



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Brasília



2ª EDIÇÃO

**CURSO
NACIONAL**

DE SAÚDE MENTAL E
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
NA COVID-19

**RECONSTRUÇÃO PÓS-DESASTRES
E EMERGÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA**

MÓDULO

2

O diagnóstico da Rede de Atenção
Psicossocial do seu território

PARCERIA

OPAS

Organização
Pan-Americana
de Saúde

Organização
Mundial da Saúde





Autoria:

Károl Veiga Cabral

Revisão:

Ana Cecília Andrade de Moraes Weintraub

Bernardo Dolabella Melo

Carolyne César de Lima

Débora da Silva Noal

Heider Aurélio Pinto

Lara Gonçalves Coelho

Maíra Lopes Mazoto

Sandra Maria Sales Fagundes

Sônia Regina Pereira Fernandes

Verônica Erthal

O diagnóstico da Rede de Atenção Psicossocial do seu território:
para reconstruir, é preciso conhecer o que existia, o que existe agora
e o que queremos que exista!

1. Introdução: reconstruir e fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): articulação, financiamento, lógicas e modelos de atenção



A sindemia da covid-19 confrontou todos os países com a realidade das demandas e necessidades relacionadas à saúde mental. O SUS acumula instrumentos de gestão, experiências exitosas de processos de trabalho, ferramentas e indicadores que podem ser compartilhados e ajudar municípios e estados a reorganizar suas redes, considerando o cuidado em saúde mental. A crise pode ser um momento de aprendizado que nos permita avançar e radicalizar no cuidado de base territorial, fortalecendo as equipes de Atenção Primária, garantindo matriciamento e educação permanente para as equipes, articulando com os serviços estratégicos, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e com os diferentes pontos das redes intersetoriais e comunitárias, para juntos produzirem cuidado compartilhado e em liberdade.

Dessa forma, **a aposta na Atenção Básica (ou Atenção Primária, termos muitas vezes usados como sinônimos) configura-se como a melhor oportunidade para os gestores. Isso ocorre devido à sua capilaridade e proximidade com os territórios e à oportunidade de garantir cuidado longitudinal e integral. Portanto, implementar um modelo de atenção psicossocial ancorado na perspectiva do trabalho em rede e em linha de cuidado é uma alternativa viável para otimizar recursos, manter-se coerente com princípios e diretrizes do SUS e ser fiel ao que dispõe a [Lei nº 10.216/2001](#).**

Estão listados a seguir os principais desafios para os gestores para o campo da saúde mental no mundo, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (2022), além de algumas propostas para lidar com eles no Brasil:

Quadro 1 - Desafios da saúde mental na esfera pública e propostas para lidar com eles.



NO BRASIL

INFORMAÇÃO

Dados: investir em análise, monitoramento e compreensão por parte de todos os envolvidos.
Pesquisas: investir na divulgação e troca de conhecimento por meio de pesquisas quali e quantitativas.

GOVERNANÇA

Brasil teve grandes avanços na legislação sobre saúde mental em direção a uma maior cobertura de serviços extra-hospitalares, mas esses avanços estão ou estagnados ou revertendo-se.

RECURSOS

No Brasil, do total de recursos federais gastos com saúde, apenas cerca de 2,1% são para a saúde mental, aí contidos os gastos extra e intra-hospitalares (Desinstitute, 2021). É preciso usar melhor esse recurso e aumentar esse valor na direção de maior cobertura e qualidade do atendimento.

SERVIÇOS

O acesso aos cuidados em saúde mental precisa ser oferecido em todos os Pontos de Atenção das Redes de Saúde, não necessariamente por especialistas, mas sim por equipes que compreendam que não há saúde sem saúde mental.

Fonte: adaptado de World Health Organization. **World mental health report: transforming mental health for all.** Geneva: WHO, 2022.

O campo da saúde mental teve uma considerável expansão com a adoção do modelo das Redes de Atenção à Saúde em 2010, por meio da implementação da RAPS em todo o território nacional, na perspectiva de ofertar cuidado, com financiamento federal para diferentes pontos de atenção. O entendimento da saúde mental como uma política transversal, necessária a todos os municípios, independentemente da dimensão geográfica e do quantitativo populacional adstrito, junto com a adoção das redes, tomando a Atenção Primária como ordenadora do cuidado, alterou o modelo de oferta, as linhas de financiamento e, portanto, a indução da política. **Não há saúde sem saúde mental.** Além do desafio da inclusão definitiva da indissociabilidade entre saúde e saúde mental, persiste em nossa sociedade o tensionamento entre o modelo biomédico hegemônico e o modelo da atenção biopsicossocial. A concepção de saúde como direito de todos e dever do Estado deve ser entendida de maneira ampliada, considerando saúde não só como direito a tratamento, mas também como acesso a moradia, lazer, educação, trabalho

e renda, ainda é algo a ser conquistado. A premissa de saúde apenas como ausência de patologia é o padrão, sendo comum encontrar um cenário de investimentos maiores direcionados à assistência e cura do que à prevenção, promoção e educação em saúde no Brasil.

As Redes de Atenção à Saúde precisam estar baseadas também em diretrizes clínicas – entendidas como recomendações que orientam decisões assistenciais, de prevenção e promoção. Essas diretrizes norteiam a organização de serviços para condições de saúde de relevância sanitária e são elaboradas a partir da compreensão ampliada do processo saúde-doença-atenção, com foco na integralidade, incorporando as melhores evidências da clínica, da saúde coletiva, da gestão em saúde e da produção de autonomia. As diretrizes desdobram-se em Guias de Prática Clínica/Protocolos Assistenciais, orientam as Linhas de Cuidado e viabilizam a comunicação entre as equipes e os serviços, a programação de ações e a padronização de determinados recursos.

As Linhas de Cuidado são uma forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância. Visam à coordenação ao longo do percurso assistencial por meio da pactuação/contratualização e da conectividade de papéis e de tarefas dos diferentes pontos de atenção e profissionais. Pressupõem uma resposta global dos profissionais envolvidos no cuidado, superando as respostas fragmentadas.

A implantação de uma Linha de Cuidado em Saúde Mental é um aspecto importante para o ordenamento do cuidado em uma dada região de saúde, e deve partir da Atenção Primária à Saúde, mas incluir também a Atenção Especializada/Secundária.

O que não pode faltar:

- Construa, monitore, avalie e reveja com frequência a Linha de Cuidado em Saúde Mental de seu território.
- Garanta recursos materiais e humanos necessários à sua operacionalização.

- Integre e corresponsabilize todos os Pontos de Atenção na concepção, no monitoramento e na avaliação da Linha de Cuidado.
- Proponha processos de educação permanente.
- Construa a Linha de Cuidado de forma participativa e integrada. Ela é parte de um Planejamento Estratégico mais amplo da Saúde – e das políticas públicas em geral – no território. Para não ser apenas um documento no papel, ela precisa ser uma construção coletiva, com participação social de trabalhadores, usuários e gestores.
- Incentive e proporcione formas de publicização dos resultados alcançados pelo trabalho conjunto dos atores da linha de cuidado, bem como a produção de relatórios a serem apresentados nos Conselhos de Saúde.

É importante notar que as Linhas de Cuidado e as Redes de Atenção à Saúde não são diretamente espelhadas por um ou mais equipamentos da Rede Física. Justamente por serem Linhas de Cuidado, a ideia é que contribuam com a organização de uma lógica de assistência que ocorre, em princípio, em qualquer um dos equipamentos, independentemente de sua densidade tecnológica, ou seja, de estarem nas assim denominadas Baixa, Média ou Alta complexidade.

A Atenção Primária deve incluir como rotina em suas ações essenciais para a saúde mental:

- Capacidade de identificar, acolher, estabelecer e acompanhar os Projetos Terapêuticos Singulares das pessoas com transtornos mentais/sofrimento psíquico desde seu acolhimento na Unidade Básica de Saúde.
- Prevenção e identificação precoce dos transtornos mentais e o acompanhamento dos estados de sofrimento psíquico com características de ansiedade, depressão e sintomas somatoformes que apresentem baixo ou médio risco e sintomatologias, como insônia, dificuldade de concentração, problemas de memória, fadiga, irritabilidade, sentimentos de inutilidade e queixas somáticas.
- Acompanhamento das pessoas com diagnóstico psiquiátrico que estejam estáveis, ou seja, todos os casos já diagnosticados que não apresentem riscos no momento.

- Articulação, quando necessária, da referência para outros níveis de atenção dos casos agravados. Ou seja, aquelas pessoas que apresentem riscos para si ou para os outros: quadros de ideação e/ou planejamento suicida, agitação psicomotora com sinais de auto e/ou heteroagressividade, autocuidado extremamente prejudicado, sinais de automutilação graves, sinais de intoxicação aguda e/ou abstinência de substâncias, episódios conversivos graves, quadros de mania intensos. É válido ressaltar que, ainda que esses usuários sejam acompanhados em outros pontos das Redes de Atenção à Saúde, eles devem continuar sendo acompanhados pelas equipes da Atenção Básica, ordenadora do cuidado.
- Promoção do cuidado em saúde mental das pessoas já acompanhadas em outros programas e linhas de cuidado das Redes de Atenção Primária, Atenção Especializada e Urgência/Emergência.

A Atenção Especializada/Secundária deve incluir como rotina em suas ações essenciais para a saúde mental:

- Portas abertas nos serviços (como os CAPS III e os Pontos de Urgência e Emergência) para o acolhimento dos usuários com sofrimento psíquico, garantindo acesso 24h.
- Referenciamento e, se possível, Regulação em Saúde Mental para os leitos de enfermaria de Saúde Mental/Psiquiatria.
- Matriciamento e constante contato entre os Pontos de Urgência e Emergência e os serviços de base comunitária.

Apesar desses imensos desafios, há também a capacidade instalada, bons mecanismos de gestão com instrumentos potentes e bases de dados, assim como um modelo participativo que garante o espaço da cidadania na construção da saúde em nosso país, o que pode nos auxiliar nesta retomada de fortalecimento do SUS e das redes de atenção, entre elas a RAPS.

As recentes mudanças ocorridas nas políticas brasileiras, em especial na Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, e o desfinanciamento da RAPS, somam-se à disputa em relação ao modelo de atenção ofertado. Ademais, a covid-19 tornou o cenário mais complexo, desafiando os gestores a manter as redes instaladas, em funcionamento e acolhendo dentro da perspectiva da atenção psicossocial.

Nesse panorama, soma-se aos avanços e recuos a constatação de que há certo desinteresse – que se traduz em menor investimento – em produção e acompanhamento de dados das Redes de Atenção Psicossociais do país. Frequentemente, cabe aos trabalhadores da ponta a coleta de dados, apesar de nem sempre serem orientados sobre a maneira adequada de fazê-la. Ademais, a razão, os efeitos e as consequências dessa coleta são desconhecidos por muitos. Tudo isso resulta em baixa qualidade de dados e pouca implicação das equipes em usá-los como balizadores. Durante muitos anos, o único indicador disponível era a cobertura de CAPS baseada no critério populacional. Em 2011, foi criado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade de Atenção Básica (PMAQ) com a finalidade de ampliar acesso e melhorar a qualidade do atendimento da Atenção Básica, agregando indicadores voltados para o campo da saúde mental (BRASIL, 2015). O Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS) foi instituído pela **Portaria nº 276**, de 30 de março de 2012, com o objetivo de incluir as necessidades relacionadas ao monitoramento das ações e serviços de saúde conformados em Redes de Atenção à Saúde.

O RAAS institui uma **nova lógica de registro** da atenção realizada pelo CAPS, propondo procedimentos potencialmente mais sensíveis às diretrizes de funcionamento desse serviço. Nesse sentido, a lógica de registro prevista pela Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (APAC), bem como dos procedimentos que vinham sendo utilizados naquele instrumento – intensivo, não intensivo e semi-intensivo –, precisava ser superada. **Cada município deveria fazer uso dessas informações para refletir em sua prática e atuação, visando a qualificar seus serviços de saúde mental.** Em 2017, foi inserido no Sistema de Pactuação Integrada (SISPACTO) o indicador 21, atualmente o único vigente nacionalmente, que se refere às ações de matriciamento sistemáticas realizadas por CAPS com as equipes da AB (BRASIL, 2016) e que tem como meta uma ação de matriciamento por CAPS por mês.

Além de todo o impacto da falta de investimentos federais atuais, em muitos municípios (e até estados) ainda não existe uma equipe exclusiva para coordenar a Política de Saúde Mental, sendo em muitos deles tarefa destinada a uma única pessoa, que também cuida de outras políticas municipais/ estaduais.

O QUE NÃO PODE FALTAR!

É preciso ao menos uma pequena equipe nos níveis municipal e estadual para a pasta da Saúde Mental!

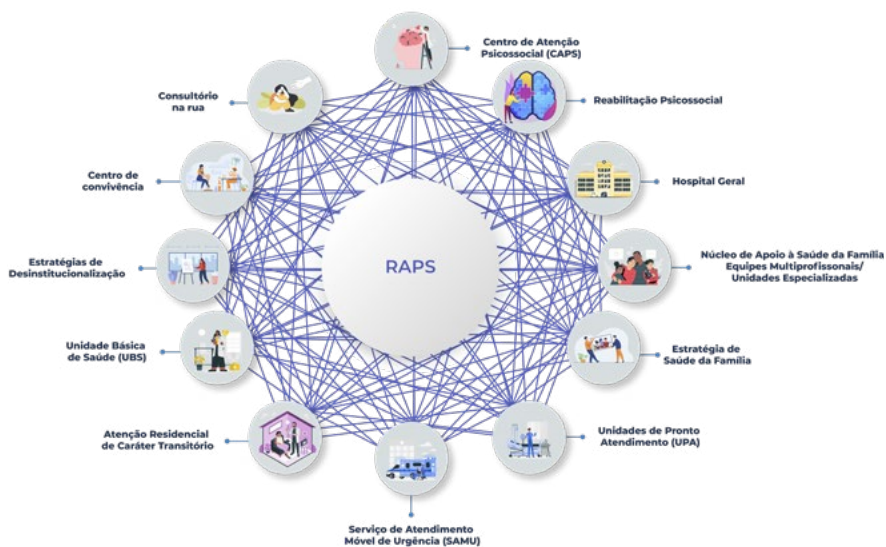
No entanto, mesmo nesse cenário desafiador de apagão de dados, e justamente por isso, os municípios e estados devem empenhar esforços em garantir que os dados sejam coletados, armazenados em plataformas e que sejam interpretados pelas equipes locais estaduais e municipais.

É preciso priorizar a integração dos bancos de dados e a coleta inteligente de dados visando a aplicação prática e respeitando a Lei Geral de Proteção de Dados

Premissas a serem lembradas:

- A perspectiva da Saúde Mental e Atenção Psicossocial (SMAPS) envolve o cuidado em liberdade, em território, articulado, respeitoso, dentro dos princípios do SUS de universalidade, integralidade e equidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022).
- Monitoramento e avaliação de dados é tarefa fundamental do(a) gestor(a) e dos trabalhadores e contribuem para a melhoria da qualidade do cuidado em saúde.
- Nossa meta é fazer valer os ditames da Constituição Federal, da Lei nº 8.080/1990, que institui o SUS, e da Lei nº 10.216/2001, a Lei da Reforma Psiquiátrica – ofertar saúde de qualidade para todos em suas necessidades específicas, respeitando os direitos humanos, os direitos sociais e a dignidade da pessoa humana.
- Saúde Mental e Atenção Psicossocial não se restringem a um equipamento, serviço ou profissional, mas são áreas transversais à saúde e a todas as políticas públicas relacionadas a desastres e emergências em saúde pública, conforme diagrama a seguir:

Figura 1 - A Rede de Atenção Psicossocial.



Fonte: Portaria GM nº 3.088, de 23/12/2011.

Essa rede se conecta, em cada um de seus pontos, com outras políticas públicas: assistência social, educação, habitação, trabalho e emprego, direitos humanos, proteção e defesa civil, entre outras.

2. Como acompanhar os dados de sua Rede: por onde começar e o que não pode faltar

2.1 Principais fontes de informações e dados

Alguns dados importantes podem ser encontrados por gestores e trabalhadores e servir de base para o planejamento, o monitoramento e a avaliação das redes. Temos como exemplos:

- O **Sistema de Informações da Atenção Básica (SISAB)**, apesar das lacunas existentes, auxilia a pensar estratégias relacionadas à saúde mental. Constam nesse sistema informações sobre: a prevenção ao uso de benzodiazepínicos, a atenção à pessoa com problema de uso prejudicial de álcool e a atenção a pessoas com transtorno mental severo e persistente. Esses dados, somados a outros presentes na AB e de uso corriqueiro das equipes, oportunizam um

bom diagnóstico do território, suas potencialidades e também os entraves, permitindo que a equipe desenhe processos de cuidado articulados com a realidade local.

- O **e-SUS**, sistema da Atenção Básica em uso pelas Unidades Básicas, permite a inserção de dados, tais como transtornos mentais e uso de álcool e outras drogas. É composto de fichas de cadastro domiciliar, cadastro individual, ficha de procedimento individual e ficha de atendimento odontológico individual.

- Também é possível verificar qual a rede instalada, as equipes e as informações sobre elas no **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde** (CNES), bem como os serviços habilitados pelo Ministério da Saúde por meio da plataforma SAIPS.

- Os CAPS trabalham com o Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS) desde 2012. Esses dados agrupados apresentam um panorama aproximado do funcionamento do serviço, como o tipo de ação ofertada, com que frequência e qual profissional a desempenha. A implantação do RAAS nos CAPS é uma oportunidade para **pôr em análise os processos de trabalho desses serviços**, buscando efetivamente orientar o modelo de atenção para o cuidado territorial e centrado no usuário. São registrados no RAAS da Atenção Psicossocial somente os procedimentos cadastrados no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) com o Instrumento de Registro: 09-RAAS (Atenção Psicossocial). Na Atenção Básica, os registros também são feitos usando o SIGTAP. São procedimentos que devem ser registrados: acolhimento individual ou em grupo no CAPS (noturno, 3º turno, diurno); atendimento familiar; acompanhamento domiciliar; práticas (corporais ou expressivas); atenção à situação de crise; ações de reabilitação psicossocial; promoção de contratualidade, entre outros. Também foram pensados procedimentos para fomentar a discussão entre gestores, trabalhadores, usuários e familiares sobre o papel dos CAPS na RAPS e sobre a clínica realizada nesse serviço: acolhimento inicial, ações de articulação em rede (inter e intra) setoriais, fortalecimento do protagonismo, matriciamento da atenção básica e da rede de urgência e emergência e hospitais, acompanhamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), apoio aos serviços residenciais de caráter transitório (UA), ações de redução de danos.

- Alguns estados e capitais brasileiras contam com uma **Central de Regulação de Leitos**, com equipe médica e/ou multiprofissional responsável pela regulação do acesso aos leitos ou mesmo pelo **Sistema Nacional de Regulação** (SISREG). Esses sistemas geram um banco de dados em que deve ser possível encontrar informações sobre a urgência da solicitação quando do pedido do leito. Em relação às internações, podemos verificar o número mensal de solicitações analisando: período de duração da internação, tipo de patologia (CID-X), tipo de solicitação (voluntária, involuntária ou compulsória), número de reinternações do mesmo usuário, gênero, raça e faixa etária da pessoa internada, assim como o território de residência. Essas informações podem ajudar a perceber quem interna, por que interna e quanto tempo fica internado, assim como verificar se o efeito de porta giratória ocorre naquela região e em quais situações.

- É possível também que sistemas ou bancos de dados específicos tenham sido desenvolvidos em uma dada região – ou que haja a possibilidade desse desenvolvimento. **Um grande desafio é justamente a INTEGRAÇÃO (ou interoperabilidade) dos bancos de dados, sejam eles dentro do SUS ou intersecretariais. O ideal é que esses instrumentos de coleta de dados e os bancos de informação sejam desenvolvidos levando em conta essa possibilidade de uso que se quer ter da informação, bem como a Lei Geral de Proteção de Dados (quem vai ter acesso, com qual finalidade, qual a segurança da informação – que, no caso da saúde, é sempre uma informação sensível).**

- Outro dado que pode ser analisado é a taxa de suicídios, que pode ser coletado no **Sistema de Informação sobre Mortalidade** (SIM) do DATASUS.

- Podemos consultar os dados do **PMAQ** das equipes da região na qual são avaliadas a capacidade de acolhimento e registro na AB de questões relativas à saúde mental. No portal do MS, é possível encontrar dados por região, referentes aos três ciclos implementados em todo o país.

- O **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística** (IBGE) também pode servir como fonte de dados para sustentar as análises, sobretudo para os Determinantes Sociais em Saúde de sua região.

Saiba Mais!

Determinantes Sociais em Saúde são aspectos sociais considerados fundamentais para prevenir ou agravar estados de saúde. Exemplos: situação socioeconômica, qualidade da habitação, escolaridade, relações sociais, entre outros. Podem ser entendidos também como fatores de vulnerabilidade ou de proteção.

- As fontes de informação qualitativas, tais como narrativas, prontuários, relatos de pessoas-chave do território, conferências de saúde e saúde mental e debates nos conselhos gestores também são grande fonte de informação para os gestores e trabalhadores.

Também temos acesso aos registros feitos nos instrumentos de gestão, obrigatórios a todas as prefeituras e estados. O SUS conta com instrumentos de gestão, tais como o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), a Lei Orçamentária Anual, a Agenda da Saúde (nacional, estadual e municipal), Quadro de Metas, Planos de Saúde (nacional, estadual, municipal), Plano Diretor de Regionalização (PDR), Programação Pactuada Integrada (PDI), Relatórios de Gestão, entre outros. Entre eles, destacam-se:

- **Plano de saúde (PS)** – é fruto de um processo participativo e ascendente que deve refletir sem-pre a realidade local. É um instrumento básico para a gestão que comporta a análise situacional, apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas, sendo a base para a execução, o monitoramento, a avaliação e a gestão do SUS (Brasil, 2009).
- **Programação Anual de Saúde (PAS)** – é o instrumento de gestão que operacionaliza as intenções do Plano de Saúde. Aqui são detalhadas as metas, as diretrizes e os objetivos do Plano de Saúde, assim como os recursos financeiros. Reúne um conjunto de iniciativas a serem implementadas pe-la respectiva esfera de gestão em determinado ano. Os resultados decorrentes da implementa-ção da Programação Anual de Saúde (PAS) compõem o Relatório anual de Gestão (RAG).
- **Relatório Anual de Gestão (RAG)** – é o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da PAS. Esses resultados são

levantados com base no conjunto de ações e metas de-finitivo na PAS. Ainda encontramos os relatórios de Gestão e o Relatório Detalhado Quadrimestral (RDQ).

O plano de saúde e o relatório de gestão se interligam compondo o ciclo de planejamento e gestão necessários à operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS. O plano de saúde sistematiza o conjunto de propostas de ação em relação aos problemas e necessidades de saúde das populações e envolve uma dimensão política, técnica e administrativa. O relatório de gestão é a principal ferramenta de acompanhamento da gestão em saúde pelo qual conseguimos analisar e comprovar a aplicação de recursos, deve apresentar os resultados da execução da programação anual de saúde (PAS).

A partir de 2018, o registro dos dados relativos aos instrumentos de planejamento por parte dos estados, Distrito Federal e municípios passa a ser feito no **Sistema DigiSUS Gestor** - Módulo Planejamento (DGMP). Regulamentado pela Portaria GM/MS nº 750, de 29 de abril de 2019, no que se refere a PAS, o DGMP possibilita a atualização de metas e registro da previsão orçamentária na PAS e a prestação de contas das metas previstas na PAS por meio do RAG. O DGMP também possui campo específico para os gestores anexarem o arquivo da PAS, bem como a resolução do Conselho de Saúde com o parecer sobre o referido instrumento.

- Um instrumento de gestão que pode servir de base para realização do diagnóstico da rede de saúde mental instalada é o **Plano de Ação Estadual da Rede de Atenção Psicossocial**, elaborado a partir dos **Planos de Ação Regionais** pactuados nas Comissões Intergestores Regionais (CIR). Uma análise das resoluções das Comissões Intergestores Bipartites (CIB - estadual) aprovadas no campo da saúde mental também pode trazer informações relevantes sobre a rede instalada, o tipo de equipamento e o tipo de financiamento destinado ao serviço, assim como suas funções, equipe mínima, população a que se destina e área de atendimento.

2.2 Epidemiologia em Saúde Mental

As medidas de incidência, prevalência e mortalidade de doenças e a distribuição dos seus determinantes fornecem informações vitais para planejamento, execução, monitoramento e avaliação dos serviços de saúde. Para estimativas globais e prevalências, a OMS utiliza o termo “transtorno

mental” e/ou categorias diagnósticas. Entretanto, as estimativas devem ser interpretadas com cautela, pois as fontes dos dados podem estar incompletas, desatualizadas ou terem baixa qualidade. Ademais, transtornos mentais podem ter diferentes conceitos entre culturas, sendo desafiador sua mensuração baseada em um ponto de referência específico. Dessa maneira, os estudos globais oferecem a melhor evidência possível dentro de uma série de limitações (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022).

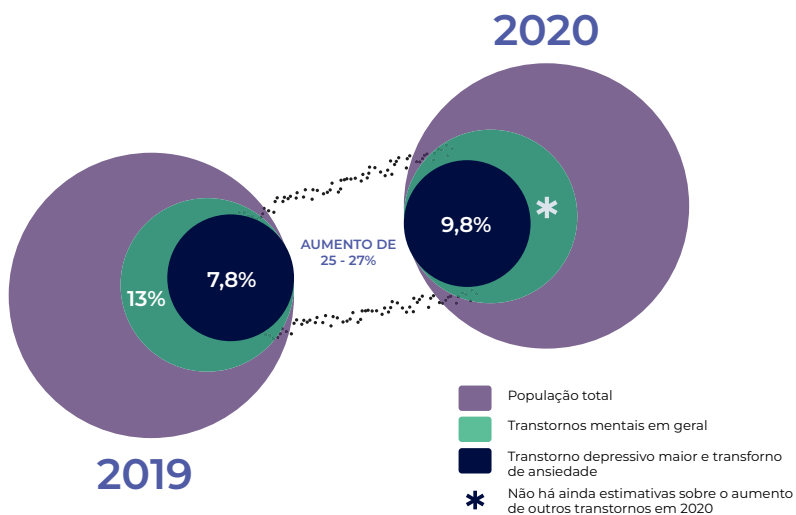
Saiba Mais!

Incidência refere-se à ocorrência de novos casos de doença ou lesão em uma população durante um período de tempo especificado.

Prevalência é a proporção de pessoas em uma população que tem uma doença ou atributo específico em um momento específico ou durante um período de tempo especificado. Ou seja, a prevalência difere da incidência, pois a prevalência inclui todos os casos, novos e preexistentes, na população no momento especificado, enquanto a incidência é limitada apenas a casos novos.

Em 2019, antes da covid-19, a prevalência global de transtornos mentais era de aproximadamente 13%, sendo os transtornos de ansiedade (e os transtornos depressivos) os mais prevalentes (4% e 3,8%, respectivamente). Estima-se que, em 2020, a pandemia de covid-19 levou a um aumento de 27,6% na prevalência do transtorno depressivo maior de 25,6% nos transtornos de ansiedade. Não há, ainda, estimativas claras sobre o aumento de outros transtornos. Um estudo encomendado para o Fórum Econômico Mundial revela que, um ano após o início da pandemia, 45% dos adultos de 30 países afirmaram vivenciar uma piora da saúde mental e emocional. A amostra brasileira apresentou níveis mais altos, com 53% da população relatando piora. Comparativamente, o Brasil ocupa o quinto lugar no ranking mundial de piora referida da saúde mental e emocional (IPSOS, 2021).

Figura 2 - Estimativa de prevalência e incidência de transtornos mentais em geral e de transtornos de ansiedade e depressão na população adulta em 2019 e em 2020.



Fonte: adaptado de World Health Organization. **World mental health report: transforming mental health for all.** Geneva: WHO, 2022.

A saúde mental de crianças e adolescentes também tem sido impactada. Na América Latina e Caribe, em março de 2020, 95% daqueles inscritos nas escolas estavam ausentes devido à pandemia (UNITED NATIONS INTERNATIONAL CHILDREN'S EMERGENCY FUND, 2020). No mesmo ano e localidade, 52% dessa população relataram vivenciar estresse significativo e 47% relataram episódios de ansiedade ou ataques do pânico durante a quarentena (UNITED NATIONS, 2021). A prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes também aumentou. Atualmente, 1 em cada 4 jovens em todo o mundo está experimentando sintomas de depressão clinicamente elevados, enquanto 1 em cada 5 jovens está apresentando sintomas de ansiedade clinicamente elevados. Uma comparação desses achados com estimativas pré-pandemia sugere que as dificuldades de saúde mental dos jovens durante a pandemia de covid-19 dobraram (RACINE et al., 2021).

Importante destacar ainda que existe um movimento de patologização e medicalização da vida em todo o mundo. **Dessa forma, ainda que um**

diagnóstico correto seja direito do usuário e sua família, no campo da saúde mental é importante não se pautar apenas pela realização do diagnóstico, pois ele atesta apenas o adoecimento, mas não a história da pessoa. O estigma e o preconceito são fatores que aumentam a vulnerabilidade e o sofrimento das pessoas. Trabalhar na linha da inclusão, pautando o trabalho de atendimento clínico pela escuta sensível, o acolhimento e o vínculo ajuda a minimizar os efeitos prejudiciais que podem acompanhar o diagnóstico em saúde mental.

Apresentamos a seguir um esquema das possibilidades de diagnóstico, monitoramento e acompanhamento de uma Rede de Atenção Psicossocial:

2.3 Como fazer?

Base:

- Tenha uma equipe (ou, no mínimo, uma pessoa exclusiva) dedicada à gestão da Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Secretaria de Saúde.
- Essa equipe (ou pessoa) deve ter poder para lidar com TODA a Rede de Atenção Psicossocial, aí incluídas a Baixa, Média e Alta Complexidade no que se refere à saúde mental.
- Caso ainda não tenha, ESTABELEÇA uma Linha de Cuidado em Saúde Mental, permanentemente reavaliada e repensada por meio de grupos gestores, com a participação social por meio dos Conselhos de Saúde ou mesmo de Consultas Públicas.
- Faça QUESTÃO de trabalhar de modo INTRA e INTERSETORIAIS:
 - Dentro da Saúde: com a Baixa, Média e Alta Complexidades / Atenção Primária, Atenção Especializada/Secundária e Terciária.
 - Com as secretarias de Assistência Social, Educação, Habitação, Defesa Civil, Trabalho e Renda, Direitos Humanos – estabeleça um calendário de reuniões e incentive o contato entre as equipes no território.

PASSO 1

- Conhecer a prevalência de sofrimentos mentais/psíquicos/emocionais (aqui usados como sinônimos) no território sob sua responsabilidade (esteja você em um equipamento ou em uma secretaria ou ministério).

Como fazer?

- Conheça os dados acima e aplique as estimativas na população sob sua responsabilidade: ou seja, se sua população é de, por exemplo, 100 mil habitantes, você pode calcular:
 - que há cerca de 13% de adultos com sofrimentos mentais moderados e severos em seu território (13 mil pessoas);
 - que após 2020 esse volume aumentou sobretudo no que se refere aos transtornos de ansiedade e depressão.
- Você também pode aplicar um questionário na sua população ou usar uma escala validada (recomendado para populações pequenas).
- Usar as classificações validadas internacionalmente, tais como a Classificação Internacional de Doenças (CID) ou a Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP).

Dicas:

- 1) Refletir sobre o que nós entendemos como problema em saúde mental.
- 2) Refletir sobre o que os serviços e as equipes entendem como problema em saúde mental.
- 3) Refletir: quais são as necessidades em saúde mental que os nossos serviços precisam identificar e atender? (Definir essas necessidades em conjunto com as equipes ou nos Grupos Condutores da RAPS).

Sinais de alerta:

- Se, usando dados dos sistemas de informação, da análise de prontuários e mesmo das reuniões de equipe, você observar que o volume de casos/situações/queixas identificadas de saúde mental e atenção psicossocial em um ano é muito menor que cerca de 13% do total de casos/situações/queixas.

Se for esse o caso, vá para o Passo 2!

Sinais de uma boa caminhada:

- Se, usando os dados dos sistemas de informação, da análise de prontuários e mesmo das reuniões de equipe, você observar que o volume de casos/situações/queixas identificadas como de saúde mental e atenção psicossocial em um ano gira em torno de 13% – pelo menos – do total de casos/situações/queixas.

Se for esse o caso, pule para o Passo 3!

PASSO 2

- Incentivar o aumento da quantidade e qualidade do cuidado em saúde mental e atenção psicossocial em seu território.

Como fazer?

Investir:

- No cuidado para **transtornos mentais mais frequentes**, como as síndromes de ansiedade e depressão; o uso abusivo de drogas, em especial, o álcool;
- Em **identificação precoce e manejo de situações de crise, principalmente, quando houver risco à vida;**
- No acompanhamento do consumo de medicações psicotrópicas, por exemplo, o uso de benzodiazepínicos;
- Na identificação e análise do impacto da covid-19 em fatores sociais e econômicos, no aumento da violência, nas perdas e no luto;
- Na análise do contexto e do território para identificar:
 - 1) Cenários de maior risco para casos de violência.
 - 2) Cenários de uso e abuso de substâncias psicoativas.
 - 3) Fatores de fortalecimento, resiliência, coletivos e atividades de lazer.

- Quais dimensões podem ser acompanhadas no planejamento de ações e mudanças na qualificação da Saúde Mental na Atenção Básica?

- É possível identificar um aumento da oferta?
- A equipe e o serviço estão conseguindo identificar melhor as questões de saúde mental?
- É possível analisar a quantidade, o volume e as características das ofertas realizadas em saúde mental?
- Estão sendo usadas ferramentas de cuidado relacionadas à saúde mental?
- É possível ler alguns prontuários para ver como estão sendo preenchidos os quesitos relacionados à saúde mental?
- É possível observar o volume e a qualidade dos registros e ações em saúde mental?

Dica:

- A demanda em saúde mental se beneficia de outros dispositivos de atenção para além das consultas rápidas, mesmo que frequentes: grupos são uma boa prática.

- Combinar métodos de análise e diagnóstico.

- Analisar os dados nos sistemas de informação disponíveis e estimular as equipes a preencher os prontuários com informações de maior qualidade.

- Realizar escuta dos profissionais para identificar as demandas, como elas são manejadas.

- Propor processos de educação permanente.

- Priorizar ações de educação permanente com as equipes como forma de debater o tema e pensar ações que busquem acompanhar as pessoas estreitando vínculos, com corresponsabilização e acolhimento, de forma a não patologizar e medicalizar a vida.

- Apostar na adoção de tecnologias leves e em espaços de socialização e presença que permitam a construção da atividade conjunta e variada para os usuários de ações, como: construção de hortas, grupos de caminhada e atividade física, grupos de suporte e ajuda mútua, oficinas de manualidades, etc., sempre que possível em parceria com equipamentos da intersetorialidade presentes no território.

PASSO 3

- Acompanhar a qualidade da produção de cuidado em saúde mental e atenção psicossocial.

Como fazer?

- Acompanhamento sistemático e regular dos dados quantitativos e qualitativos. Entre eles, podemos eleger:

Indicadores de cobertura de serviços:

- Taxa de cobertura dos CAPS em relação à população total do território;
- Número de leitos de psiquiatria em Hospitais Gerais da cidade em relação à população total;
- Número de profissionais da Equipe Multiprofissional presentes nas Unidades Básicas de Saúde do território em relação ao total de UBSs;
- Número de médicos psiquiatras presentes nas Unidades Básicas de Saúde do território em relação ao total de UBSs;
- Número de psicólogos presentes nas Unidades Básicas de Saúde do território em relação ao total de UBSs.

Indicadores epidemiológicos:

- Taxa de suicídio do território (anual);
- Número de notificações de violência do território (anual);
- Número de locais de uso aberto de substâncias psicoativas no território (possivelmente dados da Assistência Social) (anual);
- Média de pessoas em uso abusivo de substâncias (dados do SISAB/e-SUS AB);
- Estimativa do total de pessoas em situação de rua no território (dados da Assistência Social e/ou dos Consultórios na Rua ou e-SUS AB(anual));
- Número de pessoas em situação de acúmulo de “inservíveis” cadastradas no território (anual);
- Número de gestantes com problemas de saúde mental atendidas no território (anual);

- Internações por depressão: proporção (%) de internações por depressão padronizado por 100.000 habitantes (anual) (Centrais de Regulação/Dados de sistemas hospitalares);
- Internações por transtornos mentais e comportamentais relacionadas ao álcool: proporção (%) de episódios de internação por transtornos mentais e comportamentais relacionados ao uso de álcool padronizado por 100.000 habitantes (anual) (Centrais de Regulação/Dados de sistemas hospitalares);
- Internações em crianças com transtorno mental: proporção (%) de internações psiquiátricas de crianças até 17 anos padronizado por 100.000 habitantes (anual) (Centrais de Regulação/Dados de sistemas hospitalares);
- Internações por lesões autoprovocadas: proporção (%) de internações por lesões autoprovocadas padronizado por 100.000 habitantes (anual) (Centrais de Regulação/Dados de sistemas hospitalares);
- Internações de emergência por depressão: proporção (%) de internações de emergência por depressão padronizado por 100.000 habitantes (anual) (Centrais de Regulação/Dados de sistemas hospitalares);
- Internações de emergência por ansiedade: proporção (%) de internações de emergência por ansiedade padronizado por 100.000 habitantes (anual) (Centrais de Regulação/Dados de sistemas hospitalares);
- Internações de emergência por esquizofrenia: proporção (%) de internações de emergência por esquizofrenia padronizado por 100.000 habitantes (anual) (Centrais de Regulação/Dados de sistemas hospitalares);
- Internações por abuso de substâncias: proporção (%) de internações pelo abuso de substâncias padronizado por 100.000 habitantes (anual) (Centrais de Regulação/Dados de sistemas hospitalares);
- Internações por dano próprio deliberado em crianças e jovens: proporção (%) de internações por lesões autoprovocadas de crianças e jovens entre 10 e 24 anos padronizado por 100.000 habitantes (anual) (Centrais de Regulação/Dados de sistemas hospitalares).

Dica:

- Não se esqueça da importância de olhar para os grupos e coletividades e levar isso em conta na análise do território.
- Ampliar o escopo em práticas clínicas mais avançadas, a fim de identificar a dimensão subjetiva no conjunto das questões relacionadas à saúde e às demandas específicas em saúde mental visando à resolubilidade – há um grande desafio em quantificar a saúde mental, sendo ela tão singular à vida de cada pessoa.
- Lembre-se sempre que a saúde mental é transversal e relacional. Proporcionar espaços de ancoragem que permitam às pessoas a sensação de segurança e de poder contar com o apoio da equipe alivia e estabiliza tanto o usuário quanto a família. Invista sempre que possível no cuidado em território, mesmo quando a crise se anuncia, montando uma estratégia de dar contorno ao sofrimento das equipes. Essas medidas, na maioria dos casos, conseguem auxiliar na travessia da crise sem a necessidade da internação, mas, para isso, é preciso que haja um trabalho compartilhado entre as equipes e um investimento constante em projetos de vida, apoiando o usuário e a família no desenvolvimento de uma relação de pertença com o território. O apoio matricial é fundamental para esses momentos e pode ajudar as equipes a construir esses fluxos compartilhados de cuidado.

Sinais de alerta:

- Não ter acesso a nenhum dos dados ou indicadores; - Solução: procure o Grupo Condutor da RAPS ou outros níveis de gestão para lhe ajudar! Busque formações e cursos na área!
- Ter dificuldade de comunicação com as equipes de assistência direta ao paciente – Comece! Sem trabalho em equipe não é possível produzir saúde nem saúde mental!

Sinais de uma boa caminhada:

- Existência de série histórica sobre esses dados (se ainda não tem, comece! Sempre é tempo!).
- Uso dessa coleta de dados para reflexões nos níveis da gestão e do debate com os serviços, parceiros, Conselhos de Saúde e outros instrumentos de controle social.

- Uso dessa coleta de dados para as tomadas de decisão sobre investimentos, localização de novos serviços, pactuações intra e intersecretariais.
- E siga em frente!!

O que não pode faltar:

- Pactuação e participação da Saúde Mental e Atenção Psicossocial em todas as instâncias intersecretariais para a elaboração de planos de Reconstrução/Recuperação/Reabilitação pós-desastres ou emergências em saúde pública, bem como para Planos de Contingência , em geral liderados pela Defesa Civil e/ou pela Vigilância Epidemiológica.
- No Brasil, em geral, uma emergência em saúde pública ou desastres costuma ocorrer em locais que já enfrentavam situações de vulnerabilização. O cenário do desastre/emergência soma-se aos outros problemas persistentes existentes nos territórios, aumentando seu impacto.
- O trabalho conjunto, articulado e planejado em rede é o único capaz de fazer frente à envergadura dos desafios.
- É função primordial do setor saúde trabalhar para prevenir, responder e recuperar situações de emergência em saúde pública e desastres.

2.4 O grupo condutor da RAPS e as ferramentas de gestão

Um espaço da gestão que pode ser utilizado para análise e diagnóstico de desenho da RAPS são os Grupos Condutores da RAPS implementados em muitos estados e municípios. Também os grupos de trabalho da atenção básica, presentes em muitas gestões, são espaços potentes para as articulações, pois é impossível garantir saúde mental em um território sem o envolvimento da AB.

Outro espaço consolidado de pactuação e que se mantém ativo com calendário sistemático e amplamente divulgado nas páginas das secretarias de saúde são os espaços da Comissão Intergestores Regional (CIR), a Comissão

Intergestores Bipartite (CIB) e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Esses espaços congregam atores gestores das esferas da saúde, trabalhadores das redes e prestadores de serviço, representantes dos conselhos de secretários e apoiadores, além de convidados especiais que venham a apresentar novas ferramentas ou propostas de gestão pública.

Da mesma forma, os espaços consolidados do controle social nos Conselhos de Saúde nos três níveis de gestão: Federal (CNS), Estadual (CES) e Municipal (CMS). Nos conselhos de saúde, gestores, trabalhadores e usuários encontram-se sistematicamente, com agenda de plenária previamente definida para analisar e pactuar o rumo da saúde em cada esfera, sendo possível a presença de qualquer cidadão com interesse em participar desse espaço de construção, tendo direito de se manifestar, ainda que apenas conselheiros (titular e suplentes) possam votar. Não podemos deixar de mencionar também as Conferências de Saúde Mental, espaços de ampla participação social com a presença de gestores, trabalhadores, usuários, estudantes e demais interessados no campo da saúde.

Esses são espaços importantes para a retomada do debate sobre a saúde mental, alguns deles com ampla participação social, para um olhar mais atento sobre a situação de cada rede e os desafios impostos para o cuidado em cada região. Espaço também de reencontro e de firmar pactos entre gestores, trabalhadores, movimentos sociais e usuários sobre os rumos da saúde mental.

Partindo da análise dos instrumentos de gestão local (município e/ou estado) e dos dados disponíveis (nacional, municipal e estadual), o grupo pode acessar farto material para realizar o diagnóstico de rede, verificar como a política está sendo construída no plano de saúde e como seus recursos estão sendo utilizados, bem como as metas propostas para a área na Programação Anual de Saúde (PAS) e se estão sendo alcançadas ou não a cada novo relatório de gestão que é entregue.

O trabalho contínuo desse grupo permite uma sistematização bastante precisa do que foi feito para atingir as metas, quais pactuações estão sendo cumpridas e em que pontos está emperrado o processo da gestão. Ao mesmo tempo que essa análise documental vai sendo feita para garantir o andamento do planejado, avaliando e monitorando ações e metas, também é possível a gestão de casos que ocorrem no cotidiano das equipes. Pensando

e pactuando ações para destravar os gargalos assistenciais, percebendo quais as dificuldades em termos de formação e construindo processos de educação permanente para vencer os entraves, propondo novas políticas e novas ações de fortalecimento da RAPS e aplicação de mais recursos financeiros em áreas mais vulneráveis e/ou estratégicas.

3. Referências Bibliográficas



BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde.

Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização. Brasília: Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 8, de 24 de Novembro de 2016.** Dispõe sobre o processo de pactuação Interfederativa de indicadores para o período 2017-2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/resolucoes/2016/resolucoes-cit-n-8-e-10-1.pdf/view>. Acesso em: 23 jun. 2022.

IPSOS. **One year of covid-19:** Ipsos survey for The World Economic Forum. Paris: Ipsos; 2021. Disponível em: https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2021-04/wef_-_expectations_about_when_life_will_return_to_pre-covid_normal_-_final.pdf. Acesso em: 23 jun. 2022.

RACINE, N. et al. Global prevalence of depressive and anxiety symptoms in children and adolescents during covid-19: a meta-analysis. **JAMA Pediatr.**, v. 175, n. 11, pp. 1.142-1.150, 2021. DOI:10.1001/jamapediatrics.2021.2482.

UNITED NATIONS. **United Nations survey on Latin American and Caribbean youth within the context of the COVID-19 pandemic.** New York: United Nations, 2021.

UNITED NATIONS INTERNATIONAL CHILDREN'S EMERGENCY FUND. Covid-19: more than 95 per cent of children are out of school in Latin America and the Caribbean. **UNICEF**, Panama City, 23 mar. 2020. Disponível em: <https://www.unicef.org/press-releases/covid-19-more-95-cent-children-are-out-school-latin-america-and-caribbean>. Acesso em: 22 jun. 2022.

WEBER, R. (org.). **Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216/01.** Brasília: Desinstitute, 2021. Disponível em: <https://desinstitute.org.br/noticias/painel-saude-mental-20-anos-da-lei-10-216/>. Acesso em: 23 jun. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World mental health report: transforming mental health for all.** Geneva: World Health Organization, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/world-mental-health-report>. Acesso em: 22 jun. 2022.

Ficha Técnica

© 2022. Escola de Governo Fiocruz - Fiocruz Brasília.

Alguns direitos reservados. É permitida a reprodução, disseminação e utilização desta obra. Deve ser citada a fonte e é vedada sua utilização comercial.

Curso Nacional de Saúde Mental e Atenção Psicossocial na covid-19: Reconstrução pós desastres e emergências em saúde pública. Coordenação-Geral de Maria Fabiana Damásio Passos. Brasília: [Curso na modalidade a distância]. Escola de Governo Fiocruz Brasília, 2022.

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

Nísia Trindade Lima

Presidente

Gerência Regional de Brasília (Gereb)

Maria Fabiana Damásio Passos

Diretora

Escola de Governo Fiocruz Brasília

Luciana Sepúlveda

Diretora Executiva

Apoio: Este curso foi desenvolvido sob coordenação da Escola de Governo Fiocruz, do Núcleo de Saúde Mental e Atenção Psicossocial em Desastres e Emergências em Saúde Pública (NUSMAPS/Fiocruz) e do Núcleo de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (NUSMAD/Fiocruz) em parceria com o Cento de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde (CEPEDES/Fiocruz) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

Escola de Governo Fiocruz - Brasília

Avenida L3 Norte, s/n, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Gleba A CEP: 70.904-130 - Brasília – DF / Telefone: (61) 3329-4550.

Coordenação do Curso

Maria Fabiana Damásio Passos
Débora da Silva Noal
Ana Cecília Andrade Moraes Weintraub
Carlos Machado de Freitas
André Vinicius Pires Guerrero

Moderação

Nicolly Papacidero Magrin
Sara da Silva Meneses
Lara Gonçalves Coelho

Apoio Técnico

Lara Gonçalves Coelho
Sara da Silva Meneses
Mariana Neves Gonçalves de Souza
June Correa Borges Scafuto
Jaqueline Tavares de Assis
Cintya Gonçalves
Sandra Maria Sales Fagundes

Revisão Técnico-Científica

Débora da Silva Noal
Ana Cecília Moraes Weintraub
André Vinicius Pires Guerrero
Sandra Maria Sales Fagundes
Adriana Silveira Cogo
Bernardo Dolabella Melo
Camila Pinheiro Medeiros
Carolyne César Lima
Ionara Vieira Moura Rabelo
Lara Gonçalves Coelho
Maíra Lopes Mazoto
Mariana Neves Gonçalves de Souza
Milene Tramansoli Resende
Sara da Silva Meneses
Sonia Regina Pereira Fernandes
Verônica Erthal

PRODUÇÃO

Núcleo de Educação a Distância da EGF - Brasília

Coordenação

Maria Rezende

Supervisão de Produção

Erick Guilhon

Revisão Textual

Erick Guilhon

Design Gráfico

Thalisson Cruz
Adriana Marinho

Produção Multimídia/Audiovisual

Márlon Lima

Lives

Pedro Magalhães

Desenvolvimento

Bruno Costa
Rafael Henriques
Trevor Furtado
Thiago Xavier
Gabriel Nascimento

Supervisão de Oferta

Meirirene Moslaves

Suporte Técnico

Dionete Sabate



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Brasília

PARCERIA

