indicators presented in the manual were validated for clarity and relevance, since they presented, respectively, CVCt of 0.91 and 0.98. The indicators developed and validated in this project constitute a contribution to management and planning in the context

of the mental health network, as it presents approved instruments regarding the clarity and relevance of the content. Final considerations: The use of these indicators can help the process of elaborating and building a mental health action plan for the municipality.

Keywords: Health indicators; Mental health; Manual; Validation

INTRODUÇÃO

O Plano de Ação sobre Saúde Mental 2013- 2020 demarca a necessidade de uma política sólida que favoreça respostas adequadas em Saúde Mental, especialmente em países de baixa e média renda. Para tanto, são estabelecidos parâmetros básicos para implementação de melhorias em Saúde Mental buscando valorizar e incentivar ações qualificadas. Concomitantemente, busca-se prevenir e proteger os usuários de Saúde Mental em relação à garantia dos seus direitos e diminuição do estigma (1).

No Brasil, sobreem-se alguns impasses acerca da avaliação dos serviços de saúde mental em decorrência da falta de conformação da avaliação de programas e projetos como parte da administração pública; à ausência de um modelo teórico de avaliação que defina e preconize a forma de funcionamento dos programas e serviços públicos de saúde; e, ainda, à inexistência de indicadores capazes de quantificar e/ou qualificar os programas serviços de saúde mental (2).

Com isso, emerge a crescente necessidade por informações estatísticas advindas de indicadores sociais e epidemiológicos, que se estabelecem enquanto importantes medidas que resumem diversos aspectos da realidade, disponibilizando informações preciosas para apoiar as tomadas de decisões na esfera pública (3,4).

Contudo, é válido destacar a carência de estudos que se traduzam em indicadores potentes para a caracterização dos fluxos e diálogos entre as múltiplas redes de proteção e garantia de direitos, o que acaba por favorecer o desenvolvimento de ações setorializadas, sem o devido diálogo que o enfrentamento dessa complexa questão necessita (5).

Diante deste cenário, o presente estudo tem o objetivo de validar por conteúdo (utilizando o Coeficiente de Validade de Conteúdo, CVC) um manual de indicadores (qualitativos e quantitativos) de saúde mental, junto aos juízes especialistas, o que contribuirá para a avaliação e o planejamento das ações na rede de saúde mental.

A validade de conteúdo concerne à análise dos itens que compõem o instrumento por juízes no assunto, sendo a determinação de representatividade e extensão com que cada item da medida corrobora o fenômeno de interesse e a sua dimensão dentro daquilo que se propõe investigar (6).

Tal produto foi elaborado a partir da análise de fichas de internação em um hospital psiquiátrico e de entrevistas com profissionais que atuam na gestão de serviços de saúde mental que compõem a Rede de Atenção Psicossocial.

Ao destacar a importância da adequação do produto em relação aos aspectos de semântica e conteúdo, a validação de conteúdo por juízes surge como um instrumento para atender a esta necessidade, pois possibilita que profissionais com experiência na área de atuação forneçam colaborações significativas ao material (7).

MÉTODOS

O presente estudo, de natureza metodológica, desenvolveu-se em duas etapas: construção do manual e Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC).

O manual foi constituído a partir da análise de material empírico emergido de fichas de internação psiquiátrica hospitalar e de entrevistas com gestores e coordenadores de dispositivos de saúde mental inseridos na RAPS que prestam assistência em situações de urgência e emergência psiquiátrica. A análise de tais materiais permitiu a elaboração de indicadores de caráter qualitativo e quantitativo.

Na etapa de qualitativa, foram entrevistados 14 gestores, responsáveis pela coordenação dos seguintes serviços: 10 CAPS sendo quatro CAPS AD (álcool e outras drogas), quatro CAPS tipo II e dois CAPS tipo III; um hospital psiquiátrico; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); a Organização Social de Saúde (OSS) que gerencia seis Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) do município, na figura das diretorias administrativa e organizacional. Todos os serviços e instituições mencionados localizam-se na cidade de Fortaleza, no nordeste brasileiro.

A análise de tal material viabilizou a construção dos indicadores qualitativos. Iniciou-se por a análise sistematizada dos dados coletados, as falas foram organizadas em uma matriz, constituindo unidades de informação (8). A partir da análise e interpretação destas, foram elaborados seis indicadores qualitativos de resultado com base no marco conceitual utilizado, o da atenção psicossocial.

Na etapa quantitativa, realizou-se a análise do consolidado de atendimento mensal do hospital mental no período de 2012 a 2018. O referido hospital foi escolhido em decorrência de seu caráter de atendimento em urgência e emergência psiquiátricas no município e no estado. Os dados foram analisados com o auxílio do Programa Estatístico SPSS (Statistical Package for Social Science for Windows versão 23), através da elaboração de medidas de tendência central e dispersão, utilizando-se a frequência das variáveis por meio de seus números absolutos e percentuais.

Validação - Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC)

A validade de conteúdo é calculada por meio do CVC por se tratar de uma escala ordinal (9). Para tanto, dez juízes avaliadores participaram desta etapa. Os critérios de inclusão dos juízes avaliadores foram: experts na temática com, pelo menos, de 05 a 10 anos de atuação

profissional; grau de Mestre ou Doutor na área da saúde; e docência ou assistência em Saúde Pública ou Saúde Mental.

Para proceder à validação de conteúdo, faz-se necessário a análise de cada item por um grupo de juízes, ditos como especialistas no conceito em estudo, sendo suficiente um número de seis juízes (10).

O material desenvolvido foi enviado aos juízes por meio eletrônico. Os critérios que os juízes utilizaram para avaliar as questões foram clareza e pertinência, apresentadas em uma escala do tipo Likert (graduada de 1 a 5). Nesse sentido, aos juízes, foram feitas as seguintes perguntas:(14,15) em relação à clareza (CVC), “Você acredita que este indicador está claro o suficiente para o entendimento de gestores e profissionais de saúde (população alvo)?”; e, em relação à pertinência (CVC), “Você acredita que este indicador é pertinente ao estudo e à população alvo?” (11).

No que concerne à clareza, os itens poderiam ser avaliados como com pouquíssima clareza (1) ou até muitíssima clareza (5). Na escala de pertinência, as questões poderiam ser julgadas como com pouquíssima pertinência (1) ou muitíssima pertinência (5). Além das duas escalas, ao lado de cada questão, era possibilitado aos avaliadores um julgamento qualitativo, a fim de contribuir para o aprimoramento do manual (15). Para a literatura (12, 13), são consideradas aceitáveis os itens que obtiverem o CVC total do questionário (CVCt) variando entre 0,7 e 0,8 após a aplicação do cálculo (14).

Para tanto, o cálculo do CVC é realizado seguindo cinco etapas. A primeira, com base nas notas dos juízes (1 a 5), calcula-se a média das notas de cada item (M_x). Em seguida (segunda etapa), com base na média (M_x), calcula-se o CVC inicial para cada item (CVC_i), dividindo-se pelo valor máximo que a questão poderia receber de pertinência ou clareza. Na terceira etapa, calcula-se o erro (Pe_i), para descontar possíveis vieses dos juízes avaliadores, para cada questão. Neste caso, divide-se um (1) pelo número de juízes avaliadores, elevado pelo

mesmo número de avaliadores. Com isso, o CVC final (quarta etapa) de cada item/ questão (CVCc) poderá ser calculado a partir da subtração do CVCi pelo Pei. A última etapa é destinada para o CVC total do questionário (CVCT), para cada uma das características (clareza de linguagem e pertinência prática). Consiste em subtrair a média do CVCi (MCVCi) pela média do Pei (MPei) (12).

O presente estudo trata-se de um destaque da tese de doutoramento intitulada 'Rede de Atenção Psicossocial e sua integração com a Urgência e Emergência: construção de indicadores de saúde mental coletiva' que recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Ceará, com número 3.178.835.

RESULTADOS

O manual desenvolvido é intitulado “Indicadores de saúde mental: contribuições para a Rede de Atenção Psicossocial” é composto por quatro partes, objetivos, apresentação da temática, indicadores desenvolvidos (quantitativos e qualitativos) e pontos relevantes. Ao todo foram desenvolvidos nove indicadores, sendo três quantitativos e seis qualitativos, conforme exposto no quadro 1, a seguir.

Quadro 1 - Indicadores de Saúde Mental

	Indicador	Definição	Interpretação	Fonte de dados	Período de aferição	Método de cálculo
01	CID de Internação	Diagnósticos atribuídos aos pacientes internados.	Revela quais os transtornos mentais foram mais prevalentes no período	Ficha de internação hospitalar	Anualmente	N° CIDs de acordo com os grupos / N° total de pacientes internados
02	Tempo de Permanência Hospitalar	Intervalo de tempo entre a admissão e a alta do paciente.	Demonstra a duração do tempo de internação.	Ficha de internação hospitalar	Anualmente	Cálculo de Percentil.
03	Taxa de Reinternação Hospitalar	Internações de repetição, mais de uma internação durante um ano.	Revela quantos pacientes foram internados mais de uma vez no intervalo de um ano.	Ficha de internação hospitalar	Anualmente	N° de paciente que tiveram mais de uma internação no ano/ N° total de pacientes internados no ano
04	Integração dos pontos de atenção da RAPS	Assistência articulada incluindo as atenções primária, secundária e terciária.	Conexão entre serviços que compõem uma rede de cuidado afim de promover à assistência de acordo com as necessidades do usuário.	Relatório dos prontuários eletrônicos para os serviços disponíveis, para os demais, relatório próprio da instituição.	Semestralmente	N° de pacientes atendidos encaminhados de outro serviço / Total de pacientes atendidos no serviço.
05	Cuidado compartilhado em saúde mental	Assistência prestada a um mesmo usuário em dois ou mais serviços de forma conjunta.	Compartilhamento das práticas assistenciais de forma coordenada.	Relatório dos prontuários eletrônicos para os serviços disponíveis, para os demais, relatório próprio da instituição.	Semestralmente	N° de atendimentos realizados de forma conjunta (02 ou mais serviços) para um mesmo paciente / Total de paciente atendidos
06	Alta compartilhada em saúde mental	Processo de alta planejado entre dois serviços.	Quando são encerradas as atividades em um serviço, mas continua em outra sendo isso previamente planejado.	Relatório dos prontuários eletrônicos para os serviços disponíveis, para os demais, relatório próprio da instituição.	Semestralmente	N° de altas realizadas de forma conjunta com a participação de dois serviços / Total de altas realizada no serviço de origem
07	Acolhimento em saúde mental	Escuta qualificada das demandas de urgência e emergência psiquiátrica.	Compreensão do atendimento inicial ofertado ao usuário no serviço desde o primeiro contato no serviço bem como os desdobramentos realizados.	Relatório dos prontuários eletrônicos para os serviços disponíveis, para os demais, relatório próprio da instituição.	Mensal	N° de acolhimentos realizados / Total de atendimentos

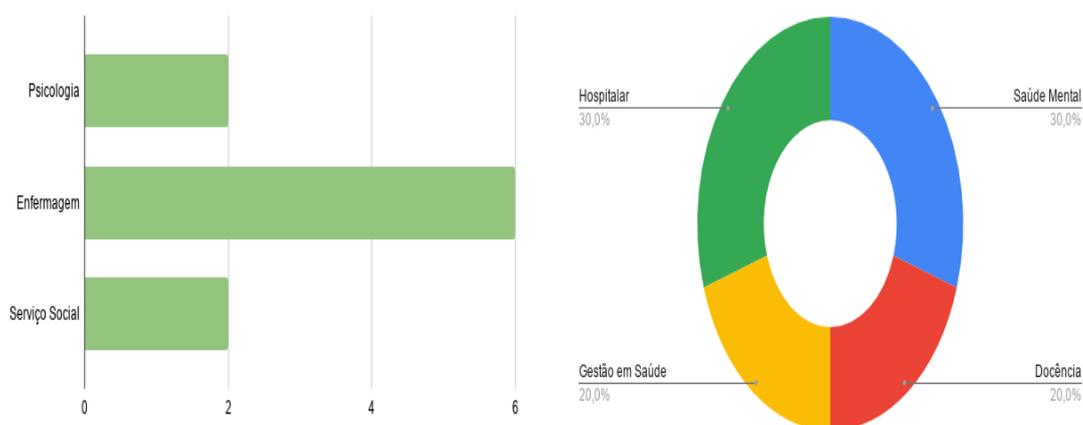
08	Matriciamento em saúde mental	Apoio pedagógico e terapêutico ofertado por uma equipe de especialistas para profissionais generalistas.	Elaboração de um plano de cuidado conjunto entre CAPS e APS.	Relatório dos prontuários eletrônicos para os serviços disponíveis, para os demais, relatório próprio da instituição.	Semestralmente	Nº de atividades matricias / Total de atendimentos
09	Terapêutica farmacológica em saúde mental	Dimensões do acesso dos usuários a terapêutica farmacológica em situações de urgência e emergência psiquiátrica.	Acesso dos usuários aos psicofármacos durante a crise psíquica.	Relatório dos prontuários eletrônicos para os serviços disponíveis, para os demais, relatório próprio da instituição.	Mensal	Nº de psicofármacos dispensados para tratar crise psiquiátrica / Total de fármacos dispensados na instituição.

Fonte: Elaboração própria.

Perfil dos juízes

Participaram do estudo 10 juízes com expertise em saúde mental, sendo que 90% destes eram do sexo feminino; 60% atuavam como enfermeiros, 20% como psicólogos e restante possuía formação em Serviço Social; metade atuava na área há mais de 10 anos sendo tanto na docência (20%), gestão em saúde (20%), assistência hospitalar (30%) e atenção psicossocial (30%). Quanto a formação, 40% eram mestre e o restante eram doutores.

Figura 1 - Distribuição da formação dos juízes e áreas de atuação dos juízes



Fonte: Elaboração própria

Validação

O manual dos indicadores de saúde mental foi avaliado quanto à clareza da linguagem e pertinência. A tabela 1, a seguir, demonstra os valores atribuídos a cada indicador no decorrer do processo de validação.

Tabela 1 - Cálculo do CVC conforme clareza e pertinência

	Clareza				Pertinência			
	Mx	CVCi	Pei	CVCc	Mx	CVCi	Pei	CVCc
Ind. 01	4,6	0,92	0,01	0,91	4,9	0,98	0,01	0,97
Ind. 02	5	1	0,01	0,99	5	1	0,01	0,99
Ind. 03	4,9	0,98	0,01	0,97	5	1	0,01	0,99
Ind. 04	4,9	0,98	0,01	0,97	5	1	0,01	0,99
Ind. 05	3,9	0,78	0,01	0,77	5	1	0,01	0,99
Ind. 06	4,7	0,94	0,01	0,93	5	1	0,01	0,99
Ind. 07	4,1	0,82	0,01	0,81	5	1	0,01	0,99
Ind. 08	4,6	0,92	0,01	0,91	5	1	0,01	0,99
Ind. 09	5	1	0,01	0,99	5	1	0,01	0,99
	Total CVCt (clareza) 0,91				Total CVCt (pertinência) 0,98			

Fonte: Elaboração própria

A partir da análise dos dados da referida tabela, pode-se apreender que todos os indicadores apresentados no manual foram validados quanto à clareza e pertinência, uma vez que apresentaram, respectivamente, CVCt de 0,91 e 0,98.

Em relação à clareza, 77% dos indicadores apresentarem CVCc maior do que 0,90 em suas validações individuais, enquanto 11,5% apresentaram CVCc de 0,77 e o restante obteve CVCc de 0,81.

No que concerne à pertinência, 88% dos indicadores obtiveram CVCc de 0,99, revelando que os juízes consideraram que a conceituação apresentada nos itens avaliados era totalmente pertinente.

Em relação a análise qualitativa manual de indicadores de saúde mental, os juízes, em sua maioria, referiam que o mesmo se tratava de um produto pertinente e que irá trazer contribuições tanto para a gestão ao colaborar com o planejamento das ações de saúde como para a prática assistencial, uma que será possível os profissionais terem acesso a algumas medidas síntese que contribuirá para a avaliação do trabalho desenvolvido.

Nesse sentido, algumas sugestões foram propostas pelos juízes no intuito de aprimorar o material, sendo as mesmas relacionadas ao título atribuído a dois indicadores e outra relacionada aos pontos relevantes do manual. Tais sugestões são apresentados no quadro 2, a seguir.

Quadro 2 - Versões inicial e final do manual a partir das contribuições propostas pelos juízes especialistas

Versão inicial	Sugestão	Versão final
Terapêutica farmacológica	“Como se trata de um indicador qualitativo, mesmo com a definição trazendo que se trata deste ponto o título não fica coerente com o que vem a seguir, desta forma sugiro acrescentar ao título do indicador a palavra acessibilidade, Acessibilidade à terapêutica farmacológica em saúde mental” (Juiz 02).	Acessibilidade à terapêutica farmacológica em saúde mental
Cuidado compartilhado	“Com relação ao indicador ‘cuidado compartilhado em saúde mental’ acredito que seja melhor denominá-lo a ‘cuidado compartilhado em rede na saúde mental’, pois se formos observar o cuidado compartilhado em saúde mental perpassa por várias dimensões para além de cuidado compartilhado entre serviços de níveis de atenção diferenciados” (Juiz 03).	Cuidado compartilhado na rede de saúde mental
	“No tópico pontos relevantes enfatizar que o monitoramento de indicadores de saúde mental contribuirá para processo de tomada de decisão do gestor que consequentemente contribui para a assistência e para o cuidado” (Juiz 06).	O monitoramento de indicadores de saúde mental irá fortalecer o processo de tomada de decisão do gestor e assim contribuirá para a melhoria da assistência na rede de cuidado psicossocial.

Fonte: Elaboração própria

DISCUSSÕES

Apreende-se que os resultados do Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) foram considerados adequados, pois o CVCt (total) quanto a pertinência e clareza foi, respectivamente, 0,98 e 0,91. Apenas um indicador obteve índice abaixo de 0,80 em relação à clareza, sendo que o mesmo foi mantido e as sugestões dadas foram acatadas, pois entende-se que esse item é relevante para a composição do manual e uma importante medida de valor.

No trabalho de Azevedo, Salvetti e Torres (15) foi desenvolvido um instrumento no formato de *check-list* “QAS-CAPS” que representa a possibilidade de pensar a avaliação como auxiliadora no diagnóstico da rede CAPS e o mesmo passou por um processo de validação no

qual foram excluídos do instrumento os itens que apresentavam CVC inferior a 0,80 na primeira rodada de avaliação e no segundo momento aqueles que obtiveram CVC inferior a 0,90.

A construção de instrumentos para avaliação da assistência em saúde mental parece estar alinhada as mudanças ocorridas nas últimas duas décadas, com a reversão do modelo de atenção em saúde, de base manicomial e, atualmente, a proposta psicossocial. Nesse sentido, os trabalhos publicados a partir de instrumentos específicos de avaliação em saúde mental estão direcionados a satisfação e sobrecarga profissional (16), satisfação de usuários e familiares (17).

Destaca-se ainda a precursora WHO-SATIS, instrumento idealizado pela OMS para medir a satisfação de usuários, familiares e profissionais, perante os serviços de saúde mental (18).

A procura por alternativas para essas questões, indica avanços importantes na busca pela garantia de direitos integrais ao cuidado das pessoas com transtornos mentais, bem como um potente indicativo da existência e desenvolvimento de ações intersetoriais (5).

O desenvolvimento e a atualização de indicadores permite que diferentes atores possam identificar e avaliar as mudanças ocorridas na sociedade, a eficiência, eficácia e efetividade das políticas, além de identificar os locais e segmentos da população que necessitam de ação prioritária de programas e políticas governamentais (4).

No campo da saúde mental, faz-se necessário destacar a existência de diversas estratégias de cuidados em decorrência da permanência concomitante de modelos assistenciais diversos, assim encontram-se diversas formas de (não) cuidar, como: o controle disfarçado de organização, a negligência disfarçada de respeito, a institucionalização disfarçada de atenção, enfim, quando pensa-se em indicadores que avaliem produtividade ou encaminhamentos, muitas vezes, eles parecem não ser capazes de captar os pressupostos que estão pautando aquele ato de cuidado. Estes pressupostos são o que marcam a diferença de um tipo de cuidado e outro (19).

Como bem propõe o indicador 05 (“Cuidado compartilhado na rede de saúde mental”), que passou por um processo de adequações para esclarecer melhor a estratégia do cuidado em rede. Os cuidados em Saúde Mental no âmbito da Política de Saúde atualmente estruturam-se a partir da Rede de Atenção Psicossocial- RAPS, instituída oficialmente pelo Ministério da Saúde em 2011 a partir da Portaria nº 3.088, sendo constituída por 07 componentes: Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial (20).

A RAPS se propõe a promover a vinculação das pessoas em sofrimento mental decorrentes de transtornos psiquiátricos e abuso de substâncias psicoativas e suas famílias aos componentes da atenção à saúde segundo suas necessidades, demandas e individualidades (20).

No conteúdo da RAPS, destaca-se a intenção de alterar a lógica de funcionamento das internações. Ela define os “hospitais de referência” como ponto de atenção, faz ressalvas para o cumprimento da Lei 10.216 e tenta estipular o tempo de internação como curta permanência. Baliza a intencionalidade de sustentar o fechamento progressivo dos leitos em hospitais psiquiátricos, propondo que eles só podem coexistir com a RAPS em lugares onde o processo de implementação não está completo. Nesse processo, os CAPS são centrais na proposta organizativa das RAPS. Em todos os componentes analisados, ele aparece como “parceiro” necessário para os projetos, além de ser o organizador do fluxo assistencial para o nível hospitalar (21).

Dito isso, apreende-se que os CAPS precisam estar de fato articulados com toda uma rede de garantia de direitos do município a fim de que se possa realmente oferecer ao indivíduo as possibilidades de cuidado (5). No que concerne as situações de urgência e emergência psiquiátricas, tais dispositivos são importantes para a consolidação do modelo, os CAPS tipo

III, que vêm se apresentando como espaço estratégico de acolhimento e manejo em situações de crise (22).

Os indicadores referentes à articulação com a rede demonstram a compreensão dos trabalhadores sobre a importância da participação de diversos atores para o sucesso do cuidado. Nesse sentido, destaca-se a presença de indicadores que direcionam para o diálogo com outros dispositivos da rede de serviços, em especial a Atenção Básica, e para o trabalho intersetorial (23).

Semelhante ao estudo de Azevedo, Salvetti e Torres (15), também foi proposta mudança ao indicador 09, “Acessibilidade à terapêutica farmacológica em saúde mental”, por meio da inserção do termo acessibilidade, no estudo em questão foram sugeridos quatro novos itens relacionados à estrutura física: divisão do item “acessibilidade” em “acessibilidade interna” e “acessibilidade externa”; “espaço interno de convivência”, “quarto coletivo com acomodações individuais” e “sala de coordenação/administrativa”.

O referido indicador emerge do destaque atribuído ao uso de medicamentos no tratamento dos transtornos mentais como sendo parte fundamental das atividades dos CAPS, com isso a disponibilidade dos principais medicamentos utilizados em tratamentos da Saúde Mental nos CAPS e farmácias de referência no estudo de Silva e Lima (24) apresentaram bons resultados, alcançando valor médio acima de 90%.

Tal indicador ressalta a importância da assistência farmacêutica nos CAPS que para tal requer adequado planejamento afim de cumprir com seu objetivo de proporcionar a assistência terapêutica integral, promoção e recuperação da saúde (25).

Semelhante ao estudo desenvolvido por Onocko-Campos et al. (26), os indicadores dispõem dos critérios de: utilidade, na medida que preenchem necessidades de informação dos grupos de interesse; viabilidade, pois utilizam informações disponíveis e de fácil acesso; e precisão, porque revelam informações tecnicamente adequadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os indicadores desenvolvidos e validados neste projeto constituem uma contribuição para a gestão e planejamento no contexto da rede de saúde mental, pois apresenta instrumentos aprovados quanto à clareza e pertinência do conteúdo. A utilização desses indicadores poderá subsidiar o processo de elaboração e construção de um plano de ação de saúde mental para o município.

Dada a escassez de publicações acerca da temática do planejamento, sobretudo, em saúde mental, o presente estudo servirá como uma matriz para o desenvolvimento de outros indicadores. Contudo, vale destacar algumas limitações do projeto, como o fato de que o processo de validação não contou com a participação dos gestores, dispondo apenas de especialistas.

REFERÊNCIAS

- 1 Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Ginebra: OMS; 2013.
- 2 Almeida PF, Escorel S. Da avaliação em saúde à avaliação em saúde mental: gênese, aproximações teóricas e questões atuais. *Saúde Debate*. 2001;25(58):35-47.
- 3 Jannuzzi PM. Indicadores Sociais no Brasil: conceitos, fontes de dados e aplicações. Campinas: Alínea; 2001.
- 4 Cobo B, Sabóia AL. Uma contribuição para a discussão sobre a construção de indicadores para implementação e acompanhamento de políticas públicas. Caxambu: [editora desconhecida]; 2006.
- 5 Vicente JDN, Silva DC. Produzindo indicadores em saúde mentalAD no contexto de um CRAS: potencializando o exercício da intersetorialidade. *Saúde (Sta. Maria)*. 2018;44(1):1-9.
- 6 Rubio DM, Berg-Weger M, Tebb SS, Lee ES, Rauch S. Objectifying content validity:

conducting a content validity study in social work research. *Soc Work Res.* 2003;27(2):94-104. doi: 10.1093/swr/27.2.94

7 Silva FA, Vidal CFL, Araújo EC. Validação de conteúdo do protocolo de prevenção da sepse precoce por *Streptococcus agalactiae* em recém-nascidos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2015;23(4):635-41. doi: 10.1590/0104-1169.0179.2598

8 Alves PF, Kantorski LP, Andrade APM, Coimbra VCC, Oliveira MM, Silveira KL. Being autonomous: what do mental health services indicate? *Rev. Gaúcha Enferm.* 2018;39:e63993. doi: 10.1590/1983-1447.2018.63993

9 Silveira MB, Saldanha RP, Leite JCC, Silva TOF, Silva T, Filippini LI. Construção e validade de conteúdo de um instrumento para avaliação de quedas em idosos. *Einstein.* 2018;16(2):1-8.

10 Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Rev Psiquiatr Clín.* 1998;25(5):206-23.

11 Saldanha RP, Balbinotti MA, Balbinotti CA. Tradução e validade de conteúdo do Youth Sport Value Questionnaire 2. *Rev Bras Cien Esporte.* 2015;37(4):383-8. doi: 10.1016/j.rbce.2015.08.010

12 Cassepp-Borges V, Teodoro ML. Propriedades psicométricas da versão brasileira da Escala Triangular do Amor de Sternberg. *Psicol Reflex Crit.* 2007;20(3):513-22. doi: 10.1590/S0102-79722007000300020

13 Balbinotti MA, Benetti C, Terra PR. Translation and validation of the GrahamHarvey survey for the Brazilian context. *Inter J Managerial Finance.* 2007;3(1):26-48. doi: 10.1108/17439130710721644

14 Nakano TC, Siqueira LG. Validade de conteúdo da Gifted Rating Scale (versão escolar) para a população Brasileira. *Aval Psicol.* 2012;11(1):123-40.

15 Azevedo DM, Salvetti MG, Torres GV. Qualidade da assistência em saúde mental: avaliação de estrutura e processo. *RECOM.* 2017;7:e1685. doi: 10.19175/recom.v7i0.1685

- 16 Camilo CA, Bandeira M, Leal RMAC, Scalon JD. Avaliação da satisfação e sobrecarga em um serviço de saúde mental. *Cad Saúde Coletiva*. 2012;20(1):82-92.
- 17 Bandeira MB, Silva MA. Escala de satisfação dos pacientes com os serviços de saúde mental (SATIS-BR): estudo de validação. *J Bras Psiquiatr*. 2012;61(3):124-32. doi: 10.1590/S0047-20852012000300002.
- 18 Santos AFO, Cardoso CL. Familiares cuidadores de usuários de serviço de saúde mental: satisfação com serviço. *Estud Psicol*. 2014;19(1):13-21. doi: 10.1590/S1413-294X2014000100003.
- 19 Mendes MFM, Rocha CMF. Avaliação em saúde mental: uma análise de políticas nacionais e internacionais. *Saúde Redes*. 2016;2(4):352-9. doi: 0.18310/2446-48132016v2n4.775g121
- 20 Brasil. 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). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011.
- 21 Trapé TL, Onocko-Campos R. Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. *Rev Saude Publica*. 2017;51:1-8. doi: 0.1590/s1518-8787.2017051006059
- 22 Willrich JQ, Kantorski LP, Antonacci MH, Cortes JM, Chiavagatti FG. Da violência ao vínculo: construindo novos sentidos para a atenção à crise. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(1):97-103. doi: 10.5935/0034-7167.20140013
- 23 Bustamante V, Onocko-Campos R, Silva AS, Treichel CAS. Indicadores para avaliação de Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Capsi): resultados de uma pesquisa-intervenção. *Interface (Botucatu)*. 2019;24:e190276. doi: 10.1590/interface.190276.

24 Silva SN, Lima MG. Assistência Farmacêutica na Saúde Mental: um diagnóstico dos Centros de Atenção Psicossocial. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017;22(6):2025-36. doi: 10.1590/1413-81232017226.25722016.

25 Alencar TOS, Cavalcante EAB, Alencar BR. Assistência farmacêutica e saúde mental no Sistema Único de Saúde. *Rev Ciênc Farm Básica Apl*. 2013;33(4):489-95.

26 Onocko-Campos RT, Furtado JP, Trapé TL, Emerich BF, Surjus LTLS. Indicadores para avaliação dos centros de atenção psicossocial tipo III: resultados de um desenho participativo. *Saude Debate*. 2017;41(n.spe):71-83. doi: 10.1590/0103-11042017s07

6 IMPACTO E APLICABILIDADE

A utilização de produto desenvolvido, manual indicadores de saúde mental, será de grande valia para uma melhor qualificação dos dados, bem como para a avaliação e o planejamento em saúde mental. A presença de ferramenta como essa auxiliará o processo de tomada de decisão do gestor que contribuirá diretamente para melhora da assistência e do cuidado na rede saúde mental.

Com isso, espera-se para avançar na Reforma Psiquiátrica através do planejamento de ações direcionadas para as reais necessidades e proporcionando uma melhora da assistência tanto para os usuários, familiares, sociedade, profissionais, ou seja, para todos aqueles envolvidos nos serviços de saúde mental.

O uso de indicadores de saúde é de grande valia para os serviços no intuito de promover articulação e integração entre os mesmos afim de guiar o paciente na melhor trajetória de cuidado. Apresenta-se como uma efetiva forma de acesso e visibilidade prática mais ampla e necessária aos pacientes com algum tipo de transtorno. Dá visibilidade e mitiga a necessidade de integração das redes, teórica e prática entre os serviços de saúde.

Destarte, o manual elaborado foi registrado e a utilização do mesmo será monitora nos próximos anos afim de avaliar o impacto do mesmo junto aos serviços de saúde mental.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou apreender que o planejamento em saúde mental ainda é incipiente. A rede de saúde mental conta com serviços de níveis distintos de complexidade, porém não há integração entres os mesmos e os gestores tem dificuldades de desenvolver mecanismos e/ou estratégias que possam vir a subsidiar o planejamento.

Com isso, destaca-se que mesmo com a existência de vários serviços capazes de assistir uma crise psiquiátrica, o hospital psiquiátrico ainda é considerado o principal serviço da rede e as práticas de cuidado permanecem voltadas para a intervenção farmacológica.

A ausência de uma linha de cuidado que oriente a trajetória do paciente na rede de acordo com as suas necessidades e com as atribuições de cada dispositivo contribui para a fragilidade do cuidado e os desencontros na prestação da assistência. Assim, é necessário que haja organização e planejamento das ações afim de que ocorra integração entre os serviços.

Ademais, faz-se necessário habilitar os demais serviços para o cuidado psicossocial em situações de urgência e emergência, principalmente, os CAPS que no momento encontram-se bastante fragilizados. A integração entre os serviços é de suma importância para a continuidade e qualidade do cuidado, principalmente, em situações de urgência e emergência psiquiátrica afim de reduzir as (re) internações e fortalecer a assistência no território.

As ações de planejamento estão restritas aos microespaços dos serviços de saúde, porém esbarram ao tentar avançar para o nível central. Os gestores, na maioria das situações, tomam suas decisões intuídos apenas por suas próprias convicções.

Nesse sentido, o PES é uma possibilidade factível, pois por meio dele será possível identificar os principais problemas (nesse caso a ausência de integração entres os componentes da rede), formular uma imagem objeto que deverá ser atingida, elaborar e executar um plano de ação que envolva todos os atores sociais atuantes nesse contexto.

Dessa forma, espera-se que os indicadores elaborados no presente estudo possam vir a contribuir como ferramentas potencializadoras do planejamento das ações de saúde mental tendo em vista que os mesmos emergem das expressões mais intrínsecas dos atores envolvidos e que abrange uma diversidade de serviço.

Os indicadores elaborados retratam a necessidade de avançar na organização da RAPS afim de reduzir as reinternações bem como qualificar os demais serviços para o cuidado em situações de crise psiquiátricas. Assim, espera-se os indicadores formulados possam contribuir para o diálogo entres os gestores e para o fortalecimento da Reforma Psiquiátrica.

Espera-se que as informações aqui apresentadas possam contribuir para a elaboração de um plano operacional que trate do cenário das (re)internações psiquiátricas, que tal processo seja desenvolvido com a participação dos gestores e gerentes das instituições atuantes da RAPS. Tendo em vista que um segmento do problema já fora identificado e os indicadores elaborados.

Os indicadores desenvolvidos no estudo foram organizados em um manual (registrado junto a Câmara Brasileira de Livros) que foi validado por juízes especialistas reiterando a sua importância para a gestão e planejamento no contexto da rede de saúde mental, pois apresenta validade quanto à clareza e pertinência do conteúdo. A utilização desses indicadores poderá subsidiar o processo de elaboração e construção de um plano de ação de saúde mental para o município.

Dada a escassez de publicações acerca da temática do planejamento, sobretudo, em saúde mental, o presente estudo servirá como uma matriz para o desenvolvimento de outros indicadores. Ressalta-se que os dados analisados retratam os atendimentos que culminaram em internação no hospital de referência, assim estudos futuros podem envolver as demais instituições tanto públicas quanto privadas.

REFERÊNCIAS

- ALARCON, S. O uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas. *In*: JORGE, M. A. S.; CARVALHO, M. C. A.; SILVA, P. R. F. **Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional**. 22. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. cap. 17, p. 201-228.
- ALENCAR, T. O. S.; CAVALCANTE, E. A. B.; ALENCAR, B. R. Assistência farmacêutica e saúde mental no Sistema Único de Saúde. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, [s. l.], v. 33, n. 4, p. 489-495, ago. 2012.
- ALMEIDA A. B.; ACIOLE, G. G. Gestão em rede e apoio institucional: caminhos na tessitura de redes em saúde mental no cenário regional do Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface**, Botucatu, v. 18, n. 1, p. 971-981, jan. 2014.
- ALMEIDA, P. F.; ESCOREL, S. Da avaliação em saúde à avaliação em saúde mental: gênese, aproximações teóricas e questões atuais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 35-47, jan. 2001.
- ALVES, P. F. *et al.* Being autonomous: what do mental health services indicate? **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 39, n. 1, p. 1-7, jan. 2018.
- AMARAL, Carlos Eduardo Menezes; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. O desafio da análise de redes de saúde no campo da saúde coletiva. **Saude soc.**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 424-434, jun. 2017
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- ANUNCIACÃO, F. C.; SOUZA, M. K. F. Planejamento em saúde: percepções e entendimentos sobre o Plano Municipal de Saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 35, n. 4, p. 845-858, abr. 2011. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2011/v35n4/a2812.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2020.
- ARAÚJO, L. G. **Orçamento público: instrumento de planejamento e controle no município de Queluz SP**. 2014. 54 f. Monografia (Especialização em Gestão Pública Municipal) – Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Curitiba, 2014. Disponível em: http://repositorio.roca.utfpr.edu.br/jspui/bitstream/1/3738/1/CT_GPM_2013_14.pdf. Acesso em: 18 nov. 2020.
- ASSIS, M. A. A.; JORGE, M. S. B. Métodos de análise em pesquisa qualitativa. *In*: SANTANA, J. S. S. S.; NASCIMENTO, M. A. A. **Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana: UEFS, 2010. cap. 11, p. 139-159.
- AZEVEDO, D. M.; SALVETTI, M. G.; TORRES, G. V. Qualidade da assistência em saúde mental: avaliação de estrutura e processo. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 7, n. 1, p. 1-10, jan. 2017.
- BALBINOTTI, M. A.; BENETTI, C.; TERRA, P. R. Translation and validation of the Graham Harvey survey for the Brazilian context. **International Journal of Managerial Finance**, [s. l.], v. 3, n. 1, p. 26-48, jan. 2007.

- BANDEIRA, M. B.; SILVA, M. A. Escala de satisfação dos pacientes com os serviços de saúde mental (SATIS-BR): estudo de validação. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 3, p. 124-132, mar. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v61n3/02.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2020.
- BARROS, R. E. M.; TUNG, T. C.; MARI, J. J. Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental Brasileira. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 71-77, out. 2010.
- BEE, P. *et al.* Professional perspectives on services user and carer involvement in mental health care planning: a qualitative study. **International Journal of Nursing Studies**, [s. l.], v. 52, n. 12, p. 1834-1845, dez. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4642654/>. Acesso em: 12 nov. 2020.
- BIRMAN, J.; COSTA, J. F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. *In*: AMARANTE, Paulo (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. cap. 2, p. 41-71.
- BONFADA, Diego; GUIMARÃES, Jacileide. Serviço de atendimento móvel de urgência e as urgências psiquiátricas. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 17, n. 2, p. 227-236, abr./jun. 2012.
- BONFADA, Diego *et al.* A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 555-560, fev. 2012.
- BONFADA, Diego *et al.* Reforma psiquiátrica brasileira: conhecimentos dos profissionais de saúde do serviço de atendimento móvel de urgência. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 227-233, jun. 2013.
- BOSI, M. L. M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 575-586, mar. 2012.
- BRASIL. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 maio 2010. Seção 1, p. 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm#:~:text=DECRETA%3A,crack%20e%20outras%20drogas%20ilícitas. Acesso em: 10 fev. 2020.
- BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 jun. 2011. Seção 1, p. 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 10 fev. 2020.
- BRASIL. 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). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 dez. 2011. Seção 1, p. 1. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 17 nov. 2020.

BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 dez. 2010. Seção 1, p. 1. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 13 fev. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional Antidrogas. Resolução nº 3, de maio de 2005. Aprova a Política Nacional Sobre Drogas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 maio 2005. Seção 1, p. 1. Disponível em: <http://www.sejus.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2017/12/Resolucao-n-03-GSIPR-CH-CONAD-de-2005.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 nov. 2012. Seção 1, p. 1. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 22 jun. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 7 abr. 2016. Seção 1, p. 44-46. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso em: 13 fev. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coordenação geral de saúde mental, álcool e outras drogas: saúde mental em dados**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL, Ministério da Saude. **Manual Instrutivo -PMAQ Ficha de qualificação dos indicadores**. Brasília: PMAQ, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Crack é possível vencer**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Tabwin**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060805>. Acesso em: 10 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Organização Pan Americana de Saúde. **REDE Interagencial de Informação para a Saúde Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

BRINGER, J. D.; JOHNSTON, L. H.; BRACKNRIDGE, C. H. Using computer-assisted qualitative data analysis software to develop a grounded theory project. **Field Methods**, [s. l.], v. 18, n. 3, p. 245-266, mar. 2006.

BUSTAMANTE, V. *et al.* Indicadores para avaliação de Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Capsi): resultados de uma pesquisa-intervenção. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 24, n. 1, p. 1-16, jan. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v24/1807-5762-icse-24-e190276.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2020.

CAMILO, C. A. *et al.* Avaliação da satisfação e sobrecarga em um serviço de saúde mental. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 82-92, jan.2012.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko. O planejamento em saúde sob o foco da hermenêutica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 197-207, jan. 2001.

CAPRARA, A. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p.923-931, ago. 2003.

CASSEPP-BORGES, V.; TEODORO, M. L. Propriedades psicométricas da versão brasileira da Escala Triangular do Amor de Sternberg. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 20, n. 3, p. 513-522, mar. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/prc/v20n3/a20v20n3.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2020.

CAVALCANTE, Ricardo Bezerra; CALIXTO, Pedro; KERR PINHEIRO, Marta Macedo. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Informação e Sociedade**, João Pessoa, v. 24, n. 1, p. 13-18, jan. 2014.

CEARÁ. Secretaria de Saúde. **Rede da capital**. Fortaleza: SESA, 2018. Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/rede-da-capital>. Acesso em: 10 fev. 2019.

CELLARD, A. A análise documental. *In*: NASSER, A. C. (Org.). **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008. cap. 24, p. 295-316.

CHORNY, A. H. Enfoque estratégico para el desarrollo de recursos humanos. **Revista Educación Médica y Salud**, [s. l.], v. 24, n. 1, p. 1-14, jan. 1990.

COBO, B.; SABÓIA, A. L. **Uma contribuição para a discussão sobre a construção de indicadores para implementação e acompanhamento de políticas públicas**. Caxambu: [s. n.], 2006.

COELHO, Myrna. A dimensão sociocultural da reforma psiquiátrica e a Companhia Experimental Mundança. **Saúde debate**, São Paulo, v. 32, n. 80, p. 92-98, dez. 2008.

COSTA, M. M.; MAGDA DIMENSTEIN, M. CAPS com gerência pública e privada: estudo na Rede de Atenção Psicossocial do Rio Grande do Norte. **Revista de Psicologia**, Fortaleza, v. 6, n. 1, p. 7-18, jan. 2015. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/psicologiaufc/article/view/1689>. Acesso em: 18 nov. 2020.

COSTA, P. H. A.; RONZANI, T. M.; COLUGNATI, F. A. B. “No papel é bonito, mas na prática...” Análise sobre a rede de atenção aos usuários de drogas nas políticas e instrumentos normativos da área. **Saude soc.**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 738-750, set. 2017.

CRESWELL, J. W. **Research design: qualitative, quantitative and mixed methods approaches**. 4. ed. Thousand Oaks: Sage, 2014.

CRUZ, K. D. F. *et al.* Atenção à crise em saúde mental: um desafio para a reforma psiquiátrica brasileira. **Revista do NUFEN**, Belém, v. 11, n. 2, p. 117-132, fev. 2019.

DIAS, M. K.; FERIGATO, S. H.; FERNANDES, A. D. S. A. Atenção à Crise em saúde mental: centralização e descentralização das práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 595-602, fev. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n2/1413-8123-csc-25-02-0595.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2020.

DIAS, Maria Socorro de Araújo *et al.* Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4371-4382, nov. 2014.

FARIA, M. L. V. C.; GUERRINI, I. A. Limitações do paradigma científico hegemônico no acolhimento ao sofrimento psíquico na atenção básica. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 16, n. 42, p. 779-792, jun. 2012.

FERIGATO, S. H.; CAMPOS, R. T. O.; BALLARIN, M. L. G. S. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. **Revista de Psicologia da UNESP**, Marília, v. 6, n. 1, p. 31-44, jan. 2007.

FERREIRA, Thayane Pereira da Silva *et al.* Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. **Interface**, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 373-384, jun. 2017.

FIGUEIREDO, I. D. T. *et al.* Planejamento estratégico como ferramenta de gestão local na atenção primária à saúde. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, Belo Horizonte, v. 8, n. 1, p. 27-38, jan. 2020. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/4454/pdf>. Acesso em: 15 out. 2020.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Método e metodologia na pesquisa científica**. 2. ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2007.

FLICK, V. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. **A cidade**. Fortaleza: PMF, 2018e. Disponível em: <https://www.fortaleza.ce.gov.br/a-cidade>. Acesso em: 10 fev. 2020.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. **Secretaria Municipal da Saúde**. Fortaleza: PMF, 2018a. Disponível em: <https://www.fortaleza.ce.gov.br/institucional/a-secretaria-327>. Acesso em: 10 fev. 2020.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Centro de atenção psicossocial – CAPS**. Fortaleza: SMS, 2018b. Disponível em: <https://catalogodeservicos.fortaleza.ce.gov.br/categoria/saude/servico/321>. Acesso em: 10 fev. 2020.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 Fortaleza**. Fortaleza: SMS, 2018c. Disponível em: <https://catalogodeservicos.fortaleza.ce.gov.br/categoria/saude/servico/142>. Acesso em: 10 fev. 2020.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Unidade de Pronto Atendimento (UPA – 24H)**. Fortaleza: SMS, 2018d. Disponível em: <https://catalogodeservicos.fortaleza.ce.gov.br/categoria/saude/servico/55>. Acesso em: 10 fev. 2020.

FRANCO, Renato Ferreira; STRALEN, Cornelis Johannes van. Desinstitucionalização psiquiátrica: do confinamento ao habitar na cidade de belo horizonte. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 27, n. 2, p. 312-321, ago. 2015.

GONÇALVES, P. R. A. Crack: silêncio toxicômico, estalo na economia do saber. *In*: MACRAE, Edward; TAVARES, Luiz Alberto; NUÑEZ, Maria Eugênia. **Crack**: contexto, padrões e propósitos de uso. Salvador: Edufba, 2013. cap. 4, p. 59-86.

GUIZARDI, F. L.; CAVALCANTI, F. O. Gestão em saúde: nexos entre o cotidiano institucional e a participação política no SUS. **Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 633-645, maio 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop1210.pdf>. Acesso em: 12 out. 2020.

GUSMÃO, M. F. S.; REIS, L. A. Efeitos do treinamento sensório-motor no equilíbrio de idosos: revisão sistemática. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**, Feira de Santana, v. 7, n. 1, p. 64-70, jan. 2017. Disponível em: <http://periodicos.uefs.br/index.php/saudecoletiva/article/view/1056>. Acesso em: 10 out. 2020.

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ. **Mapa das regionais de Fortaleza**. Fortaleza: IPECE, 2020. Disponível em: http://www2.ipece.ce.gov.br/atlas/capitulo1/11/images2x/Mapa_Regionais_Fortaleza.jpg. Acesso em: 10 fev. 2020.

JANNUZZI, P. M. **Indicadores Sociais no Brasil**: conceitos, fontes de dados e aplicações. Campinas: Alínea, 2001.

JARDIM, K.; DIMENSTEIN, M. A crise na rede do SAMU no contexto da Reforma Psiquiátrica. **Saúde debate**, São Paulo, v. 32, n. 80, p. 150-160, dez. 2008.

KLAGE, M.; LANGLEY, A. Critical junctures in strategic planning: understanding failure to enable success. **Organizational Dynamics**, [s. l.], v. 43, n. 4, p. 274-283, abr. 2014. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S009026161400045X>. Acesso em: 14 out. 2020.

LAGE, M. C.; GODOY, A. S. O uso do computador na análise de dados qualitativos: questões emergentes. **Revista de Administração Mackenzie**, São Paulo, v. 9, n. 4, p. 75-98, abr. 2008.

LIMA, F. F. F. *et al.* Planejamento estratégico situacional em uma instituição psiquiátrica: contribuições e desafios. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, p. 20-28, fev. 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180669762019000200004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 12 set. 2020.

MACEDO, J. P. *et al.* A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Saude soc.**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 155-170, mar. 2017.

MACEDO, J. P. *et al.* A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 155-170, jan. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n1/1984-0470-sausoc-26-01-00155.pdf>. Acesso em: 12 set. 2020.

MATUS, C. **Adeus, Sr. Presidente: governantes e governados**. São Paulo: FUNDAP, 1997.

MATUS, C. **Estratégias políticas: chimpanzé, Maquiavel e Gandhi**. São Paulo: FUNDAP, 1996.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA, 1993.

MERHY, E. E. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. *In*: FRANCO, T. B.; PERES, M. M. A.; FOSCHIERA, M. M. P. (Orgs.). **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho**. São Paulo: Hucitec, 2004. cap. 4, p. 57-73.

MEHRY, E. E. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates sobre planejamento de saúde no Brasil. *In*: GALLO, E. (Org). **Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade**. São Paulo: Hucitec, 1995. cap. 1, p. 9-22.

MENDES, M. F. M.; ROCHA, C. M. F. Avaliação em saúde mental: uma análise de políticas nacionais e internacionais. **Saúde em Redes**, [s. l.], v. 2, n. 4, p. 352-359, abr. 2016. Disponível em: <http://revista.redeunida.org/ojs/index.php/rede-unida/article/view/775>. Acesso em: 17 nov. 2020.

MERCHAN-HAMANN, Edgar; TAUIL, Pedro Luiz; COSTA, Marisa Pacini. Terminologia das medidas e indicadores em epidemiologia: subsídios para uma possível padronização da nomenclatura. **Inf. Epidemiol. Sus**, Brasília, v. 9, n. 4, p. 276- 284, abr. 2000.

MINAYO, M. C. S. Construção de indicadores qualitativos para avaliação de mudanças. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s. l.], v. 33, n. 1, p. 83-91, jan. 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MORÉ, C. L. O. O. A “entrevista em profundidade” ou “semiestruturada”, no contexto da saúde. **Atas - Investigação Qualitativa nas Ciências Sociais**, [s. l.], v. 3, n. 1, p. 126-131, jan. 2015. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/158/154>. Acesso em: 15 out. 2020.

MOREIRA, Maria Inês Badaró; ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa. Ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial pela perspectiva dos usuários. **Saude soc.**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 462-474, jun. 2017.

MOREIRA, R. M.; ROCHA, K. B. O trabalho na gestão dos serviços substitutivos de saúde mental: aproximações entre Saúde Coletiva, Saúde Mental e Psicanálise. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 1-20, jun. 2019.

NAKANO, T. C.; SIQUEIRA, L. G. Validade de conteúdo da Gifted Rating Scale (versão escolar) para a população Brasileira. **Avaliação Psicológica**, Itatiba, v. 11, n. 1, p. 123-140, jan. 2012.

NUNES, Jeanine Maria Sobral; GUIMARÃES, José Maria Ximenes; SAMPAIO, José Jackson Coelho. A produção do cuidado em saúde mental: avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial territorial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1213-1232, out. 2016.

OLIVEIRA, P. R. M. **Valorizando a palavra na emergência psiquiátrica**: a recepção das diferenças. 2002. 137 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Depression and other common mental disorders**: global health estimates. Geneva: World Health Organization, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Mental disorders**: key facts. Geneva: World Health Organization, 2018. Disponível em: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>. Acesso em: 11 jun. 2018.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. *et al.* Indicadores para avaliação dos centros de atenção psicossocial tipo III: resultados de um desenho participativo. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 1, p. 71-83, jun. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe/0103-1104-sdeb-41-nspe-0071.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la salud. Washington: OPAS, 1965.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Plan de acción sobre salud mental 2013-2020**. Ginebra: OMS, 2013.

PANDE, M. N. R.; AMARANTE, P. D. C. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2067-2076, abr. 2011.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 206-223, maio 1998.

PEREIRA, Bernadete dos Santos; TOMASI, Elaine. Instrumento de apoio à gestão regional de saúde para monitoramento de indicadores de saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 411-418, jun. 2016.

QUINDERÉ, P. H. D. *et al.* A convivência entre os modelos asilar e psicossocial: saúde mental, Fortaleza-CE. **Saúde em debate**, São Paulo, v. 34, n. 84, p. 137-147, jan. 2010.

QUINDERÉ, P. H. D.; JORGE, M. S. B.; FRANCO, T. B. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 253-271, jan. 2014.

QUINTAS, R.; AMARANTE, P. A ação territorial do Centro de Atenção Psicossocial em sua natureza substitutiva. **Saúde Debate**, São Paulo, v. 32, n. 80, p. 99-107, jan. 2008.

REWORÊDO, Luciana da Silva *et al.* Validação de conteúdo de um instrumento para identificação de violência contra criança. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 205-217, fev. 2016.

RIBEIRO, M. M. R. Proposta intervencionista: o desafio da governança em saúde mental em uma cidade da região metropolitana de Belo Horizonte (MG). **Mental**, Minas Gerais, v. 11, n. 20, p. 117-133, jan. 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272017000100007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 set. 2020.

RIVERA, F. J. U. **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. São Paulo: Cortez, 1989.

RIVERA, F. J. U. **Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. **Planejamento e gestão em saúde: conceitos, história e propostas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2265-2274, ago. 2010.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 355-365, abr. 1999.

ROESE, A.; GERHARDT, T. E.; MIRANDA, A. S. Análise estratégica sobre a organização de rede assistencial especializada em região de saúde do Rio Grande do Sul. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 935-947, dez. 2015.

RUBIO, D. M. *et al.* Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. **Social Work Research**, [s. l.], v. 27, n. 2, p. 94-104, fev. 2003. Disponível em: <https://academic.oup.com/swr/article-abstract/27/2/94/1659075?redirectedFrom=fulltext>. Acesso em: 17 nov. 2020.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, Rio Grande, v. 1, n. 1, p. 1-15, jan. 2009.

SÁ, M. C.; ARTMANN, E., 1994. O Planejamento estratégico em saúde: desafios e perspectivas para o nível local. In: MENDES, E. V. (Org.). **Planejamento e programação local da vigilância da saúde no distrito sanitário**. Brasília: OPAS, 1994. cap. 2, p. 19-44.

SALDANHA, R. P.; BALBINOTTI, M. A.; BALBINOTTI, C. A. Tradução e validade de conteúdo do Youth Sport Value Questionnaire 2. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, [s. l.], v. 37, n. 4, p. 383-388, abr. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbce/v37n4/0101-3289-rbce-37-04-0383.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2020.

SAMPAIO, J. J. C. *et al.* O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4685-4694, dez. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 set. 2020.

SAMPAIO, J. J. C.; GUIMARÃES, J. M. X.; ABREU, L. M. **Supervisão clínico-institucional e a organização da atenção psicossocial no Ceará**. São Paulo: Hucitec, 2010.

SANTANA, J.S.S. Percurso metodológico. In: SANTANA, J. S. S.; NASCIMENTO, M. A. A. **Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana: Uefs Editora, 2010. cap. 6, p. 87-120.

SANTOS, A. F. O.; CARDOSO, C. L. Familiares cuidadores de usuários de serviço de saúde mental: satisfação com serviço. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 19, n. 1, p. 13-21, jan. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/epsic/v19n1/03.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2020.

SANTOS, M. E. S.B. Serviço de emergências psiquiátricas em hospital geral universitário: estudo prospectivo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 468-474, out. 2000.

SCHOEN, C. *et al.* A survey of primary care doctors in ten countries shows progress in use of health information technology, less in other areas. **Health Aff.**, Millwood, v. 31, n. 12, p. 2805-2816, dez. 2012.

SCISLESKI, A.; MARASCHIN, C. Redes sociais e internação psiquiátrica: Paradoxos nas políticas de saúde para a juventude. In: CRUZ, L. R.; GUARESCHI, N. **Políticas públicas e**

assistência social: diálogos com as práticas psicológicas. Petrópolis: Vozes, 2014. cap. 13, p. 162-178.

SILVA, F. A.; VIDAL, C. F. L.; ARAÚJO, E. C. Validação de conteúdo do protocolo de prevenção da sepse precoce por *Streptococcus agalactiae* em recém-nascidos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, **Ribeirão Preto**, v. 23, n. 4, p. 635-641, abr. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n4/pt_0104-1169-rlae-23-04-00635.pdf. Acesso em: 17 nov. 2020.

SILVA, Ligia Maria Vieira; PAIM, Jairnilson Silva; SCHRAIBER, Lilia Blima. O que é Saúde Coletiva? *In:* PAIM, Jairnilson; ALMEIDA-FILHO, Naomar de. **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. cap. 1, p. 3-12.

SILVA, S. N.; LIMA, M. G. Assistência Farmacêutica na Saúde Mental: um diagnóstico dos Centros de Atenção Psicossocial. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 2025-2036, jun. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n6/1413-8123-csc-22-06-2025.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2020.

SILVA, Silvio Fernandes da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, jun. 2011.

SILVEIRA, M. B. *et al.* Construção e validade de conteúdo de um instrumento para avaliação de quedas em idosos. **Einstein**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 1-8, fev. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/eins/v16n2/pt_1679-4508-eins-16-02-eAO4154.pdf. Acesso em: 17 nov. 2020.

SOUSA, Cristina Silva. **Educação pós-operatória:** construção e validação de uma tecnologia educativa para pacientes submetidos à cirurgia ortognática. 2011. 166 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

TEIXEIRA, C. Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EdUFBA, 2010.

TESTA, M. **Pensar en salud**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1993.

TESTA, M. Estrategia, coherencia y poder en las propuestas de salud. **Cuadernos Médico-Sociales**, [s. l.], v. 1, n. 39, p. 10-24, jan. 1987.

TONINI, N. S.; KANTORSKI, L. P. Planejamento estratégico e as políticas de saúde mental. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 28, n. 1, p. 126-132, jan. 2007.

TORRES, Soraya Figueiredo de Sousa; BELISARIO, Soraya Almeida; MELO, Elza Machado. A Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião Norte de Minas Gerais: um estudo de caso. **Saude e soc.**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 361-373, mar. 2015.

TRAPÉ, T. L.; ONOCKO-CAMPOS, R. Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. 1, p. 1-8, jan. 2017. Disponível em:

https://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006059.pdf. Acesso em: 20 nov. 2020.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1992.

VIANA, Marcelo Ferreira; COSTA, Américo Pierangeli; BRITO, Mozar José de. A hermenêutica crítica e estudos em marketing: aproximações e possibilidades. **Organ. Soc.**, Salvador, v. 23, n. 76, p. 92-109, mar. 2016.

VICENTE, J. D. N.; SILVA, D. C. Produzindo indicadores em saúde mental-AD no contexto de um CRAS: potencializando o exercício da intersectorialidade. **Revista Saúde**, Santa Maria, v. 44, n. 1, p. 1-9, 2018.

VIEIRA, F. S. Avanços e desafios do Planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 1565-1577, jan. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a30v14s1.pdf>. Acesso em: 12 set. 2020.

WILLRICH, J. Q. *et al.* Da violência ao vínculo: construindo novos sentidos para a atenção à crise. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 1, p. 97-103, jan. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v67n1/0034-7167-reben-67-01-0097.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2020.

YASUI, S. Reforma e contrarreforma: reflexões em torno da internação compulsória e comunidades terapêuticas. *In*: JORGE, M. S. B. *et al.* **Olhares plurais sobre o fenômeno do crack**. Fortaleza: EdUece, 2013. cap. 6, p. 87-103.

APÊNDICE A - TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

	<p>Universidade Estadual do Ceará</p> <p>Centro de Ciências da Saúde</p> <p>Doutorado em Saúde Coletiva</p> <p>Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva - PPSAC</p>
---	--

TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

Eu, _____, _____, fiel depositário dos documentos (nomear os documentos), declaro que o pesquisador _____ está autorizado a realizar nesta Instituição o projeto de pesquisa intitulado “*REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SUA INTEGRAÇÃO COM A URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: construção de indicadores de saúde mental coletiva*”, no período de agosto de 2018 a março de 2019.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde por meio da garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros; emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa; retorno dos benefícios obtidos por meio deste estudo para os profissionais, sujeitos e comunidade.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa dispõe de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Universidade Estadual do Ceará com o parecer de nº 1.710.586, para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, benevolência e justiça.

Fortaleza, __ de _____ de 2018.

(Coordenadora do Projeto)

(Pesquisador Responsável)

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS GESTORES/COORDENADORES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O Sr. (a) está sendo convidado para participar da pesquisa “*REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SUA INTEGRAÇÃO COM A URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: construção de indicadores de saúde mental coletiva*”. O projeto de investigação trata de uma pesquisa de tese de doutoramento em Saúde Coletiva. Tem-se como objetivo analisar a rede de atenção psicossocial e sua articulação com a urgência e emergência em Fortaleza no município de Fortaleza-Ceará dispendo de desdobramentos específicos: descrever a análise situacional da saúde mental no município de Fortaleza; mapear a rede de compromisso, os fluxos, as demandas e ofertas por meio dos fluxogramas com a rede de atenção psicossocial; compreender a articulação entre os componentes da RAPS com ênfase na urgência e emergência; analisar o conteúdo dos documentos normativos relacionados à gestão, com vistas, a orientar o planejamento das ações na rede de atenção psicossocial juntamente com o componente urgência e emergência; elaborar indicadores de saúde mental auxiliar no planejamento das ações de saúde nas redes de atenção psicossocial e urgência emergência, favorecendo a resolutividade do cuidado na rede; construir um protocolo com as dimensões do planejamento em saúde mental.

A pesquisa será realizada no município de Fortaleza, capital do Estado do Ceará. Especificamente nas seis áreas administrativas das Secretarias Executivas Regionais (I, II, III, IV, V e VI) juntamente os órgãos colegiados e de gestão executiva da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará (SESA - Ce). Para tanto o senhor(a) está sendo convidado a participar do estudo por meio de uma entrevista dessa forma, solicito sua autorização para gravar o material resultante desses encontros. Garante-se que a pesquisa não trará prejuízo na qualidade e condição de vida e trabalho dos participantes, salientando que as informações serão sigilosas e que não haverá divulgação personalizada. Os dados e as informações coletadas serão utilizados para compor os resultados da investigação e serão publicados em periódicos e apresentados em eventos científicos, além de proporcionar benefícios para ampliar a visão dos gestores de saúde, a fim de criar políticas públicas que melhorem a qualidade dos serviços.

Todos os participantes têm a segurança de receber esclarecimentos a qualquer dúvida acerca da pesquisa; a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento da pesquisa. Vale ressaltar que sua participação é voluntária e o (a) Sr.(a) poderá a qualquer momento deixar de participar deste, sem qualquer prejuízo ou dano. Como benefício direto para os usuários, nos comprometemos em fazer a devolutiva dos dados ao serviço, coordenadores,

gestores e aos próprios participantes quando assim solicitado, através de quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, terão liberdade para participarem quando assim não acharem mais conveniente. Contatos com a doutorando responsável pelo projeto Lourdes Suelen Pontes Costa. O Comitê de Ética em Pesquisa da UECE encontra-se disponível para esclarecimento pelo Tel./Fax: (085) 3101.9890. Endereço: Av. Silas Monguba 1700 – Campos do Itaperi – Fortaleza – CE.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Eu, _____ tendo sido esclarecido(a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Fortaleza - CE, ____/____/2018.

_____	_____
Participante	Pesquisador

APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA COORDENADORES DE SAÚDE

Nome (iniciais):

Idade:

Sexo:

Formação:

Pós-graduação: () Sim () Não

Se sim qual?

Serviço de saúde:

Município:

Tempo de atuação neste serviço de saúde:

Questões Conductoras

- 1 – Fale-me sobre o planejamento em saúde. Qual a sua compreensão acerca dessa temática?
- 2 – Como o planejamento influenciou ou influencia a sua prática profissional (tanto na assistência como na gestão)?
- 3 – Como você se orienta para tomar decisões? (Quais as dificuldades/facilidades nesse processo)
- 4 – Como você percebe as Redes de Atenção à Saúde, em especial, a RAPS? (Ações e serviços de saúde envolvidos)
- 5 – Como você percebe a influência do planejamento para a consolidação das Redes de Atenção à Saúde?
- 6- De que forma você percebe a integração entres os componentes da RAPS, em especial, aqueles que envolve contexto de urgência e emergência.

APÊNDICE D - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DOS INDICADORES

Seção 1 de 4

Validação Indicadores

Descrição do formulário

Após a seção 1 Ir para a seção 2 (Termo de Consentimento) ▾

Seção 2 de 4

Termo de Consentimento

O Sr. (a) está sendo convidado para participar da pesquisa "REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SUA INTEGRAÇÃO COM A URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: CONSTRUÇÃO DE INDICADORES DE SAÚDE MENTAL COLETIVA". O projeto de investigação trata de uma pesquisa de tese de doutoramento em Saúde Coletiva. Tem-se como objetivo analisar a rede de atenção psicossocial e sua integração com a urgência e emergência para construção de indicadores em saúde mental dispondo de desdobramentos específicos como: mapear os fluxos, as demandas e ofertas por meio dos fluxogramas com a rede de atenção psicossocial; discutir a integralidade do cuidado na RAPS; desvelar a contribuição do planejamento estratégico situacional para a RAPS; compreender a integração entre os componentes da RAPS com ênfase na urgência e emergência; construir indicadores de saúde mental para auxiliar no planejamento das ações de saúde mental; validar por conteúdo os indicadores construídos. A pesquisa será realizada no município de Fortaleza, capital do Estado do Ceará, nas seis áreas administrativas das Secretarias Executivas Regionais (I, II, III, IV, V e VI) juntamente os órgãos colegiados e de gestão executiva da Secretaria Municipal e Estadual de Saúde, respectivamente, SMS e SESA – Ce. Para tanto o senhor(a) está sendo convidado a participar do estudo por meio de uma entrevista dessa forma, solicito sua autorização para gravar o material resultante desses encontros. O Sr. (a) não receberá remuneração pela participação. Garante-se que a pesquisa não trará prejuízo na qualidade e condição de vida e trabalho dos participantes, salientando que as informações serão sigilosas e que não haverá divulgação personalizada. Os riscos presentes quanto a sua participação envolvem, principalmente, de constrangimento. Porém, tudo foi planejado para minimizá-los, mas se sentir desconforto emocional, dificuldade ou desinteresse poderá interromper a participação e, se houver interesse, conversar com o pesquisador. Os dados e as informações coletadas serão utilizados para compor os resultados da investigação e serão publicados em periódicos e apresentados em eventos científicos, além de proporcionar benefícios para ampliar a visão dos gestores de saúde, a fim de criar políticas públicas que melhorem a qualidade dos serviços. Sua participação poderá contribuir para a elaboração de indicadores de saúde mental e na análise da Rede de Atenção Psicossocial. As suas respostas não serão divulgadas de forma a possibilitar a sua identificação. Além disso, você está recebendo uma cópia deste termo onde consta o telefone do pesquisador principal, podendo tirar dúvidas agora ou a qualquer momento. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UECE que funciona na Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza - CE, telefone (85)3101-9890, e-mail cep@uece.br. Se necessário, poderá entrar em contato com esse Comitê. Contato do pesquisador responsável pelo projeto Lourdes Suelen Pontes Costa, e-mail lourdespsuelen@gmail., telefone (85) 99767-3104.

Aceito participar livremente desta pesquisa, estou ciente dos riscos.

Sim

Não

Nome (iniciais)

Texto de resposta curta

Idade

Texto de resposta curta

Profissão



Texto de resposta curta

Tempo de atuação

Até 05 anos

De 05 a 10 anos

De 10 a 15 anos

15 anos ou mais

Área de atuação

- Saúde Mental
- Gestão em Saúde
- Docência
- Hospitalar
- Atenção Primária

Qualificação Profissional

- Especialização
- Mestrado
- Doutorado
- Outros...

Seção 3 de 4

Indicadores



Descrição (opcional)

CID de

111

1.1 Discord... 1.2 Discord... 1.3 Nem di... 1.4 Concor... 1.5 Concor...

Você acredi...	<input type="radio"/>				
Você acredi...	<input type="radio"/>				

Tempo de Permanência em internação por transtorno

1.1 Discord... 1.2 Discord... 1.3 Nem di... 1.4 Concor... 1.5 Concor...

Você acredi...	<input type="checkbox"/>				
Você acredi...	<input type="checkbox"/>				

Taxa de Reinternação Psiquiátrica em instituição

1.1 Discord... 1.2 Discord... 1.3 Nem di... 1.4 Concor... 1.5 Concor...

Você acredi...	<input type="checkbox"/>				
Você acredi...	<input type="checkbox"/>				

Integração dos pontos de atenção da

1.1 Discord... 1.2 Discord... 1.3 Nem di... 1.4 Concor... 1.5 Concor...

Você acredi...	<input type="checkbox"/>				
Você acredi...	<input type="checkbox"/>				

Cuidado compartilhado em saúde

1.1 Discord... 1.2 Discord... 1.3 Nem di... 1.4 Concor... 1.5 Concor...

Você acredi...

Você acredi...

Alta compartilhada em saúde

1.1 Discord... 1.2 Discord... 1.3 Nem di... 1.4 Concor... 1.5 Concor...

Você acredi...

Você acredi...

Acolhimento em saúde

1.1 Discord... 1.2 Discord... 1.3 Nem di... 1.4 Concor... 1.5 Concor...

Você acredi...

Você acredi...

Terapêutica farmacológica em saúde

1.1 Discord... 1.2 Discord... 1.3 Nem di... 1.4 Concor... 1.5 Concor...

Você acredi...

Você acredi...

Matriciamento em saúde

1.1 Discord... 1.2 Discord... 1.3 Nem di... 1.4 Concor... 1.5 Concor...

Você acredi...

Você acredi...

Seção 4 de 4

Comentários



Descrição (opcional)

Adicione aqui seu comentário acerca do

Texto de resposta longa

APÊNDICE E – MANUAL DE INDICADORES DE SAÚDE MENTAL

**INDICADORES DE SAÚDE MENTAL: CONTRIBUIÇÕES PARA A REDE DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**



**LOURDES SUELEN PONTES COSTA
MARIA SALETE BESSA JORGE**

FORTALEZA – CE, 2020.

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Costa, Lourdes Suelen Pontes

Indicadores de saúde mental [livro eletrônico] :
contribuições para a rede de atenção psicossocial /
Lourdes Suelen Pontes Costa, Maria Salete Bessa
Jorge. -- 1. ed. -- Fortaleza, CE : Universidade
Estadual do Ceará : Centro de Ciências da Saúde :
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, 2020.

PDF

Bibliografia

ISBN 978-65-00-12794-2

1. Psiquiatria 2. Saúde mental 3. Saúde pública I.
Jorge, Maria Salete Bessa. II. Título.

21-58105

CDD-616.89

NLM-WM-100

Índices para catálogo sistemático:

1. Saúde mental : Estudos 616.89

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

AUTORES

Lourdes Suelen Pontes Costa

Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil.

Maria Salete Bessa Jorge

Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo, Brasil (1997). Pesquisador 1B Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil.

SUMÁRIO

1. OBJETIVO	5
2. CONSIDERAÇÕES INICIAIS	6
3. INDICADORES	7
INDICADORES QUANTITATIVOS	7
<i>CID de Internação</i>	8
<i>Tempo de Permanência Hospitalar</i>	9
<i>Taxa de Reinternação Hospitalar</i>	10
INDICADORES QUALITATIVOS	11
<i>Integração</i>	11
Cuidado compartilhado na rede de saúde mental	13
<i>Alta compartilhada</i>	14
<i>Acolhimento</i>	15
<i>Acessibilidade à terapêutica farmacológica em saúde mental</i>	16
<i>Matriciamento</i>	17
4. PONTOS RELEVANTES	18
REFERÊNCIAS	19

1. OBJETIVO

Este manual tem o intuito de apresentar os indicadores de saúde mental elaborados a partir da análise dos dados coletados para a tese de doutoramento intitulada “*REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SUA INTEGRAÇÃO COM A URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: INDICADORES DE SAÚDE MENTAL*”

2. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

No intuito de proporcionar um cuidado psicossocial, estruturou-se, no decorrer dos últimos 30 anos, uma rede assistencial formada por serviços de níveis de complexidade tecnológica diferentes, que culminou na formulação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), considerada uma rede prioritária, para promover a integralidade do cuidado no campo da saúde mental.

Para auxiliar a organização dessa rede, além das diretrizes presentes nas políticas públicas, faz-se necessária a utilização de ferramentas importantes para o planejamento das ações e dos serviços, como indicadores de saúde. Nesse sentido, os indicadores de saúde são considerados ferramentas que auxiliam tanto no processo de planejamento e como de avaliação em saúde.

Do ponto de vista de sua utilidade, além de ser um dispositivo para medição, para o estabelecimento de parâmetros e para avaliação, os indicadores são importantes instrumentos de gestão, pois permitem ao administrador operar sobre dimensões-chave de sistemas e de processos, monitorando situações que devem ser mudadas, incentivadas ou potencializadas desde o início de uma intervenção até o alcance do que foi pretendido e previsto como resultado (MINAYO, 2009).

Contudo a operacionalização de indicadores em saúde mental é uma tarefa árdua. Primeiramente porque a cultura de indicadores nesta área é mais limitada quando comparada a outras áreas do campo da saúde, especialmente a atenção básica e a atenção hospitalar, cujo tempo de existência no País e o estímulo por parte dos organismos nacionais e internacionais de saúde estabeleceram subsídio para o desenvolvimento de critérios de acompanhamento das mesmas. Ademais, tem-se o caráter fortemente ético e político da reforma psiquiátrica e a consequente dificuldade em estabelecer consensos em torno de alguns parâmetros e indicadores entre agentes com posicionamentos políticos distintos (FURTADO et al, 2013).

Para a consolidação do modelo de atenção psicossocial, faz-se necessário o desenvolvimento de indicadores capazes de capturar os principais componentes da política pública e seus objetivos, a fim de subsidiar ações de trabalhadores e gestores, possibilitando maior transparência aos usuários e a sociedade e, dessa forma, identificar pontos débeis que possam ser aprimorados (TRAPÉ; ONOCKO-CAMPOS, 2017).

3. INDICADORES

3.1 INDICADORES QUANTITATIVOS

A construção de indicadores quantitativos se caracteriza como proveniente da lógica quantitativa, principalmente por meio de escalas (MINAYO, 2008). Os métodos quantitativos, quando trabalham com dados estatísticos ou com modelos matemáticos, estão na linha de desvendamento da extensividade e magnitude dos problemas. Por isso, prestam-se a estudar grupos populacionais demograficamente mais abrangentes e, a partir daí, criar indicadores que sirvam como orientadores para a atuação em um nível de probabilidade, por exemplo, utilizando o conceito de risco (Minayo; Minayo-Gómez, 2003).

✓ *CID de Internação*

Definição	Diagnóstico médico atribuído aos pacientes internados por transtorno mental.
Interpretação	Revela os transtornos mentais mais prevalentes durante o ano no serviço de saúde.
Fonte de dados	Ficha de internação hospitalar.
Período de aferição	Anualmente.
Método de cálculo	N° CIDs de acordo com os grupos / N° total de pacientes internados
Observação	Grupo 1 – Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos (F00 a F09); Grupo 2 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (F10 a F19); Grupo 3 – Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20 a F29) ; Grupo 4 – Transtorno de humor (F30 a F39); Grupo 5 – Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes (F40 a F49); Grupo 6 – Síndromes comportamentais associadas à disfunção

	<p>fisiológica e a fatores físicos (F50 a F59); Grupo 7 – Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto (F60 a F69); Grupo 8 – Retardo mental (F70 a F79); Grupo 9 – Transtornos do desenvolvimento psicológico (F80 a F89); Grupo 10 – Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência (F90 a F98); Grupo 11 – Transtorno mental não especificado (F99); Considerar o CID atribuído na alta do paciente.</p>
Embasamento teórico	<p>A Classificação Internacional de Doenças (CID), proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS), atualmente na Décima Revisão (CID-10), sendo o capítulo V reservado para os transtornos mentais e comportamentais.</p>

✓ *Tempo de Permanência na internação por transtorno mental*

Definição	Intervalo de tempo entre a admissão e a alta do paciente.
Interpretação	Demonstra a duração do tempo de internação.
Fonte de dados	Ficha de internação hospitalar
Período de aferição	Semestralmente
Método de cálculo	Cálculo de Percentil (p50) = mediana. $P = (n + 1) / 2$
Observação	O percentil 50 (p50) foi utilizado por ser a medida mais adequada para esta descrição, pois o intervalo entre o período mínimo e máximo de internação foi muito amplo, sendo o percentil 50 o mais coerente para análise dos dados.
Embasamento teórico	O Tempo de Permanência Hospitalar é medido pelo tempo de média de permanência (TMP), que se refere ao tempo de internação e reflete fatores que podem elevar a permanência como complexidade, cronicidade e tratamentos psiquiátricos. Estudos mostraram que a possível diferença de gravidade, intensidade e número de comorbidades, além de fatores sociais, podem ser determinantes para um aumento do TPH em pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS).

✓ *Razão de Reinternação Psiquiátrica em instituição Hospitalar*

Definição	Internações de repetição, quando um mesmo paciente é internado por queixas psiquiátricas em hospital mental no período de um ano.
Interpretação	Revela a quantidade de pacientes que foram internados mais de uma vez na mesma instituição hospitalar no período de um ano.
Fonte de dados	Ficha de internação hospitalar.
Período de aferição	Anualmente.
Método de cálculo	$(N^\circ \text{ de paciente que tiveram mais de uma internação no ano} / N^\circ \text{ total de pacientes internados no ano}) \times 100$
Observação	Considerar pacientes admitidos no período de um ano, sem intervalo mínimo.
Embasamento teórico	A reinternação de usuários em instituições hospitalares psiquiátricas é denominada na literatura em língua inglesa de “ <i>revolving door</i> ”, fazendo referência a portas giratórias, como as que comumente se encontram em bancos, indicando o movimento de contínuas entradas e saídas, uma menção às repetidas reincidências dos usuários

3.2 INDICADOR QUALITATIVO

Indicadores qualitativos expressam a voz, os sentimentos, os pensamentos e as práticas dos diversos atores que compõem o universo de uma pesquisa ou de uma avaliação (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005). Eles evidenciam a adoção ou a rejeição de certas atitudes, valores, estilos de comportamento e de consciência (VALARELLI, 2004) e se fundamentam na necessidade de ressaltar as dimensões das relações vividas intersubjetivamente, entendendo que elas fazem parte de qualquer processo social e o influenciam.

✓ *Integração dos pontos de atenção da RAPS*

Definição	Assistência articulada que incluem ações conjuntas dos níveis primário, secundário e terciário.
Interpretação	Conexão entre serviços que compõem uma rede de cuidado afim de promover à assistência de acordo com as necessidades do usuário.
Fonte de dados	Relatório dos prontuários eletrônicos para os serviços disponíveis, para os demais, relatório próprio da instituição.
Período de aferição	Semestralmente.
Método de cálculo	Nº de pacientes atendidos referenciados para o serviço / Total de pacientes atendidos no serviço.
Observação	
Embasamento teórico	Esse indicador é importante para o planejamento das ações na rede, uma vez que, diante da consciência que as possibilidades de atuação em determinados serviços esbarram em limitações relativas à estrutura, capacidade instalada e até mesmo dos processos de trabalho, é a

	<p>integração com outros pontos de atenção que permite ampliar a potência e o espectro de atuação, permitindo programar previamente as ações para atender os usuários de acordo com as suas necessidades bem como orientá-los para o serviço correto. Além de auxiliar os profissionais a organizarem as demandas dos serviços afim de assistir os usuários que são encaminhados, bem como possibilitar a elaboração de um plano de cuidado a partir da assistência anteriormente prestada em outros cenários, conferindo-lhe continuidade.</p>
--	---

✓ *Cuidado compartilhado na rede de saúde mental*

Definição	Assistência prestada a um mesmo usuário em dois ou mais serviços de forma simultânea e conjunta.
Interpretação	Compartilhamento das práticas assistenciais de forma coordenada e concomitante.
Fonte de dados	Relatório dos prontuários eletrônicos para os serviços disponíveis, para os demais, relatório próprio da instituição.
Período de aferição	Semestralmente
Método de cálculo	Nº de atendimentos realizados de forma conjunta (02 ou mais serviços) para um mesmo paciente / Total de paciente atendidos
Observação	
Embasamento teórico	Há a necessidade de compartilhar o cuidado entre as instituições de saúde em especial com a Atenção Primária por ser o local onde os usuários primeiramente procuram assistência. O cuidado compartilhado pode ser compreendido como forma de prevenir o desenvolvimento de crises psiquiátricas, principalmente aquelas que culminam em internações, se houver intervenções e acompanhamento contínuo é possível identificar brevemente as alterações e elaborar estratégias de cuidado precoce. O fato de o paciente iniciar tratamento no CAPS não quer dizer que ele não terá alta ou que não poderá dar prosseguimento em outro serviço.

✓ *Alta compartilhada em saúde mental*

Definição	Processo de alta planejado entre dois serviços de saúde mental.
Interpretação	Quando são encerradas as atividades em um serviço, mas continua em outra sendo isso previamente planejado.
Fonte de dados	Relatório dos prontuários eletrônicos para os serviços disponíveis, para os demais, relatório próprio da instituição.
Período de aferição	Semestralmente.
Método de cálculo	$(\text{N}^\circ \text{ de altas realizadas de forma conjunta com a participação de dois serviços} / \text{Total de altas realizada no serviço de origem}) \times 100$
Observação	
Embasamento teórico	Esse indicador trata da alta compartilhada que resulta do término da assistência em serviço e seguida da continuidade em outro. No contexto hospitalar, os pacientes recebem um relatório no qual consta como foi desenvolvida a assistência terapêutica como medicamentos, exames, atendimento especializado, bem como o plano terapêutico que é sugerido após a alta. Em seguida, os pacientes devem procurar dar continuidade ao cuidado na instituição para qual ele foi direcionado. a ideia da alta compartilhada é que ambos os serviços fiquem cientes da saída e da chegada dos pacientes, de modo a acolher de acordo com as suas necessidades e garantir a continuidade do cuidado.

✓ *Acolhimento em saúde mental*

Definição	Escuta qualificada das demandas de urgência e emergência psiquiátrica e na responsabilização pela resolução, por parte dos profissionais, com ativação de redes de compartilhamento de saberes.
Interpretação	Compreensão do atendimento inicial ofertado ao usuário desde o primeiro contato no serviço bem como os desdobramentos realizados.
Fonte de dados	Relatório dos prontuários eletrônicos para os serviços disponíveis, para os demais, relatório próprio da instituição.
Período de aferição	Mensal.
Método de cálculo	Nº de acolhimentos realizados / Total de atendimentos.
Observação	O acolhimento pode ser, então, concebido como a mais relevante tecnologia de um serviço de emergência, apresentando-se, em última instância, como um terreno livre para as manifestações do desejo, permitindo, a partir da reconstituição do sujeito, desenvolver um lugar de referência onde a desorganização e a reorganização podem coexistir em sua relação dialética enquanto possibilidade de reestruturação.

✓ *Acessibilidade à terapêutica farmacológica em saúde mental*

Definição	Dimensões do acesso dos usuários a terapêutica farmacológica em situações de urgência e emergência psiquiátrica.
Interpretação	Acesso dos usuários aos psicofármacos durante a crise psíquica na instituição.
Fonte de dados	Relatório dos prontuários eletrônicos para os serviços disponíveis, para os demais, relatório próprio da instituição.
Período de aferição	Mensal.
Método de cálculo	N° de psicofármacos dispensados para tratar crise psiquiátrica / Total de fármacos dispensados na instituição.
Observação:	Esse indicador está relacionado a dimensões do acesso dos usuários a terapêutica farmacológica, principalmente, em situações de urgência e emergência psiquiátrica.
Embasamento teórico	Não se espera aqui abordar questões inerentes a qualidade das prescrições e nem suas propriedades farmacológicas. Apesar do conceito de medicalização se referir a um processo mais complexo que simplesmente o uso excessivo de medicação, pois significaria reduzir à ordem médica problemas de ordem psicossocial ou afetiva, o fármaco é visto como principal agente fomentador da cura do paciente.

✓ *Matriciamento em saúde mental*

Definição	Apoio pedagógico e terapêutico ofertado por uma equipe de especialistas para profissionais generalistas.
Interpretação	Elaboração de um plano de cuidado conjunto entre CAPS e APS
Fonte de dados	Relatório dos prontuários eletrônicos para os serviços disponíveis, para os demais, relatório próprio da instituição.
Período de aferição	Semestralmente.
Método de cálculo	Nº de atividades matriciais / Total de atendimentos.
Observação	
Embasamento teórico	O matriciamento tem papel importante de promover o compartilhamento de responsabilidades e práticas a partir do encontro entre equipes, minimizando as sobrecargas de uma ou outra equipe por esse cuidado e ampliando as alternativas de criação de estratégias resolutivas de cuidado. As aproximações entre os CAPS, aproximação da Atenção Primária com a temática da saúde mental e aproximação do CAPS com o território, conduziram a um movimento que parece estar contribuindo para uma mudança importante no campo da saúde mental: a redução do número de internações psiquiátricas.

PONTOS RELEVANTES

Devido a fragilidade do monitoramento das informações e dada as particularidades atribuídas a atenção psicossocial, torna-se importante desenvolver indicadores de saúde mental;

Para tanto, fez se necessário elaborar indicadores que integrem os componentes da RAPS no intuito de romper com os paradigmas ainda existentes na atenção psicossocial;

Irá contribuir para análise de forma quanti e qualitativa para o planejamento e avaliação da assistência prestada aos usuários na Rede de Atenção Psicossocial;

O monitoramento de indicadores de saúde mental contribuirá para processo de tomada de decisão do gestor que conseqüentemente contribui para a assistência e para o cuidado em saúde mental.

REFERÊNCIAS

Minayo MCS. Construção de indicadores qualitativos para avaliação de mudanças. *Rev. bras. educ. med.* 2009; 33 (supl 1): 83-91. doi: 10.1590/S0100-55022009000500009

Furtado JP, Onocko-Campos RT, Moreira MIB, Trapé TL. A elaboração participativa de indicadores para a avaliação em saúde mental. *Cad. Saúde Pública.* 2013; 29 (1): 102–10. doi: 10.1590/s0102-311x2013000100012

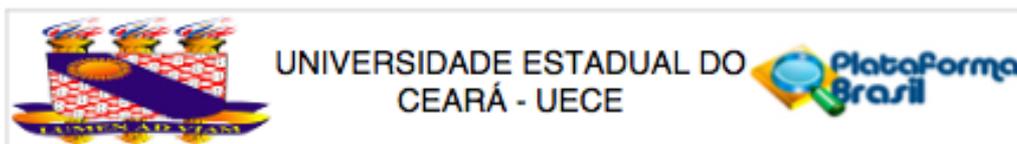
Onocko-Campos R, Furtado JP, Trapé TL, Emerich BF, Surjus LTLS. Evaluation indicators for the Psychosocial Care Centers Type III: results of a participatory design *Saúde Debate.* 2017; 41 (n. spe): 71–83. doi: 10.1590/0103-11042017s07.

Valarelli LL. Indicadores de resultados de projetos sociais. 2004. [online]. Disponível em: <http://www.rits.org.br/gestão>

Minayo, M. C. S.; Minayo-Gómez, C. Parte III - Trabalhando com a diversidade metodológica Difíceis e possíveis relações entre métodos quantitativos e qualitativos nos estudos de problemas de saúde. In: GOLDENBERG, P., MARSIGLIA, RMG and GOMES, MHA., orgs. *O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. 444 p. ISBN 85-7541-025-3. Available from SciELO Books.

Trapé TL, Onocko-Campos R. Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. *Rev Saude Publica.* 2017; 51: 1-8. Doi: 10.1590/s1518-8787.2017051006059

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP - UECE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SUA INTEGRAÇÃO COM A URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: CONSTRUÇÃO DE INDICADORES DE SAÚDE MENTAL COLETIVA

Pesquisador: Lourdes Suelen Pontes Costa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 03501418.2.0000.5534

Instituição Proponente: Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.178.835

Apresentação do Projeto:

Com vistas à assistência ao paciente com transtorno mental, foram estabelecidos ao longo do tempo transformações nos modelos assistenciais caracterizados por mudanças de paradigma. No contexto brasileiro, em pari passo com as transformações internacionais, passa-se a se orientar por modelos substitutivos com bases territoriais no intuito de garantir proporcionar a integralidade do cuidado. As Redes de Atenção à Saúde (RAS), dentre as quais consta como prioritária a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), representam uma estratégia de promoção da integralidade em saúde. Assim, objetivou-se analisar a rede de atenção psicossocial e sua integração com a urgência e emergência para construção de indicadores em saúde mental. Estudo de natureza predominantemente qualitativa com traços quantitativos para subsidiar a construção de indicadores de saúde mental orientado pelos pressupostos da Análise Estratégica, para analisar como a Rede de Atenção Psicossocial integra-se com os componentes da urgência e emergência. O estudo será realizado no município de Fortaleza. Por tratar-se de um estudo de natureza qualitativa, para a obtenção das informações, serão utilizadas as técnicas de entrevista semiestruturada, grupo focal e observação sistemática com seus respectivos instrumentos de coleta como o roteiro com as perguntas disparadora e o diário de campo, respectivamente. Para auxiliar na organização do material a ser analisado e estruturação dos resultados, utilizar-se-á o software NVivo versão 10.0.

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

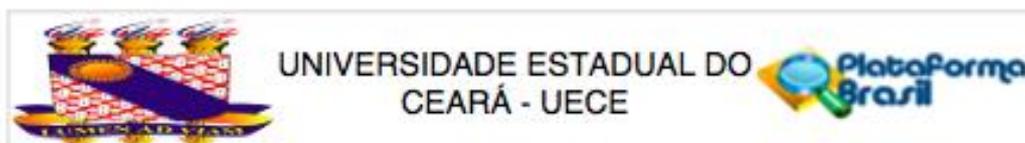
UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9908

E-mail: cep@uece.br



Continuação do Parecer: 3.178.835

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a rede de atenção psicossocial e sua integração com a urgência e emergência para construção de indicadores em saúde mental.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora declara os riscos e benefícios da pesquisa, sendo esses:

Riscos de constrangimento durante o processo de coleta de dados.

Benefícios: Contribuir para a identificação de problemas e para elaboração de melhorias para a qualidade prestada na Rede de Atenção Psicossocial

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto apresenta relevância para área de saúde pública e mental.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Pesquisadora apresenta termos conforme resolução 466/12 do CNS.

Recomendações:

Enviar relatório de pesquisa ao seu término.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1265086.pdf	05/02/2019 23:04:57		Aceito
Outros	AutorizacaoDocumentos.pdf	17/12/2018 12:47:30	Lourdes Suelen Pontes Costa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoTese.pdf	27/11/2018 02:18:20	Lourdes Suelen Pontes Costa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	27/11/2018 02:15:36	Lourdes Suelen Pontes Costa	Aceito
Outros	AnuenciaSesa.pdf	27/11/2018	Lourdes Suelen	Aceito

Endereço: Av. Sítas Munguba, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

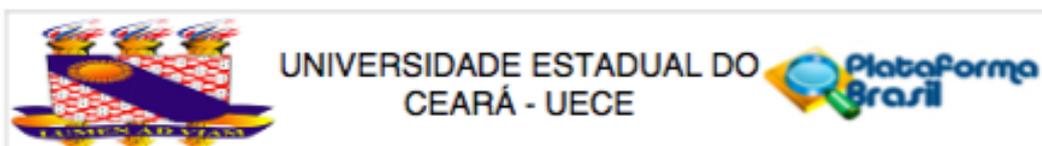
UF: CE

Município: PORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9908

E-mail: cep@uece.br



Continuação do Parecer: 3.178.835

Outros	AnuenciaSesa.pdf	01:35:37	Pontes Costa	Aceito
Outros	AnuenciaCogest.pdf	27/11/2018 01:34:09	Lourdes Suelen Pontes Costa	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRostoAssinada.pdf	27/11/2018 01:32:24	Lourdes Suelen Pontes Costa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 28 de Fevereiro de 2019

Assinado por:
ISAAC NETO GOES DA SILVA
 (Coordenador(a))

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
Bairro: Itaperi **CEP:** 60.714-903
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890 **Fax:** (85)3101-9906 **E-mail:** cep@uece.br

ANEXO B – CARTA DE SUBMISSÃO DO ARTIGO 01

☰ Saúde e Sociedade

🏠 Início

✍ Autor

Confirmação da submissão

[imprimir](#)

Obrigado pela sua submissão

Submetido para
Saúde e Sociedade

ID do manuscrito
SAUSOC-2020-0865

Título
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM SAÚDE MENTAL: ECOS DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Autores
Costa , Lourdes Suelen
Jorge, Maria

Data da submissão
02-out-2020

Painel do autor

ANEXO C – CARTA DE SUBMISSÃO DO ARTIGO 02

 Programa de Pós Graduação em Administração <gestao.conexoes@gmail.com>
para mim

17:10 (há 1 hora) ☆ ↶ ⋮

 **Cuidado com esta mensagem**
O Gmail não conseguiu confirmar se esta mensagem foi realmente enviada por gestao.conexoes@gmail.com. Não clique em links, não faça o download de anexos nem responda com informações pessoais.

[Denunciar spam](#) [Denunciar phishing](#) 

Prezado(a) Lourdes Suelen Pontes Costa:

Agradecemos por submeter o manuscrito "PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO EM SAÚDE MENTAL: AVANÇOS, ENTRAVE E DESAFIOS" ao periódico Revista Gestão & Conexões. Com o sistema de gerenciamento de periódicos on-line que estamos adotando, você poderá acompanhar o progresso do processo editorial efetuando login no site do periódico:

URL da Submissão: <https://periodicos.ufes.br/ppgadm/authorDashboard/submission/33504>
Usuário: suelen_D1

havendo alguma dúvida, não hesite em fazer contato. Agradecemos por considerar este periódico como mecanismo de disseminação de seu trabalho.

Saudações cordiais,

Programa de Pós Graduação em Administração

Editor(a)-Chefe
Revista Gestão & Conexões (Management and Connections Journal)
eISSN: 2317-5067 - DOI 10.13071
PPGADM/CCJE/UFES
Av. Fernando Ferrari, # 514, CEP 29.075-910, Vitória-ES, Brasil
E-mail: gestao.conexoes@gmail.com
Home: <http://periodicos.ufes.br/ppgadm>



ANEXO D – CARTA DE SUBMISSÃO DO ARTIGO 03

Artículo ID-3047 | Revista Salud Colectiva Caixa de entrada X



Salud Colectiva | Revisiones <saludcolectiva.revisiones@gmail.com>

seg., 5 de oct. 15:38



para mí

español > português Traduzir mensagem

Desativar para: espanhol

Estimada Lourdes, espero que se encuentre muy bien.

Su artículo ID-3047 "INDICADORES CUALITATIVOS DE SALUD MENTAL: CONTRIBUCIONES A LA URGENCIA Y EMERGENCIA EN LA RED DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL" participante de la convocatoria "Salud Mental y Derechos Humanos" se encuentra en la **etapa final del proceso de revisión**.

Cuando se tratan de artículos participantes de convocatorias, debido al gran número de manuscritos recibidos, los plazos estipulados para las diferentes etapas del proceso de trabajo de la revista (preevaluación, revisión externa, edición) son variables, generalmente extendiéndose del plazo previamente establecido para los trabajos que ingresan bajo el concepto de "temas libres".

Una vez finalizada la evaluación por pares doble ciego, nos pondremos en contacto con usted.

Un saludo cordial,

Ignacio Javier Yannoni

Coordinador de revisiones

Salud Colectiva

Instituto de Salud Colectiva | Universidad Nacional de Lanús

saludcolectiva.revisiones@gmail.com

<http://revistas.unia.edu.ar/saludcolectiva>

AVISO LEGAL: Este correo electrónico y cualquier archivo adjunto, contiene información de carácter confidencial exclusivamente dirigida a sus destinatarios. En el caso de haber recibido este correo electrónico por error, agradecemos informarnos inmediatamente de esta situación mediante el reenvío a la dirección electrónica del remitente.

ANEXO E – CARTA DE SUBMISSÃO DO ARTIGO 04

O novo artigo foi submetido com sucesso!

Login: [suelenpontes](#) [Português](#) [English](#) [Español](#)



SAGAS

Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos
Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health

[Início](#) [Autor](#) [Consultor](#) [Editor](#) [Mensagens](#) [Sair](#)

CSP_2884/20

Arquivos	Versão 1 [Resumo]
Seção	Artigo
Data de submissão	03 de Outubro de 2020
Título	INDICADORES DE SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES PARA O PLANEJAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
Título corrido	INDICADORES DE SAÚDE PARA O PLANEJAMENTO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
Área de Concentração	Sistemas, Programas, Serviços e Tecnologia de Saúde
Palavras-chave	Indicador em saúde, Saúde Mental, Planejamento, Atenção Psicossocial
Fonte de Financiamento	FUNCAP
Conflito de Interesse	Nenhum
Condições éticas e legais	No caso de artigos que envolvem pesquisas com seres humanos, foram cumpridos os princípios contidos na Declaração de Helsinki , além de atendida a legislação específica do país no qual a pesquisa foi realizada. No caso de pesquisa envolvendo animais de fauna silvestre e/ou cobaias foram atendidas as legislações pertinentes.
Registro Ensaio Clínico	Nenhum
Sugestão de consultores	Nenhum
Autores	Lourdes Suelen Pontes Costa (Universidade Estadual do Ceará) <lourdespsuelen@gmail.com> Vagner Rodrigues Silva Júnior (Universidade Estadual do Ceará) <vagnerrsjunior@gmail.com> Maria Raquel Rodrigues Carvalho (Universidade Estadual do Ceará) <mkel.rc@gmail.com> Maria Salete Bessa Jorge (Universidade Estadual do Ceará) <masebejo@uece.br>
STATUS	<i>Com Secretaria Editorial</i>

© Cadernos de Saúde Pública, ENSP, FIOCRUZ - 2020

ANEXO F – CARTA DE SUBMISSÃO DO ARTIGO 05

Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health - Account created in Manuscript Central/Registro de usuario creado en Manuscript Central    Caixa de entrada x

Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health <onbehalf@manuscriptcentral.com>
para mim ▾

14:11 (há 4 horas) ☆ ↶ ⋮

 inglês ▾ > português ▾ Traduzir mensagem 

28-Nov-2020

Dear Miss Costa:

Welcome to the Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health and to Manuscript Central, our program for online manuscript submission and peer review.

The URL, USER ID and PASSWORD for your account are at the bottom of this message.

Thank you for your participation.

Sincerely,
Editorial Office
Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health

Estimado(a) Miss Costa:

Bienvenido(a) a la Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health y a Manuscript Central, sistema que utiliza nuestra revista para la presentación y revisión de manuscritos en línea.

El URL, NOMBRE DE USUARIO y CONTRASEÑA para ingresar a su registro están al pie de este mensaje.

Agradecemos su participación.

Atentamente,
La redacción
Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health