

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – UFRGS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO – EA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE – UAB/CAPES

Elisiane Bisognin

A REDE DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE SANTA ROSA – RS,
CONHECENDO A ESTRUTURA.

Santa Rosa, 2012.

Elisiane Bisognin

A REDE DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE SANTA ROSA – RS,
CONHECENDO A ESTRUTURA.

Trabalho de Conclusão do Curso apresentado à
Escola de Administração da Universidade Federal
do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a
obtenção do título de Especialista Gestão em Saúde.

Tutora Orientadora: Cátia Bauer Maggi

Professora orientadora Roberta Alvarenga Reis

Santa Rosa, 2012.

Elisiane Bisognin

REDE DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE SANTA ROSA – RS,
CONHECENDO A ESTRUTURA.

Trabalho de Conclusão do Curso
apresentado à Escola de Administração
da Universidade Federal do Rio Grande
do Sul como requisito parcial para a
obtenção do título de Especialista
Gestão em Saúde.

Conceito Final:

Aprovado em ____ de _____ de ____.

BANCA EXAMINADORA:

Professor Doutor _____ Instituição

Professor Doutor _____ Instituição

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho...

A vida e a Deus por ter me possibilitando tantas oportunidades e desafios ao longo da minha existência.

Ao amor, fonte de pureza e verdade, minha energia, criatividade e apoio.

Aos usuários e colegas presentes em minha trajetória profissional, fonte de reflexão para a construção de saúde mental que busque a integralidade.

À Gerisa minha grande companheira de todas as horas com quem compartilho muito de minha vida!

A minha família: meu pai – minha inspiração, saudades eternas minha mãe, meus irmãos e adendos por serem meu alicerce e meu esteio.

À minha filha Luiza Helena meu lindo cachinho dourado, inspiração em cada minuto, presença em tudo que faço!

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos amigos e colegas de trabalho especialmente Adriane Oss-Emer Soares Alpe, Fabiana Breitenbach, Luis Antonio Benvegnú e Ronald Schaly pelo apoio, trocas de experiências e tolerância durante o transcorrer do Curso de Especialização em Gestão em Saúde.

As minhas colegas de curso Ana Paula Cantarelli, Fernanda Furini, e Joseane Pazzini Eckhardt pela a magnífica experiência de laços afetivos construídos virtualmente, além do apoio e motivação para a superação das dificuldades ao longo do percurso.

A professora Dr^a Bernardete Maria da Dalmolin pela oportunidade de realizar discussões em saúde mental bases para a elaboração deste trabalho, além da sua disponibilidade em acolher minhas inseguranças.

Aos funcionários da FUMSSAR, especialmente aos colegas do CAPS Novo Rumo que sempre estiveram presentes apoiando-me, ao Departamento de Planejamento da FUMSSAR em especial a Diretora de Planejamento Vanderli de Barros pela sua disponibilidade, troca de experiências e apoio, que com seu vasto conhecimento de gestão aproxima as teorias da realidade tornando factível meu trabalho.

Aos usuários de saúde mental e suas famílias que muito tem me ensinado sobre a importância do ser humano e em sua dimensão de liberdade.

Enfim, a todos os que acompanharam esta etapa de minha vida!

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01: Mapa do município de Santa Rosa.	22
Figura 02: Organograma da FUMSSAR.	25
Figura 03: Proposta de sistematização da rede de atenção em saúde mental.	40

LISTA DE TABELAS

Tabela 01- População residente no município de Santa Rosa, ano de 2011.	22
Tabela 02: Composição da Área Técnica de Saúde Mental.	28
Tabela 03: Abordagens coletivas na atenção básica do município de Santa Rosa.	33
Tabela 04: Número de usuários cadastrados no cadastro de medicamentos especiais das unidades de saúde de Santa Rosa, ano de 2011.	35
Tabela 05: Número de procedimentos na área de saúde mental na atenção básica, Santa Rosa, mês dezembro de 2011.	35
Tabela 06: Atendimentos no CAPS Novo Rumo, fevereiro de 2012.	38
Tabela 07: Recursos financeiros mensais investido no CAPS Novo Rumo, fevereiro de 2012.	45

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Distribuição das ESFs no município de Santa Rosa	32
Quadro 02: Demonstrativo de Recursos Financeiros aplicados na Saúde no município de Santa Rosa.	42
Quadro 03: Indicadores Financeiros do município de Santa Rosa, ano, 2010.	43

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01: Número de profissionais atuantes na área de Saúde Mental.	40
Gráfico 02: Profissionais da FUMSSAR, Saúde Mental e a Qualificação Profissional (concluída e em formação).	41
Gráfico 03: Percentual anual de investimentos de acordo com EC 29.	44
Gráfico 04: Recursos financeiros investidos nos profissionais das equipes de saúde mental, fevereiro.	45

LISTA DE ABREVIATURAS

APACS- Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade
APS- Atenção Primária em Saúde
CAPS- Centro de Atenção Psicossocial
CNES- Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CRAS- Centro de Referência de Assistência Social
CREAS- Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CID- Classificação Internacional de Doenças
CT- Comunidade Terapêutica
DATASUS- Banco de Dados do Sistema Único de Saúde
EC- Emenda Constitucional
ERD- Equipe de Redução de Danos
ESF- Estratégia Saúde da Família
FAEC- Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FUMSSAR- Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
UNIJUÍ- Universidade da Região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul
NASF- Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NEP- Núcleo de Ensino e Pesquisa
NOB/SUS- Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde
OMS- Organização Mundial de Saúde
SIAB- Sistema de Informação da Atenção Básica
SINAN- Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS- Sistema Único de Saúde

RESUMO

A gestão pública vem ao longo dos anos sofrendo transformações significativas. No campo da saúde, observa-se que os avanços tecnológicos necessitam ser incorporados à prática pública. O objetivo deste trabalho é descrever a estrutura da área de saúde mental do município de Santa Rosa-RS aproximando os temas da gestão e da assistência. O percurso metodológico foi desenvolvido através de uma pesquisa descritiva e exploratória, configurando-se em um estudo de caso. Os dados analisados traduzem a estrutura disponível no município, ficando explícita atenção que todos os atores atuantes no sistema local têm dado a área de saúde mental. Conclui-se que o tema apresenta uma abordagem ampliada: envolve os processos de trabalho e a organização da atenção de forma a perseguir a qualidade da assistência e a constituição de uma política municipal ampliada e articulada com os demais setores da sociedade. O desenvolvimento deste estudo possibilitou aplicar o conhecimento científico realizando um diagnóstico das condições estruturais no campo da saúde mental. Também oportunizou conhecer a realidade através da descrição das políticas sociais executadas e a partir daí trabalhar-se em um processo dialético integrando a realidade com as abordagens teóricas estudadas durante o curso de forma a possibilitar posicionamentos enquanto gestores e estudiosos do tema da gestão.

Palavras-chave: saúde mental, estrutura, sistema de saúde.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA	12
3 OBJETIVOS	14
3.1 OBJETIVO GERAL	14
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
4 REFERENCIAL TEÓRICO	15
5. PERCURSO METODOLÓGICO	19
5.1. TIPO DE ESTUDO	19
5.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO	20
5.3 VARIÁVEIS DO ESTUDO	20
5.4 COLETA DE DADOS	21
5.5 ANÁLISES DOS DADOS COLETADOS	21
5.6 QUESTÕES ÉTICAS	21
6 DISCUSSÃO E ANÁLISE DAS VARIÁVEIS	22
6.1 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE SANTA ROSA	22
6.1.1 DADOS DEMOGRÁFICOS	22
6.2 O SISTEMA DE SAÚDE DE SANTA ROSA E SAÚDE MENTAL	23
6.2.1 PROCESSO HISTÓRICO	23
6.2.2 PROCESSOS PARTICIPATIVOS E DE QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE	23
6.2.3 ESTRUTURA ORGANIZACIONAL	25
6.2.4 SAÚDE MENTAL NA REDE DE ATENÇÃO	26
6.2.4.1 SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA	28
6.2.4.2 O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL- CAPS NOVO RUMO	36
6.2.4.3 EQUIPE DE REDUÇÃO DE DANOS	39
6.2.4.4 DESENHO DA REDE DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE SANTA ROSA	39
6.3 RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE MENTAL	40
6.4 RECURSOS FINANCEIROS	42
CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
APÊNDICE I Autorização Instiucional para a Realização da Pesquisa	54
APÊNDICE II Autorização da Instituição	55

1 INTRODUÇÃO

A construção de uma sociedade mais justa na qual as desigualdades sejam superadas ou amenizadas tem sido uma das grandes preocupações dos diferentes países em todo o mundo. No Brasil o processo de evolução histórica das políticas pública de saúde tem contribuído para a melhoria da qualidade de vida da população de forma crescente e progressiva.

A Constituição Federal de 1988 é considerada importante dispositivo democrático, pois incorpora legalmente as reivindicações dos movimentos sociais quando em seu texto garante a saúde como direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1996). Desde então, a saúde tem sido ofertada à população através do Sistema Único de Saúde (SUS) desenvolvida a partir de políticas públicas que primam pelo acesso universal e igualitário. A constituição deste sistema passa a ter um novo desenho da saúde no país tanto na sua estrutura quanto organização, fundamentando seus princípios de hierarquização, regionalização e descentralização focadas no atendimento integral e com previsão da participação da comunidade (Lei 8080/90).

Inseridos no contexto da implantação das políticas públicas, os municípios brasileiros têm tornado protagonistas de muitas das ações sociais, sendo gestor das iniciativas locais de saúde na busca da integralidade e acesso a população. A descentralização político administrativa tem responsabilizado a gestão do sistema de saúde municipal com a implicação de planejamento, execução e avaliação das políticas no âmbito local, em articulação com as demais esferas de governo (estadual e federal).

Apesar dos municípios terem vinculação ao SUS, a decisão local de programar as políticas de saúde encontra-se em campos de disputas. Há a necessidade de negociações entre população, gestores, profissionais quanto às definições para incorporação da agenda. Neste sentido, Rua (2009) reforça que as políticas públicas ocorrem em um ambiente tenso e de alta densidade política, marcado por relações de poder, extremamente problemáticas, entre atores do Estado e da sociedade. Neste sentido, conhecer a história de saúde local é fator importante para a ampliação das propostas de saúde e consolidação do SUS.

Analisando-se o cenário nacional é inevitável pontuar que a evolução das políticas públicas tem gerado sistemas complexos, com demandas crescentes e recursos limitados, apresentando dificuldades gerenciais que podem comprometer a eficiência e a efetividade das ações, além de disputas no estabelecimento de prioridades. Evidenciando isso, é destacável a necessidade de maior apropriação do tema a partir de estudos aprofundados sobre o ciclo das políticas públicas de forma a identificar aspectos significativos, fragilidades locais e a possibilidade de superação das limitações identificadas.

Buscando qualificar as respostas às demandas crescentes o Ministério da Saúde lançou em 1994, o Programa de Saúde da Família, hoje denominado Estratégia Saúde da Família que busca o fortalecimento da Atenção Básica através da composição de equipe multiprofissionais responsáveis por determinada área geográfica/população em que atenção é prestada a partir de princípios de acolhimento e corresponsabilização (PORTARIA, Nº 2.488/2011).

No campo da saúde mental, a evolução histórica segue passos semelhantes à constituição do sistema de saúde brasileiro. Nos anos oitenta, surge o Movimento da Reforma Psiquiátrica que vem ao longo dos anos, lutando por estabelecer práticas de atenção substitutivas às manicomias (isolamento e exclusão social) para um modelo que visa à inserção social das pessoas com sofrimento mental na busca de sua autonomia e emancipação.

A incorporação de dispositivos ambulatoriais nas propostas da macropolítica de saúde mental é composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), leitos psiquiátricos em hospitais gerais, prontos socorro psiquiátricos. Também a integração da equipe multidisciplinar na Atenção Primária em Saúde (APS) e a humanização dos serviços.

Amarante (2001) um dos grandes defensores da mudança das políticas de saúde mental em nosso país afirma que:

A desinstitucionalização prevista na Reforma Psiquiátrica implica em ampliar o conceito de cidadania, no sentido de admitir a pluralidade dos sujeitos com suas diferenças e diversidades, colocando-os no mesmo patamar de sociabilidade e dando-lhes o real direito ao cuidado, para que possam receber ajuda em seu sofrimento, sua positividade e em sua possibilidade de sujeito de desejos e projetos. (AMARANTE et al, 2001).

Desde então, os municípios brasileiros tem desenvolvidos ações no campo das políticas de saúde mental buscando a promoção das pessoas com sofrimento de forma a valorizar suas potencialidades. Neste sentido, a incorporação deste tematem composto a agenda política do país e incorporada pelos sistemas locais de saúde.

O presente estudo ocupa-se em explicitar a organização da estrutura da área de saúde mental. Espera-se através deste trabalho científico responder a seguinte pergunta de pesquisa:

Como é a estrutura do Sistema de Saúde Mental do município de Santa Rosa?

2 JUSTIFICATIVA

A gestão pública vem ao longo dos anos sofrendo transformações significativas na busca de tecnologias capazes de garantir às organizações melhores resultados. Carvalho (2009), afirma que fazer gestão consiste em unir necessidades e demandas, entendidas como problemas a serem enfrentados, utilizando-se tecnologias que abranjam a formulação e execução de uma política, bem como a organização do trabalho através da mobilização de recursos.

A gestão se efetiva na sistematização de metodologias que buscam a definição dos objetivos, o planejamento, a execução, o monitoramento e a avaliação de recursos disponíveis nos processos de trabalho para a obtenção de bens ou serviços públicos. No campo da gestão em saúde, observa-se que os avanços tecnológicos necessitam ser utilizados na prática pública de forma a possibilitar intervenções concretas, através da compreensão reflexiva das distintas realidades.

No Brasil, a saúde pública estabelece a garantia de direitos à saúde, que são viabilizadas através de políticas públicas democráticas. Estas conquistas têm determinado modificações importantes no modelo de organização e gestão do sistema de saúde. A priorização das demandas tem gerado ao setor público a possibilidade de programar políticas públicas na gerência desses interesses de forma eficiente e resolutiva.

Apesar da possibilidade de serem utilizadas ferramentas de gestão no cuidado à saúde ainda se evidenciam abordagens superficiais e amadoras, desconsiderando-se a abordagem técnica que o ciclo das políticas públicas preconiza.

O ciclo das políticas públicas apresenta no diagnóstico das ações de saúde a possibilidade de interpretar as questões relacionadas à estrutura, processos de trabalho e as práticas profissionais visando identificar as características de uma determinada realidade, de forma a conhecer o sistema de saúde.

Frente a este contexto, a realização deste trabalho se justifica pela necessidade de aproximação da saúde mental a temática da gestão, servindo de instrumento para análise da realidade apresentada por um município de médio porte localizado na região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Este município possui um histórico consolidado na organização e manutenção de um sistema de saúde qualificado, promotor da vida e, em defesa dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Considera-se que a elaboração deste estudo é de grande relevância para aprofundamento teórico na área de saúde mental, visto que há poucos estudos que associam saúde mental e gestão. Também pode servir como parâmetro para motivar futuros estudos e

investigações em outras realidades. Neste sentido, o presente estudo pretende contribuir para a ampliação dos conhecimentos dos gestores, dos profissionais e dos serviços de saúde mental de forma a possibilitar a utilização das variáveis de estrutura como recurso para qualificar o cuidado e a atenção à saúde das populações.

Pretende-se, através deste estudo, apresentar conclusões que poderão ser utilizadas tanto por estudantes e gestores quanto por profissionais da saúde, desencadeando reflexões e ações em busca de uma gestão qualificada da área de saúde mental em que seja possível a melhora da qualidade de vida e protagonismo dos sujeitos com sofrimento mental.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Descrever a estrutura da atenção à saúde mental oferecida aos usuários do SUS do município de Santa Rosa- RS, segundo variáveis relacionadas a estrutura organizacional, rede de atenção e aspectos financeiros.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o município em estudo em estudo quanto localização, atividade econômica e população.
- Sistematizar a estrutura organizacional e assistencial da saúde mental na rede de atenção do município.
- Identificar aspectos relevantes da organização da área de saúde mental quanto à estrutura.
- Analisar os principais aspectos presentes na estrutura da saúde mental do município.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O Brasil é um país considerado de extensão continental, com uma diversidade geográfica, cultural, social e econômica muito significativa. Programar políticas públicas em atenção as reais necessidades da população que sejam eficientes e eficazes torna-se um desafio constante.

Atualmente as políticas de proteção social têm garantido inúmeras conquistas legais como direitos trabalhistas, previdenciários, além do direito universal à saúde. Este processo é resultante da construção teórica e da mobilização social frente às demandas sociais. Na Constituição Federal Brasileira do ano 1988 são legitimados muitos direitos sociais. O artigo 198 explicita a saúde como direito de todos e dever do Estado, instaurando assim, uma proposta de estatização da saúde. As proposições incluíam a construção de um sistema que defende a redução do risco de doença, o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, incluindo acesso às medicações (BRASIL, 1996).

Surge assim o SUS instituindo os princípios de hierarquização, regionalização e descentralização focadas no atendimento integral e com previsão da participação da comunidade (BRASIL, 1990). A partir de então, houve o processo de municipalização da saúde com a organização de atendimentos primários através da rede básica e a gestão deste sistema foi organizada a partir da definição de competências.

Desde a criação do SUS tem-se ampliado as intervenções para a coletividade com o aumento da quantidade de serviços de saúde, como também o enfoque na integralidade da atenção. A organização do modelo de atenção a partir da Atenção Primária à Saúde fortalece a sistema e redireciona o cuidado em oposição ao modelo tradicional. É uma forma de organização dos serviços de saúde, uma estratégia para integrar todos os aspectos desses serviços, tendo como perspectiva as necessidades em saúde da população.

Esse enfoque está em consonância com as diretrizes do SUS e tem como valores a busca por um sistema de saúde voltado a enfatizar a equidade social, a corresponsabilidade entre população e setor público, a solidariedade e um conceito de saúde amplo (BRASIL, 2006).

Como uma das estratégias de fortalecimento da APS o Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994 e hoje conhecido como Estratégia Saúde da Família tem a proposta de fortalecer esta mudança do modelo da atenção à saúde, que tem como núcleo do cuidado as famílias, sendo as mesmas abordadas e compreendidas partir do meio onde vivem. Starfield (1994) pontua que a Atenção Primária é a porta de entrada ao sistema de saúde e o local responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos, suas famílias e da população, ao longo do tempo.

Em meio a esse processo de garantias legais que envolveram inúmeras políticas públicas que valorizam os direitos humanos e os deveres do Estado, o cuidado em saúde mental também tem avançado. O campo da saúde mental sofreu influência das transformações quanto à abordagem em saúde mental ocorridas internamente e em vários países.

Em seu processo de constituição a saúde mental teve influência direta das mudanças conquistadas internas no país especialmente com o Movimento Nacional de Luta Antimaniconial. Também a reforma psiquiátrica ocorrida na Itália serviu de base, pois foi pioneira na inserção social dos usuários. Neste sentido, o Brasil tem buscado ampliar ao cuidado em saúde mental objetivando a superação de o modelo asilar e excludente no qual as pessoas com sofrimento psíquico ficavam isoladas e sem perspectivas terapêuticas (BRASIL, 2007).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira foi processo político e social complexo composto por atores, instituições e forças de diferentes origens, que incide em territórios diversos: governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública (BRASIL, 2005).

Estes movimentos foram determinantes para que, no ano de 2001, fosse sancionada a Lei nº 10.216 conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica que garante os direitos das pessoas com sofrimento mental no país. A referida lei também redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária e dispõe também sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Desde então muitas são as iniciativas para a composição de uma rede de atenção em saúde mental que seja resolutiva, respeitando os princípios do sistema de saúde.

Na saúde mental este novo paradigma vem sendo estruturado a partir da organização de uma rede composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), leitos psiquiátricos em hospitais gerais, prontos socorro psiquiátricos, integração da equipe multidisciplinar e a humanização dos serviços com a busca da autonomia do sujeito.

Os CAPS são propostas para atendimento de pacientes portadores de sofrimento mental no ambiente ambulatorial (sem internação hospitalar) estruturados no município a partir da normatização federal. Quando um município adere à proposta, assume criar um sério nos moldes estabelecidos pelo Ministério da Saúde e para programar este serviço recebe uma contrapartida financeira. Para que o município tenha o serviço precisa apresentar documentos que comprove além do interesse, a estrutura física, os recursos materiais e humanos que

possibilitem a estruturação da instituição, exercendo assim seu papel estratégico da instituição para a atenção à saúde mental, pois têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira (BRASIL, 2004).

Contribuindo com a conformação da rede de atenção à saúde mental em 2008, o Ministério da Saúde cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) através da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008. Esta nova composição consiste em uma proposta inovadora para o SUS que tem o objetivo de fortalecer e ampliar as ações e a resolutividade na Atenção Primária à Saúde e na ESF com a constituição de equipes de apoio à Atenção Básica (BRASIL, 2010).

O NASF tem como responsabilidade central atuar e reforçar nove diretrizes na atenção à saúde: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a educação popular, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização (BRASIL, 2010).

O referido núcleo de apoio deve ser constituído por equipes de profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios com responsabilidade das equipes da ESF nos quais o NASF está inserido (BRASIL, 2010).

Neste sentido, a conformação de ações e serviços de saúde no Brasil tem buscado a conformação de uma rede de atenção que busca maior qualidade na assistência à saúde. Contribuindo com a conceituação de rede de atenção Kuschnir (2010) define como “conjunto de unidades de diferentes perfis e funções organizadas de forma articulada e responsável pela provisão integral dos serviços de saúde”.

O mesmo autor atenta para a necessidade de articulação entre os atores e a necessidade de responsabilização pelo usuário. Neste sentido, a constituição de redes de atenção são bem mais amplas que a conformação de instituições, envolve a presença na dinâmica dos processos e sua interrelação.

Outro aspecto bastante difundido no campo da gestão e que possui aplicação ao contexto da saúde mental refere-se à análise das políticas públicas como potencial para conhecimento da realidade e a partir dela planejar suas ações. Kuschnir (2010) refere à análise de políticas públicas como orientação aplicada socialmente relevante, multidisciplinar, integradora e direcionada à solução de problemas.

O mesmo autor defende na análise de uma política:

“É possível primeiramente identificar as organizações (instituições públicas) com ela envolvidas e os atores que nestas se encontram em posição de maior evidência”. Em seguida, e ainda no primeiro nível (institucional) de análise, identificar as relações institucionais (isto é, aquelas sancionadas pela legislação) que elas e seus respectivos

atores-chave mantêm entre si. Passando a um segundo nível, a pesquisa ocorre sobre as relações estabelecidas entre esses atores-chave que representam os grupos de interesse existentes no interior de uma instituição e de grupos externos, situados em outras instituições públicas e em organizações privadas. As relações de poder, coalizões de interesse, Planejamento Estratégico Governamental formação de grupos de pressão, cooptação, subordinação etc. devem ser cuidadosamente examinadas de maneira a explicar o funcionamento da instituição e as características da política. A determinação de existência de padrões de atuação recorrente de determinados atores-chave e sua identificação com os de outros atores, instituições, grupos econômicos, partidos políticos etc., de modo a conhecer os interesses dos atores, são o objetivo a ser perseguido neste nível de análise. Já no terceiro nível e último nível de análise, mediante uma tentativa sistemática de comparar a situação observada com o padrão (estrutura de poder e das regras de sua formação) conformato pelo modo de produção capitalista – sua infraestrutura econômico-material e sua superestrutura ideológica – é que ocorre a explicação (KUSCHNIR, 2010 p.83).

Neste contexto, observa-se que o Brasil tem avançado nas proposições de inclusão social, oferecendo a todos os cidadãos serviços de saúde gratuitos, de acesso universal e com financiamento específico entre os entes federados. No campo da saúde mental também houve ampliação das garantias legais e a organização do sistema de saúde a partir da constituição de redes de atenção em que a responsabilização e vínculo são inerentes a todos os níveis de assistência, com articulação preferencial da APS.

5 PERCURSOS METODOLÓGICOS

Para a construção deste estudo, fez-se necessário estabelecer uma metodologia adequada que se constitui em um fator determinante para a realização deste trabalho, uma vez que é essencial traçar o caminho a ser percorrido. Conforme Gil (2002), na metodologia descreve-se os procedimentos a serem seguidos devem se adequar a cada pesquisa. Com relação à metodologia, Minayo (2008) refere que a mesma auxilia a evitar imprevistos no decorrer da pesquisa, bem como estabelecer os rumos do estudo. Ainda a mesma autora contribui afirmando que a pesquisa ajuda na construção da realidade, enquanto atividade básica da ciência é ela quem alimenta o ensino e vincula pensamento e ação.

5.1 TIPO DE ESTUDO

A presente pesquisa caracteriza-se por ser uma pesquisa descritiva e exploratória, configurando-se em um estudo de caso. Gil (2009) define pesquisa como um procedimento racional com o intuito de proporcionar respostas aos problemas que são propostos, podendo ser aplicada também quando não se obtém informações suficientes para responder tal problema. Quanto ao conceito de estudo de caso Heck et al definem:

“O estudo de caso caracteriza-se por ser uma metodologia empírica que aborda um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, visando apreender uma situação tecnicamente única baseando-se em várias fontes de evidência, com os dados convergindo num triângulo e beneficiando-se do desenvolvimento prévio de proposições teóricas, que visam conduzir a coleta e análise dos dados” (HECK et al, 2008).

O estudo de caso tem sido considerado como uma forma de organizar dados sociais com o enfoque em um caso unitário, explorando intensivamente uma dada situação real de caráter contemporâneo. O presente trabalho seguiu a sistematização proposta por Gil (2009) em que o estudo de caso possui etapas distintas de sistematização: definição do problema, preparação e coleta dos dados, análise inicial, análise final/conclusões.

Em relação à caracterização da pesquisa como descritiva, Gil (2009), refere que esta modalidade busca a descrição das características de determinada população ou fenômeno, estabelecendo relações entre variáveis. Segundo Andrade (2003) neste tipo de pesquisa os fatos são observados, analisados, classificados e interpretados, sem a interferência do pesquisador.

Conforme Andrade (2003) a pesquisa exploratória tem por finalidade oferecer maiores informações sobre determinado assunto, facilitar a delimitação de um tema de trabalho, definir objetivos ou formular as hipóteses de uma pesquisa ou descobrir um novo tipo de enfoque para o trabalho que se tem em mente.

5.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada no município de Santa Rosa – RS através do levantamento de dados relacionados a estrutura da saúde mental no sistema municipal. Foi envolvido na pesquisa o Departamento da Atenção Básica através da diretoria, das dezesseis unidades de saúde, do CAPS e da coordenação da Área Técnica de Saúde Mental, o Departamento Financeiro, o Departamento de Articulações, Departamento do Planejamento e o Setor de Pessoal.

5.3 VARIÁVEIS DO ESTUDO

a) Caracterização do município: localização, características do município e da população.

As fontes utilizadas foram Plano Municipal de Saúde de Santa Rosa, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

b) Variáveis Organizacionais e Assistenciais: sistema de saúde local, atenção em saúde mental através dos cuidados nas ESFs, NASF, CAPS, Equipe de Redução de Danos e serviços especializados. Também incluirá os recursos humanos envolvidos com a saúde mental como número de profissionais, tipo de vinculação com a instituição, horas semanais de trabalho, distribuição dos profissionais nos locais de trabalho.

As fontes pesquisadas incluem a Política Municipal de Saúde Mental, Protocolos Técnico Assistenciais da FUMSSAR, Relatórios de Atividades desenvolvidas pelo CAPS Novo Rumo, livros de atas das reuniões das unidades de saúde e CAPS, Setor de Materiais e Patrimônio da FUMSSAR, Departamento de Atenção Básica e Planejamento da FUMSSAR através dos Relatórios de Gestão Municipal do ano de 2011, Protocolo de Saúde Mental.

c) Variáveis Financeiras: investimento no sistema de saúde de Santa Rosa, recursos financeiros aplicados na área da saúde e saúde mental no município, percentual investido no município, recursos financeiros aplicados na área da saúde mental.

As fontes pesquisadas referem-se aos sistemas de informação, relatórios de gestão e documentos internos do Departamento Financeiro da FUMSSAR.

5.4 COLETA DE DADOS

Para conhecer a estrutura da saúde mental do município em estudo foi realizada análise documental através de dados secundários coletados a partir de referências internas da instituição FUMSSAR. Também foram utilizados sistemas oficiais de informação em saúde como instrumento de análise.

5.5 ANÁLISES DOS DADOS

Os dados pesquisados foram sistematizados através de planilhas do Excel de forma a processá-los, sendo descritos a partir da exploração dos mesmos interpretando a estrutura presente e fundamentando com referenciais teóricos.

A análise dos dados foi realizada através da descrição dos aspectos mais relevantes identificados ao longo da pesquisa. A sistematização foi estruturada em itens de acordo com a disponibilidade dos dados.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisa seguiu todos os artigos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a pesquisa em seres humanos no país (BRASIL, 1996). Por utilizar dados secundários, foi solicitada a dispensa do encaminhamento ao Comitê de Ética em Pesquisas.

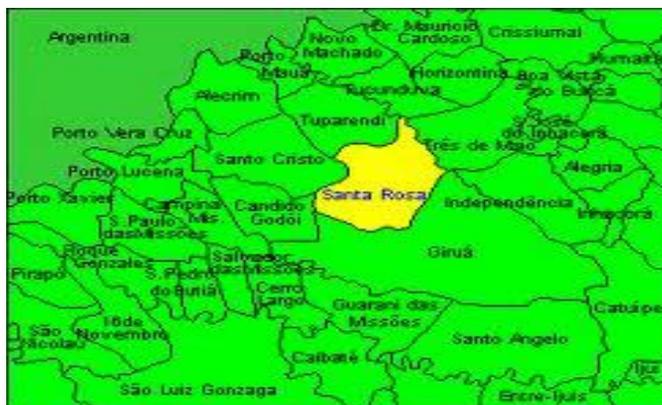
A realização da pesquisa contou com a autorização institucional da FUMSSAR através da análise do projeto pela Comissão Científica da FUMSSAR (APENDICE II). Após a autorização escrita da gestora municipal, foi iniciada a coleta de dados e sistematização dos mesmos.

6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

6.1 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE SANTA ROSA

O município é geograficamente situado na região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, distante 504 quilômetros da capital do Estado, na faixa do Brasil com a Argentina formando juntamente com mais 20 municípios a Região Fronteira Noroeste. Possui uma área territorial de 488,4 quilômetros quadrados. Possui economia predominantemente metal mecânica e agrícola. Também é conhecida como o Berço Nacional da Soja.

Figura 01: Mapa de Santa Rosa



Fonte: <http://www.google.com.br/search>, 2012.

6.1.1 DADOS DEMOGRÁFICOS

Tabela 01: População residente do município de Santa Rosa, ano de 2011.

Município	Urbana		Rural		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Santa Rosa	60.374	88%	8.213	12%	68.587	100%

Fonte: DATASUS, 2012

A tabela acima apresenta dados do Sistema de Informação DATASUS sobre a população do município de Santa Rosa. Observa-se que a população residente no município no ano de 2011 totalizou 68.587 pessoas.

De acordo com o IBGE, 2010 o município de Santa Rosa é classificado de porte médio, pois apresenta uma população de 50.0000 a 100.000 habitantes. Este mesmo instituto defende como significativo conhecer o porte do município, pois se caracteriza com indicador importante

para subsidiar processos de gestão, planejamento e avaliação de políticas públicas para dimensionar a população alvo de ações e serviços e orientar a alocação de recursos públicos.

Outra característica significativa da população do município relaciona-se ao predomínio dos habitantes estarem morando na zona urbana 60.374 (88%) e apenas 8.213 (12%) na zona rural.

6.2 O SISTEMA DE SAÚDE DE SANTA ROSA E A SAÚDE MENTAL

6.2.1 PROCESSO HISTÓRICO DO SISTEMA DE SAÚDE

De acordo com os dados internos da Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa (FUMSSAR) o sistema de saúde apresenta aspectos relevantes em seu processo de construção que justificam o resgate histórico. A municipalização da saúde ocorreu no ano de 1993 quando aderiu ao modelo de gestão classificada do tipo Gestão Parcial (NOB 01/93).

Este modelo adotado pelo município possibilitou a adoção de medidas visando aumentar o número de unidades de saúde com maior oferta de serviços no âmbito da rede básica, bem como, ampliar o número de profissionais para compor estas equipes e estimular a participação popular nos processos decisórios através do controle social.

A adesão do município a Gestão Plena em 1994 fundamentou ainda mais as mudanças na gestão da saúde no âmbito municipal. Foi criada a FUMSSAR, estrutura administrativa que equivale à secretaria municipal de saúde (Lei Municipal nº. 2.912, de 27/12/95). Com isso a instituição passou a assumir a formulação das políticas de saúde no âmbito local, através do planejamento, da organização, execução, avaliação e controle das ações e serviços de saúde na sua área de atuação, tornando-se responsável frente à saúde de seus cidadãos (FUMSSAR, 2010).

6.2.2 PROCESSOS PARTICIPATIVOS E DE QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE

Segundo as informações do Plano Municipal de Saúde de Santa Rosa (2011) os processos participativos na instituição foram acompanhados pelo processo de educação permanente e participação popular.

A educação permanente na instituição foi efetivada desde 1996 quando houve a organização de espaços de construção coletiva entre profissionais e gestores. Esta abordagem

nos mais de quinze anos da instituição tem se firmado como importante instrumento de gestão e de formação.

De acordo com as atas internas da FUMSSAR nas atividades coletivas são discutidos assuntos administrativos, assistenciais e de gestão. As decisões e encaminhamentos são respaldados pelo coletivo e incorporados nas práticas profissionais e de gestão da instituição. Estes espaços são reuniões semanais de equipe, reuniões quinzenais de coordenadores das ESFs, reuniões mensais das categorias profissionais, reunião mensal dos profissionais de nível superior e médio, das comissões para discussão de temas específicos e composição das áreas técnicas.

Outro aspecto considerado importante para a rede assistencial de Santa Rosa relaciona-se a implantação em 2005 da Residência Médica em Saúde da Família e Comunidade e em 2010 da Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Os programas são uma parceria entre as instituições FUMSSAR e Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ).

A Residência de Medicina da Família e Comunidade conta com quatro ingressos anuais; e Residência Multiprofissional em Saúde da Família conta com onze ingressos anuais distribuídos nas áreas de educação física, enfermagem, farmácia, nutrição, odontologia, psicologia e serviço social. Os programas desenvolvem suas ações de serviço e processos de formação na instituição, contribuindo com a qualificação da atenção da saúde do município. Os trabalhadores da FUMSSAR são preceptores deste processo de integração ensino /serviço.

Ainda ressaltando a importância dos processos de educação permanente dialético entre os aprofundamentos teóricos e as práticas de saúde do município, segundo o Plano Municipal de Saúde (2012) no ano de 2009 houve a conformação de um espaço para a educação/assistência: o Núcleo Ensino Pesquisa (NEP) que veio institucionalizar a prática histórica da instituição de ir além de valorizar o conhecimento científico, viabilizar os processos educacionais do fazer em saúde.

Está vinculado ao NEP a Comissão Científica que é a responsável pelo registro, avaliação e articulação dos projetos e o andamento de pesquisas que se desenvolvem no serviço. Segundo levantamento de dados da referida comissão, atualmente estão em andamento diversos projetos de pesquisa e extensão (seis projetos de pesquisa na área de saúde mental).

Outro processo importante na constituição do sistema de saúde local refere-se a participação da comunidade. Segundo Misoczky et al (1998) o controle social orientou a mudança do modelo assistencial do município de Santa Rosa, aprovando as modificações na estrutura administrativa necessárias para garantir os postulados do modelo de organização da

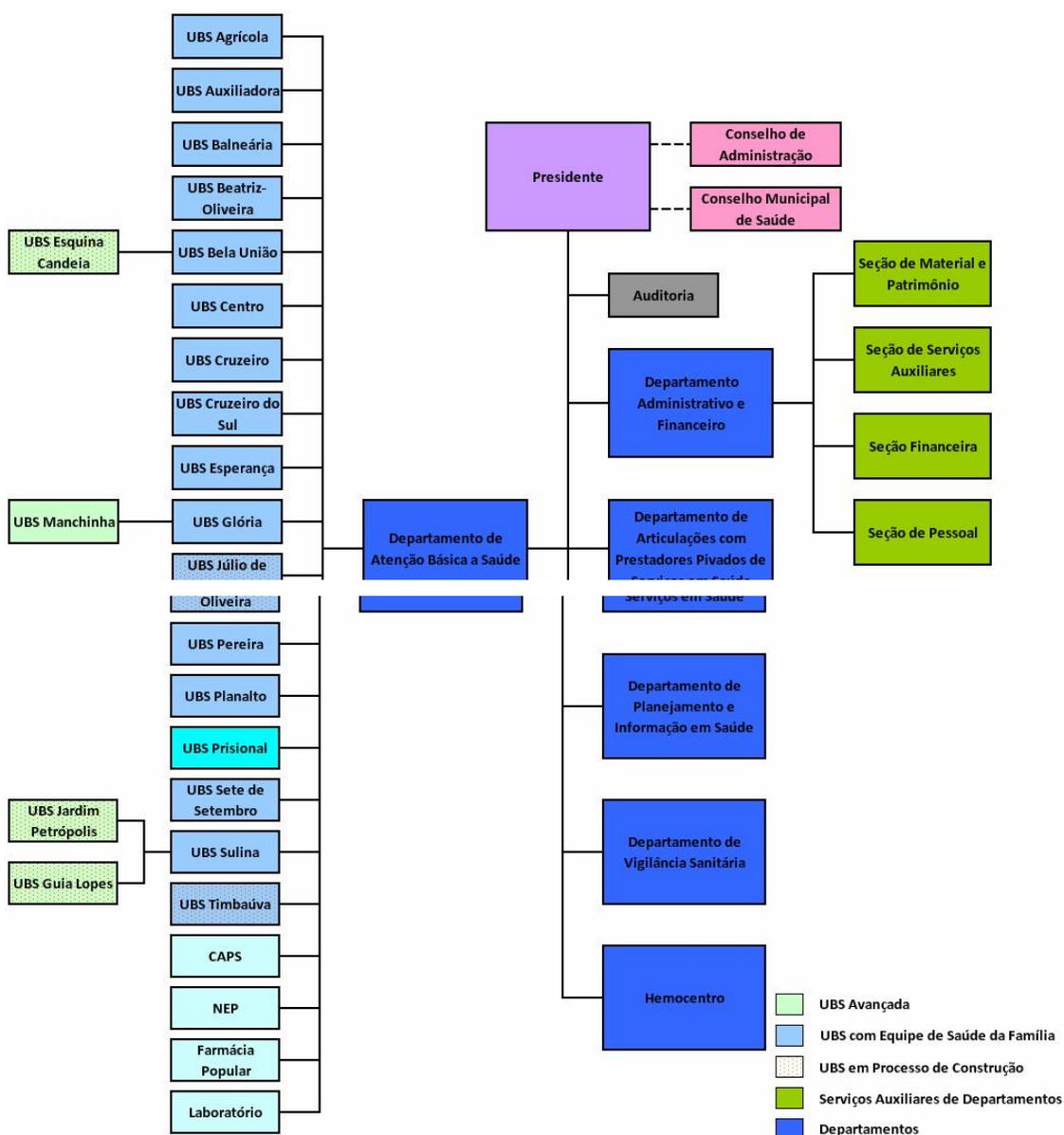
atenção em territórios. Esta participação efetiva tem ocorrido desde o processo de constituição da instituição, permanecendo como na manutenção dos processos decisórios.

Este envolvimento da comunidade nos processos de gestão da saúde também é visível através das Conferências Municipais de Saúde.

A prática da participação popular em Santa Rosa é peculiar devido à sua característica de congregar as comunidades rurais e as urbanas em torno do processo de preparação das conferências municipais que se constituíram processos participativos organizados com uma metodologia própria, chegando a envolver 1.500 pessoas no processo de organização e participação representada (GALLO, 2007).

6.2.3 ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA FUMSSAR

Figura 02- Organograma da FUMSSAR



Fonte: FUMSSAR, 2010.

Quanto à estrutura administrativa, a FUMSSAR conta com uma sede própria que funciona junto ao centro da cidade. Na figura acima há a apresentação do organograma da FUMSSAR do ano de 2010.

6.2.4 SAÚDE MENTAL NA REDE DE ATENÇÃO

6.2.4.1 SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Quanto à organização assistencial do município em estudo, o Departamento de Atenção Básica é responsável por coordenar e articular o nível básico da saúde. A rede básica está organizada através das ações e serviços de saúde à população a partir de dezesseis Estratégias Saúde da Família (ESF), vinculadas a territórios adscritos, distribuídos geograficamente no município.

Atualmente a cobertura populacional das ESFs abrange cerca 70% da população do município. De acordo com os documentos internos do Departamento de Atenção Básica da FUMSSAR, a atenção primária segue os princípios norteadores do SUS, com ênfase na promoção, prevenção, reabilitação da saúde e no acesso universal e gratuito (FUMSSAR, 2010).

Na atenção básica, as unidades de saúde do município são integrantes ESF, modelo inovador implantado pelo Ministério da Saúde desde 1994, que visa à mudança do modelo assistencial com enfoque na integralidade da atenção a partir de territórios adscritos. Neste sentido, a população tem acesso à assistência diretamente em locais próximos a sua residência. Cada ESF possui equipe mínima em sua composição conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

A atenção básica possui posição estratégica no SUS atuando como eixo estruturante da saúde no Brasil. É denominada pela legislação como a porta de entrada ao sistema em que as equipes tem o primeiro contato com o indivíduo e a sua família. A proximidade com a população favorece o estabelecimento de vínculos terapêuticos e corresponsabilização nos cuidados de saúde (Portaria 648/2006).

No espaço da atenção básica há possibilidade de conhecer os usuários na dinâmica da vida enfocando o cuidado para além da dimensão curativista tão difundida no país ao longo da história, pois há na atenção básica potencial para acolher as demandas dos usuários.

Neste sentido, há potencial na atenção básica para ouvir as angústias e preocupações dos usuários que são muitas vezes demonstradas pela apresentação de sinais e sintomas de

sofrimento mental. No cotidiano da ESF o entendimento muitas vezes fica implícito na busca repetida dos usuários de atendimentos da unidade de saúde, somatização física de seu sofrimento, baixa adesão às propostas terapêuticas, dentre outras dificuldades.

Segundo a Organização Mundial de Saúde apud Coelho (2010) o sofrimento mental atinge cerca de 30% das pessoas que passam por alguma desordem ao longo da vida. Este sofrimento possui repercussão na qualidade de vida dos usuários com aumento custo econômico e social.

A saúde mental nos territórios apresenta uma complexidade definida por Lancetti:

“...Quanto mais se opera no território, no local onde as pessoas moram e nas culturas em que as pessoas existem, quando há que conectar recursos que a comunidade tem ou se deparar com a desconexão de diversas políticas públicas, quando se encontram pessoas em prisão domiciliar ou que não procuram ajuda e estão em risco de morte, quando mais se transita pelo território a complexidade aumenta” (LANCETTI, 2001).

O caráter social da abordagem do sofrimento mental vem nos últimos anos sendo espaço de reconhecimento pelos estudiosos, entendido como potencial terapêutico entre o indivíduo e a comunidade, tornando a atenção básica é um espaço privilegiado para o cuidado em saúde mental. Reinaldo (2008) destaca que ao encaminhar o usuário com sofrimento mental ao convívio social é endereçar à comunidade a pluralidade da pessoa em sofrimento psíquico na vida social. O indivíduo tem o contato com a realidade da vida onde as disputas, desigualdades e peculiaridades culturais estão explicitadas.

Reforçando a magnitude do problema, o Ministério da Saúde apud Coelho (2010) refere que as causas de saúde mental são o segundo motivo de atendimento nas unidades de saúde do Brasil. Frente a estas demandas crescentes, Reinaldo (2008) destaca que desde a década de 90 ocorreram mudanças em relação às políticas de saúde mental com melhor aplicação de recursos e o desenvolvimento de serviços integrados à atenção básica.

Quanto ao potencial da atenção básica no cuidado em saúde mental, Coimbra (2007) reforça a importância deste cuidado no território, porém ainda observam-se dificuldades em garantir acesso e acolhimento. A população é estimulada a procurar os hospitais psiquiátricos e outros serviços especializados.

Apesar dos inúmeros esforços em desenvolver na ESF o cuidado integral promotor da vida, a organização da atenção em saúde mental em Santa Rosa até o ano de 2010 demonstrava lacuna quanto a uma definição de uma política municipal de saúde mental que abrangesse a integralidade e a articulação dos saberes de forma democrática, grantindo acesso aos usuários.

Segundo a Política Municipal de Saúde Mental (2012) a realidade em saúde mental no município até o ano de 2010 era centrado no atendimento de algumas categorias profissionais, especialmente no médico e no psicológico com enfoque na abordagem individual. Havia

dificuldade de acesso dos usuários no acompanhamento qualificado e integrado tendo em vista as múltiplas demandas de saúde dos territórios.

Nas unidades de saúde, os usuários eram encaminhados pelos profissionais da ESF para aguardar o atendimento psicológico. Havia longas filas de esperas em que os usuários permaneciam mais de um ano aguardando o atendimento. Durante este período não havia abordagem para apoiar o usuário e sua família.

Quando o usuário iniciava o acompanhamento psicológico, o atendimento era centrado em abordagens individuais classificados a partir de critérios de risco/gravidade e por ordem de chegada. A organização dos processos de trabalho até então limitava o envolvimento da equipe, gerando pouca resolutividade e baixo alívio do sofrimento.

Segundo a Política Municipal de Saúde Mental (2012) a ampliação da reflexão sobre as práticas profissionais neste campo de conhecimento ocorreram mais intensamente desde o ano de 2010, quando foi estabelecida pela gestão municipal a Coordenação de Área Técnica em Saúde Mental. A referida coordenação possui a atribuição fomentar discussões que visam qualificar a atenção e a gestão do cuidado a nível local da saúde mental.

Tabela 02: Composição da Área Técnica de Saúde Mental.

Profissionais da Área Técnica	Número de Integrantes
Enfermeira	01
Psicóloga	01
Residente de Enfermagem	02
Residente de Psicologia	01
TOTAL	05

Fonte: Área Técnica de Saúde Mental, 2012.

A tabela acima apresenta a composição da equipe da Área Técnica de Saúde Mental do município de Santa Rosa. Segundo documentos interno do Departamento da Atenção Básica a sistemática de trabalho da coordenação não segue uma agenda pré determinada. A equipe tem o compromisso em manter as discussões, propostas e a política de saúde mental na agenda da saúde do município, fomentando as discussões e agindo como importante instrumento de gestão no sistema de saúde municipal.

Associado a composição da Área Técnica de Saúde Mental, outro fator identificado como contribuidor da qualificação da atenção tem sido o estabelecimento do processo de supervisão que ocorreu a partir da aprovação do município no V Edital para Supervisão Clínico-Institucional dos CAPS e Rede de Atenção Psicossocial de acordo com a Portaria GM 1174, de 07.07.05.

A referida supervisão iniciou em janeiro de 2011, e mensalmente foram realizadas discussões sobre a temática através da definição de uma pauta prévia com abordagem tanto

assistencial como gerencial. Deste então, a Área Técnica de Saúde Mental tem discutido com as diversas instâncias e com os diferentes atores as proposições da saúde mental no município.

Segundo a Política Municipal de Saúde Mental do município de Santa Rosa objetiva:

“Estabelecer os princípios norteadores das ações em Saúde Mental do município de Santa Rosa, contribuindo para mudança do modelo assistencial, superando a atenção fragmentada e individual para a abordagem da equipe interdisciplinar. vindo ao encontro das proposições da Reforma Psiquiátrica e Política Nacional de Saúde Mental” (FUMSSAR, 2012).

Neste sentido, a Política Municipal de Saúde Mental propõe superar modelo de atenção manicomial, estruturando-se a partir dos preceitos da Reforma Psiquiátrica; através de acesso universal a todos os usuários que demandam sofrimento mental, bem como, a atuação preventiva promotora da vida e de sua autonomia. Dalmolin (2006) aproxima-se desta abordagem teórica quando defende a reabilitação psicossocial como a estratégia global que busca aumentar o poder contratual, a capacidade de fazer trocas, descobrindo e potencializando recursos da vida.

Na referida política municipal também é reforçada a importância de cada equipe apresentar a gestão dos seus processos de trabalho focando no cuidado integral e no estabelecimento de rede de atenção em saúde mental. A necessidade de participação da comunidade é um aspecto defendido como a busca do conhecimento e compreensão das demandas dos usuários e da coletividade.

Durante a exploração documental da Política Municipal de Saúde Mental fica explícita a proposta de ampliar as reflexões com os diversos atores sobre a necessidade de remodelar a atenção em saúde mental do município, buscando o acolhimento do sofrimento dos usuários nos territórios, apoio matricial da equipe dos psicólogos e profissionais do CAPS e referência à especialidade quando houver a necessidade.

Neste sentido, pode-se dizer também que a política de saúde mental do município de Santa Rosa está de acordo com o que vem sendo proposto a nível nacional com enfoque no atendimento na comunidade, assegurando o respeito aos direitos humanos que incluem como princípios básicos: o direito a privacidade, autonomia individual e o direito a informação e participação (BRASIL, 2001).

Desde a abertura das discussões sobre a temática da saúde mental na atenção básica do município de Santa Rosa no ano de 2010 as equipes, a gestão e os demais atores envolvidos tem buscado articular o estabelecimento de ações e serviços de saúde fundamentados na integralidade, acesso e resolutividade. O tema da saúde mental está na agenda política da gestão municipal, sendo pauta de discussões como tema prioritário. Desde então, houve evolução para

novas e múltiplas possibilidades de abordagens com envolvimento e comprometimentos compartilhados entre os profissionais das ESF e equipes de apoio, e aos poucos tem sido incorporada a prática cotidiana de todas as equipes do município.

Atualmente, no município de Santa Rosa – RS, segundo a Política Municipal de Saúde Mental (2012) as ações em saúde mental são prioritariamente realizadas pelas equipes de Estratégia Saúde da Família que são a referência territorial para a abordagem do sofrimento.

Esta forma de organização da saúde mental corrobora com a literatura que defende a ESF como a porta de entrada do sistema de saúde. Evidencia-se como fundamental a mudança de paradigma e a abordagem da saúde mental em que o município vem constituindo. O entendimento coletivo perpassa pelas questões relacionadas à transversalidade da saúde mental no município, sendo incorporadas no cotidiano das práticas profissionais interdisciplinares.

Neste sentido, no município de Santa Rosa está definido o acesso primordial dos usuários de saúde mental a partir da atenção básica do município. As unidades de saúde, integrantes da ESF são espaço destinados a acolher as demandas. Essas equipes possuem apoio técnico e institucional dos profissionais da psicologia, do serviço social e do CAPS Novo Rumo, da equipe da Redução de Danos, organizadas na proposta de apoio matricial.

De acordo com a Política de Saúde Mental do município de Santa Rosa (2012) as demandas de saúde mental são acolhidas pelas equipes. Quando as situações justificam a abordagem interdisciplinar, é realizada pela equipe a discussão do caso a fim de estabelecer Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) Também apresenta como possibilidade a realização de intervenções conjuntas com outras instâncias de cuidado em saúde mental como ERD e o CAPS Novo Rumo.

O PTS é um instrumento de qualificação da intervenção e de planejamento da equipe visando à integralidade do cuidado e centrando a atenção nos casos de maior gravidade e vulnerabilidade (BRASIL, 2007). Os atendimentos são organizados visando à manutenção da referência a partir do vínculo e responsabilização com o usuário.

O PTS é também considerado recurso de trabalho das equipes na qual objetiva-se sistematizar o cuidado entre os membros da equipe de forma compartilhada, traçando metas a curto, médio e longo prazo. Para a construção desta ferramenta as ESF do município em estudo contam com o apoio dos profissionais (psicólogo, nutricionista, assistente social), juntamente com toda a equipe de ESF. Além da atuação no apoio matricial os profissionais do NASF realizam intervenções assistenciais nos territórios de todas as ESFs.

Na estrutura organizacional das ações em saúde mental na atenção básica os profissionais de apoio atuam na perspectiva do território buscando identificar as principais demandas dos usuários e da coletividade na perspectiva da integralidade. Esta postura

profissional transcende a abordagem centrada no núcleo profissional, estruturadas na lógica das especialidades isoladas, fundamentadas na cultura médico-hospitalocêntrica.

Referente superação da centralidade do cuidado em saúde mental dos núcleos profissionais Dimenstein, Santos, Brito et al (2005) referem que a integração da ESF com as políticas de saúde mental está relacionada a transformações das práticas de saúde mental individual e hospitalar em atuação de equipe onde o cuidado é horizontalizado entre os diferentes atores.

Segundo a Portaria nº 2.488/2011 que estabelece a Política Nacional de Atenção Básica, a ESF tem como foco a família e a comunidade no desenvolvimento das atividades de saúde, de acordo com o planejamento e a programação, buscando parcerias com instituições e organizações sociais, além de ser um espaço de construção da cidadania (BRASIL, 2011). A referida legislação estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica preconizando a articulação na prática entre a equipe do NASF e a ESF.

A literatura atual apresenta como proposta de sistematização da abordagem de família a elaboração do PTS que, segundo Brasil (2009) consiste em um instrumento que busca a identificação das vulnerabilidades e a organização da assistência de forma a valorizar as potencialidades das complexidades.

Neste sentido, observa-se que há aproximação da literatura quanto às demandas e intervenções de saúde mental na atenção básica. Apesar de não haver dados oficiais que quantificam a magnetude do problema, há implícito na organização do sistema as modificações significativas que a Política Municipal de Saúde Mental tem acrescido a saúde mental local.

Ressalta-se a necessidade de manter os processos de trabalho horizontalizados em que os poderes sejam compartilhados a partir de objetivos comuns das equipes, configurando-se em uma nova forma de organização, em que o conhecimento e as abordagens sejam democratizados superando a centralidade do saber. A partir da explicitação da atenção em saúde mental do município, observa-se aproximação da sistematização do cuidado no município com as diretrizes do NASF proposto pelo Ministério da Saúde.

De acordo com Brasil (2009) a atenção em saúde mental qualificada deve estar estruturada com base no território, mantendo o vínculo do usuário com a equipe local de saúde, buscando a valorização da subjetividade. Neste sentido, no município de Santa Rosa além da equipe mínima das ESFs, possuem profissionais de apoio que compõe semanalmente a agenda de atendimentos no próprio território.

A organização local de saúde vem ao encontro das propostas preconizadas pelo SUS em que considera que atenção básica é capaz de resolver cerca de 80% das necessidades e

problemas de saúde. As ESFs estão localizadas em territórios delimitados geograficamente e dão cobertura a uma população para os atendimentos de saúde (BRASIL, 2006).

As unidades de saúde no município de Santa Rosa possuem autonomia para construir seus processos de trabalho desde que estejam em consonância ao sistema de saúde municipal. Cada ESF tem foco voltado à atenção à família em seu contexto social. Os profissionais de diferentes categorias buscam em suas ações e posturas o estabelecimento de vínculos terapêuticos com os usuários, atuando de forma a buscar a interdisciplinaridade como agentes transformadores da realidade local.

Quadro 01- Distribuição das ESFs no município de Santa Rosa.

Distrito	Unidade de Saúde	Ano de implantação	Endereço
Agrícola	Agrícola	2001	Benvindo Giordani, 440 – Agrícola.
Auxiliadora	Auxiliadora	1995	Davi Canabarro. Vila Auxiliadora
Balneária	Balneária	2009	Rua Independência, Vila Balneária.
Beatriz/Oliveira	Beatriz/Oliveira	1995	Porto Alegre, 429 – Vila Beatriz.
Bela União	Bela União	1996	Bela União- Interior
Centro	Centro	1975	Rua Buenos Aires, 40 Centro.
Cruzeiro	Cruzeiro	1993	Av. Flores da Cunha, 1321cruz.
Cruzeiro do Sul	Cruzeiro do Sul	2000	Bela União, 485 – Cruzeiro do Sul.
Esperança	Esperança	1991	Castelo Branco, Vila Esperança.
Glória	Glória	1998	Rua Germano Mayer, – Vila Glória.
Pereira	Pereira	2002	Augusto Pestana, 338 – Vila Pereira.
Planalto	Planalto	1993	Travessa Chile, 753 – Vila Planalto.
Sete de Setembro	Sete de Setembro	1985	Sete de Setembro-Interior
Sulina A	Sulina	1993	Cristóvão Leopoldo Meinertz, 334 –
Sulina B	Sulina	2009	Rua Cristóvão Leopoldo Meinertz, 33
Timbaúva	Timbaúva	2011	Bairro Timabúva.

Fonte: FUMSSAR, 2012.

Os dados dos atendimentos que envolvem a saúde mental na atenção básica do município não são discriminados pela classificação do Classificação Internacional de Doenças (CID) ou outra forma de identificar quantitativamente. Apesar de não haver estes dados disponíveis nos sistemas de informação, segundo o Departamento de Atenção Básica os atendimentos que envolvem demandas de sofrimento configuram-se a maioria dos atendimentos das ESF.

Segundo o Plano Municipal de Saúde de Santa Rosa (2012) atualmente o acompanhamento realizado pela ESF em saúde mental inclui a dispensação dos medicamentos, atendimentos dos diversos profissionais através de consultas, acolhimentos, visitas domiciliares dos ACS e demais profissionais da equipe. Também estão disponíveis aos usuários atividades

coletivas de promoção de saúde e abordagem de sofrimento como Rodas de Terapia Comunitária, Grupos de Acolhimento e Oficinas Terapêuticas.

As situações que a equipe avalia como de maior gravidade e ou necessidade são sistematizados através do PTS. Após esta sistematização, a equipe articula o cuidado internamente a partir dos recursos disponíveis com comprometimento mútuo e, caso haja necessidade, busca-se apoio e articulação de outros setores/serviços de saúde através de acompanhamento especializado, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), hospitalar, Comunidade Terapêutica (CT). As ações do PTS também envolvem as intervenções intersetoriais.

Segundo informações do Departamento de Atenção Básica, o processo de reorganização da atenção em saúde mental nos territórios está em processo de implantação com adesão gradativa e peculiar de cada equipe. O departamento destaca como fundamental o estabelecimento da Política Municipal de Saúde Mental como reordenadora do cuidado no município. Segundo dados internos, na maioria das unidades não há mais filas de esperas para os atendimentos individuais, pois as equipes estão acolhendo o sofrimento de forma distinta e próxima.

Quanto às abordagens coletivas o município tem priorizado a realização de ações coletivas nos territórios. Na tabela abaixo são explicitados as ações coletivas que vem sendo realizadas na atenção básica no município em estudo.

Tabela 03: Abordagens coletivas na atenção básica do município de Santa Rosa.

Oficinas Terapêuticas	População Alvo	Média de Participantes
Unidade de saúde Agrícola	mulheres com sintomas depressivos	20
Unidade de Saúde Auxiliadora	idosos com sofrimento mental Roda de Terapia Comunitária	18
Unidade de Saúde Centro	gestantes e Roda de Terapia Comunitária	20
Unidade de Saúde Cruzeiro	mulheres com sofrimento mental e Roda de Terapia Comunitária	8
Unidade de Cruzeiro do Sul	gestantes e Roda de Terapia Comunitária	25
Unidade de Saúde Esperança	gestantes	7
Unidade de Saúde Glória	mulheres com sofrimento mental	20
Unidade de Saúde Planalto	mulheres com sintomas depressivos e Roda de Terapia Comunitária	25
Unidade de Saúde Pereira	mulheres com sintomas depressivos e Roda de Terapia Comunitária	13
TOTAL	15	154

Fonte: FUMSSAR, 2012

As atividades coletivas têm sido consideradas pela Política Nacional de Saúde Mental como importante recurso terapêutico de abordagem do sofrimento. Neste sentido, as ações no município procuram explicitar o acolhimento do sofrimento. As Rodas de Terapia Comunitária

são realizadas semanalmente, já os grupos e oficinas terapêuticas são realizados semanal ou quinzenalmente de acordo com a organização em cada ESF.

As oficinas terapêuticas na atenção básica são iniciativas comunitárias para tratamento em saúde mental. Nelas são utilizados vários tipos de recursos e atividades que são definidas através do interesse dos usuários, da infraestrutura disponível, das demandas dos sofrimentos tendo em vista o fortalecimento de estratégias internas de enfrentamento das situações de conflito, além da integração social e familiar através do compartilhamento do sofrimento.

As atividades coletivas de grupos ou oficinas terapêuticas oportunizam a manifestação de sentimentos, de dificuldades, vulnerabilidades, além do desenvolvimento de habilidades, competências e atitudes pessoais e grupais por meio de atividades produtivas.

De acordo com Cardoso (2008) as oficinas terão como base o encontro de vidas, promovendo o exercício da cidadania, a expressão de liberdade e a convivência dos diferentes através preferencialmente da inclusão.

As oficinas terão como base o encontro de vidas, promovendo o exercício da cidadania, a expressão de liberdade e a convivência dos diferentes através preferencialmente da inclusão.

O município de Santa Rosa as oficinas terapêuticas são organizadas com grupos de no máximo quinze participantes, sendo aberta a participação de novos integrantes com flexibilidade a partir das possibilidades do grupo. Os grupos terapêuticos também possuem uma limitação de participantes, porém caracterizam-se em espaços fechados, não sendo permitida a participação de novos participantes ao longo do período de execução.

Discutir os temas relacionados à saúde mental tem se tornado um desafio à medida que se observa crescentes demandas de saúde e necessidades de cuidados qualificados. Dalmolin (2006) amplia a reflexão à medida que destaca que as questões relacionadas ao sofrimento mental envolve o lugar social dos sujeitos, suas vulnerabilidades, possibilidades, sua autonomia no centro das discussões. Esta perspectiva apresentada pela autora aponta para a necessidade de novas posturas quanto ao entendimento e intervenções em saúde mental.

Considerando esta afirmação pode-se afirmar que a estrutura de saúde mental do município em estudo encontra-se em consonância as proposições de Reinaldo (2008) que destaca a tendência de incluir no cuidado de saúde mental nos novos dispositivos de envolvimento comunitário, visando o tratamento precoce, contínuo e eficiente na reinserção do usuário. Corroborando com o enunciado acima, Dalmolin (2006) defende que o modelo pautado na reforma psiquiátrica requer entender os sujeitos que vivenciam o sofrimento psíquico na dinâmica da vida, no cotidiano, nos territórios.

Apresentando a magnetude da temática, a tabela abaixo apresenta o número de usuários cadastrados das unidades de saúde que recebem mensalmente medicamentos controlados.

Tabela 04: Número de usuários cadastrados no cadastro de medicamentos especiais das unidades de saúde de Santa Rosa, ano de 2011.

Unidades de Saúde	Nº pessoas cadastradas
Unidade de Saúde Agrícola	350
Unidade de Saúde Auxiliadora	382
Unidade de Saúde Balneária	275
Unidade de Saúde Beatriz Oliveira	332
Unidade de Saúde Bela União	284
Unidade de Saúde Centro	508
Unidade de Saúde Cruzeiro	287
Unidade de Saúde Cruzeiro do Sul	307
Unidade de Saúde Esperança	294
Unidade de Saúde Glória	328
Unidade de Saúde Planalto	365
Unidade de Saúde Pereira	342
Unidade de Saúde Sete Setembro	204
Unidade de Saúde Sulina A	227
Unidade de Saúde Sulina B	284
Unidade de Saúde Timbaúva	146
TOTAL	9898

Fonte: FUMSSAR, 2012.

De acordo com os dados acima, nas unidades de saúde do município há o total de 9898 usuários vinculados à atenção básica através do cadastro de medicamentos controlados. Para serem cadastrados nas unidades de saúde os usuários realizam consulta médica no território a qual pertencem, momento em que é feito o cadastro. Por um período variado de até três meses são fornecidas as medicações aos usuários de acordo com quantitativo mensal precrito. No momento da dispensação dos medicamentos os profissionais procuram identificar aspectos relacionados à adesão, dificuldades na utilização, acolhendo as dificuldades de cada usuário.

Tabela 05: Número de procedimentos na área de saúde mental na atenção básica, Santa Rosa, mês dezembro de 2011.

Procedimentos	Atendimentos em dezembro de 2011
Atendimento terapêutico individual	84
Atendimento em psicoterapia	59
Atendimentos coletivos	154
Visitas domiciliares	26
Atividades de matriciamento	16
TOTAL	359

Fonte: FUMSSAR, 2012

Na tabela acima se pode observar que os profissionais do NASF, Equipe de Apoio e Redução de Danos realizaram 359 procedimentos relacionados a saúde mental no mês de dezembro de 2011. Apesar de saber-se a literatura aponta como limitada a avaliação

quantitativa em saúde mental este indicador que demonstra o direcionamento das ações para a saúde mental na atenção básica.

Comparando-se os dados acima com os fornecidos pelo Departamento de Planejamento da FUMSSAR quanto às consultas médicas na atenção básica no mesmo período foram de 6296 atendimentos. Pode-se afirmar que os atendimentos das equipes de apoio, NASF e ERD correspondente 5,7% do total dos atendimentos da ESF.

6.2.4.2 O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS NOVO RUMO

A proposta porposta de constituição do primeiro CAPS no município de Santa Rosa foi intensificada no ano de 2007. Sua s proposições seguiam os indicativos da Lei nº 10.216 de 2001 que traz como diretriz a inclusão dos usuários de saúde mental na perspectiva emancipação dos sujeitos e inserção comunitária.

Quanto ao CAPS, Brasil (2009) define a atuação do CAPS na participação do cuidado:

“O Caps é um serviço de referência para casos graves, que necessitem de cuidado mais intensivo e/ou de reinserção psicossocial, e ultrapassem as possibilidades de intervenção conjunta das equipes de NASF e SF. Deve-se buscar integração permanente entre o NASF e o CAPS no território, levando em conta que também é tarefa do CAPS realizar ações de apoio matricial para a APS” (BRASIL, 2009).

O processo de implantação do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS Novo Rumo veio ao encontro do contexto das políticas nacionais que surgiram após o Movimento da Reforma Psiquiátrica na década de 1990. Esta reforma impulsionou uma nova abordagem à saúde mental com serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico através da inserção dos sujeitos na comunidade, redução de leitos psiquiátricos e criação de leitos em hospitais gerais, integração da equipe multidisciplinar e a humanização dos serviços de saúde mental.

De acordo com Política Municipal de Saúde Mental (2012), a criação do CAPS em Santa Rosa foi respaldada pelos relatórios finais das III, IV e V Conferência Municipal de Saúde. Nestes espaços houve a deliberação pela inserção social dos usuários de saúde mental, tornando-se proposta institucional para substituição ao modelo manicomial, reafirmando as experiências de CAPS e demais projetos de Atenção Básica.

A construção do serviço contou com a participação das diretorias da FUMSSAR aliado participação de profissionais para a elaboração do projeto inicial, das propostas terapêuticas e demais documentações necessárias para a habilitação do serviço junto ao Ministério da Saúde.

No histórico do CAPS Novo Rumo (2010) há registros sobre o processo de constituição da instituição. A deliberação administrativa definiu o local para as instalações físicas do CAPS

junto ao Centro Social Urbano do Bairro Cruzeiro. No ano de 2007, providenciaram-se as reformas da estrutura física com a adequação técnica (Ministério da Saúde, Portaria 189/2002). Em março de 2008 foi composta a equipe de trabalho, iniciando as atividades de funcionamento da instituição.

Dentre as atividades desenvolvidas inicialmente pela equipe do CAPS incluem reuniões com as equipes das unidades de saúde para proposição do trabalho conjunto entre o CAPS e as ESFs, estabelecendo a proposta terapêutica do CAPS, fluxos de atendimentos, elaboração do instrumento de avaliação multidisciplinar e do Plano Terapêutico Institucional.

Nas unidades de saúde os casos mais complexos que requerem acompanhamento mais próximo devido à gravidade/ desorganização são encaminhados ao Centro de Atenção Psicossocial CAPS Novo Rumo que acompanha o usuário cuidando de suas demandas juntamente com a unidade que o referenciou.

Quanto ao atendimento especializado, o CAPS Novo Rumo desde 2008 presta atenção integral aos usuários. Está classificado segundo a Portaria 336/2002 como do tipo I, responsável pela atenção de sujeitos adultos com transtornos mentais moderados, graves e demais quadros onde a severidade e ou persistência justifiquem sua permanência em cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor da vida.

O serviço tem como base de suas ações a promoção da saúde, o respeito e a integração do sujeito com sofrimento psíquico à sua comunidade. Neste sentido, realiza o planejamento e a execução das atividades a partir interdisciplinaridade, da relação com o usuário e de suas implicações subjetivas e socioculturais; da valorização do sujeito no tratamento, do incentivo para que a família e a sociedade assumam seu compromisso na atenção e no apoio ao indivíduo em sofrimento psíquico e, sobretudo, a ênfase à recuperação de sua cidadania.

De acordo com Plano Terapêutico Institucional do CAPS Novo Rumo (2008) a proposta do serviço é atuar como apoio qualificado e intermediário no âmbito da saúde mental. Estabelece o cuidado a partir da referência do cuidado da rede básica do município através intervenções conjuntas e apoio matricial.

Em relação ao sistema hospitalar, o CAPS desenvolve ações em conjunto com a equipe de trabalhadores do serviço com ações com os usuários hospitalizados e pós-alta. Também se ocupa em realizar ações intersetoriais de forma a garantir a integralidade da assistência e permanência do usuário na comunidade.

A periodicidade do cuidado, bem como, a possibilidade do estabelecimento de um plano terapêutico adequado as necessidades de cada usuário, qualificam a assistência em saúde mental e estão estabelecidas de acordo com a Portaria 336/2002:

- **Atendimento Intensivo:** atendimento diário, oferecido quando o usuário apresenta um grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio familiar e ou comunitário, precisando atenção contínua. Possibilidade de atendimento de 25 usuários.
- **Atendimento Semi-Intensivo:** o usuário pode ser atendido até 12 dias/mês. Essa modalidade é oferecida quando o sofrimento e desestruturação diminuírem, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Possibilidade de atendimento de 50 usuários.
- **Atendimento Não-Intensivo:** Oferecido quando a pessoa não necessita suporte contínuo da equipe para viver e realizar suas atividades na família e no trabalho, podendo ser atendido até três dias no mês. Possibilidade de atendimento de 90 usuários mensais (Brasil, 2004).

Tabela 06: atendimentos no CAPS Novo Rumo, fevereiro de 2012.

Tipo de Atendimento	Média de atendimentos mensais
Atendimento Individual	200
Atendimento Coletivo Oficinas Terapêuticas	40
Atendimento Coletivo Grupos	8
Atendimentos Comunitários	1
Visitas Domiciliares	50
Matriciamento nas ESFs	1
Atendimento à Familiares	15
TOTAL	315

Fonte: FUMSSAR, 2012

A tabela acima demonstra o número de atendimentos realizados no CAPS Novo Rumo classificados por tipo de atividade durante o mês de fevereiro de 2012. Conforme documentos internos da FUMSSAR, as atividades do CAPS seguem o cronograma semanal. Os usuários são inscritos a partir da proposta do Plano Terapêutico Institucional o qual prevê a realização de ações individuais e coletivas através do PTS.

De acordo com o Plano Terapêutico Institucional do CAPS Novo Rumo, os atendimentos individuais são realizados pelos profissionais de acordo com a capacitação técnica e em interlocução com a equipe interdisciplinar. São organizados através de demanda espontânea e agendamentos prévios, bem como, identificados a partir das necessidades dos usuários. Já os atendimentos coletivos são divididos conforme a proposta terapêutica em operativos e terapêuticos.

Os atendimentos do CAPS visam proporcionar acolhimento afetuoso e orientado para os usuários e suas famílias através da socialização e integração nos atendimentos do CAPS. Realizam-se atividades de integração entre os presentes, resgatando fatos importantes com relação aos sentimentos e seu convívio familiar e social.

Outro aspecto trabalhado no CAPS reforça a importância da adesão ao tratamento e cuidados gerais de saúde. Já as oficinas terapêuticas constituem-se em uma das formas de tratamento oferecido nos CAPS, sugeridas pelos profissionais e usuários. São coordenadas pelos profissionais de nível médio e superior.

6.2.4.3 EQUIPE DE REDUÇÃO DE DANOS

Buscando qualificar ainda mais a rede de cuidados em saúde mental especialmente na abordagem de álcool e outras drogas, a Equipe Municipal de Redução de Danos foi composta no ano de 2012. Os profissionais que integram a equipe são profissionais efetivos da FUMSSAR. A referida equipe em As diretrizes da ERD do município em estudo têm como proposta de trabalho a concretização de ações que possibilitem a integração dos serviços de saúde fundamentados nas diretrizes do SUS de forma a aproximar as discussões da Política de Saúde mental com os demais setores da sociedade.

A qualificação da assistência também é um dos resultados almejados pela ERD, pois perduram as persistentes narrativas quanto o despreparo e a falta de motivação para a abordagem do tema no cotidiano das equipes de saúde e dos diversos serviços. Outro resultado perseguido pela equipe está relacionada a redução de danos, proposta na Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outras drogas do Ministério da Saúde nas abordagens de saúde, superando as abordagens prescritivas com enfoque limitado à abstinência .

Portanto, ERD objetiva mobilizar a responsabilização do usuário e a família pelo tratamento, visando a autonomia e a liberdade dos mesmos, reforçando o vínculo com os profissionais e não centrando o tratamento na abstinência, mas na possibilidade do usuário sentir-se apoiado em suas demandas, tanto no caso de decidir suspender o uso como no situação em que não manifestar motivação ou capacidade de abandonar o vício, e mesmo assim ter condições de ser acompanhado pelos serviços de saúde .

6.2.4.4 DESENHO DA REDE DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE SANTA ROSA

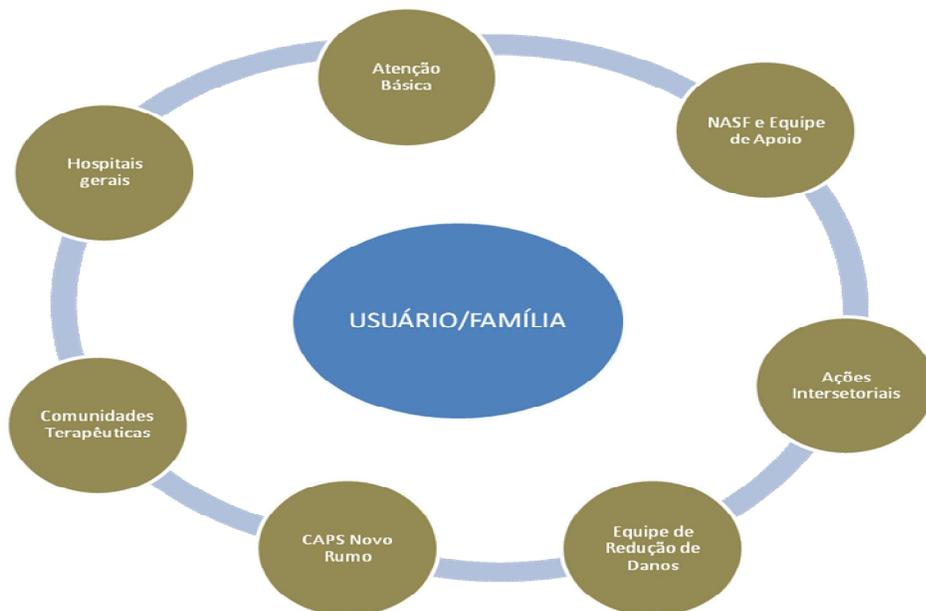
Atualmente a rede de saúde mental é articulada entre a atenção básica, NASF, Equipe de Redução de Danos, CAPS, hospitais, comunidades terapêuticas e demais instituições e atores que fazem parte da rede de atenção local. O trabalho desenvolvido é articulado com todos os segmentos que abordam o sofrimento.

Conta ainda com a articulação do trabalho intersetorial nos diversos segmentos da sociedade e do poder público como Conselho Tutelar, Centro de Atenção da Assistência Social

(CRAS) e Centro Especializado da Assistência Social (CREAS), Fórum, dentre outros (FUMSSAR, 2008).

A figura abaixo é uma proposta de sistematização da rede de atenção em saúde mental.

Figura 03: Proposta de sistematização da rede de atenção em saúde mental

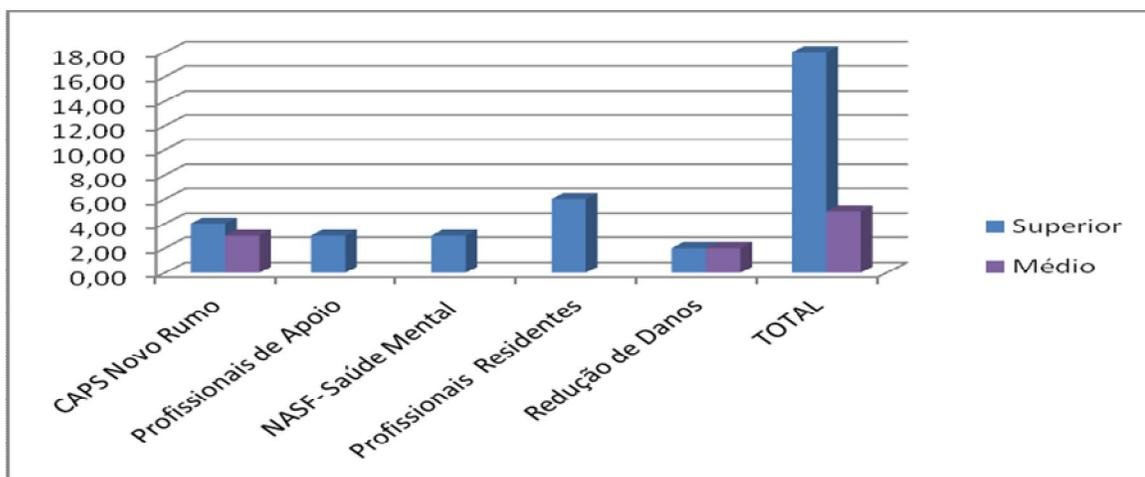


Fonte: Autora do trabalho, 2012.

6.3 RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE MENTAL

Quanto aos recursos humanos, a saúde mental no município em estudo apresenta o entendimento que os diferentes serviços e instituições compõem a rede de atenção não limitando a uma categoria profissional ou mesmo a um único serviço. Partindo-se deste pressuposto pode-se afirmar que as diferentes categorias profissionais compõem a estrutura de saúde mental, bem como os diversos serviços. A fim de viabilizar a sistematização foram analisados os referentes às equipes mais direcionadas à saúde mental.

Gráfico 01: Número de profissionais atuantes na área de Saúde Mental.



Fonte: Setor de Pessoal FUMSSAR, 2012.

O gráfico acima demonstra o número de profissionais que possuem sua prática profissional voltada à atenção em saúde mental. A totalidade dos trabalhadores atuantes do campo da saúde mental (dezoito) são profissionais efetivos.

O CAPS Novo Rumo possui quatro profissionais de nível superior (assistente social, enfermeiro, médico e psicólogo) e três de nível médio (dois técnicos de enfermagem e um estagiário remunerado) totalizando sete profissionais responsáveis pela atenção especializada.

Os profissionais vinculados a Equipe de Apoio totalizam três de nível superior (três psicólogas) que realizam a atenção nas unidades de saúde nos moldes do NASF, porém não possuem esta denominação, devido não estarem cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

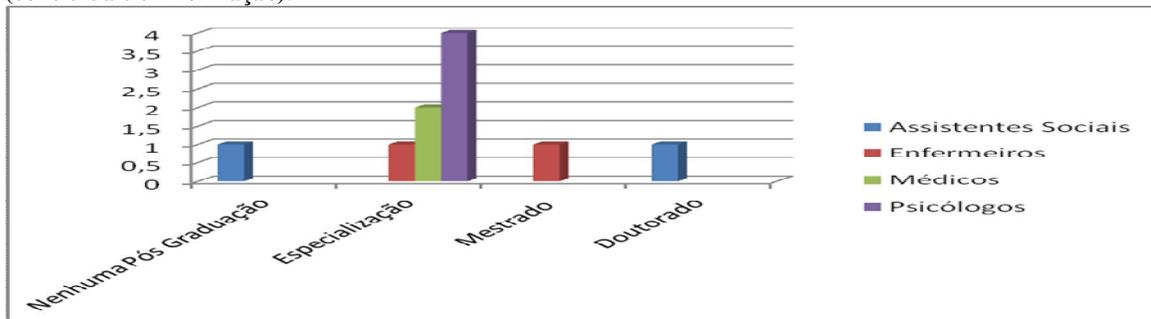
Os profissionais que compõe o NASF e atuam na área de saúde mental totalizam três profissionais (duas psicólogas e uma assistente social). As ações estão voltadas a atenção ao usuário nas unidades de saúde através de atendimentos individuais (consultas e acompanhamento terapêutico), bem como, atendimentos coletivos através de grupos terapêuticos e oficinas terapêuticas.

A Equipe de Redução de Danos (ERD) está constituída em quatro profissionais (médico, enfermeira e duas técnicas de enfermagem). A equipe está em funcionamento desde março de 2012.

De acordo com documentos internos da FUMSSAR, a equipe ERD tem realizado o direcionamento de suas ações a partir da listagem de espera para a internação hospitalar, discussão de casos com a equipe e acompanhamento dos egressos das internações hospitalares e atendimentos às demandas espontâneas.

Outro aspecto significativo aos recursos humanos é a qualificação profissional. O gráfico abaixo apresenta aspectos relacionados à qualificação profissional dos profissionais da FUMSSAR da área de saúde mental.

Gráfico 02: Profissionais da FUMSSAR de Nível Superior - Saúde Mental e a Qualificação Profissional (concluída e em formação).



Fonte: Departamento de Atenção Básica, FUMSSAR, 2012.

Neste gráfico observa-se que quase a totalidade dos trabalhadores possui a qualificação mínima de especialização, demonstrando a busca dos profissionais pelos processos de formação profissional, aproximando prática profissional e os processos de ensino.

Outro aspecto que pode ser verificado neste gráfico é que a atuação profissional em saúde mental não apresenta uma hegemonia de uma categoria profissional, pois possuem profissionais assistentes sociais, enfermeiros, médicos e psicólogos envolvidos nos processos de trabalho onde há interlocução entre os diferentes serviços e instituições de forma a construir um trabalho em equipe.

6.4 RECURSOS FINANCEIROS

Os recursos financeiros disponíveis para a saúde no município de Santa Rosa são administrados pela FUMSSAR, através do Departamento Financeiro, com fiscalização do Conselho Municipal de Saúde e órgãos de controle externo como Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul e Controladoria Geral da União.

Os aportes financeiros estão disponíveis em contas bancárias que compõem o Fundo Municipal de Saúde. São contas específicas para transferência de recursos fundo a fundo. Quanto os recursos específicos à saúde mental pode-se descrever que devido o CAPS estar habilitado na modalidade tipo I desde dezembro de 2008, o município recebe através do bloco do Faturamento Especializado (FAEC) o montante mensal de cerca de R\$ 21.800,000. Este recurso financeiro é repassado pelo Ministério da Saúde através do Fundo Nacional de Saúde ao município através do Fundo Municipal de Saúde. No município em estudo o orçamento não

possui vinculação financeira específica para a saúde mental sendo custeado conforme a necessidade dos serviços e priorização da gestão.

Quadro 02: Demonstrativo de Recursos Financeiros aplicados na Saúde no município de Santa Rosa ano de 2010.

Recursos Municipais	10.727.193,03	30,56%
S/total recursos aplicados	35.102.091,78	
Recursos Estaduais	2.050.479,47	5,84%
S/total recursos aplicados	35.102.091,78	
Recursos Federais	22.324.419,28	63,60%
S/total recursos aplicados	35.102.091,78	
	35.102.091,78	100,00%
	35.102.091,78	

Fonte: SIOPS, 2011

Os dados acima apresentam os valores financeiros transferidos pela União ao município no ano de 2010 para o sistema de saúde de Santa Rosa. Analisando estes dados pode-se observar que os montantes de recursos federais perfazem 63,60% e são o maior aporte no financiamento do sistema de saúde. Os recursos municipais contabilizam 30,56%, ficando um pequeno percentual de recursos estaduais repassados ao município 5,84%.

O financiamento da saúde do município de Santa Rosa segue os parâmetros constitucionais, sendo financiado com recursos da União, dos Estados e do município. Os percentuais aplicados pelo município respeitam os percentais previstos pela Emenda Constitucional nº 29, demonstrando investimento regular na saúde.

Quadro 03: Indicadores Financeiros do município de Santa Rosa, ano, 2010.

Participação da receita de impostos na receita total do Município	14,46 %
Participação das transferências intergovernamentais na receita total do Município	60,52 %
Participação % das Transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o Município	29,79 %
Participação % das Transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos para a saúde no Município	88,86 %
Participação % das Transferências da União para a Saúde (SUS) no total de Transferências da União para o Município	48,98 %
Participação % da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais na Receita Total do Município	47,69 %

Despesa total com Saúde, sob a responsabilidade do Município, por habitante.	R\$ 535,37
Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde	32,22 %
Participação da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde	3,02 %
Participação da desp. com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com Saúde	48,21 %
Participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde	3,33 %
Participação das transferências para a Saúde em relação à despesa total do Município com saúde	74,92 %
Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a EC 29/2000	16,15 %

Fonte: SIOPS, 2011.

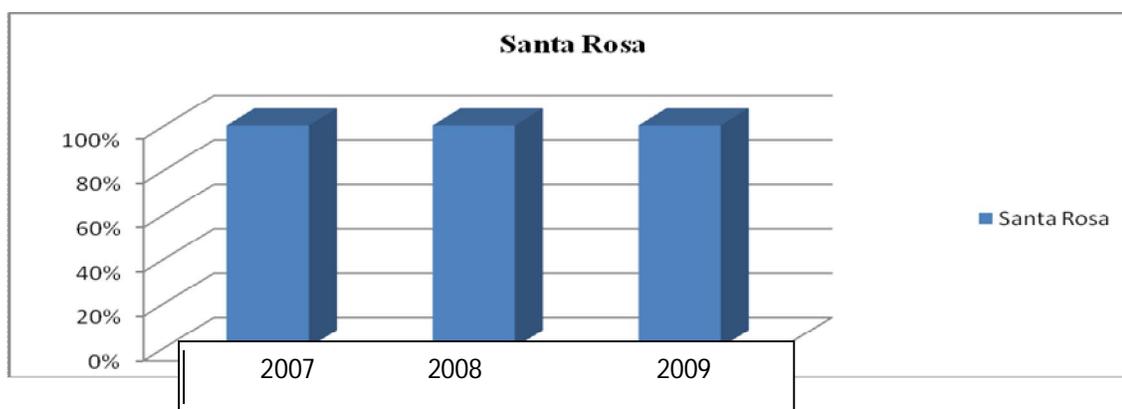
Neste quadro pode-se observar que o município de Santa Rosa, no ano de 2010 na área da saúde realizou um investimento por habitante de R\$ 535,37. Quanto ao investimento financeiro, do montante total de despesas na saúde cerca de 30% foram gastos com profissionais, situação semelhante à vivenciada pelos diferentes municípios brasileiros desde a municipalização da saúde e a consequente prestação da assistência pelo município.

Os valores investidos com o custeio de recursos humanos tem sido um fator atribuído pela gestão como um limitador da ampliação das ações e dos serviços de saúde, inclusive na área de saúde mental em que há discussões quando a instalação de um CAPS Álcool e outras Drogas no município.

Os investimentos financeiros do município na saúde mental encontram-se mais especificados ao CAPS Novo Rumo devido possuir uma equipe que direciona as ações em saúde mental no município.

Os percentuais aplicados no sistema de saúde tem sido importantes para a estruturação e funcionamento das ações e serviços de saúde no âmbito municipal. Também cabe ressaltar que os valores descritos encontram-se acima do estabelecido legalmente pela Emenda Constitucional (EC) 29 como obrigatórios aos municípios o percentual de 15%, demonstrando que o sistema de saúde municipal é uma prioridade dentre as ações municipais.

Gráfico 03: Percentual anual de investimentos de acordo com EC 29.



Fonte: SIOPS, 2011.

Conforme se pode observar no gráfico acima o município de Santa Rosa ao longo dos anos tem investido os percentuais mínimos de acordo com a Emenda Constitucional 29, mantendo seu percentual acima de 15%. Nesta tabela podemos observar que o município tem investido um percentual crescente com exceção do ano de 2010 quando o índice reduziu 2%. Não foi identificado pelo presente estudo os motivos desta redução.

A tabela abaixo apresenta os investimentos realizados pela FUMSSAR ao CAPS Novo Rumo para a manutenção da instituição em funcionamento.

Tabela 07: Recursos financeiros mensal investido no CAPS Novo Rumo, fevereiro de 2012.

CAPS Novo Rumo	Valores Médios Mensais em R\$, ano de 2011.
Alimentos (almoço e lanche)	890
Manutenção (luz, água, telefone, internet)	280
Manutenção da estrutura física	235
Materiais de limpeza	186
Material de expediente	70
Material para oficinas	400
Transporte para deslocamento da equipe em vistas domiciliares	870
Transporte para os usuários	580
TOTAL	3.511

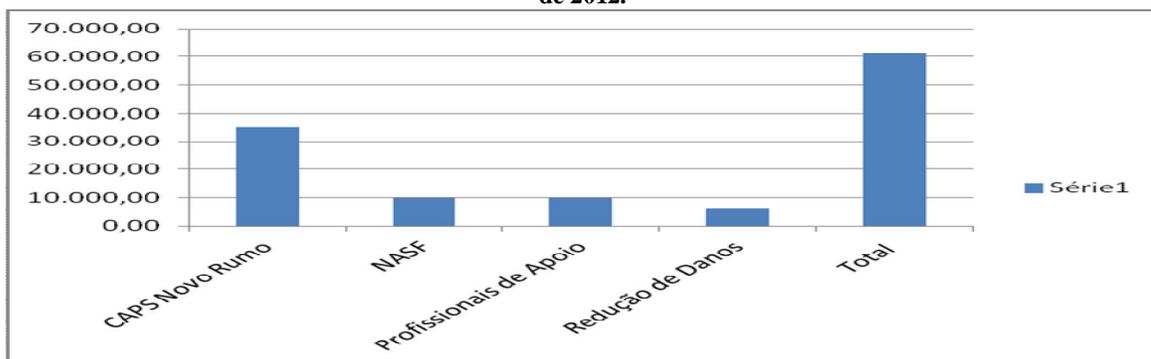
Fonte: FUMSSAR, 2011.

Na tabela acima há descrição dos investimentos realizados pela FUMSSAR para a manutenção dos serviços do CAPS Novo Rumo. Nos dados referentes à aquisição de materiais e alimentos são solicitados ao Setor de Compras da FUMSSAR a partir da liberação dos departamentos Financeiros e da Atenção Básica. O cálculo do valor gasto do transporte para as visitas domiciliares constitui no levantamento médio da quilometragem realizada pela equipe

semanalmente e, partir desde foi realizado uma estimativa do custo de combustível e manutenção dos automóveis.

Quanto ao transporte dos usuários a maioria possui acesso ao transporte público gratuito Passe Livre Municipal, lei que estabelece liberação do pagamento da passagem em condições especiais às pessoas com sofrimento mental. Aos demais usuários são fornecidos cartões de vale transporte com valores de passagens na quantidade em que prevê o PTS. Quanto aos medicamentos o CAPS Novo Rumo não realiza dispensação da medicação na instituição mantendo a distribuição mensal nas unidades de saúde de referência dos usuários.

Gráfico 04: Recursos financeiros investidos nos profissionais das equipes de saúde mental, fevereiro de 2012.



Fonte: Setor de Pessoal FUMSSAR, 2012.

Quanto aos recursos financeiros aplicados pelo município para custear os recursos humanos da saúde mental na rede de atenção, observa-se que há um maior investimento na equipe do CAPS Novo Rumo. Os demais profissionais perfazem o investimento em cerca de 1/3 do recurso investido no CAPS. Tal fato pode ser associado às características do serviço e aos processos de trabalho nele desenvolvidos.

Nos dados obtidos a partir do levantamento SIOPS 2012 do total mensal da folha de pagamento da FUMSSAR perfaz R\$ 1.253.352,81. Neste sentido, pode-se comparar que o investimento da instituição com as equipes de Saúde Mental mensal perfaz cerca de R\$ 61.000,00, o que corresponde à cerca 0,50% do investimento em saúde. Os profissionais de saúde residentes recebem mensalmente bolsa de estudos fornecida pelo Ministério da Saúde não tendo aplicação de recursos municipais no custeio destes trabalhadores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os municípios do Brasil a partir da descentralização político administrativa têm protagonizado a gestão das políticas sociais a nível local. O desenvolvimento desta reflexão teórica oportunizou conhecer a realidade do município de Santa Rosa, sistematizando a construção e estrutura do sistema de saúde local, tendo como objeto o campo da saúde mental.

A valorização da história saúde local sistematizada pela metodologia de estudo de caso, possibilitou identificar aspectos significativos referentes ao entendimento que o município possui quanto a abordagem da saúde mental e as formas de articulação do cuidado em busca dos princípios norteadores do SUS.

É destacada ao longo da investigação que o sistema de saúde em estudo apresenta uma construção solidificada no campo das políticas públicas universais e inclusivas em que a saúde e a saúde mental têm ao longo dos anos, buscado qualificar sua assistência a partir de referenciais que defendem o SUS.

Durante a exploração dos dados ficou explícito a conformação de uma rede de cuidados em saúde mental com características na atenção integral. Há o direcionamento da Política Municipal de Saúde Mental quanto à importância da atenção básica como porta de entrada ao sistema. As intervenções deste nível de atenção tem se firmado como importante aporte de cuidado interdisciplinar a qual conta com apoio das equipes especializadas para qualificação das intervenções, oportunizando o cuidado qualificado.

Outro aspecto significativo ao caso local consiste no aspecto articulador que o CAPS Novo Rumo tem no cuidado em saúde mental. O referido serviço tem contribuído no cuidado dos casos graves e severos, mas não se limita a estas intervenções. Tem se desafiado no trabalho conjunto com as demais instâncias de cuidados e apoiando os demais serviços a partir dos seus recursos para a qualificação da atenção.

Neste sentido, os dados analisados traduzem a estrutura disponível no município que, ao longo da história acompanha a conformação de equipes multiprofissionais no período de constituição da FUMSSAR e que ao longo dos anos tem avançado com a constituição do CAPS Novo Rumo em 2008, a Área Técnica de Saúde Mental em 2010 e a definição de uma política municipal em saúde mental em 2012 juntamente com a formação da equipe de redução de danos em que busca a promoção da vida e protagonismo dos sujeitos.

Referente aos aspectos da estrutura analisando a presente realidade pode afirmar que o tema possui uma conotação genérica indo muito além das barreiras arquitetônicas e equipamentos. Envolve os processos de trabalho e a organização da atenção de forma a

perseguir a qualidade da assistência e a constituição de uma política municipal ampliada e articulada com os demais setores da sociedade.

Também fica evidente ao longo do trabalho a importância que atenção básica do município possui como eixo estruturante do sistema local e articulador das políticas de saúde municipal. Considera-se que este fator seja o balizador para que a equipe de saúde mental tenha realizado proposições ousadas e que tem contribuído para a mudança do paradigma, antes centrado em categorias profissionais para a democratização do saber no campo da saúde mental, para o trabalho interdisciplinar.

O desenvolvimento deste estudo possibilitou aplicar o conhecimento científico sobre o diagnóstico das condições estruturais no campo da saúde mental do município. Também oportunizou conhecer a realidade do município através da descrição de uma política de saúde, executada a partir de um processo dialético, integrando a realidade com as abordagens teóricas estudadas durante o curso de forma a possibilitar posicionamentos enquanto gestor e estudiosa do tema da gestão, ainda que de forma incipientes.

Portanto, os aprofundamentos teóricos em saúde mental ainda tornam-se é um desafio tanto para os serviços quanto para a academia, pois há presente uma implicação subjetiva que precisa ser contemplada e que necessita qualificar as práticas de gestão e assistência em nosso país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Patty F. **O desafio da produção de indicadores para avaliação de serviços em saúde mental: um estudo de caso do centro de atenção psicossocial Rubens Rorrêa/RJ.** Fundação Oswaldo Cruz. Dissertação de Mestrado. Disponível em <http://teses.icict.fiocruz.br/pdf/almeidapfm.pdf>. Acesso em 25/12/2011.

AMARANTE Paulo. **A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na reforma psiquiátrica no Brasil.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, volume 58, nº 25, pg 26-34, maio/agosto; 2001.

AMARANTE, Paulo LANCETTI, Antonio. Saúde mental e saúde coletiva. In: Campos, Gastão W. de Souza (et al.) **Tratado de saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec; 2006.

ANDRADE, Maria M. **Introdução à metodologia do trabalho científico: elaboração de trabalhos na graduação.** – 6ª. edição. São Paulo: Atlas, 2003.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Promulgada em 05 de outubro de 1988. 14ª edição. São Paulo: Editora Saraiva 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Lei Federal 8080/ 90: Lei Orgânica da Saúde.** Presidência da República. Disponível em www.gov.br/legislacao. Acesso em 18/12/2011.

_____. Ministério da Saúde. **Lei Federal 10.216/2001. Dispõe sobre os direitos das pessoas com sofrimento mental.** Disponível em www.saude.gov.br/saudemental/legislacao. Acesso em 16/12/2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 189/2002.** Disponível em http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/37_Portaria_189_de_20_03_2002.pdf, Acesso em 20/10/2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 336/2002. Dispõe sobre as modalidades de centros de atenção psicossocial.** Disponível em www.gov.br/legislacao. Acesso em 20/03/2012.

_____. Organização Pan Americana de Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental. Brasília, novembro de 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília, janeiro de 2007, 85p.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, 2004, 86p.

_____. Ministério da Saúde. **DATASUS: informações**. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>. Acesso em 15 de março de 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149. Acesso em: 16/12/2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 648 de 28 de março de 2006**. Disponível em <http://www.saudeprev.com.br/psf/saopaulo/GM-648.htm>. Acesso em 03/03/ 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011** que aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em 18/03/2012.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Cadernos de Atenção Básica nº 27. Brasília, 2010 pg 152.

_____. Ministério da Saúde. **SIOPS**. Disponível em http://portal.saude.gov.br/PORTAL/SAUDE/PROFISSIONAL/AREA.CFM?ID_AREA=1671. Acesso em 19/02/2012.

CAMPOS, Gastão W.S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. 1ª Edição. São Paulo: HUCITEC, 1992.

CARDOSO, Mycarlla P N.: **Oficinas terapêuticas na atenção básica.** Disponível em http://www.fafich.ufmg.br/prisma/images/stories/Docs/gt3/Oficinas_terapeuticas.pdf. Acesso em 25/04/2012.

CARVALHO, Antônio I; BARBOSA, Pedro R. **Organização e funcionamento do SUS.** Florianópolis- UFSC: Brasília: CAPES: UAB, 2010.

COELHO, Vânia Figueiredo. **Acolhimento em saúde mental na unidade básica: uma revisão teórica.** Monografia Curso de Especialização em Saúde da Família. Universidade de Minas Gerais, 2010. Disponível em <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2608.pdf>. Acesso em 18/03/2012.

COIMBRA, Valéria C.C. **Avaliação do cuidado em saúde mental na estratégia de saúde da família.** Ribeirão Preto–SP. Tese de Doutorado apresentado a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto SP, 2007.

DAGNINO, Renato P. **Planejamento estratégico governamental.** Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; Brasília: CAPES: UAB, 2009.

DALMOLIM, Bernardete Maria. **Esperança equilibrada: cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico.** 1ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

DIMENSTEIN, Magda; DOS SANTOS, Yalle Fernandes; BRITO Monique; SEVERO, Ana Kalliny; MORAES, Clariana. Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN. **Demandas em saúde mental em unidades de saúde da família.** Revista Mental, São Paulo (Barbacena), volume 3, n.º 5, novembro de 2005.

DONABEDIAN, Avedis. **The quality of care: how can it be assessed?** JAMA, 260 (12). 1734 – 1748. México: Ediciones Copilco, 1984.

_____. **La calidad de La atención médica: definición y metodos de evaluación.** Ediciones Cientificas La Prensa Medica Mexicana, S.A. Ediciones Copilco, S. A. 1984. 194 p.

FUMSSAR. **Plano municipal de saúde do município de Santa Rosa 2012.** Departamento de Planejamento. Documentos internos, 2012.

_____. **Plano terapêutico institucional do CAPS Novo Rumo.** Departamento de Atenção Básica. Documentos Internos, 2008.

_____. **Política municipal de saúde mental do município de Santa Rosa.** Departamento de Atenção Básica/Área Técnica de Saúde Mental. Documentos Internos, 2012.

_____. **Protocolos tecnicoassistenciais da Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa.** Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Ensino e Pesquisa- NEP. Documentos Internos, 2012.

GALLO, Zeli Machado de Castro. **A ética discursiva dos atores da política de saúde de Santa Rosa.** Dissertação de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica PUC/RS, Porto Alegre, 2007.

GIL, Antonio. C. **Como elaborar projeto de pesquisa.** 4 edição. São Paulo: Atlas, 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Dados Demográficos.** Disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br/primeiros_dados_divulgados/index.php?uf=43. Acesso dia 27/12/2011.

HECK Rita M; BIELEMANN Valquíria de L. M; CEOLIN Teila; KANTORSKI Luciane P; WILHICH Janaína Q; CHIAVAGATTI Fabieli G. **Gestão e saúde mental: percepções a partir de um centro de atenção psicossocial.** Revista Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2008 Out-Dez;, volume 17, nº 4, p.47-55.

KUSCHNIR, Rosana C, CHORNY, Adolfo H, LIRA, Anilska M. **Gestão dos sistemas e serviços de saúde.** Florianópolis, Departamento de Ciências da Administração/UFSC, Brasília: CAPES: UAB, 2010, p.121-148.

LANCETTI, Antonio. **Saúde Mental nas Entranhas da Metrópole.** Saúde e loucura. São Paulo: Hucitec, 2001.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade.** 27 ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

MISOCZKY, Maria C; KLERING Luis R; Benvegnú, Luís A, WEILER, Dione A. **Inovação Gerencial no Sistema Único de Saúde: o caso do município de Santa Rosa - Rio Grande do Sul – Brasil.** Disponível <http://www.fumssar.com.br/site/?p=561>. Acesso em 23/04/2012.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia: Teórica e Prática.** Editora Guanabara Koogan. S.A. Rio de Janeiro, 2003.

REIS, Eduardo J F B; DOS SANTOS, Fausto P.; DE CAMPOS, Eduardo Francisco et al. **Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde: Notas Bibliográficas.** Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro (50 -61), janeiro a março/1990.

REINALDO, Amanda M. **Saúde mental na atenção básica como processo histórico de evolução da psiquiatria comunitária.** Escola de Anna Nery Revista de Enfermagem. Rio de Janeiro, março de 2008; volume 12, nº 1: 173 - 178.

RUA, Maria G R. **Políticas Públicas.** Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC: Brasília: CAPES: UAB, 2009.

SILVIA, Ligia Maria V. FORMIGLI, Vera Lúcia A. **Avaliação em saúde: limites e perspectivas.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro 1994, volume 10, nº1, 80-91.

SILVA, Tomaz Tadeu da. **Argumentação, estilo, composição: introdução à escrita acadêmica.** Porto Alegre: UFRGS/PPGE-Programa de Pós-Graduação em Educação, 2006.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias.** Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Is primary-care essential?** Lancet, v. 344, n. 8930, p. 1129-1133, Out. 1994.

<http://www.google.com.br/search>, mapa do município de Santa Rosa. Acessado em 10/03/2012.

APÊNDICES

APÊNDICE I - SOLICITAÇÃO PARA REALIZAR PESQUISA CIENTÍFICA NA FUMSSAR

Vimos pelo presente solicitar autorização para a realização do projeto de pesquisa A Rede de Saúde Mental do município de Santa Rosa – RS, conhecendo a estrutura, junto à FUMSSAR. O referido projeto será realizado para conclusão de pós-graduação *lato sensu* apresentada a Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista Gestão em Saúde.

Encaminhamos em anexo:

- (X) Cópia do projeto em papel e meio magnético;
- (X) Declaração de responsabilidade da instituição de ensino;
- (X) Declaração de responsabilidade do(s) pesquisador (es) responsável (eis);

Santa Rosa, _____ janeiro de 2012.

Assinatura do Interessado
Nome: Elisiane Bisognin
Endereço: Av. América, nº 274 apto 504, centro. Santa Rosa
E-mail para contato: elisbisognin@yahoo.com.br

Para:

Karina Wahhab Kucharski

Presidente - FUMSSAR

Santa Rosa-RS



**AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA
REALIZAÇÃO DE PESQUISA CIENTÍFICA**

Considerando o parecer da Comissão Científica da FUMSSAR através do processo administrativo nº 221/2012 de 30/01/12, **autorizamos** a realização e desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado “A rede de saúde mental do município de Santa Rosa-RS , conhecendo a Estrutura. Este estudo está sob responsabilidade de Cátia Bauer Maggi, Roberta Alvarenga Reis, Elisiane Bisognin. .

Santa Rosa, 10 de fevereiro de 2012.



Karina Wahhab Kucharski
Presidente