

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO**

**A Rede de Saúde Mental na 1ª Coordenadoria Regional de Saúde: um
olhar a partir das internações no Hospital Psiquiátrico São Pedro**

CLARICE COELHO DE OLIVEIRA

**Porto Alegre
2012**

Clarice Coelho de Oliveira

**A Rede de Saúde Mental na 1ª Coordenadoria Regional da Saúde: um
olhar a partir das internações no Hospital Psiquiátrico São Pedro**

**Trabalho de conclusão de curso de
Especialização apresentado ao Programa de
Pós-Graduação em Administração da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul,
como requisito parcial para a obtenção do
título de Especialista em Gestão em Saúde
Pública.**

Orientadora: Profa. Dra. Mariana Baldi

Porto Alegre

2012

RESUMO

A concretização da Reforma Psiquiátrica no Brasil, dentro dos princípios e diretrizes do SUS, tem sido um constante desafio para trabalhadores, gestores e usuários da saúde mental. A histórica tentativa em realizá-la definitivamente esbarra em práticas e discursos tradicionais sobre a loucura extremamente arraigados na sociedade.

A Secretaria Estadual de Saúde do RS (SES/RS) e o Departamento de Ações em Saúde (DAS) estão organizados em sete macrorregionais, que são a condensação das dezenove coordenadorias regionais de saúde (CRS) em grupos, por aproximação territorial, com objetivo político de organizar os sistemas locais e regionais de saúde, segundo os princípios do SUS (Plano Diretor de Regionalização, 2000).

Nessa lógica de organização regionalizada é implantada a Linha de Cuidado em Saúde Mental. Atualmente, a coordenação estadual de saúde mental vem apresentando, junto às CRS, a linha de cuidado “O cuidado que eu preciso” para os municípios, com a proposta que seja feita uma pactuação entre gestor municipal e estadual, através de um Termo de Adesão à Linha de Cuidado.

Este trabalho relata a experiência na gestão em saúde através da inserção do Terceiro Ano Opcional da Residência Multiprofissional da Escola de Saúde Pública (ESP) no processo de articulação da rede de saúde mental a partir da Atenção Básica, considerando a cogestão, a educação permanente e o apoio institucional como estratégicos ao processo.

Para iniciá-lo, foi escolhida a 1ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), pois concentra as cidades da região metropolitana que apresentam os maiores índices de internações no HPSP. Primeiramente foi feito um mapeamento da rede de saúde que cada município dispõe, analisando suas potencialidades e fragilidades e, após, realizadas rodas de conversa com gestores e trabalhadores da rede de saúde. Neste momento, discutiu-se sobre quais ações poderiam ser desenvolvidas em nível regional e municipal para potencializar o cuidado ao usuário no território.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	5
2. O Hospital Psiquiátrico e o Hospital Geral: fôrmas e formas possíveis de cuidado em saúde mental.....	8
3. Reforma Psiquiátrica Brasileira: breve histórico.....	13
4. As Redes de Atenção à Saúde e a Regionalização do SUS.....	20
5. A regionalização do SUS: resgate histórico das Coordenadorias Regionais de Saúde no Rio Grande do Sul.....	22
6. O papel do Estado na articulação das Redes de Atenção à Saúde: o apoio institucional e a educação permanente como ferramentas de gestão.....	27
7. A constituição da linha de cuidado em saúde mental no Rio Grande do Sul e o desafio da concretização da Reforma Psiquiátrica na 1ª CRS.....	29
8. O Funcionamento Da Rede de Saúde Mental na 1ª CRS: um olhar a partir do número de internações no Hospital Psiquiátrico São Pedro.....	32
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
REFERÊNCIAS.....	45

1. Introdução

A concretização da reforma psiquiátrica no Brasil tem sido um constante desafio para os trabalhadores, gestores e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). A histórica tentativa em realizá-la definitivamente esbarra em discursos e práticas sobre a loucura que estão extremamente arraigados na sociedade e inclusive nos trabalhadores da saúde, o que resulta na segregação do cuidado, impedindo os usuários da saúde mental a exercerem uma vida em sociedade. Estas resistências e contradições tanto nas políticas quanto nas ações voltadas à saúde mental dificultam a efetiva implementação da reforma psiquiátrica.

O estado do Rio Grande do Sul foi pioneiro em legislar sobre o tema no Brasil através da Lei Estadual nº 9.716 de 1992, que dispõe sobre a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul e determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental. Mas, mesmo após vinte anos da promulgação desta lei, o estado ainda não alcançou os objetivos, conforme ilustrados no artigo 2º:

Art. 2º - A reforma psiquiátrica consistirá na gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico de cuidados às pessoas que padecem de sofrimento psíquico por uma rede integrada e variados serviços assistenciais de atenção sanitária e social, tais como ambulatórios, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, leitos ou unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais, hospitais-dia, hospitais-noite, centros de convivência, centros comunitários, centros de atenção psicossocial, centros residenciais de cuidados intensivos, lares abrigados, pensões públicas comunitárias, oficinas de atividades construtivas e similares (RIO GRANDE DO SUL, 1992).

Atualmente, a coordenação estadual de saúde mental vem apresentando, junto às Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), uma estratégia de gestão do cuidado em saúde mental a partir do desenho da trajetória do usuário na rede de atenção. A linha de cuidado “O cuidado que eu preciso” para os municípios é a proposta de uma pactuação entre gestor municipal e estadual, através de um Termo de Adesão à Linha de Cuidado. A linha de cuidado inclui o financiamento estadual para alguns dispositivos direcionados a municípios de pequeno, médio e grande porte, que serão especificados ao longo deste relato.

Pretende-se, dessa forma, que a atenção à saúde seja priorizada de modo regional, não apenas para assegurar o acesso da população aos serviços de saúde, mas para fortalecer o vínculo do usuário com a equipe de seu território, permitindo seu acompanhamento longitudinal.

Em consonância a esse movimento da gestão estadual, e observando a região metropolitana situada na 1ª CRS, nos reportamos ao Hospital Psiquiátrico São Pedro, em Porto Alegre, que atualmente ainda é referência para essa região¹ nas internações psiquiátricas e de álcool e outras drogas.

Ao verificarmos os números de internações no ano de 2011 nesta região percebemos que estes são bastante elevados. Esta situação é problemática, pois além de contrariar os pressupostos da Reforma Psiquiátrica – que preconiza o cuidado em rede – aponta um desafio constante tanto para a gestão e atenção à saúde mental.

Este trabalho tem como objetivo geral relatar o processo de intervenção na 1ª CRS, que ocorreu a partir de minha inserção como Residente de Terceiro Ano Opcional da Escola de Saúde Pública (ESP)² na coordenação de saúde mental do estado.

Para tanto, o primeiro objetivo específico consiste no mapeamento da rede de saúde que cada município desta região dispõe, analisando suas potencialidades e fragilidades. O segundo objetivo será a análise das reuniões realizadas com gestores e trabalhadores da rede de saúde. Finalmente, de modo a alcançar o terceiro objetivo específico, será discutido o papel do estado na gestão do SUS, no que concerne a saúde mental.

Tendo em vista as dificuldades que a reforma enfrenta para sua efetiva implementação (dificuldades estas que ultrapassam e muito a simples vontade política – quando há – dos diferentes governos em implementá-la), este trabalho se justifica dada a necessidade crucial de reflexão e de discussão sobre os processos e as dinâmicas que se constituem em barreiras a sua implementação.

1 O Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP) é referência para a região que compreende a 1ª, 2ª e 18ª CRS. Neste trabalho trataremos apenas do território da 1ª CRS.

2 O Terceiro Ano Opcional da Residência Integrada em Saúde é um ano de formação para egressos de programas de residência da Escola de Saúde Pública (ESP/RS). É uma modalidade de educação profissional em serviço multiprofissional, pós-graduada, de caráter interdisciplinar, com ênfase em Gestão da Educação em Saúde Coletiva.

Atualmente o Departamento de Ações em Saúde (DAS) da Secretaria Estadual da Saúde (SES) vem realizando mudanças em seu processo de trabalho, o que acarreta formas diferentes de operacionalizar a gestão em saúde no estado. Os trabalhadores da SES, que até então vinham desenvolvendo suas atividades através das divisões por políticas de saúde – saúde da criança, saúde prisional, saúde indígena, saúde da mulher/homem, saúde mental e estratégia de saúde da família – dividiram-se em grupos georreferenciados por macrorregiões de saúde, que são os agrupamentos das 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS).

Esse novo arranjo vem propiciando um olhar diferenciado para o território, principalmente no que tange à organização das linhas de cuidado. Inicialmente, os grupos georreferenciados ocuparam-se da linha de cuidado materno-infantil, denominada pelo Ministério da Saúde como “Rede Cegonha”, e ao longo do processo vem agregando as demais temáticas. Esse processo visa a superar a fragmentação do trabalho em saúde, possibilitando que os trabalhadores tenham uma visão mais integral dos processos de gestão em saúde e operem no método de cogestão, pautando suas decisões coletivamente.

Nessa perspectiva, esse trabalho pretende enfatizar a necessária desinstitucionalização do cuidado em saúde mental. É de suma importância que se inclua essa discussão nos espaços de cogestão e sejam elaboradas e pactuadas estratégias que visem a propiciar o cuidado em saúde mental em redes de atenção, consonantes ao processo da reforma psiquiátrica.

2. O Hospital Psiquiátrico e o Hospital Geral: fôrmas e formas possíveis de cuidado em saúde mental³

Para falar do Hospital Psiquiátrico e do modelo hospitalocêntrico será feita uma breve contextualização histórica de alguns fatos relevantes sobre o próprio hospital, as concepções de saúde/doença, o surgimento do manicômio e da psiquiatria e a Reforma Psiquiátrica, ou Luta Antimanicomial, que baliza as ideias desse trabalho.

Segundo Coelho (2010) “Durante praticamente todo o século XX o hospital e seu quadro médico ocupou posição central na organização dos sistemas de saúde de praticamente todos os países do Ocidente. Falar de sistema de saúde restringia-se, quase sempre, a discutir como organizar médicos e hospitais.” (COELHO, 2010, p. 101).

Mas como se sabe, o hospital nem sempre teve essa função, a palavra hospital origina-se do latim *hospitale* que significa lugar onde se recebe as pessoas, hospedaria. Essas instituições, segundo relatos do final do século IV e início do século V, recebiam doentes e não tinham o objetivo de curá-los, mas de salvar suas almas.

Já entre os séculos XVIII e primeira metade do século XIX os hospitais passam progressivamente da gestão da Igreja para a do Estado, se tornando um espaço dos doentes e dos médicos que buscaram estudar e melhorar a prática clínica.

No hospital a saúde do corpo vai substituir progressivamente a salvação da alma como objetivo, enquanto, para os médicos, a clínica, mudando seu enfoque da doença como essência abstrata, passa a ver o indivíduo no hospital como corpo doente a demandar uma intervenção que dê conta de sua singularidade, que Foucault tão bem descreve no Nascimento da Clínica. (COELHO, 2010, p. 102).

O período do crescimento dos hospitais é concomitante ao reconhecimento da profissão médica. O pensamento hegemônico da segunda

³ Este título foi inspirado no título do segundo capítulo da dissertação de Jaqueline da Rosa Monteiro, intitulado “Fôrmas E Formas: A Rede De Atenção Integral Em Saúde Mental” (MONTEIRO, 2009) em que discute o cuidado no Hospital Geral como uma forma mais humanizada do cuidado e da abertura para a Rede de Atenção, em contraponto ao Hospital Psiquiátrico (a fôrma) que tende a enclausurar o portador de sofrimento psíquico.

metade do século XIX e da primeira metade do século XX foi constituído pela vinculação intrínseca entre medicina e hospital corroborado pela cientificidade da biologia.

No pós-guerra a extensão da proteção social e assistência à saúde a toda a população ocorreu em diferentes maneiras, mas na maioria dos países teve o intuito de ofertar médicos e hospitais. Devido a isso, houve um grande aumento de hospitais, de profissionais ligados aos hospitais e do número de serviços prestados em praticamente todos os países da Europa e da América do Norte.

Nos anos 70 e 80 do século XX, a associação entre um alargamento da clientela e a ampliação do acesso aos serviços, operada pela implementação do direito à saúde como política da maioria dos países ocidentais por um lado, e o aumento dos custos decorrentes de uma medicina hospitalar cada vez mais especializada e equipamento-dependente por outro, resultou em expressivo aumento do gasto com assistência médica ao longo dos anos, o que, de alguma forma, ainda repercute até o presente. (COELHO, 2010, p. 105)

O autor contextualiza a importância e a legitimidade do hospital

[...] com sua espiral tecnológica e científica e o processo de especialização médica começaram a serem questionados em sua capacidade de melhorar a qualidade de vida ou os indicadores de saúde. A permanente incorporação de novas tecnologias no interior do hospital, bem como a especialização e equipamento-dependência das práticas médicas tornaram-se uma indústria em si mesmas, sem que se notasse igualmente seus efeitos práticos. Ao mesmo tempo, os efeitos colaterais perversos desse processo de tecnificação começaram a mostrar de forma mais dramática sua face. O uso abusivo dos antibióticos, psicofármacos, o excesso de exames complementares, alguns de natureza invasiva, passíveis de levar a complicações e até mesmo a morte, levou autores como Illich (1975) a denunciar a iatrogênese e questionar a eficácia desta medicina tecnicista e hospitalocêntrica (COELHO, 2010, p. 106).

No Brasil, ampliaram-se as ações de cunho higienista voltadas para vigilância dos portos, saneamento das cidades e controle das grandes endemias que arrasavam o país, a exemplo das campanhas sanitárias de Osvaldo Cruz, no Rio de Janeiro. Esse período ficou conhecido como Sanitarismo Campanhista.

No que concerne aos hospitais, o Estado investiu apenas para alguns segmentos da população. Dessa forma, voltou-se para as doenças infecciosas (hanseníase e tuberculose em especial) e saúde mental.

Devido a esse relato relacionar-se com o tema do cuidado em saúde mental iremos nos deter nessa passagem da história e no momento crucial para o surgimento dos hospitais psiquiátricos.

Phillippe Pinel, no século XVIII, propõe uma nova forma de tratamento aos “loucos”, o chamado tratamento moral, que era baseado em dois princípios: a disciplina e o isolamento. Neste cenário surgem os manicômios, lugares onde os “doentes mentais” seriam isolados e a função do médico seria fundamentalmente disciplinadora. Pinel é considerado o pai da psiquiatria, ao libertar os loucos das correntes e submetê-los a tratamento.

Conforme Ramminger (2006) com o advento da ciência, a internação não mais objetivava enclausurar o louco, mas tornar-se instrumento necessário para sua cura. Começaram a surgir os hospícios amparados por um discurso médico. No Brasil, esse movimento ocorreu em meados do século XIX. Em 1832, no Rio de Janeiro e na Bahia surgem as primeiras faculdades de medicina. Em 1941, D. Pedro II assina o decreto Imperial n. 82, que cria o primeiro hospital psiquiátrico do Brasil e da América Latina, inaugurado em 1852.

Seguindo essa tendência, vários outros estados criam seus hospitais psiquiátricos amparados por um discurso médico, que busca se legitimar enquanto detentor da verdade sobre a loucura. No Rio Grande do Sul, em 29 de junho de 1884 é inaugurado o Hospício São Pedro, muito em decorrência de uma luta dos filantropos da Santa Casa. Wadi (2002 apud RAMMINGER, 2006) comenta essas negociações da época “se num primeiro momento médicos e filantropos andaram de mãos dadas para retirar os loucos dos hospitais gerais, rapidamente os primeiros passaram a reivindicar maior espaço nas decisões relativas aos alienados, o que significa que tudo deveria passar pelo crivo médico” (p. 34).

Ramminger (2006) relata um estudo feito por Wadi (2002, apud RAMMINGER, 2006) sobre os relatórios do Hospício São Pedro. Chamava atenção à constante necessidade ali apontada de aumentar o número de empregados, sobretudo para estabelecer uma vigilância precisa, “correspondendo às necessidades que o serviço cria e que a ciência impõe” (p. 34).

Na dissertação Tatiana Ramminger (2002) - em que realiza uma pesquisa com os trabalhadores de saúde mental do Hospital Psiquiátrico São Pedro – é relatada a sua experiência na gestão estadual de saúde, onde empreendeu esforços para a constituição do processo da Reforma Psiquiátrica durante o período de 1999 a 2002. Neste período, umas das estratégias empreendidas pelo governo foi o Projeto São Pedro Cidadão

O São Pedro Cidadão virou marca de Governo, modificando a atenção prestada pelo Hospital, a partir da formação de uma rede de dispositivos sócio-cultural-sanitários, em um trabalho que envolveu, para se ter ideia de sua amplitude, as áreas da saúde, educação, habitação, trabalho, justiça, cultura, meio ambiente, obras e planejamento, além de contar com o apoio de importantes movimentos sociais. A tentativa era estabelecer uma política pública, para além de um programa de governo. (p. 12).

A autora (ibidem, 2002) questiona sobre a viabilidade de realizar um processo de desinstitucionalização e da necessidade de terem pessoas implicadas com o processo, não apenas vistas como mão de obra da ação. “Serão estas as condições necessárias? Um processo de desinstitucionalização só é possível com trabalhadores militantes?” (p. 13).

O Hospital Psiquiátrico São Pedro, atualmente persiste em sua existência além de ter cerca de 260 moradores. Há uma orientação política para que ocorra o processo de desinstitucionalização desses usuários. Mas como se percebe durante esse relato histórico, há muito tempo o cuidado das pessoas portadoras de sofrimento psíquico vem sendo orientado para o hospital psiquiátrico, a questão é que hoje já se sabe que a exclusão dessas pessoas não gera tratamento e sim fortalece a exclusão e o sofrimento. No entanto, a Reforma Psiquiátrica é um movimento recente, principalmente em nosso país, quando ganhou maior visibilidade a partir da década de 1970.

De acordo com a análise de Monteiro (2009)

Por muito tempo o manicômio tornou-se hegemonicamente o único lugar de tratamento dos transtornos mentais, o que colaborou para constituir-lo no imaginário social como referência para atendimento, provocando a falsa sensação de resolutividade para sociedade, que apenas escondia e agravava um problema maior, o da exclusão social do portador de sofrimento psíquico. Milhares de pessoas foram institucionalizadas em hospitais psiquiátricos e destituídas da sua possibilidade de convívio social e de seus direitos humanos, em muitos dos casos condenados ao cárcere privado perpétuo. (MONTEIRO, 2009, p. 39).

Por esse motivo, de estar muito tempo arraigado na sociedade o cuidado dentro dos manicômios, muitas pessoas ainda têm resistência a desinstitucionalização, confundindo com desospitalização, que é o fechamento dos hospitais e o abandono dos enfermos à própria sorte.

É preciso salientar diferenças importantes entre estas duas concepções. A Reforma Psiquiátrica teve início na Europa nos anos 60, onde a desinstitucionalização dentro deste contexto tem por objetivo a superação gradual da internação nos manicômios através da criação de serviços na lógica da inserção social. Já a desospitalização é entendida como uma política de altas hospitalares, de redução do número de leitos e fechamento, por vezes brusco, de hospitais psiquiátricos, fato ocorrido na Inglaterra, após a Segunda Guerra Mundial e nos Estados Unidos, por políticas neoliberais que implementaram de forma negligente a desospitalização (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001 apud MONTEIRO, 2009, p. 19).

O cuidado em saúde mental é complexo e isso indica que o fato de um portador de sofrimento mental estar considerado em fase aguda, isso não indica por si só que ele será tratado no hospital de sua região. Isso porque pode acontecer do seu melhor vínculo ser na Atenção Básica ou em outro serviço que é mais próximo de sua casa. (MONTEIRO, 2009).

Monteiro (2009) relata que há uma orientação do Ministério da Saúde para que as internações psiquiátricas ocorram em hospitais gerais

Assim como as internações psiquiátricas, as internações por uso de álcool e outras drogas também são estimuladas a ocorrerem em hospitais gerais com Autorização de Internação Hospitalar (AIH) considerando além da quebra do estigma o aparato capaz de dar conta da gama de intercorrências clínicas, conforme a Portaria nº 816, de abril de 2002, que institui o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Drogas (BRASIL, 2002a). Para o cadastro de um leito psiquiátrico, no hospital geral, deve-se respeitar a legislação vigente em Saúde Mental, no país, e considerar os critérios da Portaria nº 224/GM de 1992 (BRASIL, 1992b) que define os parâmetros para funcionamento de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, determinando as condições de estrutura física do hospital, como: área de lazer, área para realização de grupos, equipe técnica mínima, projeto terapêutico individual e relação com a rede extra-hospitalar. (MONTEIRO, 2009, p. 24).

Percebe-se, com esses pontos levantados pela autora, que há um esforço para que o hospital geral não acabe se fechando e reproduzindo o cuidado manicomial. O hospital geral é e deve ser reconhecido como parte da rede integral de saúde mental, pois o portador de sofrimento psíquico precisa de cuidados assim como qualquer outra pessoa que esteja passando por uma doença.

Para entendermos melhor essa trajetória da luta antimanicomial, farei um breve histórico desse movimento aqui no Brasil.

3. Reforma Psiquiátrica Brasileira: breve histórico

A história da luta antimanicomial que visa a Reforma Psiquiátrica, tendo a Lei Estadual nº 9.716 de 1992, pioneira no país, que *dispõe sobre a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul e determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental*, e, mais tarde, a Lei Federal 10.216 de 2001, pode ser contada a partir de várias datas, apontando acontecimentos tanto regionais, nacionais ou internacionais que marcaram no fortalecimento do movimento.

Por ser uma introdução costumeira em diversos outros trabalhos que tratam da temática⁴, opta-se por seguir uma breve contextualização conforme traz Pitta (2011), ao separar por décadas os avanços e desafios que surgiam no país.

Iniciando nos anos de 1970, a atenção à saúde mental é quase que exclusivamente manicomial, ao mesmo tempo em que ocorre um crescimento de instituições privadas pagas pelo estado para atender os usuários.

entre 1965 e 1970 a população internada em hospitais públicos permaneceu a mesma, enquanto a clientela das instituições conveniadas remuneradas pelo poder público saltou de 14 mil, em 1965, para trinta mil em 1970. Anos depois, esses números se multiplicariam para 98 mil leitos psiquiátricos em 1982, concentrados na região sudeste e em alguns estados do nordeste, mantendo uma proporção de 80% de leitos contratados junto ao setor privado e 20% diretamente públicos (PITTA, 2011, p. 4586).

4 A exemplo de BERNARDES (2002), RAMMINGER (2005), CONSOLI, HIRDES e COSTA (2009) e PITTA (2011). E o livro "Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil (AMARANTE et al., 2005).

Nesta época, os militantes da Reforma Psiquiátrica Brasileira se articulavam em congressos, associações, sindicatos, constituindo-se em movimentos sociais e lutando contra o modelo psiquiátrico vigente. Esse movimento se apresenta com maior força nos anos 80, década da Reforma Sanitária Brasileira. Ocorre o I Congresso de Saúde Mental. Em 1987 ocorre a I Conferência de Saúde Mental, no Rio de Janeiro. Segundo a autora (PITTA, 2011), nesta conferência, perverte-se a ordem estabelecida, pois no lugar de um congresso psiquiátrico, houve uma grande assembléia, coordenada por uma mesa eleita pelos presentes e com uma relatoria representativa. Marco da democracia em saúde mental.

Dentre as experiências pioneiras nesta área surgidas a partir dos anos 70 destacam-se a da Unidade de Saúde São José do Murialdo, em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul⁵, o programa de saúde mental de Campinas e o projeto de São Paulo idealizado pelo coordenador de saúde mental do estado Luiz Cerqueira e o professor da Universidade de São Paulo (USP) Guilherme Rodrigues da Silva. Este último objetivava atenção integral e territorial inserindo a saúde mental na atenção primária e foi o embrião para as experiências comunitárias pioneiras dos anos de 1983 a 1987 resultando em 91 equipes multiprofissionais nos centros de saúde do estado de São Paulo. Além disso, nos antigos ambulatórios em centros comunitários de saúde, com programas de intensidade mínima, média e máxima. Esses serviços já apontavam para os futuros Centros de Atenção Psicossociais (PITTA, 2011).

O surgimento de experiências institucionais bem-sucedidas na arquitetura de um novo tipo de cuidado em saúde mental pipocava em vários pontos do país. Duas delas são consideradas “marco inaugural e paradigmático” de uma nova prática de cuidados: o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, no Distrito da Bela Vista, na cidade de São Paulo; e a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, realizada pela administração municipal de Santos, em São Paulo, como um projeto mais amplo e radical de desinstitucionalização no país (PITTA, 2011).

O CAPS Luiz Cerqueira, surgido em 1987 é um marco histórico na constituição de um modo de cuidar que considera o sujeito em sofrimento articulado em seu território, superando a forma de enclausuramento para tratar.

5 Origina a primeira Residência Multiprofissional do país. Este modelo já apresenta a compreensão de que o campo de saúde pública tem suas especificidades e a formação em saúde pública deve estar em consonância às necessidades do território. Sobre isto ver SILVA (2002) que relata a trajetória do Centro de Saúde Escola Murialdo (CSEM).

Já a experiência de São Paulo nos remete a Casa de Saúde Anchieta, hospital privado conveniado ao SUS. A equipe gestora da época conseguiu realizar a intervenção na chamada Casa Dos Horrores narrada por David Capistrano Filho no livro “Da Saúde e Das Cidades” (CAPISTRANO FILHO, 1995). Neste relato, o autor conta que “a reunião de planejamento de nossa entrada no Anchieta foi feita em 29 de abril de 1989 [...] naquela manhã reuníamos eu, Antonio Lancetti, o psiquiatra Tikanori Kinoshita, o doutor Willians Harry Valentini, sua esposa Cenise Monte Vicente. [...] Nós começamos a discutir qual seria o programa de saúde mental para cidade.” (CAPISTRANO FILHO, 1995, p. 103). Em seguida, o autor conta com maiores detalhes a intenção do grupo gestor

“nossa ideia era a seguinte: se começarmos a atender as pessoas fora dos hospitais psiquiátricos através de uma rede de ambulatórios, a tendência será as pessoas não irem mais para os manicômios. Pensávamos que, a longo prazo, isso levaria ao enfraquecimento dos hospícios e à sua substituição pelo tratamento ambulatorial. Não deu certo.” (CAPISTRANO FILHO, 1995, p. 105).

Um dos empecilhos demonstrado pelo autor dessa estratégia é que os serviços ambulatoriais funcionavam no horário comercial, geralmente das 7h às 17h. Ora, as crises psicóticas, assim como outras crises, não têm hora para acontecer. Resultado disso: os serviços ambulatoriais atendiam os casos mais amenos, encaminhando os mais graves ao hospital e gerando um movimento contrário ao planejado, pois acabava alimentando ainda mais o manicômio (CAPISTRANO FILHO, 1995).

A alternativa foi, ao invés de tentar desconstruir o manicômio por fora, através de serviços substitutivos, intervir diretamente, destruir sua cultura e suas relações, formando pessoas para atender o doente mental e, a partir de então, construir a rede ambulatorial.

A entrada ocorreu com dia e horário marcado, contando com a presença de diversas entidades e organizações sociais, além da imprensa. Um grupo formado por praticamente cinquenta pessoas. A intervenção é avaliada pelo autor como exitosa. “Assim como o cavalo de Tróia levava homens ao interior da cidadela inimiga, nossa intervenção trouxe para dentro do manicômio os olhos e ouvidos da cidade” (CAPISTRANO FILHO, 1995, p. 107).

O que se seguiu foi uma reestruturação do local, paradoxalmente necessária, pois o hospital deixaria de existir, mas se precisava investir nele,

suas condições eram extremamente precárias. Com o seu fechamento, surgiram os NAPS – Núcleos de Apoio Psicossocial – que funcionavam diariamente, 24 horas por dia.

Essa experiência foi avaliada por Pitta (2011), como a mais radical intervenção ao modelo asilar e manicomial no país. Mas outras experiências exitosas poderiam ser contadas, a exemplo de Campinas, São Lourenço do Sul, Belo Horizonte, Sobral, Fortaleza, entre outras.

Seguindo a contextualização histórica da Reforma Psiquiátrica no país, chegamos à década de 1990 e no embate feito para a construção da Lei da Reforma Psiquiátrica, iniciada com um projeto de lei proposto pelo Deputado Paulo Delgado (PT-MG) em 1989 que após vários trâmites e mudanças por quase durante doze anos foi rejeitado no Senado. Contudo, foi substituído por outro, incorporando os avanços das discussões feitas até então, mas não sendo tão incisivo na questão do término dos hospitais psiquiátricos quanto a lei do Rio Grande do Sul.

A Lei Estadual nº 9.716 de 1992 foi um marco referencial para a reforma, pois, como dito anteriormente, foi a primeira do país a ser promulgada. A partir dessa legislação diversas ações em prol da desinstitucionalização⁶ foram realizadas no estado, a exemplo da construção de residenciais terapêuticos para a progressiva reinserção de moradores de instituições psiquiátricas no convívio social e dos incentivos financeiros para voltarem a seus municípios de origem (após pactuação com suas famílias e a rede de atenção à saúde), entre outros (RS, 1992).

A partir desse ano de 1992, foram criados outros serviços de saúde mental em diversos municípios do país, substitutivos aos hospitais psiquiátricos⁷, que se configuraram como dispositivos eficazes na diminuição das internações e na mudança do modelo de atenção. A proposta era de gradualmente acabar com as internações e moradias em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004).

Sobre a década iniciada nos anos 2000, Pitta (2011) afirma que

⁶ A desinstitucionalização visa orientar o cuidado do usuário em rede substitutiva, e não em longas permanências em instituições psiquiátricas como ocorria tradicionalmente.

⁷ Podemos citar os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Centros de Convivência, as Oficinas de geração de Renda, os Hospitais-dia e as Oficinas Terapêuticas.

o avanço mais consistente da reforma psiquiátrica brasileira acontece nessa década. Um arcabouço normativo importante trata da expansão da rede comunitária e do controle dos hospitais, onde as Portarias 336 e 189 expandem os CAPS e duas portarias, 106 e 1.220, ambas de 2000, instituem os “serviços residenciais terapêuticos (SRT)” a fim de viabilizar a reinserção social na comunidade dos moradores de hospitais cronicamente internados. Aliadas às portarias que deram existência institucional aos CAPS e NAPS (336/2001), se constituem em importantes instrumentos normativos da Reforma (p. 4586).

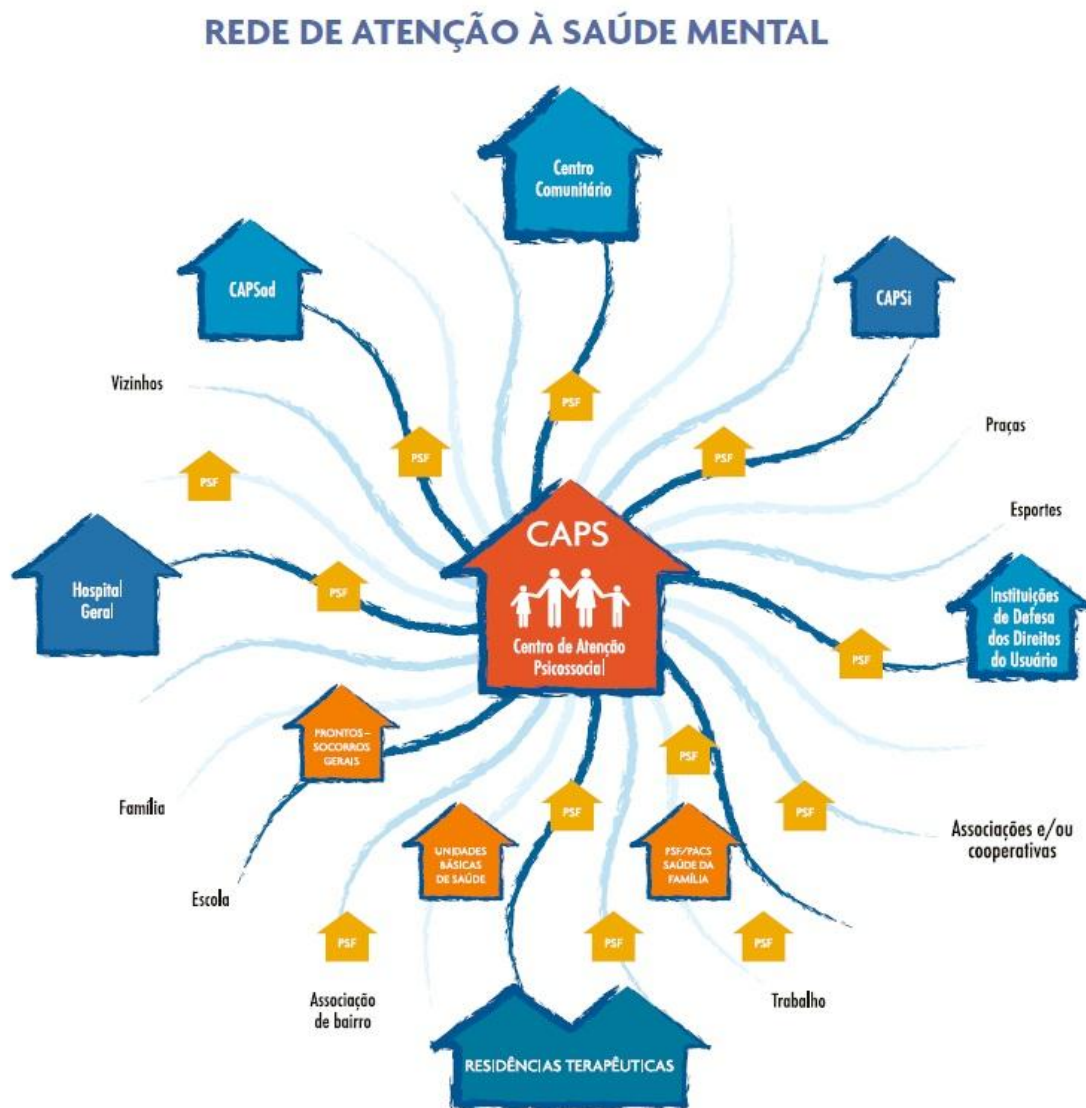
No entanto, Amarante (2006) ressalta que “Apesar do valor inegável destas portarias, a concepção impressa nestes documentos termina por limitar a criatividade e a complexidade dos serviços de atenção psicossocial” (AMARANTE, 2006, p. 748).

Em 2001 é criada a Lei Federal 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo de atenção em saúde mental. Porém, esta lei não é clara quanto à extinção dos hospitais psiquiátricos e ao fim das internações nestas instituições, revelando um retrocesso na maneira de se pensar a Reforma Psiquiátrica no Brasil (BRASIL, 2001).

No mesmo ano, acontece a III Conferência Nacional de Saúde Mental, a qual é incisiva quanto à necessidade da desinstitucionalização através da reorientação do modelo de atenção à saúde mental que deve ser feita dentro de uma rede de cuidados. Assim, a potência dos serviços substitutivos, sua relação próxima à Atenção Básica e a regionalização desta rede tem sua defesa revigorada através do engajamento de gestores, trabalhadores e usuários, na busca por um atendimento com qualidade, acesso, humanização, em que o usuário possa ter autonomia e inclusão social (BRASIL, 2001).

A portaria 336 de 2002 estabeleceu uma nova regulamentação aos serviços de atenção psicossocial. , apresentando três categorias. CAPS I e II, que se distinguem pelo tamanho populacional do município onde está inserido. CAPS III, destinado à municípios de grande porte (acima de 200 mil habitantes) e que funciona 24 horas. CAPS i, destinado às crianças e adolescentes e CAPSad, destinado ao cuidado de pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas. A sigla NAPS foi extinta e todos os serviços passaram a ser denominados CAPS.

Dessa forma, a rede de atenção em saúde mental na concepção do Ministério da Saúde, passou a se constituir da seguinte forma, até os dias de hoje, conforme figura abaixo:



E a respeito desses últimos anos, desde a promulgação da Lei 10.216, o que vem ocorrendo? Como tendência, Pitta (2011) aponta que houve um importante avanço nas prescrições e diretrizes do Ministério da Saúde, da Justiça e Direitos Humanos, da Cultura e do Trabalho. Tais avanços, porém, não são acompanhados por ações. A autora (ibidem, 2011) se preocupa com a desqualificação da subjetividade humana nas políticas públicas e das ações resultantes.

Tomando como referência crianças, adolescentes, adultos e idosos em situação de rua, situação comum entre os que o uso da droga desestruturou laços sociais e familiares, se observa um descompasso entre o prescrito e o real. Para um grande avanço normativo, com portarias e editais prescrevendo e se dispondo a financiar a rede de cuidados, encontramos poucas iniciativas nos estados e municípios, onde as pessoas vivem cotidianamente. As academias se acomodam nos serviços ambulatoriais diurnos que melhor se adequam aos seus ritos acadêmicos. Nesse vazio de alternativas oficiais públicas de rede assistencial continente, as “comunidades terapêuticas”. (PITTA, 2011 p. 4587)

As “comunidades terapêuticas” estão incluídas pela Reforma Psiquiátrica entre as instituições asilo-manicomiais que precisam ser substituídas. Segundo a autora (ibdem, 2011)

A Reforma Psiquiátrica Brasileira segue defendendo ações efetivas em rede na Atenção Básica, nos Ambulatórios Especializados, nos CAPS AD III, nas Unidades Residenciais Transitórias, nos Serviços Residenciais Terapêuticos, nos leitos em Hospitais Gerais e nas pequenas enfermarias especializadas. Ainda enfatiza os Pontos de Encontro, os Centros de Convivência, as Oficinas de Geração de Renda e Trabalho e o “gerenciamento de casos” nas comunidades, baseados na lógica de redução de danos. Defende ainda ações intersetoriais de inclusão social no trabalho, na escola, nas artes, nos esportes, na cultura e a produção de chances de novos protagonismos sociais que ocupem o lugar das drogas nos projetos de vida dos usuários. (PITTA, 2011, p. 4588).

Como se percebe, o cuidado em saúde mental, conforme preconizado pela Reforma Psiquiátrica prevê não somente a constituição de vários dispositivos, mas que esses tenham uma inserção comunitária e operem em rede. A lógica do cuidado manicomial não se situa somente nos hospitais psiquiátricos, mas também em todo e qualquer serviço que proponha o isolamento, ou que não vise a integração com a vida em sociedade.

A lógica do cuidado em rede e da constituição de linhas de cuidado tem sido bastante desenvolvida nos últimos anos e é a orientação atual tanto da gestão federal como estadual. Os próximos tópicos irão demonstrar a constituição das redes de atenção, partindo das normativas federais e de como a gestão da saúde estadual se insere na organização regional.

4. As Redes de Atenção à Saúde e a Regionalização do SUS

Este tópico parte das considerações teóricas abordadas no módulo “Gestão dos Sistemas e Serviços de Saúde”, em especial sobre a Organização de Rede de Atenção à Saúde. Os autores (KUSCHINIR; CHORNY; LIRA, 2010) fazem uma contextualização histórica sobre a constituição de redes de saúde no Brasil, lembrando que na década de 1990 essa temática deixou de ser eixo organizativo do SUS, visto que as atenções voltaram-se ao processo de descentralização político-administrativa para a esfera municipal, embora continuassem havendo planos e debates.

A regionalização voltou de fato ao centro das discussões com a publicação da Norma Operacional Básica no ano de 2001. Em 2006, o Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão definiu a regionalização como eixo estruturante de gestão, o que significa que deve orientar o processo de descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre gestores.

A partir de um diagnóstico inicial da situação do SUS atualmente, a Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010, traz como solução a necessária inovação do processo de organização do sistema de saúde, que redirecione as ações e serviços no desenvolvimento da Rede de Atenção à Saúde (RAS) para produzir impacto positivo nos indicadores de saúde da população (BRASIL, 2010).

A RAS é concebida a partir de arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, que diferem em suas densidades tecnológicas, e que se conectam através de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscando assegurar a integralidade do cuidado. Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos.

O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do SUS, em

termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária além de eficiência econômica. Sua operacionalização se dá pela interação dos seus três elementos constitutivos: população/região de saúde definidas, estrutura operacional e um sistema lógico de funcionamento determinado pelo modelo de atenção à saúde (BRASIL, 2010).

Mais recente, o Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011 regulamenta a lei 8.080/90 para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Esse decreto define e especifica conceitos essenciais para o sistema, principalmente no que diz respeito à regionalização, definindo região de saúde como

[...] espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. (BRASIL, 2011a).

Além de inovar a maneira de pactuar os acordos interfederativos com o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde, considerado como um

[...] acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde. (BRASIL, 2011a).

Este decreto também demonstra um avanço quando estabelece a Região de Saúde como base para a alocação de recursos. Fica a cargo das Comissões Intergestoras pactuarem a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em rede de atenção.

Sobre a hierarquização, vale destacar que o Decreto 7.508/11 define como portas de entrada da Rede de Atenção em Saúde os serviços de Atenção Primária, Atenção Urgência e Emergência, Atenções Psicossociais e Especiais de Acesso Aberto. A Atenção Primária é oficializada como ordenadora do acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde.

No mês de outubro do mesmo ano é lançada a nova Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011b) que é enfática sobre as funções da Atenção

Primária à Saúde (APS) com a contribuição para as RAS. A APS⁸ deve ser base, ser resolutiva, coordenar o cuidado e ordenar as redes. Portanto, tem papel central e para que desempenhe tal função deve ser fortalecida com incentivos das três esferas de governo e ter na Saúde da Família (ESF) sua estratégia prioritária para sua expansão e consolidação. (BRASIL, 2011b).

Essa determinação do governo federal de constituir redes de atenção regionalizadas, parte do princípio da configuração territorial. É importante que a região se reconheça como tal. No estado, atualmente esta discussão está sendo feita partindo-se da atual configuração das Coordenadorias Regionais de Saúde, que são a representação da gestão estadual em diversas regiões. Para entender melhor como se constituiu essa atual configuração da gestão da saúde irei relatar brevemente a história das Coordenadorias Regionais de Saúde no estado.

5. A regionalização do SUS: resgate histórico das Coordenadorias Regionais de Saúde no Rio Grande do Sul

A história da Secretaria Estadual da Saúde e da formação das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) é retomada por Kunrath et al (2002), iniciando no ano de 1938, em que o decreto nº 7.481 cria o Departamento Estadual de Higiene e Saúde Pública do Rio Grande do Sul. Este tinha o objetivo de atender o saneamento básico, a tuberculose, a lepra, o tracoma, a mortalidade infantil e as doenças transmissíveis agudas. Naquela época os municípios não tinham recursos técnicos ou financeiros para realizar um trabalho sanitário eficiente.

No ano de 1958 foi criada a Secretaria do Estado de Negócios da Saúde que tinha a incumbência de *promover, orientar e coordenar a execução de serviços de saúde pública, por meio de medidas de medicina preventiva e curativa, de proteção à maternidade e à infância, de difusão de ensinamentos de puericultura e de educação sanitária do povo.*

⁸ Ou Atenção Básica, pois essa Política “considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária como equivalentes” (BRASIL, 2011a).

O Departamento dos Serviços Regionais é criado após, em 1964, formado por um gabinete e oito Regiões Sanitárias, equipadas com centros de saúde e Postos de Assistência Médico-Sanitária. Essa composição se amplia em 1967, quando o Decreto nº 18.747 determina a alteração na divisão territorial da rede sanitária com sedes específicas, a saber: 1ª Região Sanitária em Porto Alegre, 2ª em Canoas, 3ª em Pelotas, 4ª em Santa Maria, 5ª em Caxias do Sul, 6ª em Passo Fundo, 7ª em Bagé, 8ª em Cachoeira do Sul, 9ª em Cruz Alta, 10ª em Alegrete, 11ª em Erechim, 12ª em Santo Ângelo, 13ª em Santa Cruz do Sul, 14ª em Santa Rosa e 15ª em Palmeira das Missões. As autoras chamam a atenção de que nessa época o país vivia um período de repressão política e fortalecimento do poder executivo e que, portanto, essa ação visava a desconcentração das ações do poder central, organizando regionalmente o controle central.

Em 1969 é alterada a nomenclatura das Unidades Sanitárias Regionais, passando-se a chamar de Delegacias Regionais de Saúde (DRS), e sendo sede da região sanitária. Entre as competências das DRS estão as atividades de coordenar, orientar, fiscalizar as Unidades Sanitárias, suas subordinadas além de cumprir e fazer cumprir as normas técnicas e administrativas vigentes determinadas pela Administração Central.

“O surgimento das Delegacias Regionais de Saúde é coerente com a proposta política vigente, na medida em que as regionais serviam como instrumento de sustentação do poder central. Seu papel era de subordinação aos níveis estadual e federal. Não existia autonomia das ações. Desconcentrar não implica participação popular ou fortalecimento da democracia e da cidadania. A nomenclatura delegacia traz na sua essência, o significado de delegar para as regiões a voz do comando central.” (KUNRATH; et al, 2002, p. 64).

Em 1970, a Secretaria de Estado dos Negócios da Saúde passa a ser Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente. Em 1982 o Decreto Estadual nº 30.090 altera a divisão territorial da rede sanitária da Secretaria da Saúde e Meio Ambiente com as seguintes mudanças: a 2ª DRS passa a ser em Porto Alegre e surge a 16ª DRS com sede em Lajeado.

Em 1996 ocorre a VIII Conferência Nacional de Saúde e em 1988 a Constituição Nacional institui o Sistema Único de Saúde e em 1990 é aprovada a Lei Orgânica da Saúde, Lei Federal nº 8.080. Logo após, é aprovada a Lei 8.142 que trata da participação da comunidade na gestão do Sistema Único de

Saúde e as transferências de recursos intergovernamentais, contidos nos artigos vetados pelo Presidente Fernando Collor na Lei Federal nº 8.080.

Nos anos de 1991 e 1993 são criadas as 17ª DRS, sede em Ijuí, e a 18ª DRS, sede em Osório, respectivamente. E em 1997 é criada a 19ª DRS com sede em Frederico Westphalen. Essas 19 divisões territoriais estão desenhadas até o momento atual.

Atendendo determinações postas em Lei e pressões municipais, é iniciado o processo de municipalização da saúde em 1995 pela Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente envolvendo a Assessoria Técnica e de Planejamento, o Departamento das Ações Hospitalares e Ambulatoriais e o Departamento das Ações em Saúde (DAS), este último encarregado pela integralidade da atenção. O DAS tinha como objetivo

“a implantação de ações programáticas pelos sistemas municipais de saúde, tendo por base critérios epidemiológicos e de saúde pública para redução de agravos e doenças identificadas como prioritárias no Estado como um todo. [...] foi levado em conta o conhecimento da magnitude e transcendência dos agravos/doenças, bem como de sua vulnerabilidade às ações específicas, especialmente preventivas e de diagnóstico/tratamento precoces, com base na história natural do processo saúde-doença no indivíduo e na coletividade.” (KUNRATH et al., 2002, p. 65)

Visto que muitos municípios tinham recursos insuficientes, estabeleceu-se um Elenco Básico de Programas/Atividades – vacinação, doenças de notificação compulsória, área materno-infantil, algumas atividades de vigilância sanitária – que deveria ser executado pela rede de unidades de saúde de todos os municípios. Havia outros programas do DAS, que eram considerados também importantes, mas que eram “por adesão”, devendo ser implementados pelos municípios conforme recursos humanos e materiais disponíveis. Para garantir a padronização na execução dos programas, foram elaboradas diversas Normas Técnicas e Operacionais do DAS/SSMA.

Nessa época, os municípios começaram aderir os Programas de Agentes Comunitários de Saúde e ao Programa Saúde da Família, coordenados pelo DAS. Para que se consolide o processo de municipalização da saúde foi pautada na gestão estadual a necessidade da SSMA assumir seu papel de gestora do SUS. Nesse sentido, as DRS teriam a incumbência de apoiar e avaliar “in loco”, as Secretarias Municipais de Saúde, através de uma “Supervisão Integrada”. A partir de 1998, portanto, o assessoramento aos

municípios passa a ser integral e integrado. A prerrogativa era considerar todo o processo de municipalização dos municípios e não apenas focar em Ações Programáticas do DAS, além de envolver toda a equipe das DRS e não somente a Seção de Ações em Saúde (SAS).

Em 1999, a SSMA passa a se chamar Secretaria da Saúde e as DRS trocam de nomenclatura para Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), visto que era preciso adequar o conjunto da estrutura de gestão estadual às diretrizes do SUS. Sobre esse período FERLA et al (2002) relatam

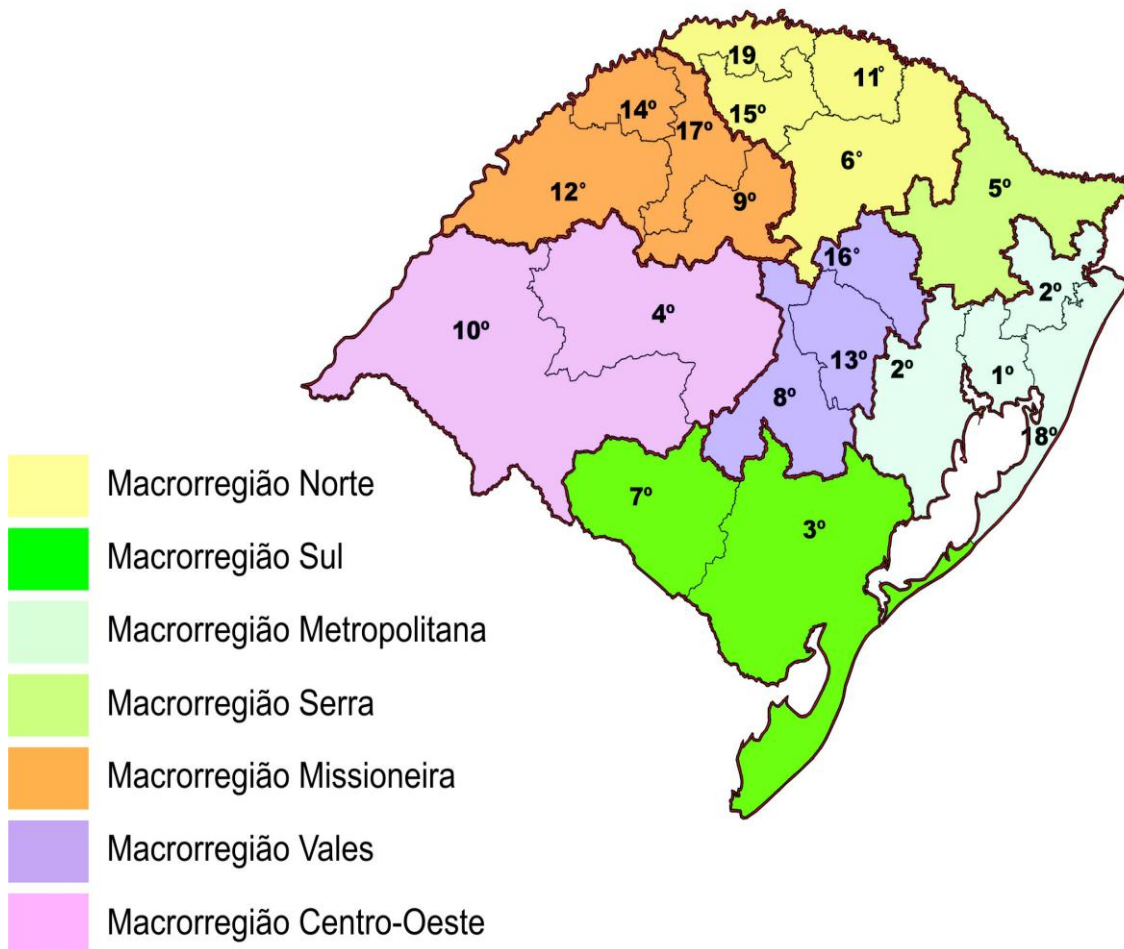
A SES optou por desencadear, desde 1999 um processo para desenhar e operar de forma descentralizada e regionalizada o sistema estadual de saúde, incluindo a atenção, a gestão e o controle social [...] O processo de regionalização da atenção à saúde, considerado no âmbito da regionalização do próprio sistema de saúde, ou seja, associado à diretriz da descentralização da gestão, implicou repensar o papel do Estado dos Municípios na condução do Sistema. (FERLA et al., 2002, p. 21)

Ficou a cargo do gestor municipal, com a cooperação técnica e financeira do Estado e da União, a responsabilidade pela garantia do acesso às ações e serviços de saúde não apenas o gerenciamento dos recursos assistenciais de baixa complexidade instalados no seu território. (FERLA et al, 2002).

Atualmente, a Secretaria Estadual de Saúde do RS (SES/RS) e o Departamento de Ações em Saúde (DAS) estão organizados em sete macrorregionais, que são a condensação das dezenove coordenadorias regionais de saúde (CRS) em grupos, por aproximação territorial, com objetivo político de organizar os sistemas locais e regionais de saúde, segundo os princípios do SUS.

Para isso, o Departamento de Ações em Saúde (DAS) da Secretaria Estadual da Saúde (SES) vem realizando mudanças em seu processo de trabalho, o que acarreta formas diferentes de operacionalizar a gestão em saúde no estado. Os trabalhadores da SES, que até então vinham desenvolvendo suas atividades através das divisões por políticas de saúde – saúde da criança, saúde prisional, saúde indígena, saúde da mulher/homem, saúde mental e estratégia de saúde da família – e de forma fragmentada dividiram-se em grupos georreferenciados por macrorregiões. Na figura a seguir é esquematizada a configuração atual das Coordenadorias Regionais de

Saúde e das Macrorregiões, para permitir uma melhor compreensão desse desenho do estado para a gestão da saúde.



Esse novo arranjo vem propiciando um olhar mais atento às especificidades de cada território, principalmente no que tange à organização das linhas de cuidado. Inicialmente, os grupos georreferenciados ocuparam-se da linha de cuidado materno-infantil, denominada pelo Ministério da Saúde como “Rede Cegonha”, e ao longo do processo vem agregando as demais temáticas. Esse processo visa a superar a fragmentação do trabalho em saúde, possibilitando que os trabalhadores tenham uma visão mais integral dos processos de gestão em saúde e operem no método de cogestão.

O sistema de cogestão é apresentado por Campos (2003) como o ideal para acolher demandas e oferecer diretrizes, a todos os atores do sistema, ou seja, usuários, trabalhadores de saúde, intelectuais, especialistas, prestadores, municípios, estados, submetendo essas demandas e ofertas a processos de

discussão, negociação e pactuação, para que os processos de mudanças sejam construídos da maneira mais coletiva possível.

Campos (2003) concebe o SUS como uma rede onde todos têm algum grau de autonomia, sendo atribuição dos gestores públicos articular os vários níveis de governo e os diferentes entes representativos da sociedade. É de sua responsabilidade agenciar e apoiar mudanças de interesse sanitário e que venham a consolidar o sistema.

Na lógica de organização regionalizada é implantada a linha de cuidado em saúde mental “O cuidado que eu preciso”. Neste ano de 2012, a coordenação estadual de saúde mental vem apresentando aos municípios, junto às CRS, a linha de cuidado com a proposta que seja feita uma pactuação entre gestor municipal e estadual formalizado através de um Termo de Adesão. A fim de entender a partir de qual contexto da gestão estadual foi pensada essa intervenção irei detalhar um pouco mais a proposta das Linhas de Cuidado, pensadas a partir de Franco e Franco (2011), e de como vem se constituindo a linha de cuidado em saúde mental, a partir da minha inserção como residente na coordenadoria estadual de saúde mental.

6. O papel do Estado na articulação das Redes de Atenção à Saúde: o apoio institucional e a educação permanente como ferramentas de gestão

Atualmente no Estado do Rio Grande do Sul, em consonância com o Ministério da Saúde, trabalha com três propostas prioritárias para desenvolver as RAS. São elas: Urgência e Emergência, Saúde Mental e Rede Materno-infantil⁹.

Para pensar ações em gestão de saúde reflete-se a partir do que Debora Bertussi (2010) afirma em sua tese quando diz que o apoio matricial e a educação permanente em saúde são

⁹ Instituídas nacionalmente pela Portaria n. 1.601, de 7 de julho de 2011, Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências; Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011, Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha e Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011, Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

ferramentas para a construção da gestão democrática e para a produção de linhas de cuidado. Esses seriam dispositivos estratégicos para fazer aproximação entre gestor e trabalhador, trabalhador e trabalhador e trabalhador e usuário, indispensáveis quando se deseja, ainda por cima, batalhar por transformações no processo de trabalho e na produção do cuidado em saúde. (BERTUSSI, 2010, p. 150).

Segundo Bertussi (2010) a Gestão em Saúde tem uma peculiaridade em relação às outras áreas, pois os trabalhadores tem um grau de autonomia e liberdade significativo que decorre da relação privada que estabelecem com o usuário. A autora (ibidem, 2010) coloca que “as práticas de saúde são um território de disputa e de constituição de políticas, onde uma multiplicidade de atores sociais, nos seus “agires” impõe a conformação dos atos de saúde”.

Neste aspecto, a gestão em saúde desafia a inventar e reinventar os modos de organizar a gestão dos serviços de saúde.

O Ministério da Saúde define o apoio matricial como

um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Neste arranjo, a equipe por ele responsável compartilha alguns casos com a equipe de saúde local. (...) Esse compartilhamento se produz em forma de co-responsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de caso, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou atendimentos em conjunto. A responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local (BRASIL, 2004,p.80)

E a educação permanente, outro dispositivo estratégico, se configura no setor da saúde como um conceito pedagógico que se articula ao apoio institucional ou matricial

para efetuar relações orgânicas entre o ensino e as ações e serviços, e entre a docência e a atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde (BRASIL, 2007).

De acordo com a Portaria GM/MS nº 1.996:

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a

transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. (p. 13).

O apoio institucional tem sido amplamente discutido no cenário da gestão em saúde. No glossário do site de humanização em saúde, Apoio Institucional aparece com a seguinte descrição “Novo método de exercício da gestão, superando formas tradicionais de se estabelecer relações e de exercitar as funções gerenciais. Proposta de um modo interativo, pautado no princípio de que a gerência/gestão acontece numa relação entre sujeitos, e que o acompanhamento/coordenação/condução (apoio) dos serviços/equipes deve propiciar relações construtivas entre esses sujeitos, que têm saberes, poderes e papéis diferenciados”.

Portanto, para uma mudança efetiva no modelo de atenção ao usuário da saúde mental é necessário o investimento em uma formação de qualidade aos trabalhadores e gestores pautada na Educação Permanente em Saúde, de modo a repensar o modelo de atenção centrado reprodução de modelos técnicos que diminuem autonomia dos usuários, a fim de superar a fragmentação do cuidado e aumentar sua qualidade. Nada mais coerente que o estado se ocupe dessas práticas, do apoio institucional aos municípios e a educação permanente em saúde, no lugar da lógica da supervisão baseada em cobranças e das capacitações dadas de forma isolada e que não produzem sentido no mundo do trabalho.

7. A constituição da linha de cuidado em saúde mental no Rio Grande do Sul e o desafio da concretização da Reforma Psiquiátrica na 1ª CRS

Para iniciar o processo de constituição das redes de saúde no Estado do Rio Grande do Sul, foram realizados dois encontros¹⁰ com caráter de oficina, promovidos pelo Departamento de Ações em Saúde (DAS) da SES/RS para a construção da Linha de cuidado materno-infantil, denominada Rede Cegonha. Esse encontro contou com a presença de representantes de todas as macrorregionais.

¹⁰ II Encontro: Redes de Gestão e Atenção Integral à Saúde a partir do fortalecimento da Atenção Primária.

A proposta do estado para a Linha de Cuidado em Saúde Mental, Alcool e Outras Drogas foi apresentada nessa ocasião. Denomina-se “O Cuidado que Eu Preciso” e está embasada na concepção de Franco e Franco (2011) de que deve traçar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, com o objetivo de atender às suas necessidades de saúde. É como se desenhasse o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede, tal como entidades comunitárias e de assistência social. Neste sentido, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) é o disparador e, ao mesmo tempo, o fio condutor da linha de cuidado, devendo ser centrado na necessidade e desejo do usuário e não na oferta de serviço.

A linha de cuidado inclui os processos de referência e contra referência, mas extrapola a lógica de cuidado baseada nessas condutas. Ela supera esse modo de relação com a rede, pois não funciona apenas por protocolos estabelecidos, mas principalmente pelo reconhecimento de que os gestores dos serviços podem pactuar fluxos, reorganizando o processo de trabalho, a fim de facilitar o acesso do usuário às Unidades e Serviços aos quais necessita. (FRANCO; FRANCO, 2011).

A Linha de cuidado “O Cuidado que eu Preciso” preconiza um Termo de Adesão a ser pactuado entre os municípios, além de contar com novos dispositivos de saúde mental, que visaram contemplar na proposta os municípios de pequeno porte (menores de 16 mil habitantes), que representam a maioria no estado.

Os novos dispositivos são os Núcleos de Apoio à Atenção Básica – NAAB – Modalidade Saúde Mental (Resolução CIB 403/2011), voltados especialmente aos municípios que tenham menos de 16 mil habitantes, as Oficinas Terapêuticas na Atenção Básica, modalidades I e II (Resolução CIB 404/2011), o Recurso Estadual para custeio dos CAPS (Resolução CIB 401/2011) que visa a repassar um incentivo estadual, de mesmo valor do incentivo federal aos CAPS que já estejam em funcionamento, mas que ainda não estão recebendo o repasse da União, a qualificação e ampliação dos Leitos de internação psiquiátrica e Álcool e outras Drogas em hospitais gerais (CIB 402/2011), além da Resolução que trata da Composição de Trabalho de equipes de Redução de Danos (CIB 038/2012).

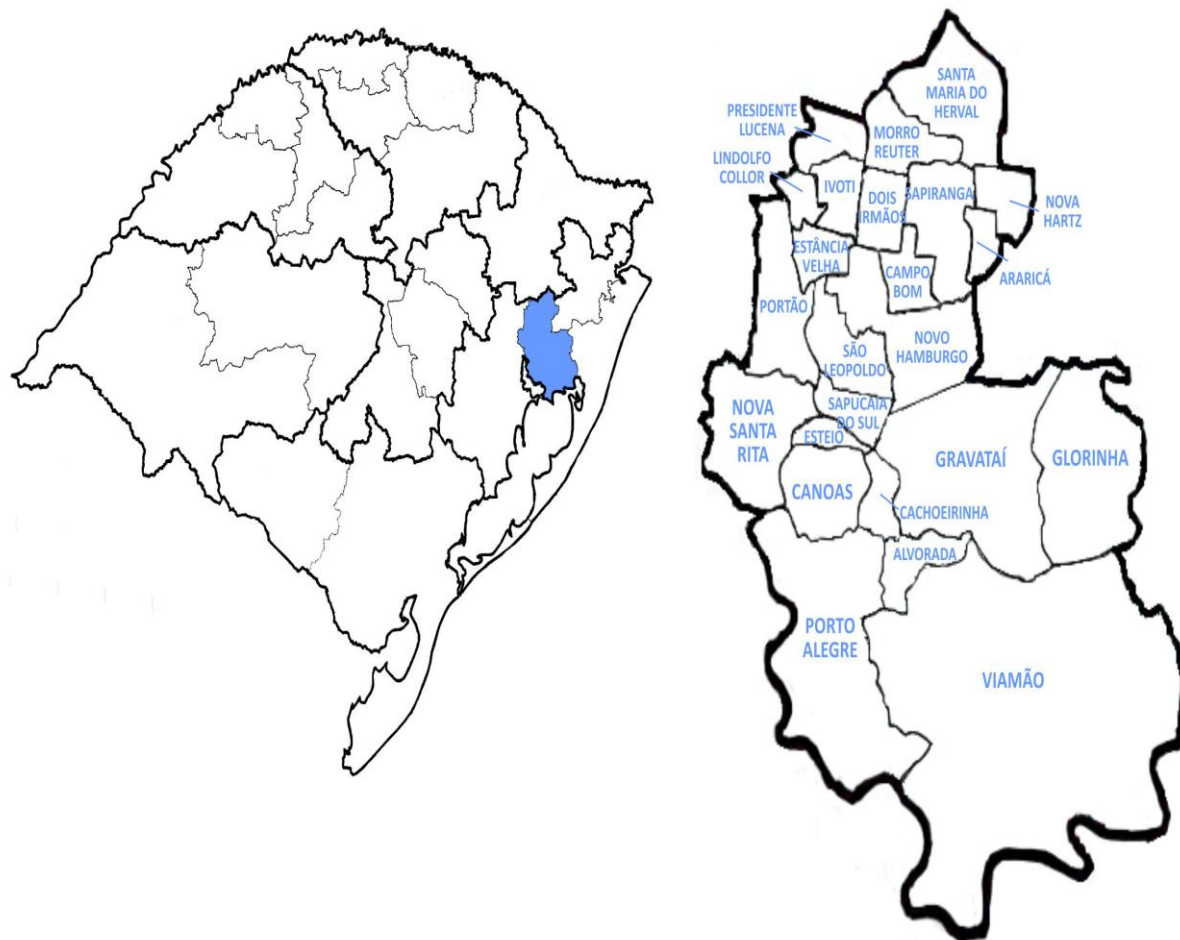
A linha de cuidado em saúde mental foi apresentada nas macrorregionais, a fim de disparar o processo de regionalização do cuidado em saúde mental. Com isso, pretende-se que a atenção à saúde seja priorizada de modo regional, não apenas para assegurar o acesso da população aos serviços de saúde, mas para fortalecer o vínculo do usuário com a equipe de seu território, permitindo seu acompanhamento longitudinal.

Esse pressuposto está de acordo com a Reforma Psiquiátrica que prevê o cuidado em rede e não excluindo e institucionalizando as pessoas que sofrem de transtornos mentais.

Em consonância a esse movimento da gestão estadual, e observando a Macrorregião Metropolitana composta pelas 1ª, 2ª e 3ª CRS, me reporto ao Hospital Psiquiátrico São Pedro, em Porto Alegre, que atualmente ainda é referência para essa região nas internações psiquiátricas e de álcool e outras drogas.

Esta situação é problemática, pois além de contrariar os pressupostos da Reforma Psiquiátrica – que preconiza o cuidado em rede e internações em hospitais gerais – aponta um desafio constante tanto para a gestão e atenção à saúde mental.

Como dito anteriormente, o recorte para esse relato foi a região da 1ª Coordenadoria Regional de Saúde, que inclui a capital Porto Alegre e as 23 cidades do entorno. Com uma população de 3.536.162 habitantes, se configura na maior concentração urbana do estado, levando-se em conta que o Rio Grande do Sul tem uma população total de 10 693 929 habitantes. A seguir, a ilustração do território da 1ª CRS:



Com esse reconhecimento do território será possível apresentar alguns dados referentes às internações psiquiátricas referenciadas ao HPSP, bem como as reuniões realizadas a partir da coordenação de saúde mental e a 1ª CRS com os municípios que mais internam no HPSP.

8. O Funcionamento Da Rede de Saúde Mental na 1ª CRS: um olhar a partir do número de internações no Hospital Psiquiátrico São Pedro

A partir da problemática apresentada até o momento, do grande número de internações realizadas por alguns municípios da região metropolitana do estado no hospital psiquiátrico, será feita a apresentação dos dados sistematizados a partir da Direção do HPSP e da Coordenação de Saúde Mental, que permitiu definir os seis municípios a serem analisados e contatados a fim de uma aproximação inicial.

Primeiramente, os dados de internações do HPSP foram coletados junto à Coordenação da Saúde Mental do RS. Em relação à 1ª CRS, temos na

tabela a seguir (Tabela 1) o número de habitantes de cada município da 1ª CRS, a quantidade de AIH¹¹ e a relação entre número de habitantes e internações. Com isso, percebe-se que em municípios pequenos uma única internação esse índice fica elevado, como em Morro Reuter, por exemplo.

Tabela 1: internações HPSP na 1ª CRS em 2010

QTD AIH	MUN ORIG (LOCAL DE RES)	Hab	% número hab-Internações
126	ALVORADA	195.673	0,064
3	ARARICÁ	4864	0,061
34	CACHOEIRINHA	118.278	0,028
6	CAMPO BOM	60.074	0,009
90	CANOAS	323.827	0,027
7	DOIS IRMÃOS	27.572	0,025
1	ESTÂNCIA VELHA	42.574	0,002
6	ESTEIO	80755	0,007
3	GLORINHA	6.891	0,043
52	GRAVATAÍ	255.660	0,020
2	IVOTI	19.874	0,010
1	LINDOLFO COLLOR	5.227	0,019
1	MORRO REUTER	5.676	0,191
9	NOVA HARTZ	18.346	0,049
1	NOVA SANTA RITA	22.716	0,004
32	NOVO HAMBURGO	238.940	0,013
25	PORTÃO	3.920	0,637

¹¹ AIH é a forma de faturamento pelo SUS das internações realizadas em hospitais conveniados com o SUS, chama-se Autorização de Internação Hospitalar.

57	PORTO ALEGRE	1.409.351	0,004
4	PRESIDENTE LUCENA	2.484	0,161
4	SANTA MARIA DO HERVAL	6.053	0,066
7	SÃO LEOPOLDO	214.087	0,003
9	SAPIRANGA	74.985	0,012
15	SAPUCAIA DO SUL	130.957	0,011
200	VIAMÃO	239.384	0,083
695	Total geral		

Fonte: SES/RS

Dessa forma, poder-se-ia começar abordando o tema de duas formas, pelo menos. A primeira seria elencar os municípios que apresentam maiores números de internações (AIHs) em percentuais, ou seja, comparado ao número de habitantes. E a segunda maneira, é selecionar os municípios que apresentam maiores números absolutos de internações. Esta última foi a opção, por contemplar municípios mais próximos de Porto Alegre e que apresentam números de habitantes semelhantes. Esses são municípios de médio porte, que preenchem os requisitos populacionais para serviços substitutivos como CAPS AD, que se destinam a municípios com população acima de 100 mil habitantes, CAPS II, para municípios de 70 a 200 mil habitantes, CAPS III que tem caráter mais intensivo, funciona 24 horas e é destinado a municípios que tenham acima de 200 mil habitantes, e CAPSi, destinado a infância e adolescência para municípios que tenham acima de 200 mil habitantes.

Com isso, o foco inicial da ação volta-se à aos municípios de Alvorada, Cachoeirinha, Canoas, Gravataí, Novo Hamburgo e Viamão.

Ao verificarmos os números de internações também no ano de 2011, de forma geral, percebe-se um alto número de internações neste hospital. A próxima tabela (Tabela 3) mostrará os totais de atendimentos realizados pelo HPSP que representa o acolhimento aos usuários que buscam o Serviço de Atendimento e Triagem (SAT) deste hospital. É neste momento que o usuário é

avaliado para internar ou não em alguma unidade de internação. Nota-se que na primeira coluna é registrado o total de atendimentos e na segunda coluna o total de internações. Nas duas últimas colunas são registrados aqueles usuários que estão em sua primeira internação no local, os admitidos, e os que já tiveram uma internação pregressa. Esse dado é importante visto que muitos usuários das unidades de internação não estão no índice dos “moradores do HPSP” que totalizam 260, como apontado anteriormente, mas possuem um alto índice de internações. Não é difícil encontrarmos usuários internados que permaneceram nos últimos anos mais tempo dentro do hospital do que fora dele. Isso também caracteriza uma forma de institucionalização porque, muitas vezes, o usuário tem como sua principal referência de cuidado o hospital psiquiátrico.

Tabela 3: Internações 2011 no HPSP.

Mês/2011	Total de Atendimentos	Total de Internações	Admitidos	Readmitidos
Janeiro	359	133	70	63
Fevereiro	-	-	-	-
Março	349	131	62	69
Abril	338	119	68	51
Mai	280	120	59	61
Junho	285	109	59	50
Julho	292	130	82	48
Agosto	333	130	77	53
Setembro	333	114	60	54
Outubro	277	115	67	48
Novembro	271	109	64	45
Total	3114	1210	668	542

Fonte: SES/RS

Quanto às cidades que fazem o encaminhamento ao hospital, podemos perceber que há uma continuidade daquelas que mais referem ao HPSP.

Tabela 4: Municípios com maiores números de internações no HPSP no ano de 2011.

Municípios com maiores números de internações no HPSP em 2011	
Janeiro: Viamão 31 Alvorada 22 Canoas 10 POA 13 Imbé 7 Portão - Tapes – Eldorado do Sul 4	Fevereiro: Viamão 24 Canoas 10 Alvorada 9 Cachoeirinha 6 Novo Hamburgo 4 POA 6

<p>Março: Viamão 22 Alvorada 17 Canoas 13 Gravataí 8 POA 7 Portão 4 Eldorado do Sul 7</p>	<p>Abril: Viamão 21 POA 17 Alvorada 16 Tramandaí 6 Gravataí 6 Canoas 5 Charqueadas 3 Novo Hamburgo 3</p>
<p>Mai: Viamão 33 Alvorada 13 POA 7 Imbé 4 Portão 4 butiá 4 Cidreira 4</p>	<p>Junho: Viamão 18 Alvorada 15 Portão 9 Butiá 6 Novo Hamburgo 6</p>
<p>Julho: Viamão 23 Alvorada 19 POA 15 Cachoeirinha 6 Tramandaí 6 Canoas 5 Portão 4</p>	<p>Agosto: Alvorada 23 Viamão 20 POA 13 Cachoeirinha 9 Canoas 8 Eldorado do Sul 5 Portão 5</p>
<p>Setembro: Alvorada 19 Viamão 17 POA 9 Cachoeirinha 5 Canoas 5 Imbé 5 Esteio 5</p>	<p>Outubro: POA 20 Alvorada 15 Viamão 10 Tramandaí 5 Canoas 4 Eldorado do Sul 4</p>
<p>Novembro: Viamão 16 Alvorada 12 POA 8 Portão 7 Canoas 6 Butiá 5 cachoeirinha 5 Cidreira 4</p>	

Como não eram muito detalhados sobre a forma dos encaminhamentos que os usuários chegavam até o HPSP, deixamos uma tabela no Serviço de Admissão e Triagem (SAT) para ser preenchida. Esta foi preenchida durante o

mês de fevereiro, e após foi informado que era um trabalho dobrado para quem atendia, pois os mesmos dados eram registrados em um livro. O HPSP não conta com nenhum registro em meio eletrônico, o que dificulta a sistematização dos dados.

Porém, a dificuldade para que esses dados fossem constantemente preenchidos se deve ao fato, conforme informação do SAT, de muitas vezes ter um funcionário para atender e preencher, além desses dados já estarem esquematizados em um caderno. Mesmo tendo em mãos somente os dados de fevereiro de 2012, estes já foram suficientes para uma análise inicial. Esse mês é atípico no que diz respeito aos números de internações, pois geralmente são menores do que nos outros meses, mas iremos nos ater especialmente nas fontes de encaminhamento.

Tabela 5: Levantamento realizado no mês de fevereiro de 2012 no HPSP

Município	Números de internações	Principal motivo	Fontes de Encaminhamento
Alvorada	08	(01) Álcool e outras drogas (07) Psiquiátrica	(1) UBS ()CAPS (4)emergência/hosp. (2) Outros: SIENC.
Cachoeirinha	01	Álcool e outras drogas (01) Psiquiátrica	() UBS ()CAPS () emergência/hosp. (1) Outros: judiciário
Canoas	02	Álcool e outras drogas (02) Psiquiátrica	() UBS (1)CAPS (1)emergência/hosp. () Outros:
Gravataí	00	Álcool e outras drogas Psiquiátrica	() UBS ()CAPS () emergência/hosp. () Outros:
Novo Hamburgo	01	Álcool e outras drogas (01)Psiquiátrica	() UBS ()CAPS (1)emergência/hosp. () Outros:
Viamão	11	(05) Álcool e outras drogas (06) Psiquiátrica	(2) UBS (1)CAPS (4) emergência/hosp. (4) Outros:

Fonte: Hospital Psiquiátrico São Pedro

Inicialmente, os dados que chamam atenção no município de Alvorada, por exemplo, é o número significativo de encaminhamentos provenientes do hospital ou emergência e o encaminhamento feito direto da Unidade Básica de Saúde (UBS), o que denota uma falta de articulação da rede municipal, pois a Atenção Básica recorre diretamente ao HPSP. Além disso, há duas admissões

registradas “sem encaminhamento”, corroborando as considerações feitas pelos profissionais das unidades de internação de que o HPSP parecia ser da rede do município de Viamão.

No município de Cachoeirinha há uma internação compulsória, ou seja, feita através do sistema judiciário. Este é ponto importante a ser destacado, pois muitos encaminhamentos do sistema judiciário são realizados diretamente para a internação, sem uma avaliação prévia de um médico psiquiatra. Sabendo dessa possibilidade, muitos usuários buscam esse acesso direto à internação.

As cidades de Novo Hamburgo, Canoas e Viamão também apresentam encaminhamentos realizados pelo serviço hospitalar de emergência. Sendo Viamão a de maior número de internações no período e também de diversidade de encaminhamentos, demonstrando que toda a rede de serviços faz esse “repasse” da demanda em saúde mental para o HPSP.

A par desses dados obtidos, foi feito contato com a 1ª CRS, aproveitando a oportunidade da apresentação da Linha de Cuidado em Saúde Mental Álcool e Outras Drogas, inserindo essa pauta nas discussões e pactuando uma reunião com a coordenadora de saúde mental 1ª CRS, a Direção do HPSP e os representantes dos municípios.

Para isso, realizamos um mapeamento dos serviços de saúde desses municípios e verificamos algumas características. Abaixo, a tabela 5 mostra a população de cada um, o número de equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), o número de equipes de Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), o número de CAPS II, CAPSi, CAPS ad, leitos em hospitais gerais no município, equipe de Redução de Danos (RD), vagas em Comunidades Terapêuticas (CT) e Consultórios de Rua.

Tabela 6: Rede de Saúde Mental dos Municípios

Município	Pop IBGE	ESF	NASF I	CAPS II	CAPS i	CAPS ad	Leitos AD SUS	Leitos Psiq. SUS	RD	CT	Consul. de Rua	Consul. de Rua Possível	CAT Possível
Viamão	260744	5		2	1 inc.	1	0	3			1	2	1
Alvorada	213897	26		1	1	1	0					2	1
Gravataí	269445	19		1		1	0	1	2	2 (62V)	2		1
Cachoerinha	118086	7		1									1
Canoas	332053	11	1	1	1 inc.	1 inc.					2		1
Novo Hamburgo	257748	6		2 + 1 inc.	1 inc.	1		3			1	2	1

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde (SES/RS).

Podemos perceber que são municípios de médio porte e todos contam com algum equipamento de saúde mental. O percentual de cobertura da Estratégia de Saúde da Família é baixo, sendo Alvorada o município que apresenta o número mais expressivo, de 41,94%. Viamão, que vimos anteriormente com os maiores números de internações, encaminhadas por praticamente todos os equipamentos da rede, apresenta o menor número de ESF, apenas 2% de cobertura. Ao mesmo tempo, essa cidade conta com dois CAPS II, um CAPSi, um CAPS ad e três leitos psiquiátricos em hospital geral.

De maneira geral, para iniciar o trabalho de apoio institucional aos municípios, vemos que todos contam com, pelo menos, uma equipe de CAPS, o que talvez possa facilitar o início da discussão sobre a rede de saúde mental.

Sobre isso, pode-se relacionar com as reflexões feitas por Capistrano (1995) à época da tentativa em esvaziar o hospital Anchieta quando percebeu que os ambulatórios de saúde mental serviam ao contrário do que foi pensado, pois alimentavam ainda mais o hospital psiquiátrico, funcionamento apenas no horário diurno, sendo que as crises não têm hora para acontecer. Aqui, da mesma maneira, o HPSP recebe os usuários tanto de dia quanto de noite, quando muitas ambulâncias dos municípios estacionam no pátio do hospital.

Após esse primeiro levantamento dos dados de internação e da rede dos municípios, o segundo passo foi contatar as equipes das unidades de internação do hospital. Foram contatadas quatro equipes do HPSP: unidade de internação masculina, da internação feminina, da unidade de dependência química e da unidade de internação para criança e adolescentes.

Em geral, os profissionais levantaram questões referentes às dificuldades de contato com a rede municipal que encaminha o usuário à internação: 1) de muitas vezes serem a principal referência ao cuidado, não havendo essa referência no município de origem e; 2) do alto número de usuários com várias reinternações. Sobre o número significativo de internações provenientes de alguns municípios específicos, repetidas vezes, ressaltam que a região do litoral, que abrange a 18ª CRS chama bastante atenção.

Mas precisamos nos ater também ao número significativo de usuários encaminhados ao HPSP e que, por algum motivo, não foram admitidos. Muitos dos profissionais que estavam nas reuniões de equipes das unidades concordam que grande parte dos encaminhamentos não tem indicação de internação, isso mostra novamente uma fragilidade do município em dar conta da demanda em saúde mental. Além disso, a grande dificuldade da sociedade em geral e dos profissionais de saúde mental de superarem a lógica de cuidado tendo o hospital como o centro de cuidado, como apontada por Coelho (2010) e por Monteiro (2009).

Com o objetivo de entender melhor os fluxos da rede de saúde mental desses municípios e qual a dinâmica que leva ao alto índice de internação no HPSP foi feita uma reunião na 1ª Coordenadoria Regional de Saúde. Foram chamados todos os municípios e apenas o de Novo Hamburgo não compareceu. Além dos representantes dos municípios, estava uma representante da direção administrativa e uma Assistente Social do HPSP, a coordenadora regional de saúde referência para área de saúde mental, a coordenadora regional de saúde referência da atenção básica, duas integrantes da coordenação do estado de saúde mental, da Seção de Saúde Mental do Departamento de Ações em Saúde (DAS), do nível central, referências para a região da macrometropolitana, e três residentes de terceiro ano da ESP/RS.

Inicialmente foi realizada uma breve introdução sobre a linha de cuidado em saúde mental, enfatizando a importância do cuidado à saúde ser, preferencialmente, realizado no território. Falou-se do objetivo deste encontro, da importância que os municípios da 1ª CRS se encontrem, que haja uma comunicação entre as coordenações e o HPSPS para facilitar as trocas de experiências e novas formas de fluxos de atenção ofertadas ao usuário. Na sequência, alguns dados sobre o número de internações do HPSP do ano anterior e deste ano foram apresentados, ressaltando que muitas delas, eram de usuários que tinham um alto índice de internações anteriores, o que caracteriza, também, uma forma de institucionalização. Devido a isso, a importância de olharmos para os fluxos que estão acontecendo no cuidado a este usuário.

Após essa introdução, foi aberto um espaço de escuta para cada representante dos municípios pudesse expor como ocorria o fluxo de cuidado de seus usuários na rede, destacando as potencialidades e dificuldades dos serviços de seu município e sua região.

Cada município falou detalhadamente como ocorria o trajeto do usuário de saúde mental na rede de saúde. Finalmente, se contatou alguns nós da rede comuns a todos os municípios, ou seja, as dificuldades na articulação entre a rede de saúde, conforme descrição a seguir feita a partir das percepções dos municípios e do HPSP:

- 1) *Comunicação entre serviços e setores*: muitos municípios referem que as internações são solicitadas pelos serviços de referência – CAPS - que fazem contato com a central de regulação de Porto Alegre, ou realiza contato via telefone com o HPSP. Outro aspecto apontado refere-se as UBS que encaminham seus usuários diretamente ao HPSP, e neste sentido o município não tem muito “controle”.
- 2) *Dificuldade de contato na internação com os municípios*: questão trazida pelo HPSP, que percebe também a necessidade de comunicação com a rede municipal, que seja feito um contato prévio ao encaminhamento via e-mail, com o nome do usuário e o profissional de referência.
- 3) *Medicação diferente do hospital e a da rede municipal*: o usuário, no momento de alta do hospital recebe medicação suficiente para no máximo três dias, no entanto, muitos psicofármacos não estão disponíveis na rede da farmácia municipal.
- 4) *Necessidade de referência no território de leitos para observação quando não existem leitos nos hospitais gerais dos municípios*: os

municípios possuem serviços de urgência e emergência, mas muitos deles não realizam atendimentos psiquiátricos, encaminhando diretamente ao HPSP sem avaliação prévia. Percebe-se a necessidade de pensar também outras estratégias de cuidado, como cuidado no próprio domicílio, em alguns casos.

- 5) *CAPS como suporte para crise*: em muitos CAPS há problemas falta de investimento e de profissionais de psiquiatria e muitas equipes não se percebem em condições de dar suporte para crises. Além disso, quando ocorre alguma situação no horário em que o CAPS está fechado, os casos vão diretamente para emergência, que encaminha para o HPSP.
- 6) *Dificuldade de utilização do Hospital Geral*: dificuldade de encaminhamento ao hospital e dificuldade de comunicação com os hospitais dos municípios que não fazem um trabalho integrado à rede de saúde.
- 7) *Dificuldade contato pós-alta*: o HPSP traz a dificuldade de agendamento do usuário no momento de retorno ao município. Além disso, é encaminhada uma nota de alta para a CRS, que repassa aos municípios. Devido ao alto número de notas de alta que a CRS recebe e o reduzido número de funcionários (que na prática devem separar para qual município encaminhar e que além disso tem várias outras tarefas), essas notas de alta acabam chegando ao município com meses de atraso e muitas vezes não estão com os dados legíveis, o que dificulta um planejamento de busca desses usuários.
- 8) *Forma de acesso às internações*: em Porto Alegre os leitos não são regulados pelo estado, pois o município funciona em gestão plena, regulando os seus leitos, porém no HPSP os leitos são regulados pela própria instituição, não passando pela central de regulação do estado. Nesse aspecto, os municípios percebem dificuldade em conseguir leitos via central de Porto Alegre e acabam por recorrerem diretamente ao HPSP.
- 9) *Utilização de serviços privados pagos pelo município enquanto existe existência de recursos do estado*: relaciona-se ao baixo investimento em mais equipes de CAPS ou matriciamento em saúde mental e outros recursos e a escolha em comprar vagas em Comunidades Terapêuticas ou clínicas privadas.
- 10) *Internações compulsórias via sistema judiciário*: conforme já referido anteriormente, muitas internações não passam por uma avaliação e são feitas com a determinação judicial. Há, portanto, a necessidade de pactuação dos fluxos com o judiciário, para evitar o excesso de internações compulsórias.
- 11) *Dificuldade no tratamento AD para adolescentes*: esse problema foi descrito como um nó crítico da rede dos municípios, o que acaba

gerando uma demanda ao HPSP, que tem uma unidade de internação para crianças e adolescentes.

Depois de mencionadas essas dificuldades compartilhadas por todos os municípios presentes, foram discutidas em conjunto formas estratégicas para dar segmento ao trabalho de articulação e fortalecimento das redes municipais de saúde, considerando que muitos casos poderiam ser cuidados no território, fortalecendo os vínculos entre usuários e equipes de referência e evitando muitas internações.

As propostas pensadas pelos integrantes do grupo foram no sentido de montar estratégias com cada município de linha de cuidado de forma objetiva em conjunto com os serviços da rede, estabelecendo fluxos de forma intersetorial. Para isso, serão feitas reuniões nos municípios com os demais serviços da rede, de saúde e de outras áreas, inclusive do sistema judiciário. A Secretaria de Saúde e a Coordenadoria Regional irão realizar esses encontros a fim de apoiar a implantação da linha de cuidado em saúde mental.

Sobre as comunicações de internações, foi proposto que os demais pontos da rede avisem o CAPS quando for encaminhada uma internação psiquiátrica e que tenha uma pessoa de referência no município para que o HPSP mantenha contato, sendo que a comunicação poderá ser feita através de e-mail, sempre registrando os nomes dos usuários encaminhados. Por outro lado, também será feita uma sensibilização para que as notas de alta sejam preenchidas com maior cuidado, contendo o nome completo do usuário, seu endereço e telefone, e a CRS se compromete em fazer a distribuição com maior assiduidade.

O momento das reuniões nos municípios será importante porque deverá contar com a presença dos gestores, para realizar as pactuações necessárias. Com isso, pretende-se que se fortaleça o papel tanto da gestão estadual e das coordenadorias regionais de dar suporte às equipes de saúde mental dos municípios, a fim de priorizar o cuidado no território. Aqui, vale lembrar do papel do estado no apoio institucional aos municípios e facilitador dos processos de educação permanente, conforme proposto por Bertussi (2010).

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relato de experiência demonstrou um recorte da situação da saúde mental em uma região da macrorregião metropolitana, constituída por municípios que apresentam os maiores números absolutos de internações no Hospital Psiquiátrico São Pedro.

Essa situação foi apresentada a partir dos dados de internação obtidos no HPSP e na Seção de Saúde Mental do estado a partir dos quais se pode identificar os seis municípios que mais encaminham pacientes para internação neste hospital, que resultam em internações e demanda reprimida.

Considerando que atualmente o Sistema Único de Saúde investe na constituição de Redes de Atenção à Saúde e, paralelo a isso, o estado do Rio Grande do Sul também se preocupa em constituir redes de atenção regionalizadas e hierarquizadas, é necessário identificar as deficiências da rede de atenção em saúde mental.

O estado foi o primeiro a aprovar a lei da Reforma Psiquiátrica no país no ano de 1992 e, paradoxalmente, não conseguiu mudar o modelo de atenção até os dias de hoje. O HPSP acaba por atender uma demanda de pessoas que os municípios não dão conta, por diversos fatores, como demonstrados nos itens levantados na reunião com os representantes dos municípios, direção do HPSP e coordenações estaduais de saúde.

Essa proposta de trabalhar na gestão em saúde segundo a lógica do apoio institucional e educação permanente com os municípios que mais internam no HPSP visa estimular que o cuidado seja feito de forma regionalizada. Entende-se que valorizar a centralidade do cuidado em rede, no território, contrariando o modelo hospitalocêntrico e manicomial, estabelece-se maior vínculo entre equipes de referência e usuário, tendo a atenção básica como eixo norteador. Para isso, é fundamental que o estado desempenhe seu papel de apoiador técnico, com olhar singularizado ao território.

Diante dessas considerações, buscou-se através desse relato apresentar questões sobre a rede de saúde mental da região metropolitana de Porto Alegre sobre um trabalho que está sendo planejado constantemente e que visa em seu objetivo principal, favorecer uma atenção mais humanizada ao usuário de saúde mental, de acordo com os preceitos da Reforma Psiquiátrica.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. Saúde Mental, Desinstitucionalização e Novas Estratégias de Cuidado. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

BRASIL. **Decreto nº 7.508**, de 28 de junho de 2011, Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/1028206/decreto-7508-11>>. Acessado em: ago. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010: Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, 2010.

_____. **PORTARIA MS/GM Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

_____. **Lei Federal 10.216 de 2001**. dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo de atenção em saúde mental

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.996 , de 20 de agosto de 2007: Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências**. Brasília, 2007.

Campos (2003) (p.9)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Ver – SUS Brasil: cadernos de textos**. Brasília, 2004.

BARROS, Maria Elizabeth Barros de; GUEDES, Carla Ribeiro; ROZA, Monica Maria Raphael. O apoio institucional como método de análise-intervenção no âmbito das políticas públicas de saúde: a experiência em um hospital geral. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, Dec. 2011.

BERTUSSI, Débora Cristina. **O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde**. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: UFRJ/Faculdade de Medicina, 2010. Disponível em: <<http://www.pppgs.etc.br/arquivos/Deborah%20Apoio%20Matricial%20td%2001-08-2010.pdf>>. Acesso em 25 agosto de 2011

CAMPOS, G. W. **Um Método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAPISTRANO FILHO, D. A casa dos horrores. In: CAPISTRANO FILHO, D. **Da saúde e das cidades**. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 99-120.

COELHO, Ivan B. Formas de Pensar e Organizar o Sistema de Saúde: os modelos assistenciais em saúde. In: CAMPOS G, GUERREIRO A. (ORG.) **Manual De Práticas Da Atenção Básica**. Saúde Ampliada e Compartilhada. 2ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2010.

FERLA, A.A.; FERLA, Alcindo Antônio; FERLA, Alcindo A.; FERLA, Alcindo (Org.) ; FAGUNDES, Sandra Maria Sales (Org.) . **O fazer em Saúde Coletiva: inovações da atenção à saúde no Rio Grande do Sul**. 1. ed. Porto Alegre: ESP/RS; Editora Da Casa, 2002. v. 1. 200 p.

KUNRATH, A. A. F.; KANTORSKI, I. C. ; BORGES, A. B. . Organização Regional da Coordenação de Atenção Integral À Saúde. In: Alcindo Antônio Ferla; Sandra Maria Sales Fagundes. (Org.). **O Fazer em Saúde Coletiva: inovações da atenção à saúde no Rio Grande do Sul**. O Fazer em Saúde Coletiva: inovações da atenção à saúde no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Dacasa Editora, 2002, v., p. 57-74

Kuschnir RC, Chorny AH, Lira AML. **Gestão dos sistemas e serviços de saude**. CAPES : UAB, 2010.

MONTEIRO, J. da R. **Loucura é a Falta De Cuidado!** O Hospital Geral Porto Alegre: PUCRS, 2009. 120 p. Dissertação - Faculdade de Serviço Social – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social.

RIO GRANDE DO SUL. **Lei Estadual nº 9.716** de 1992, Dispõe sobre a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 531-562.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciênc. saúde coletiva**. 2011, vol.16, n.12, pp. 4579-4589

RIO GRANDE DO SUL. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde**. Porto Alegre, 2002.