

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS, AMBIENTAIS E BIOLÓGICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS E
SEGURANÇA SOCIAL**

Nota Técnica:

**PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO
EM SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL EM DIAS D'ÁVILA-
BA**

Wellington Ramos Gomes Junior

**CRUZ DAS ALMAS – BAHIA
2023**

PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL EM DIAS D'ÁVILA-BA

Wellington Ramos Gomes Junior

Graduado em Psicologia
Centro Universitário Nobre, 2019

Dissertação apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Políticas Públicas e Segurança Social da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Gestão de Políticas Públicas e Segurança Social.

Orientadora: Eliene Gomes dos Anjos

**CRUZ DAS ALMAS – BAHIA
2023**

FICHA CATALOGRÁFICA

G633p

Gomes Junior, Wellington Ramos

Proposta de implantação da linha de cuidado em saúde mental infantojuvenil em Dias D'ávila-BA. / Wellington Ramos Gomes Junior . _ Cruz das Almas, Bahia, 2023. 53f.; il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Centro de Ciências Agrárias, Ambientais e Biológicas, Mestrado Profissional em Gestão de Políticas Públicas e Segurança Social.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Eliene Gomes dos Anjos

1. Política Social. 2. Gestão de Políticas Públicas 3. Saúde Mental Infantojuvenil I. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Centro de Ciências Agrárias, Ambientais e Biológicas. II. Título.

CDD: 361.61

Ficha elaborada pela Biblioteca Universitária de Cruz das Almas - UFRB.
Responsável pela Elaboração Neubler Nilo Ribeiro da Cunha (Bibliotecário - CRB5/1578)
(os dados para catalogação foram enviados pelo usuário via formulário eletrônico).

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS, AMBIENTAIS E BIOLÓGICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS E
SEGURANÇA SOCIAL**

**PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO EM SAÚDE
MENTAL INFANTOJUVENIL EM DIAS D'ÁVILA-BA**

Comissão Examinadora da Defesa
de Dissertação de Wellington
Ramos Gomes Junior

Documento assinado digitalmente

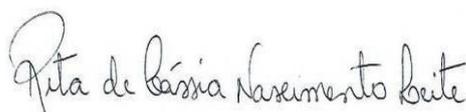
 **ELIENE GOMES DOS ANJOS**
Data: 27/11/2023 14:19:32-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Dra. Eliene Gomes dos Anjos

Documento assinado digitalmente

 **NEILTON DA SILVA**
Data: 27/11/2023 22:05:42-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Dr. Neilton da Silva



Dra. Rita de Cássia Nascimento
Leite

Aprovada em: 28/04/2023

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Universidade Federal da Bahia, especialmente à coordenação, secretaria e corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Políticas Públicas e Segurança Social;

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia, pela bolsa de estudos concedida;

À Secretaria Municipal de Saúde de Dias d'Ávila, em especial aos gestores entrevistados, pelo aceite e participação na pesquisa;

À minha orientadora Eliene Gomes dos Anjos, pela parceria;

Aos meus colegas de curso que, mesmo afastados na presença física, fizeram-se presentes nessa jornada;

Aos meus amores: meu companheiro, minha família, meus amigos, é tudo por vocês!

Os pequenos e as pequenas são cotidianamente silenciados pela arrogância da adultez, que, a todo momento, dita como devem agir ou o que podem falar. Não adianta entregarmos a responsabilidade sobre o futuro às crianças e adolescentes se não proporcionamos a elas dignidade e autonomia.

PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL EM DIAS D'ÁVILA-BA

Resumo: Esta Nota Técnica apresenta o trabalho desenvolvido na formulação da proposta de implantação da Linha de Cuidado em Saúde Mental Infantojuvenil de Dias d'Ávila-BA. Na área da saúde, as políticas de saúde mental foram, sistematicamente, preteridas durante a construção do Sistema único de Saúde (SUS); essa realidade é agravada se consideradas as ações voltadas ao público infantojuvenil. Entendendo a atual conjuntura de desmonte das políticas de saúde mental no Brasil, é preciso defender modelos de gestão pública que considerem as realidades locais; por isso, é importante saber como os dispositivos da rede de saúde do município têm se articulado para garantir o cuidado a esse público. A proposta de construção desse instrumento surgiu de uma experiência anterior na gestão da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) municipal. As discussões que serão expostas são fruto da análise documental dos normativos de planejamento vigentes na área da saúde: o Plano Municipal de Saúde (PMS 2022-2025) e a Programação Anual de Saúde (PAS 2022); e de entrevistas realizadas com 05 (cinco) gestores de Dias d'Ávila- BA. A partir da análise dos dados, foram percebidas as fragilidades e potencialidades quanto à implementação da linha de cuidado, e discutidos como o desmonte do SUS em âmbito nacional impactaram a gestão municipal. A pesquisa resultou na “Cartilha para uma boa gestão da RAPS”, sugerindo como a gestão municipal pode reorganizar a RAPS para que a linha de cuidado seja implementada e implantada. Espera-se contribuir com a gestão em rede em Dias d'Ávila, bem como inspirar outros municípios com essa experiência.

Palavras-chave: RAPS, CAPS, infância, Juventude, Gestão Pública.

PROPOSAL FOR IMPLANTATION OF THE CARE LINE IN CHILDHOOD AND YOUTH MENTAL HEALTH IN DIAS D'ÁVILA-BA

Abstract: This Technical Note presents the work carried out in the formulation of the proposal for the implantation of the Children and Adolescent Mental Health Care Line in Dias d'Ávila-BA. In the health area, mental health policies were systematically neglected during the construction of the Unified Health System (SUS); this reality is aggravated if actions aimed at children and adolescents are considered. Understanding the current dismantling of mental health policies in Brazil, it is necessary to defend public management models that consider local realities; therefore, it is important to know how the municipal health network devices have been articulated to guarantee care for this public. The proposal for building this instrument arose from a previous experience in the management of municipal Psychosocial Care Network (RAPS). The discussions that will be exposed are the result of the document analysis of the current planning regulations in the health area: the Municipal Health Plan (PMS 2022-2025) and the Annual Health Program (PAS 2022); and interviews with 05 (five) managers of Dias d'Ávila-BA. Based on the data analysis, the weaknesses and strengths regarding the implementation of the line of care were perceived, and how the dismantling of the SUS at the national level had an impact on municipal management was discussed. The research resulted in the "Booklet for good RAPS management", suggesting how municipal management can reorganize the RAPS so that the line of care is implemented and implemented. It is expected to contribute to network management in Dias d'Ávila, as well as to inspire other municipalities with this experience.

Keywords: RAPS, CAPS, childhood, Youth, Public Management.

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 9 |
| 2 METODOLOGIA | 12 |
| 2.1 DOS INSTRUMENTOS PARA LEVANTAMENTO DOS DADOS..... | 12 |
| 2.2 DA ANÁLISE DOS DADOS..... | 13 |
| 2.3 DOS ASPECTOS ÉTICOS, DO CONVITE E DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)..... | 14 |
| 3 POSSÍVEIS RELAÇÕES ENTRE O CENÁRIO POLÍTICO NACIONAL E O PLANEJAMENTO DAS POLÍTICAS MUNICIPAIS DE SAÚDE MENTAL | 17 |
| 4 CARACTERIZAÇÃO DA RAPS: POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES PARA A IMPLANTAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL | 31 |
| 5 CONHECENDO A “CARTILHA PARA UMA BOA GESTÃO DA RAPS: CAMINHOS PARA A IMPLANTAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL” | 38 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 40 |
| REFERÊNCIAS | 36 |
| APÊNDICES | 41 |

1 INTRODUÇÃO

A princípio, numa perspectiva fenomenológica, é preciso situar o leitor quanto à minha relação, enquanto pesquisador, com o campo, para que fiquem delineadas as intencionalidades dos discursos que sucederão; pois todo discurso, inclusive os científicos, são dotados de intenção, de um olhar humano, subjetivo, singular. Por isso, inclusive, peço licença para recorrer à escrita em primeira pessoa em alguns momentos.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) oferece cuidado aos usuários com sofrimento e/ou transtorno mental e/ou necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas; ela deve ser ampla, diversificada, integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção, visando o resgate da cidadania e o processo de inclusão social dessas pessoas (BRASIL, 2011). A RAPS é uma conquista dos movimentos sociais, como o Movimento de Luta Antimanicomial (MLA), composto por trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) que reivindicam um cuidado em liberdade, com dignidade e territorializado.

No que diz respeito ao cuidado especializado às crianças e adolescentes, os avanços são mais lentos e a realidade assistencial é caracterizada pela escassez de ofertas e isolamento entre os dispositivos, principalmente nos municípios do interior. O Brasil estabelece diretrizes, mas ainda não possui uma política específica para efetivação desse cuidado, dificultando o estabelecimento de competências e responsabilidades entre os diferentes níveis de atenção à saúde e seus gestores. Essa realidade se traduz no sentimento de sobrecarga de algumas equipes e na insatisfação de usuários e familiares.

Nesse contexto, as linhas de cuidado apresentam-se como instrumentos estratégicos de gestão. Elas podem auxiliar na coordenação do cuidado e na organização do percurso assistencial que os usuários daquela rede precisarão fazer para ter suas demandas atendidas no SUS e, além disso, contribuem para melhoria da comunicação entre os gestores. São organizadas em torno de problemas de saúde pública que possam demandar maior atenção, a depender de cada território, e podem ser propostas e implementadas por qualquer ente federativo.

Dias d'Ávila tem sua população estimada em 82.432 habitantes (IBGE, 2020) e faz parte da região metropolitana de Salvador, integrando a Região de Saúde de Camaçari juntamente com Conde, Mata de São João, Pojuca e Simões Filho. No final

de 2019 foram iniciados os debates para tratar da construção da Linha de Cuidado em Saúde Mental Infantojuvenil do município, tendo como agentes proponentes as gestoras municipais que ocupavam as coordenações da RAPS e do CAPS.

A proposta fundamentou-se principalmente na percepção sobre as fragilidades na comunicação e no estabelecimento de um fluxo entre os dispositivos. O planejamento e a execução dessa fase inicial ficaram por conta de alguns residentes vinculados ao programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF) e Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) que faziam estágio na RAPS, com supervisão dessas gestoras e do corpo pedagógico da residência.

Por ser um dos residentes envolvidos, pude acompanhar e refletir sobre esse processo, que foi registrado num artigo, e que está em processo de publicação, intitulado “Toda linha tem um ponto de partida: relato de um psicólogo residente sobre a construção da Linha de Cuidado em Saúde Mental Infantojuvenil de Dias d’Ávila-BA”. Essa primeira fase foi realizada apenas com os trabalhadores do CAPS I e alguns convidados, a fim de elencar as maiores demandas e possíveis propostas assistenciais para o aprimoramento dos cuidados em saúde mental às crianças e adolescentes. Portanto, seria necessário dialogar com outros pontos da rede no ano seguinte (2020), quando uma nova gestão municipal assumiria, pondo em prática um novo Plano Municipal de Saúde (PMS).

Entendendo o contexto até então apresentado, é preciso alertar que as crianças e adolescentes vem perdendo direitos pela ascensão da ideologia higienista no Brasil. Ademais, ainda que tenhamos avançado inegavelmente na implementação das políticas de territorialização, descentralização e regionalização, a velha tendência normativa, burocrática e centralizada na gestão das políticas de saúde ainda se coloca como barreira na universalização do acesso aos serviços públicos (YASUI, 2006).

Os desafios que se colocam frente a uma proposta de implantação de uma linha de cuidado municipal são, principalmente, aqueles ligados ao financiamento - já que não existe uma divisão clara de responsabilidades entre os entes federativos - e, associada a essa questão, existe a problemática de que a execução de políticas como essa ficam sob a definição de critérios das gestões municipais, que nem sempre são explícitos. Em Dias d’Ávila, portanto, é necessário fazer uma leitura sobre como a gestão municipal vem priorizando, ou não, esse cuidado.

Assim, essa pesquisa vai ao encontro das diretrizes de políticas que regem o cuidado em saúde mental infantojuvenil, buscando incentivar uma maior articulação entre os dispositivos que compõem a RAPS municipal; ademais, parte de uma observação do campo do trabalho assistencial no SUS. Além disso, a pesquisa pode colaborar para o avanço científico e de tecnologias de gestão que propiciem o aprimoramento de políticas públicas e do desenvolvimento socioterritorial, indo ao encontro, portanto, dos objetivos do macroprojeto estruturante de Gestão e Avaliação de Políticas Públicas de Seguridade Social e Desenvolvimento, na Linha de Gestão em Segurança Social do Programa de Pós-graduação em Gestão de Políticas Públicas e Segurança Social (PPGGPPSS) da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB).

Diante do entendimento acerca da importância de uma articulação qualificada entre as instituições e atores componentes da RAPS para a garantia do cuidado em saúde mental infantojuvenil, fez-se necessário entender: como a RAPS de Dias d'Ávila-BA tem se articulado para garantir o cuidado em saúde mental às crianças e adolescentes? Agora, enquanto pesquisador externo, e com um olhar da gestão pública mais apurado, retorno ao mesmo campo a fim de observar de que modo as políticas públicas de saúde mental infantojuvenil vêm sendo discutidas e executadas no município para que a Linha de Cuidado possa ser implementada e implantada.

2 METODOLOGIA

Esta pesquisa é um estudo de caso exploratório. De acordo com Yin (1994), o estudo de caso é uma estratégia adequada quando o pesquisador quer investigar o “como” (ou seja, o processo) de acontecimentos ou processos sobre os quais têm pouco ou nenhum controle, visando aprofundar conhecimentos acerca de uma realidade específica (GIL, 2008). Além disso, Yin (1994) aponta também que no estudo de caso o pesquisador parte de uma situação-problema que precisa de melhor compreensão e, por isso, precisa coletar informações sobre o contexto e as variáveis.

A fim de alcançar o objetivo da pesquisa, foi necessário construir maior familiaridade com o processo de articulação da RAPS municipal no campo da saúde mental infanto-juvenil, tornando-o mais explícito e permitindo a formulação de hipóteses; assim, de acordo com Gil (2008), este trabalho tem caráter de pesquisa exploratória. Segundo o autor, a maioria dessas pesquisas envolve levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e análise de exemplos que estimulem a compreensão.

Deste modo, alinhado com o olhar sobre o “como”, ou sobre o “processo”, o caso a ser estudado é o da RAPS do municipal de Dias d’Ávila-BA, com foco no processo de articulação entre os dispositivos e gestores que compõem essa rede para garantia do cuidado da saúde mental para crianças e adolescentes. Como essa rede se comunica? Como é organizado o processo assistencial a esse público? Quais são os desafios, as dificuldades e as potencialidades que operam nesse campo?

2.1 DOS INSTRUMENTOS PARA LEVANTAMENTO DOS DADOS

Para conhecer as propostas e ações do município de Dias d’Ávila-BA no campo da saúde mental infantojuvenil foi realizada uma pesquisa documental com base nos documentos oficiais mais recentes que versam sobre o planejamento para a saúde no município: 1) Plano Anual de Saúde (PAS) vigente em 2022; e 2) Plano Municipal de Saúde (PMS), com vigência entre 2022 e 2025. Durante a leitura dos Planos, foi observado se há e quais são as metas e propostas da gestão municipal nessa área. Esses documentos são de domínio público, e devem ser postados periodicamente no Diário Oficial da União. Esta etapa foi a mais desafiadora e quase não integra os dados analisados, pois houve atraso na publicação dos Planos.

Além da pesquisa documental, foram conduzidas entrevistas semiestruturadas com 05 (cinco) gestores municipais: 1) Secretaria Municipal de Saúde; 2) Coordenadoria do CAPS; 3) Coordenadoria da Atenção Primária à Saúde (APS); 4) Coordenadoria de Média e Alta Complexidade; 5) Coordenadoria da regulação com a rede estadual. Sobre a entrevista semiestruturada, Manzini (1990;1991) explica que inicialmente é confeccionado um roteiro com perguntas norteadoras, que são complementadas por outras questões que vão surgindo naturalmente durante a entrevista a partir da interação entre o entrevistador e o entrevistado, permitindo assim uma liberdade maior nas respostas, que não ficam condicionadas a um padrão estabelecido previamente.

Foram escolhidos esses gestores a partir de uma indicação da própria secretaria de saúde, pois eles estão diretamente ligados aos principais dispositivos de cuidado à saúde mental infantojuvenil. No diálogo com esses sujeitos, analisou-se o processo de articulação entre os dispositivos componentes da RAPS; bem como foram identificados outros dispositivos, instituições e atores sociais do campo da saúde mental infantojuvenil que possam potencializar a gestão do cuidado compartilhado.

2.2 DA ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados a partir da análise documental e das entrevistas semiestruturadas não receberam qualquer tratamento quantitativo. Assim, situa-se esta pesquisa numa abordagem qualitativa. Neste sentido, os dados foram analisados quanto aos seus significados, relações e sobre o que eles representam para a saúde mental infantojuvenil no contexto estudado. Embora estes dados não recebam análise quantitativa, segundo Minayo (2008), isso não significa que a abordagem qualitativa possua menor valor, uma vez que a diferença entre as abordagens quantitativa e qualitativa é de natureza e não de escala hierárquica. A abordagem qualitativa se aprofunda no mundo dos significados, da representação e, como as redes são formadas por pessoas, essa pode ser uma abordagem eficiente de análise.

Os dados foram submetidos ao método de análise de conteúdo, fundamentada na proposta de Bardin (2009, p.44) que descreve o método como:

Conjunto de técnicas de análises das comunicações visando obter por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Neste contexto, a análise de conteúdo é dividida em três partes: (1) pré-análise, que se configura como a fase de organização do material a ser analisado, tornando-o operacional; (2) exploração do material, onde são definidas as categoriais de registro e contexto; e a (3) análise categorial, caracterizada pelos tratamentos dos resultados, inferências e interpretação. Por fim, após percorridas todas estas etapas, as categorias estabelecidas são analisadas à luz do conhecimento historicamente acumulado sobre o assunto, sendo os dados brutos da pesquisa totalmente significativos (BARDIN, 2009).

Esse processo culminou na proposição da Linha de Cuidado em Saúde Mental Infantojuvenil de Dias d'Ávila-BA, com formato de cartilha para os gestores. O instrumento é composto por uma parte gráfica com o desenho do fluxo assistencial e por uma parte discursiva com recomendações de uso do material e sua devida justificativa metodológica. Após a finalização do produto, os gestores entrevistados tiveram acesso ao documento para que possam comentar e/ou sugerir alterações para a viabilização do uso do material e abertura para diálogo com outros atores, como gestores da educação, da assistência social, da justiça, os próprios trabalhadores da rede e, principalmente, com seus usuários.

2.3 DOS ASPECTOS ÉTICOS, DO CONVITE E DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Visando garantir a integridade ética da pesquisa que envolve seres humanos, conforme dispõe a Resolução CNS nº 510, de 2016, a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFRB e os participantes foram direcionados a formalizar sua participação no desenvolvimento da pesquisa, firmando seu consentimento através do TCLE. Como previsto pela Resolução, os profissionais serão esclarecidos quanto à natureza, aos objetivos, justificativa e método do trabalho, bem como as potenciais contribuições, riscos e benefícios. Além disso, foi resguardado o sigilo de quaisquer informações que possam identificá-los, sendo ainda

informados sobre a liberdade que terão para se recusarem a participar ou retirarem seu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem penalizações livre de fraude, erro ou intimidação (BRASIL, 2016).

Os principais riscos inerentes à pesquisa são aqueles referentes ao uso de tecnologia de armazenamento e comunicação virtuais ou eletrônicos, e as consequentes limitações do pesquisador para assegurar total confidencialidade e o potencial risco de sua violação. Todavia, todos os cuidados éticos foram tomados quanto ao armazenamento adequado dos dados coletados. Além disso, é importante salientar que durante a análise dos dados faremos referência aos gestores entrevistados como “Gestor 1”, Gestor 2”, etc., sem correlação com a ordem hierárquica, de modo que seja inviabilizado o reconhecimento da pessoa através do cargo que ocupa, buscando assegurar o sigilo e a confidencialidade das informações do participante da pesquisa.

Os benefícios esperados convergem na criação de uma melhor relação e comunicação entre os diferentes pontos da rede, na possibilidade de reorganização assistencial do campo da saúde mental infantojuvenil no município em questão, bem como na materialização de um instrumento de gestão com possibilidade de implantação e sua consequente implementação.

Os participantes da pesquisa receberam um convite para participação de forma voluntária, que foi enviado individualmente através do e-mail juntamente com o TCLE, que deverá ser lido e preenchido através de formulário produzido na plataforma *Google Forms*. O pesquisador já possuía o contato de e-mail e telefone dos gestores que foram entrevistados devido ao vínculo estabelecido previamente com a Secretaria Municipal de Saúde (SESAU).

Após a leitura e concordância com os termos do TCLE, as entrevistas foram agendadas individualmente com cada gestor, a partir da disponibilidade dos entrevistados, foram gravadas mediante autorização, e depois transcritas na íntegra. As perguntas foram disponibilizadas previamente, assim como as transcrições resultantes das gravações, para que eles pudessem ajustar ou complementar o discurso apreendido pelo pesquisador antes da etapa de análise. Os participantes puderam esclarecer suas dúvidas; serão resguardados os dados e instrumentos utilizados na pesquisa, que ficarão sob sigilo e arquivados sob posse do pesquisador por um período de 5 anos, armazenados em memória online, de uso restrito; após esse período, serão deletados.

As discussões que serão expostas são fruto da análise documental dos normativos de planejamento vigentes na área da saúde: o Plano Municipal de Saúde (PMS 2022-2025) e a Programação Anual de Saúde (PAS 2022); e da análise do conteúdo de entrevistas realizadas com 05 (cinco) gestores de Dias d'Ávila- BA, que serão identificados aqui como "G1", "G2", "G3", "G4" e "G5". Os resultados que serão discutidos aqui indicam que não haveria a possibilidade de dar continuidade ao trabalho iniciado durante a residência, pois algumas mudanças na configuração da rede resultaram também numa lógica assistencial diferente da que foi analisada na etapa anterior. Foi preciso então dar alguns passos para trás na proposição de implementação, realizando, assim, uma avaliação do funcionamento em rede para observar os fatores de facilidade e dificuldade para implementação futura da Linha de Cuidado.

Durante o processo de análise, os dados coletados foram divididos nas categorias de análise "caracterização da rede assistencial", "comunicação entre gestores e dispositivos", "potencialidades identificadas na rede" e "fragilidades identificadas na rede". Para escrita da análise dos dados nesta Nota Técnica, esses resultados foram reagrupados de acordo com os diálogos teóricos oportunizados, configurando assim os núcleos de discussão: a) Possíveis relações entre o cenário político nacional e o planejamento das políticas municipais de saúde mental; b) Caracterização da RAPS: potencialidades e fragilidades para a implantação da Linha de Cuidado em Saúde Mental Infantojuvenil. Por fim, concluo apresentando o produto, em formato de cartilha, construído para que os gestores possam fortalecer o trabalho em rede e, assim, deliberar sobre a implantação do instrumento sugerido.

3 POSSÍVEIS RELAÇÕES ENTRE O CENÁRIO POLÍTICO NACIONAL E O PLANEJAMENTO DAS POLÍTICAS MUNICIPAIS DE SAÚDE MENTAL

Entendendo que as funções de um gestor de políticas públicas são, segundo Secchi (2016), delimitar o problema público, propor soluções, projetar custos, riscos e benefícios e mediar conflitos, é preciso entender a avaliação, inclusive nas políticas de saúde mental, como uma importante ferramenta para a eficiência do processo de implementação das políticas públicas, possibilitando também uma maior eficiência do gasto público, da qualidade da gestão e do controle social sobre as ações do Estado (RAMOS; SCHABBACH, 2012). Garcia (2020) acrescenta que a avaliação proporciona melhores resultados e impactos das políticas públicas.

Segundo Cotta (2001), no campo das políticas públicas, a avaliação pode percorrer vários caminhos metodológicos, a depender do objetivo do estudo: a) em relação ao seu timing (no nosso caso, antes da implementação); b) em relação à posição do avaliador perante o objeto estudado (agora, assumindo uma posição externa como já explicado), e; c) e em relação à natureza do objeto avaliado (insumos, contexto, processo e resultados). Quanto a essa terceira dimensão, é importante indicar que pretendemos entender tanto o contexto no qual nosso instrumento está sendo proposto, quanto o processo de funcionamento da rede.

As principais características das políticas de saúde mental que tornam a sua avaliação mais complexa são aquelas relacionadas às questões político-ideológicas e econômicas, portanto faz-se pertinente refletir sobre a história recente e inconstante da Reforma Psiquiátrica Brasileira, destacando os problemas do (des)financiamento e do federalismo cooperativo no setor saúde, bem como o avanço da ideologia neomanicomial no Brasil a partir de 2016, como os principais problemas para verdadeira implementação da RAPS nos municípios; por isso, entender a situação nacional nos ajudará a entender alguns atravessamentos no município de Dias d'Ávila.

Nesse sentido, nosso ponto de partida para essa compreensão é a implantação dos CAPS e da RAPS, além de outros dispositivos de caráter territorial, através das Portarias MS/GM nº 336/2002 e nº 3.088/2011, quando esses dispositivos passam a ser reconhecidos pelo Estado como os principais meios para a progressiva extinção dos manicômios, tendo a RAPS como uma espécie de articuladora/coordenadora entre todos os dispositivos de saúde mental, nos três níveis de atenção à saúde.

A portaria nº 3.088/ 2011 sugere que a RAPS seja operacionalizada no município através da instituição do Grupo Condutor Municipal com o devido apoio federal e estadual. O Artigo nº 14 indica as responsabilidades de cada ente federativo, apontando que cabe:

“I - à União, por intermédio do Ministério da Saúde, o apoio à implementação, financiamento, monitoramento e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial em todo território nacional;

II - ao Estado, por meio da Secretaria Estadual de Saúde, apoio à implementação, coordenação do Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial no território estadual de forma regionalizada; e

III - ao Município, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, implementação, coordenação do Grupo Condutor Municipal da Rede de Atenção Psicossocial, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede De Atenção Psicossocial no território municipal” (BRASIL, 2011, p. 5).

Porém, no artigo seguinte, o problema do financiamento fica latente, à medida que o normativo não estabelece os critérios de custeio, que foram sendo estabelecidos em outras portarias e decretos. Apesar do aumento exponencial desses serviços no cuidado às pessoas com transtorno mental, os recursos para implementação mantiveram-se estagnados. Os repasses para o custeio dos programas são efetivados através do Fundo Nacional de Saúde (FNS), unidade orçamentária do Ministério da Saúde com maior aporte de recurso (90%). Instituído pelo Decreto nº 3.964, de 24 de julho de 2001, o FNS assegura as transferências para os fundos estaduais e municipais de saúde, além de estabelecer contratos e convênios com entidades privadas com ou sem fins lucrativos (BRASIL, 2001).

Por ser parte da política de saúde, a Saúde Mental entra na disputa por fração desses recursos. Entretanto, de acordo com Oliveira (2017), o financiamento da política de Saúde Mental torna-se invisível no orçamento da saúde, pois, ao verificar na Lei Orçamentária Anual (LOA), percebe-se que os recursos destinados à saúde mental aparecem apenas na subfunção de assistência hospitalar e ambulatorial; além

disso, ao detalhar a classificação orçamentária, a autora constata que também não há registro de recurso para a Saúde Mental enquanto programa. Esse estudo comprova a invisibilidade da Saúde Mental na pasta orçamentária da saúde, revelada na fala de G2:

"Falar em ofertas para crianças com necessidades especiais é falar de um universo que gira em torno de gastos exorbitantes [...]. O Ministério da Saúde precisa decidir com quem vai ficar essa parte... se com municípios, estado ou união, e como serão esses repasses, quais serão esses recursos, porque ter um centro especializado para essas crianças não é uma coisa simples, nem barato" (G2)

Com relação ao setor saúde, a crise do federalismo cooperativo é evidente. Segundo Ribeiro e Moreira (2016), os governos estaduais estão sujeitos a constantes crises fiscais e, muitas vezes, não conseguem coordenar de maneira estratégica as políticas regionais; já os governos municipais, ainda segundo os autores, dispõem de capacidades fiscais, de recursos e de governo para gerir a saúde com disparidades regionais. Os efeitos de experiências positivas com boas políticas de cooperação regional nos municípios acabam sendo ofuscados pela competição por recursos.

Os autores falam ainda que o federalismo horizontal, idealizado na Constituição de 1988, no qual os municípios, a fim de reduzir desigualdades sociais, conseguiriam estabelecer uma democracia consensuada, tornou-se uma espécie de meta a ser alcançada, uma visão otimista. Em verdade, o federalismo praticado e estruturado no Brasil segue uma configuração vertical, pautada no presidencialismo clássico. Concorro com Vergolino (2014), que é assertivo ao afirmar que o princípio da homogeneidade entre os entes federativos não pode ser usado como critério para a descentralização. Para ele, há uma insubordinação dos municípios perante os estados, que aliada à falta de definição das competências subnacionais, corroboram para o insucesso das políticas regionais redistributivas.

Assim, as políticas de saúde mental, principalmente se especificado o cuidado infantojuvenil, fica à mercê da boa vontade dos gestores, sobretudo nos estados e municípios, sem uma definição clara de responsabilidades, como bem observadas por G2; *"uma coisa que a gente não sabe se é federal, se é estadual, municipal..."*. Para a solução desse problema, pelo menos como uma tentativa inicial e transitória, Ribeiro e Moreira (2016) sugerem uma centralização autárquica, desde que seja pactuada e direcionada a funções específicas, sem alterar a natureza do SUS, uma espécie de

intervenção emergencial a nível nacional para reorganização de processo de financiamento em todos os entes federativos.

Essa realidade foi agravada quando se iniciou um processo intenso de desmonte das políticas sociais nos governos Temer e Bolsonaro, que têm em comum a ideologia econômica neoliberal. Concordo com Paim (2018) quando indica que, nesse período de avanço do neoliberalismo, as ofertas de cuidado às populações mais vulneráveis foram afetadas diretamente. A fim de caracterizar o processo do que chamamos de “desmonte” a nível federal que, por consequência afetam a gestão e administração públicas municipais na área da saúde mental, listo e comento algumas Portarias, Decretos e Resoluções que caracterizariam a Contrarreforma Psiquiátrica:

- a) Emenda Constitucional 95, de 15 de dezembro de 2016, que congela investimentos nas áreas da saúde e educação por 20 anos;
- b) A resolução 32 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de 14 de dezembro de 2017, buscou estabelecer novas diretrizes para gestão da RAPS;
- c) Uma semana após a resolução, em 21 de dezembro, foi publicada a portaria MS 3.588, que institui o CAPSad IV (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas IV), amplia quantitativamente as Residências Terapêuticas e enfermarias de leitos de saúde mental em hospital geral, além de aumentar os recursos hospitalares (Brasil, 2017);
- d) Portaria GM n. 3.992, de 28 de dezembro de 2017, que dispõe sobre o financiamento e transferência de recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde. Passa a não dispor financiamentos para fins específicos, resumindo o orçamento em “Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde” e “Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde”, possibilitando aos gestores locais a alocação das verbas da forma que considerarem mais conveniente;
- e) Resoluções nº 35 e 36 da CIT, de 25 de janeiro de 2018, que dispõem sobre a devolução de recursos de implantação e bloqueio dos recursos de custeio dos recursos destinados a unidades que não estavam apresentando faturamento corretamente (Brasil, 2018; Brasil, 2018). Ambas as resoluções justificaram posteriormente um corte de verbas para CAPS e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) com dificuldades de apresentar a produção sem buscar saber das dificuldades enfrentadas por esses dispositivos;

- f) Resolução nº 1 do Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (CONAD), de 9 de março de 2018, que define diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da Política Nacional sobre Drogas (PNAD), transferindo a responsabilidade assistencial a usuários de álcool e outras drogas do Ministério da Saúde para o Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), da Justiça e Segurança Pública. A resolução argumenta no sentido da mensuração de resultados e da necessidade de se adequação teórico assistencial para o público dessa política (uma alusão ao uso de drogas apenas por pessoas pobres), num discurso raso e sem embasamento técnico-científico;
- g) Edital 1/2018 SENAD/MJ (MS, MT e MDS), de 25 de abril de 2018, que cadastra comunidades terapêuticas para receberem financiamento da União. As despesas decorrentes da contratação ficariam por conta dos recursos consignados no Orçamento Geral da União e do Fundo Nacional Antidrogas. O edital orienta que os acolhimentos nestas comunidades podem chegar a 12 meses (Brasil, 2018), e celebrou novos contratos com 216 comunidades terapêuticas. Ao todo, o custo do governo federal com essas instituições e com os CAPSad IV passaria a ser de R\$ 153,7 milhões por ano, com 10.883 vagas em 496 entidades (Brasil, 2019);
- h) Portaria MS 2.434, de 15 de agosto de 2018, que aumentou o financiamento das internações psiquiátricas de mais de 90 dias (Brasil, 2018);
- i) NT 11/2019 CGMAD/DAPES/SAS/MS e o Decreto Presidencial no 9.761, de 11 de abril de 2019. Juntos, propõem a “Nova Política de Atenção à Saúde Mental”.

É importante salientar que nem todos esses normativos são, por si, ruins; mas através de um olhar sistêmico, é possível perceber uma latente ideologia neomanicomial que privilegia uma assistência pautada no cuidado hospitalar, institucionalizado e médico-centrado em detrimento do modelo de cuidado territorializado, biopsicossocial.

Segundo Cruz *et al* (2020), essas manobras representam uma tentativa de reformulação do desenho, do financiamento, da metodologia de avaliação dos serviços e da própria orientação clínica da RAPS. Os documentos indicam a inclusão dos hospitais psiquiátricos na RAPS, ampliando também seu financiamento com ajuste do valor das Autorizações de Internações Hospitalares no SUS (AIHs); além

disso, propõem pactuar novas diretrizes clínicas, mas nem deixam claro quais são, e nem justificam os motivos de estabelecer novas diretrizes.

Cruz et al (2020) observam ainda que o aumento do valor da diária de internações em hospitais psiquiátricos em mais de 60% e as mudanças nas regras para o estabelecimento de leitos de saúde mental (centralizando esses dispositivos em cidades grandes) propostas pela Portaria 3.588/2017 inviabilizam a prestação de serviços ambulatoriais de qualidade em municípios menores como Dias d'Ávila. A ideologia manicomial fica ainda mais explícita quando a portaria sugere a reinserção das práticas de eletroconvulsoterapia e incentiva o prolongamento do tempo de internação, ampliando recursos para as instituições que mantiverem as taxas de ocupação nos leitos superiores a 80%.

Sobre as Residências Terapêuticas, o debate é delicado. Vale sinalizar que essa modalidade de serviço vem sendo criticada por várias entidades, inclusive pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), que escreveu o “Relatório da 4ª inspeção nacional de direitos humanos: locais de internação para usuários de drogas”, de 2011, e o “Relatório da inspeção nacional em CTs”, de 2017; além da recomendação conjunta nº 01/2020 do CNS em parceria com o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda) e o Conselho Nacional dos Direitos Humanos (CNDH). Esses relatórios apontam a falta de respeito à cidadania dos usuários, métodos explícitos de violação de direitos humanos, como privação de liberdade, características asilares e de segregação, o rompimento de laços sociais e o emprego de uma abordagem que não leva em conta a subjetividade do sujeito, visto que não dispõe de um projeto terapêutico para cada indivíduo, conforme exigido pela Portaria nº 3.088/2011 (CFP, 2011; CFP, 2017; MS/CNS, 2020).

Concordamos com Siqueira (2019) quando ele diz que a RAPS e dispositivos de base territorial deveriam ser melhor financiados e ampliados, para que o usuário recorra menos às internações. Portanto, as mudanças propostas pela Resolução CIT 32/2017 e pela Portaria 3.588/2017 colocam a Política Nacional de Saúde Mental numa encruzilhada histórica, ameaçada com o “retorno assombrado da indústria de leitos, baseada na mercantilização do sofrimento” (CABRAL; DAROSCI, 2019, p.8). Em Dias d'Ávila, apesar de ter percebido algumas articulações entre o CAPS e Comunidades Terapêuticas durante minha atuação, nenhum dos gestores entrevistados citou esse tipo de serviço como parceiro institucional, o que pode ser

considerado como um ponto convergente com a posição ideológica de cuidado que defendemos aqui.

Contudo, esses tipos de artifício, como as Resoluções nº 35 e 36 da CIT, colocam em risco o financiamento dos CAPS que, muitas vezes superlotados, não garantem um registro qualificado das ações. Em setembro de 2017, a coordenação de saúde mental apontou, também em reunião da CIT, que o total de recursos financeiros sem comprovação foi de R\$185.298.959,06. Apesar da avaliação frágil que leva em conta apenas aspectos financeiros e ignora as realidades dos CAPS no Brasil, esse fato alerta sobre a importância da *accountability* na prestação de serviços públicos para, inclusive, garantir a permanência de programas e políticas importantes para o desenvolvimento social.

Como uma tentativa de xeque-mate, surgem a NT 11/2019 CGMAD/DAPES/SAS/MS e o Decreto Presidencial nº 9.761, de 11 de abril de 2019. Juntos, a NT e o Decreto formam o que o atual governo federal chamou de “Nova Política de Atenção à Saúde Mental”. Destacamos aqui quatro pontos críticos nessa proposta do Governo Federal: a) a reafirmação, agora mais incisiva, do financiamento de Hospitais Psiquiátricos e Comunidades Terapêuticas; b) A indicação de recursos para compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia, instituindo novamente a tortura como método assistencial; c) Pela primeira vez desde a lei da Reforma Psiquiátrica, foi indicada a internação de crianças e adolescentes, violando gravemente o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990); d) A retirada da política de drogas do âmbito da saúde, transferindo-a para as áreas de Cidadania, Justiça e Segurança.

Entretanto, é necessário esclarecer que as mudanças propostas na PNSM não foram feitas por esta Nota Técnica, mas pelas portarias, resoluções e editais que a antecedem (CRUZ *et al*, 2020). Todas essas normativas surgiram com o argumento da necessidade de fortalecer a RAPS, mas ferem os princípios consolidados pelo controle social através do MLA com a Lei 10.216/2001 e vão na contra-mão das recomendações de entidades internacionais, como a ONU, a OPAS e a OMS. Destacamos que após a pressão da academia, da mídia e de toda a sociedade, esses marcos legais foram, aos poucos, sendo revogados ou revisados.

A perspectiva para a nova gestão federal é positiva, pois houve, em 2023, a retomada da Coordenação de Saúde Mental e um posicionamento do Ministério da Saúde em favor do cuidado em liberdade e do modelo psicossocial; porém, a

insistência em manter o financiamento das Comunidades Terapêuticas como instituições de cuidado é motivo de contestação e carece de maiores discussões.

É notório que esse contexto nacional de embates ideológicos prejudicou o bom planejamento das ações de saúde mental em Dias d'Ávila. Ao realizar a análise documental da PAS 2022 e do PMS 2022-2025, busquei pelos caracteres "Saúde Mental", "Rede", "RAPS", "CAPS", "criança" e "adolescente". As metas e ações, de modo geral, foram descritas de maneira muito abrangente, portanto não foi observada nenhuma ação planejada no âmbito da saúde mental e, conseqüentemente, do cuidado específico às crianças e adolescentes.

No plano quadrienal não há menções diretas à saúde mental, exceto quanto à proposta de ampliação do CAPS I para tipo II. Por outro lado, percebe-se também uma preocupação com a gestão estratégica do trabalho em rede, com participação popular, planejamento regional e foco na educação permanente; além disso, o fortalecimento da APS aparece como meta, apontando, inclusive parcerias intersetoriais como ação estratégica o que facilitaria nossa proposição da Linha de Cuidado. Na tabela a seguir, destaco esses pontos:

| DIRETRIZ | METAS | MACRO-AÇÕES ESTRATÉGICAS |
|---------------------------------------|--|--|
| Sistema de Saúde Universal e Equânime | Fortalecer a rede de Atenção Primária à Saúde; Implementar Políticas transversais para a Promoção da Saúde, Segurança Alimentar e proteção da sociedade; Fortalecer a Assistência Ambulatorial e Hospitalar. | Estabelecer parceria com as escolas, creches, CRAS/CREAS para a realização de atividades educativas voltadas para a melhoria da qualidade de vida; Implementar a metodologia da Construção Social da Atenção Primária (Planificação) nas unidades básicas de saúde; Informatizar as Unidades de Saúde. |

| | | |
|--|--|--|
| <p>Gestão do trabalho e da Educação Permanente em Saúde.</p> | <p>Promover a reformulação da administração de trabalhadores e profissionais de saúde de acordo com as diretrizes do SUS.</p> | <p>Fortalecer Núcleo de Educação Permanente;</p> <p>Realizar atividades de educação permanente e continuada com os profissionais de saúde;</p> <p>Capacitar as equipes de saúde conforme as especificidades de todas as Gerências.</p> |
| <p>Gestão Estratégica, Participativa e Efetiva do SUS.</p> | <p>Regular, Controlar e Avaliar o acesso aos serviços de saúde do SUS;</p> <p>Implementar as ações do Controle Social;</p> <p>Fortalecer a regionalização da Saúde através do Planejamento Regional Integrado.</p> | <p>Capacitar os conselheiros de saúde nas principais áreas técnicas da saúde;</p> <p>Avaliar o desempenho e a qualidade dos serviços ofertados pela rede municipal pública e privada contratada.</p> |
| <p>Fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde.</p> | <p>Ampliar a rede de assistência do município, garantindo acesso e qualidade na assistência.</p> | <p>Implantar o CAPS II.</p> |

Já na Programação Anual, quando essas ações são melhor detalhadas, percebe-se que essa meta de fortalecimento da APS, por exemplo, está completamente associada aos indicadores incipientes da “Previne Brasil”, política de financiamento da APS vigente que limita os indicadores de avaliação a algumas agendas específicas e clássicas da atenção “básica” - como saúde reprodutiva, saúde bucal, hipertensão e diabetes (hiperdia), e realização de procedimentos como curativos ou aferição de glicemia - fragilizando, assim, o financiamento da APS ao

estabelecer indicadores frágeis, insuficientes e, inclusive, sem referências à saúde mental.

A seguinte fala de G4 aponta que a APS consegue avançar nessas agendas mais clássicas: *“Existem setores muito preocupados em relação aos indicadores da ‘Previne’, então a parte de saúde da mulher está sendo muito bem tratada, a parte de saúde bucal também está forte, estamos tentando construir a parte do HiperDia (...)”*. Porém, por outro lado, outras agendas importantes na APS, como no caso da saúde mental, deixam de ser priorizadas por não estarem contempladas nos indicadores de avaliação de desempenho.

Aqui, é pertinente que, já em 2017, a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) alterou o tipo de financiamento do nível primário de atenção, repassando os recursos por cidadãos cadastrados e não pelo número total de habitantes, o que acarretou uma queda drástica do financiamento da APS em todo o território nacional. A nova PNAB retirou a obrigatoriedade dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na composição da equipe da Atenção Básica, e cortou os recursos para o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF). Em 2019, essa política foi transformada pelo governo Bolsonaro na “Previne Brasil”.

Pude observar outro aspecto importante da administração pública que afetou a elaboração de um plano mais bem estruturado, que diz respeito à transição governamental no município, compreendida, segundo Pereira (2018), como o hiato temporal efêmero entre o fim de uma gestão e início de outra, tendo como desafio e objetivo principal a continuidade no atendimento às demandas sociais, visando diminuir os impactos negativos na passagem das gestões. Os problemas ocasionados por essa realidade nos municípios brasileiros, ainda segundo o autor, podem ser associados a diversos fatores que reforçam a imagem da alternância de poder como um ciclo de antigovernança, caracterizado por prejuízos sociais como desperdícios econômico-financeiros e interrupções de serviços públicos.

Apesar de não ter analisado outros Planos e Programações de saúde para conseguir comparar de maneira eficiente a diferença entre propostas de diferentes gestões, observo que, ao menos no âmbito da saúde mental, houve uma descontinuidade dos projetos e ações que estavam sendo desenvolvidos; o maior exemplo disso foi a desconfiguração do formato e funcionamento da RAPS municipal. Assim, para que os serviços e ofertas de saúde mental possam ser mais bem

desenvolvidos, é necessário que a gestão municipal inclua nos seus planejamentos metas e ações que façam referência direta à saúde mental.

Uma ação importante destacada da PAS 2022 é “criar protocolos de acesso e prioridades para agendamento de especialidades”, essa ação pode ser vinculada diretamente à construção de uma Linha de Cuidado, assim como a necessidade apontada pela PAS de realizar atividades de educação em saúde voltadas para os profissionais e para os usuários. Quanto à ampliação do CAPS, a PAS 2022 indica a escrita do projeto e seu encaminhamento para a SESAB.

É interessante observar que outro fator que justifica associarmos esse déficit no planejamento às dificuldades com o financiamento é o discurso dos gestores que, em sua totalidade, expressam vontade de implementar novas ações nessa área, como G4, que tem vontade de construir um *“centro com todas as especialidades necessárias que o município tenha condições de manter, com atividades que pudessem ser integradas com o dia a dia delas [referindo-se às crianças e adolescentes]...”*; já G5 alerta também para a necessidade de *“um projeto os pais que cuidam”*.

Dessa forma, é preciso integrar as vontades dos gestores ao planejamento em saúde, desassociando-o desse funcionamento engessado e dominado pelos gargalos do financiamento, pois esses artifícios negam ou diminuem a possibilidade de que a gestão possa se fazer de forma democrática, pactuada, incluindo em seus processos decisórios os diferentes atores implicados nos contextos locais e regionais.

É preciso operar com atenção às habilidades, necessidades e desejos que surgem dentro das equipes de saúde; G3, por exemplo, fala que *“existe uma unidade de saúde que tem o interesse de implementar um grupo para esse público... é uma ótima ideia, mas é preciso qualificar o manejo”*. Nesse caso específico, o impedimento para a implementação de uma atividade importante e característica do trabalho territorializado exercido pela APS, como as atividades coletivas, é pautado na dificuldade que esses trabalhadores têm com o cuidado/manejo em saúde mental, muitas vezes associado a um trabalho difícil ou imprevisível, resultando num maior isolamento da saúde mental. Sobre isso, G1 é enfático:

“A Reforma Psiquiátrica veio justamente pra tentar construir uma nova visão e tirar um pouco desse estigma. Então a questão da saúde mental fica isolada, ela permeia meio sistemática pela saúde, pela secretaria de saúde, pelas ações, mas ela deveria ser mais inserida” (G1).

A discrepância entre as políticas elaboradas no papel e as políticas implementadas na prática foi bastante discutida por Lipsky (1980), que alertou sobre a necessidade de dar maior atenção aos atores/agentes de ponta (como os psicólogos, assistentes sociais, médicos, enfermeiros, etc.), às suas condutas cotidianas e ao uso da discricionariedade, que seria uma liberdade administrativa – dentro dos limites permitidos em lei - exercida por esses trabalhadores, os quais Lipsky (1980) chamou de burocratas de nível de rua (CAVALCANTI; LOTTA; PIRES, 2018).

Entendendo que nas burocracias de nível de rua os recursos geralmente são inadequados e que, na medida em que esses burocratas de nível de rua são a personificação do Estado (os que implementam a política), eles têm como função encaixar sujeitos portadores de demandas em categorias; nesse processo, tomam decisões alocativas e decidem como, de fato, a política será posta em prática. Essa linha tênue entre o bom uso da discricionariedade e a implementação da política pode ser crucial para a avaliação da eficiência e eficácia das políticas públicas.

Portanto, é preciso entender que o comportamento dos burocratas é pautado em normas, hierarquia e estrutura organizacional, “mas também em função da própria natureza de suas funções” (CAVALCANTI; LOTTA; PIRES, 2018, pg. 230). Essa percepção dialoga com a necessidade do uso de instrumentos que facilitem o funcionamento da máquina pública em rede com o estabelecimento de linguagem comum, como as Linhas de Cuidado, que podem ser definidas como “imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde” (FRANCO, C; FRANCO, T. 2012, p. 1).

Ainda segundo Franco e Franco (2012), elas não funcionam apenas através de protocolos puramente tecnicistas, mas também pelo entendimento de que os atores que formam as redes vão fazendo pactos informais, mediante vinculações pessoais ou institucionais. O Ministério da Saúde caracteriza a linha de cuidado como um instrumento de padronizações técnicas que informam sobre a organização das ofertas de ações de saúde, descrevendo rotinas do itinerário do paciente, apontando ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação possíveis em cada dispositivo da rede, além de viabilizar a comunicação entre as equipes, serviços e usuários dessa rede (BRASIL, 2022).

Pinto (2009), ao fazer uma reformulação conceitual do termo na Bahia, afirma que para todos os níveis de atenção, seja num pequeno município, numa região ou mesmo para todo o sistema estadual de saúde, este tem sido um importante conceito operativo. O autor aponta também que as Linhas de Cuidado, vistas como conceito-ferramenta de análise e de intervenção, se fazem importantes para a organização e orientação do processo de trabalho, buscando garantir o cuidado integral centrado no usuário e nas suas necessidades de modo coordenado (PINTO, 2009; BRASIL, 2022).

Silva, Sancho e Figueiredo (2016) alertam que a apreensão de linha de cuidado como mero fluxo, que instrumentaliza a gestão e estabelece protocolos, pode ser ampliada e reconfigurada, corroborando com Malta e Merhy (2010), Merhy e Franco (2003) e Merhy (2000), que apontam a importância da dimensão micropolítica e relacional do trabalho em saúde para a efetividade e aplicabilidade desses instrumentos. Além disso, essa perspectiva muitas vezes simplista acerca das linhas de cuidado, bem como de outros instrumentos de gestão, é um entrave para a superação da ideologia manicomial e parece não refletir a realidade das famílias que percorrem os serviços do SUS (MENDES, 2011).

Dessa forma, é possível imaginar a Linha de Cuidado através de duas lentes: a) daquela que se apresenta graficamente no formato de fluxograma, permitindo uma visualização prática dos dispositivos envolvidos naquele cuidado e facilitando a adoção de critérios sobre quais dispositivos podem atuar em cada caso; e b) daquela que se apresenta no campo, a partir dos vínculos pessoais entre trabalhadores, gestores e usuários, do uso da discricionariedade e na possibilidade de agir sobre as forças que atuam como propulsoras ou sabotadoras do funcionamento público.

Para Silva, Sancho e Figueiredo (2016), é importante incorporar e valorizar as subjetividades nas diferentes situações envolvendo o cuidado em saúde, e não apenas atuar sob a forma de prescrições protocoladas e pouco sensíveis às subjetividades. Investir na comunicação entre os dispositivos que compõem determinada rede, seja local ou regional, é fundamental para a descentralização da gestão do cuidado e para o trabalho de organização das redes de atenção, tendo como base as condições reais dos territórios, suas ferramentas, demandas, fluxos e o perfil epidemiológico da população, a fim de aumentar o acesso e efetivar o cuidado de maneira integral e equânime (MACEDO; ABREU; DIMENSTEIN, 2018).

Entretanto, os avanços na descentralização levantam desafios para a implementação do SUS nas cidades do interior, como a dificuldade na integração

intermunicipal, as limitações da capacidade de planejamento e coordenação das gestões municipais e da adoção de barreiras de acesso entre municípios. E mesmo com a expansão de serviços públicos de saúde nos últimos anos, essas dificuldades produziram um conjunto de serviços de saúde mental com oferta desordenada e relações frágeis entre os serviços, dificultando a reorientação do modelo de atenção conforme preconizado pela Reforma Psiquiátrica (YASUI, 2006).

4 CARACTERIZAÇÃO DA RAPS: POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES PARA A IMPLANTAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL

O primeiro resultado observado analisando as entrevistas, que impacta na discussão de toda a pesquisa, diz respeito à configuração atual da RAPS. Foram inseridas na rede algumas ofertas assistenciais especializadas, a saber:

- a) Especialidade de Neuropediatria no ambulatório municipal;
- b) Convênio com a Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE);
- c) Convênio regional com o Centro Especializado em Reabilitação Auditiva e Intelectual (CER II - Camaçari).

Por outro lado, o município não conta mais com o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), que são equipes multiprofissionais vinculadas à Estratégia Saúde da Família (ESF) na Atenção Primária à Saúde (APS). Além disso, o papel de Coordenação de Saúde Mental (ou Referência Técnica da RAPS) foi extinto, sendo agora uma das funções da coordenação do CAPS.

A APS mantém seu papel de “porta de entrada” na rede assistencial, atuando nos territórios com equipes de Saúde da Família (eSF), compostas por médicos, enfermeiros, dentistas, agentes comunitários e técnicos, que identificam e compartilham os casos com a rede, porém não oferta ações específicas de prevenção de agravos e promoção da saúde mental como ocorria quando essas equipes eram apoiadas pelo NASF. Nos casos referentes à saúde mental infantojuvenil, é possível concluir que a APS divide esse papel com o CAPS. Agora, portanto, o cuidado a essas crianças na APS fica restrita aos atendimentos individuais gerais, como indicado por G3: *“Não temos nenhuma oferta direcionada para esse público na APS, a não ser os serviços disponíveis de maneira geral: médicos, enfermeiras, dentistas...”*.

A questão do financiamento, outrora discutido, também é apontada como problemática para a manutenção da APS como principal porta de entrada no SUS e para a inserção de profissionais da saúde mental nos territórios, como os psicólogos e assistentes sociais que compunham o NASF. Para Massuda (2020), a adoção da capitação e a avaliação de desempenho como critérios para cálculo de transferências intergovernamentais, como na “Previne Brasil”, parece servir mais a propósitos restritivos do que a qualificação de serviços, devendo limitar a universalidade, reforçando o estereótipo de um “SUS para pobre”.

Se não cabe a saúde mental na APS, promovendo e prevenindo, o cuidado precisará ser mesmo especializado, provocando uma superlotação nos serviços e dispositivos da atenção secundária. G1, ao falar sobre ter o CAPS como referência, destacando a importância do dispositivo, acaba destacando também um pensamento contrário ao cuidado territorial: *“Os pacientes deixam de ser atendidos nas UBS (...) para serem atendidos num serviço especializado”*. Se esse modo de pensar o cuidado não mudar, a realidade das filas de espera para consultas ambulatoriais sempre será um problema, como, de fato, é: *“O atendimento que a gente dá aqui é mais ambulatorial, com consulta e orientação...”*, aponta G5; *“Não dá para abarcar toda a demanda que temos”*, conclui G4.

Nessas falas é perceptível que existe uma supervalorização do cuidado especializado em detrimento da prevenção e da promoção. Para Friedrich e Pierantoni (2006), essa lógica pode comprometer o principal sentido da atenção primária como "porta de entrada", que é o acesso integral ao sistema de saúde. Um dado relevante do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), analisado por Figueiredo e Campos (2008), aponta que 80% dos usuários que são encaminhados aos serviços especializados de Saúde Mental, poderiam ter suas demandas atendidas na atenção primária. Assim, os autores ressaltam a necessidade de aproximação entre os profissionais que atuam na atenção secundária, como o CAPS e o ambulatório, das equipes de Saúde da Família, buscando qualificar estes profissionais para o cuidado em seu sentido mais amplo, considerando as complexidades dos sujeitos e das suas relações sociais.

Por não fazer uso das tecnologias mais complexas, as estratégias coletivas e preventivas realizadas nos níveis primário e secundário são muitas vezes entendidas como serviços de menor valor. G5, por exemplo, refere-se a essas estratégias como *“atividades artesanais”*, e conclui indicando que a principal melhoria na rede seria *“uma ampliação da oferta no número de vagas para consultas com todas as especialidades”*. É verdade que aumentar a oferta de serviços especializados pode contribuir para os problemas enfrentados na rede de saúde, mas é nítido que, historicamente, essa estratégia, quando isolada, vem se mostrando insuficiente.

Marinho e Ocké-Reis, em *“SUS: o debate em torno da eficiência”* (2022), fazem duras críticas ao modo como o conceito de “eficiência” - enquanto busca pela diminuição de custos e eliminação de desperdícios - vem sendo usado para desfinanciar e deslegitimar o SUS. Para os autores, esse conceito sustenta um funcionamento gerencial-economicista e não considera as dimensões da eficácia, da

efetividade, do desempenho e do compromisso social do SUS; além disso, estimula a superprodução e favorece o consumo irracional de bens e serviços de saúde. Em produção anterior, Ocké-Reis (2012) indica que essa lógica assistencial voltada às condições agudas pode resultar numa rede de atenção ineficiente, pois condições crônicas exigem prevenção e integração da rede, oportunizadas com as linhas de cuidado no SUS.

Na Atenção Secundária de Dias d'Ávila, o ambulatório municipal conta com psicóloga, fonoaudióloga e psiquiatra, dentre outras especialidades. Os gestores indicaram também a inclusão da neuropediatria e ampliação de vagas, mas percebem que mesmo assim a demanda não para de crescer, como destacado por G2: *“...nós já fizemos uma ampliação de 200% no nº de pessoal e, mesmo assim, nós temos uma lista de espera”*. Apesar dessa ampliação, portanto, eles avaliam que as ofertas continuam insuficientes para a alta demanda. Concordo com Damous e Erlich (2017) quando os autores apontam a dificuldade de acesso aos serviços ambulatoriais como um dos maiores entraves para a efetivação da integralidade no SUS e seu funcionamento em rede. Em Dias d'Ávila, um bom exemplo de funcionamento em rede é um instrumento utilizado para comunicação entre a APS e a UPA.

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do município é o dispositivo responsável pelos atendimentos de urgência e emergência nos casos de crise. Tem-se estabelecido um instrumento (planilha) no qual a UPA informa às Coordenações da APS e do CAPS sobre todos os casos de saúde mental atendidos no mês para que esses outros dispositivos possam dar continuidade no cuidado, como descrito por G3:

“A gente se comunica, por exemplo, com uma planilha quinzenal para comunicação entre UPA e APS; a UPA informa sobre os pacientes que acessaram o serviço em crise, então as USF fazem a busca ativa desses pacientes para dar continuidade no cuidado” (G3).

Em todo o país os CAPS assumem protagonismo no cuidado em saúde mental, e não é diferente em Dias d'Ávila. Os principais serviços para esse público são ofertados no dispositivo, que conta com uma equipe multiprofissional composta por psicólogos, enfermeiras, assistente social, técnicos e oficinas, que fazem o acompanhamento especializado das crianças, adolescentes e suas famílias. Além desses profissionais, houve a inclusão de uma psiquiatria infantil, que atende duas vezes por semana no CAPS. Essa contratação é vista como uma conquista, já que o manejo a esse público, como dito anteriormente, é um desafio para o restante da

equipe: *“Temos essa psiquiatra infantil que faz esses atendimentos aqui na cidade, atendendo uma vez por semana e suprindo a demanda...”*, afirma G1; *“Eu considero que houve um grande avanço com a contratação da psiquiatra infantil, que Dias d’Ávila nunca teve, e nós temos hoje no CAPS”* (G2).

Essa conquista também é reconhecida por G3, que acrescenta, discordando de G1, sobre a dificuldade de responder de maneira eficiente à alta demanda:

“O CAPS também está com uma demanda muito grande! Apesar de termos conseguido contratar uma psiquiatra infantil, a nossa maior dificuldade é absorver essa demanda e conseguir dar resposta com o quadro e a rede de uma maneira geral, não só em DD, mas no estado e no Brasil, com preparo e uma rede bem articulada.”

Outro serviço oferecido no CAPS, através de parceria com o Ministério Público, é a escuta especializada para crianças e adolescentes vítimas de violência. Esse é um trabalho intersetorial envolvendo os setores da saúde, desenvolvimento social e justiça.

Duas outras parcerias destacam-se nas falas dos gestores. A primeira é o convênio firmado com a APAE, que atende em parceria com o CAPS promovendo diagnóstico e tratamento para deficiências intelectuais e outros transtornos do neurodesenvolvimento em crianças, jovens e adultos. Segundo G1, na APAE as crianças e adolescentes são atendidos por equipe multiprofissional com fonoaudiólogo, psicólogo infantil, nutricionista, entre outras especialidades; G4 enfatiza que *“a APAE é uma parceira conveniada e tem dado muito apoio”*.

A segunda parceria, também firmada em convênio, acontece com o CER II de Camaçari, município vizinho componente da mesma região de saúde; esse dispositivo é referência na habilitação/reabilitação de pessoas com deficiência física e/ou intelectual e, principalmente, no cuidado a crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Em Dias d’Ávila, o cuidado a esse público é um entrave há muito tempo, com reclamações constantes por parte de um grupo de cuidadores de crianças com TEA, conforme minha observação e relato dos gestores.

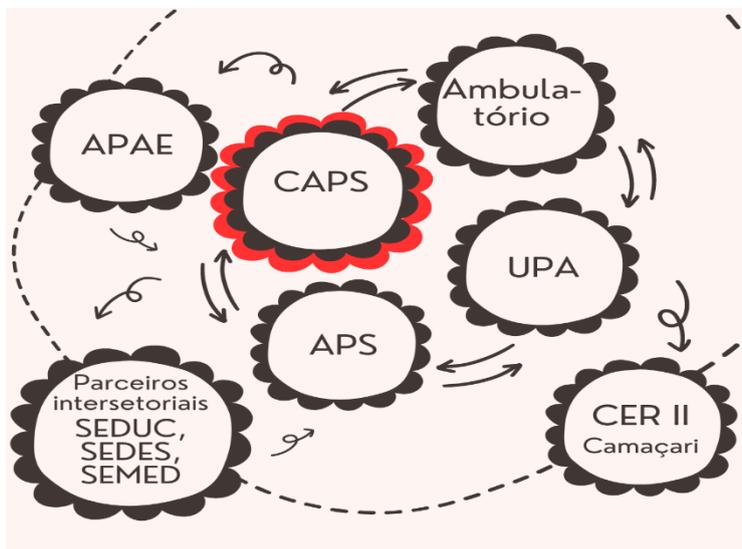
Portanto, esse convênio contribuiu para qualificar um ponto crítico na assistência; segundo G2, o município *“conseguiu dar no primeiro momento uma resposta para eles”* (referindo-se ao grupo de pais e mães); ele complementa a fala no sentido de frisar que a parceria com o CER II envolve outros dispositivos no cuidado a esses usuários: *“a partir do diagnóstico, é requisitado um tratamento que também passa a ser feito aqui na Atenção Básica, e são encaminhadas para a APAE”*.

Discordando de G2, G4 afirma que apesar do CER II ser um parceiro, “*não é uma relação tão próxima*”.

Outros parceiros que se destacam são as Secretarias de Educação (SEDUC), de Desenvolvimento Social (SEDES) e a de Esportes, Cultura e Lazer (SEMEC). Segundo G1, G2 e G4, foi realizada uma reunião intersetorial com participação dessas Secretarias e de um representante do CER II. G2 aponta o desejo de criar um Grupo de Trabalho (GT), “*para aprender a acolher esses pacientes*”, uma espécie de “Comitê Intersectorial” para deliberações estratégicas no cuidado às crianças e adolescentes.

De maneira geral, portanto, os principais dispositivos municipais de saúde destacados pelos gestores foram o CAPS, a APS, o Ambulatório e a UPA, já dentre os parceiros intersectoriais, destacam-se o CRAS, o CREAS, a educação, o esporte e o Conselho Tutelar. O vínculo com o CER II também foi destacado como parceria regional importante e que precisa ser ampliado; assim como a APAE de Dias d’Ávila, que exerce papel fundamental no cuidado de crianças com transtornos, deficiências e síndromes específicas. A figura 01 representa a RAPS municipal em relação com seus principais parceiros:

Figura 01 – Organização da RAPS de Dias D’ávila.



Fonte: Autoria própria.

A RAPS de Dias d’Ávila existe, e está em funcionamento, mas para que ela funcione de fato como instituição propositiva e organizativa, exercendo seu papel de articulação entre os dispositivos da rede, é necessário que seja reestabelecido institucionalmente o Grupo Condutor Municipal, como preconizado pela portaria nº

3.088/ 2011. As dificuldades observadas por cada gestor são, muitas vezes, compartilhadas; se discutidas em rede, tendem a ser amenizadas de maneira mais eficiente. Concordo com Silva (2011), quando o autor afirma que para o desenvolvimento da RAPS, é fundamental que haja horizontalidade nas relações.

Entendendo que o objeto da saúde mental é, por si só, complexo, Damous e Erlich (2017) alertam para que a rede de cuidados não seja rígida, que permita constante reinvenção em conformidade com as demandas do território, somando contribuições dos múltiplos dispositivos, independente do seu pertencimento ao setor saúde. Ainda segundo os autores, trata-se de transformar uma cultura de transferência de responsabilidades numa cultura de corresponsabilização intersetorial, uma “rede de iniciativas múltiplas” (PITTA, 2001, p. 278).

No que diz respeito ao funcionamento da rede e à comunicação entre os dispositivos, existe um consenso entre os gestores sobre o exercício de uma comunicação horizontal; eles apontam também algumas tentativas de implementar formas mais concretas de comunicação. G1 intitula-se um “otimista nato” do SUS e complementa: *“eu foco naqueles que lutam de mãos dadas pela reforma psiquiátrica, pois muita coisa melhorou de 88 pra cá, e vai melhorar ainda mais”*. Concordo quando ele diz que *“não podemos deixar o usuário solto no sistema”*.

Fazendo uma excelente leitura da RAPS municipal, G3 observa que mesmo a rede existindo de maneira “informal”, é preciso *“interligar a rede, alinhando fluxos, pois conseguimos atender a demanda de maneira imediata, mas precisamos qualificar a continuidade do cuidado”*. Ao finalizar a entrevista, G3 enfatiza que é possível retomar o Grupo Condutor da RAPS, pois ele já foi ativo no município *“dialogando sobre as melhorias, os ajustes, as discussões de fluxos em relação à saúde mental”*, e exemplifica relatando que a Linha Materno-infantil funciona no município e tem qualificado o acesso aos serviços que a compõem.

Existe, muitas vezes, um sentimento de impotência por parte da gestão, segundo G2. Para G4, faltam instrumentos que facilitem essa comunicação. Já G5 discorda, em partes, lembrando que há sim alguns instrumentos, como as planilhas mensais compartilhadas pela UPA com o CAPS e a APS, bem como as fichas de transferência utilizadas pela APS no compartilhamento dos casos com a rede. Apesar de ser um instrumento importante, essas fichas, segundo G4, não são bem aproveitadas, pois na maioria das vezes não há uma “contrarreferência” dos serviços especializados para a APS.

Para superar essas dificuldades, os gestores pensaram estratégias de ação possíveis: a) Criar uma ouvidoria para os familiares expressarem suas necessidades e contribuírem com o fortalecimento da rede; b) Reestruturar e reformular o Grupo Condutor da RAPS, visando promover espaços de discussão e deliberação em conjunto; c) Criar, estabelecer e/ou fortalecer o uso de instrumentos, como fluxogramas, protocolos, planilhas e a própria ficha de referência (e contrarreferência); d) Acelerar o processo de integração do prontuário eletrônico, visando facilitar a compreensão diagnóstica e interventiva em todos os níveis de atenção; e) Intensificar atividades de matriciamento tendo o CAPS como referência.

Por fim, é preciso entender que a realização de ações integradas em parceria pode superar uma concepção ultrapassada do conceito saúde-doença. O funcionamento em rede pressupõe a complexidade e as resistências que se estabelecem nas relações e, nesse sentido, é fundamental que os burocratas de rua estejam atentos e atentas aos agenciamentos que essa dimensão micropolítica produz no setor saúde (SCHNEIDER, 2009). Antes de tudo, é preciso “*acreditar que podemos fazer um SUS melhor*” (G5).

5 CONHECENDO A “CARTILHA PARA UMA BOA GESTÃO DA RAPS: CAMINHOS PARA A IMPLANTAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL”

Como relatado anteriormente, o desejo inicial seria construir a Linha de Cuidado em si, enquanto instrumento normativo, em formato de fluxograma e devidas discussões. Com as dificuldades encontradas durante a realização da pesquisa, e após análise dos dados, percebi que não seria possível ter a Linha de Cuidado enquanto produto. Dessa forma, adequando o produto à realidade revelada e interpretada, elaboramos a “Cartilha para uma boa gestão da RAPS: caminhos para a implantação da Linha de Cuidado em Saúde Mental Infantojuvenil”.

A cartilha tem uma linguagem mais objetiva e inicia-se com as boas-vindas e situa o leitor em relação aos autores e ao programa acadêmico que estamos vinculados. Apresentamos o que é a Rede de Atenção Psicossocial e, logo depois, discutimos sobre o cuidado em saúde mental infantojuvenil e a importância do trabalho em rede.

A próxima seção demonstra como, a partir da pesquisa, percebemos a configuração da RAPS municipal, com seus principais parceiros intersetoriais (algumas outras secretarias), regionais (convênio com o CER II) e do terceiro setor (convênio com a APAE). Apontamos também algumas ofertas de cuidado existentes nesses serviços.

As duas seções que sucedem são muito importantes para promover reflexões, são elas: “invista nos seus pontos fortes!”; e “refletindo sobre algumas questões”. Na primeira, destacamos a boa comunicação e relação interpessoal; destacamos também que a comunicação formal entre os dispositivos, exercida através de instrumentos já institucionalizados pelo município existe, funciona e precisa ser qualificada. Essa comunicação deverá ser melhorada, inclusive, após a completa implantação do Prontuário Eletrônico Integrado; a assistência também poderá ser melhorada, caso o CAPS seja ampliado para tipo II, conforme o planejamento quadrienal sugere. Além disso, as parcerias conveniadas mostraram-se como estratégia fundamental para o bom funcionamento da rede.

Já na segunda, chamamos atenção para alguns fatores que dificultam o trabalho em rede e precisam de um olhar especial. Incentivamos, por exemplo, que a gestão municipal possa proporcionar espaços de discussão e deliberação, como as reuniões com equipes de saúde de diferentes dispositivos, os grupos colegiados, os

Grupos de Trabalho etc. A maioria das observações vão no sentido de promover e fortalecer a APS enquanto ordenadora do cuidado, portanto é preciso questionar a lógica de que só é possível resolver o problema da alta demanda assistencial criando mais vagas de atendimento especializado; antes de tudo, é preciso investir nas intervenções coletivas de prevenção e promoção da saúde: aumentar o número de ações integradas nos territórios promovendo uma maior interação entre o CAPS e as USF; rever o problema da extinção das eNASF e seu impacto no cuidado em saúde mental na APS e; passar a escutar mais a comunidade, criando uma ouvidoria, como proposto por um dos gestores.

A seguir, apresentamos as Linhas de Cuidado como instrumentos estratégicos de gestão; apresentamos o conceito (*O que?*), a justificativa do seu uso (*Por quê?*) e como fazer para criar a Linha de Cuidado (*Como?*). Para construir esse instrumento, seria necessário, então, reestruturar a RAPS municipal através da criação do Grupo Condutor Municipal; também apontamos uma sugestão para composição desse grupo. Por fim, salientamos a importância de fazer uma gestão democrática e participativa, como proposto pela 17ª Conferência Nacional de Saúde com o tema "Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia", superando o medo e a preguiça de construir um sistema único verdadeiramente eficiente.

É importante sinalizar que a cartilha foi construída pelo próprio pesquisador, através do site *Canva* na modalidade paga desse serviço digital e foi disponibilizada no formato digital. No texto, o gestor poderá acessar alguns instrumentos normativos importantes, bem como bibliografia de suporte para a efetivação das propostas sugeridas. Lembramos que, enquanto pesquisadores, coube-nos avaliar e propor (enfatizamos, inclusive, que nossas propostas não foram criadas, elas já são previstas nas políticas de saúde); mas o trabalho certamente não para por aqui. É fundamental que, a partir dessas reflexões, possamos trabalhar no sentido de viabilizar o trabalho em rede no município de Dias d'Ávila e, futuramente, avaliar os impactos gerados por essa pesquisa.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O produto proposto, pela sua natureza prática e conceitual, aproxima conhecimento científico e gestão pública, universidade e poder público; ele pode contribuir para a qualificação da articulação entre os dispositivos da RAPS de Dias d'Ávila para garantia do cuidado à saúde mental de crianças e adolescentes do município, pois visa orientar os gestores da saúde mental no processo de tomada de decisão nesse campo. Além disso, o produto não demanda de financiamento, pois aposta na melhoria dos processos já implementados e no uso das tecnologias leves que, conforme descritas por Merhy (1997), se referem às tecnologias das relações e do vínculo.

Então, é importante ter em vista que o produto proposto apontou problemas na articulação da RAPS municipal, bem como os pontos fortes da rede assistencial, foram destacadas sugestões estratégicas para uma gestão baseada nas possibilidades do município, dos dispositivos e dos gestores. Como é uma proposta de implantação, ela não se encerra por aqui, pois ainda há outros atores que podem ser integrados nessa construção; abre-se, portanto, um caminho para que a gestão municipal possa qualificar o processo de trabalho das equipes, bem como suas ofertas de cuidado.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Fundo Nacional de Saúde. **Decreto nº 3.964, de 24 de julho de 2001**. Brasília, 2001. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2001/D3964.htm. Acesso em: 20/11/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução no 32, de 14 de dezembro de 2017**. Diário Oficial da União: seção 1 Brasília, DF, n. 245. p. 239, 2017. Disponível em:

<<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/05/Resolu----o-CIT-n---32.pdf>> Acesso em: 4 mai. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução no 35, de 25 de janeiro de 2018**. Diário Oficial da União: seção 1 Brasília, DF, n. 26. p. 58-59. 6 fev 2018b. Disponível em:

<<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2018/fevereiro/06/Resolucao-CIT-no35.pdf>> Acesso em: 4 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução no 36, de 25 de janeiro de 2018**. Diário Oficial da União: seção 1 Brasília, DF, n. 26. p. 59. 6 fev 2018c. Disponível em:

<<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2018/fevereiro/06/Resolucao-CIT-no-36.pdf>> Acesso em: 4 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação no 043, 15 de setembro de 2017**. Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Nonagésima Sétima Reunião Ordinária, realizada nos dias 14 e 15 de setembro de 2017. Disponível em:

<<http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2017/Reco043.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2019.

BRASIL. **Edital no 1/2018, de 25 de abril de 2018**. Diário Oficial da União: Seção 3, Brasília, DF, n. 79, p. 93, 25 abr. 2018. Disponível em:

<https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/aceso_informacao/Edital%20de%20Credenciamento%20-%20SENAD%20n%C2%BA%2001-2018.pdf>.

Acesso em: 20 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Cidadania. **Governo amplia vagas e regulamenta o tratamento de dependentes químicos em Comunidades Terapêuticas. 19 de março de 2019**. Disponível em: <<http://mds.gov.br/area-de-imprensa/noticias/2019/marco/governo-amplia-vagas-e-regulamenta-o-tratamento-de-dependentes-quimicos-em-comunidades-terapeuticas>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria no 2.434, de 15 de agosto de 2018**. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para reajustar o valor das diárias de internação hospitalar acima de 90 (noventa) dias do Incentivo para Internação nos Hospitais Psiquiátricos. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt2434_20_08_2018.html>. Acesso em: 20 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002**.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Constituição Federal de 1988**. Gestão municipal de saúde: leis, normas e portarias atuais. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: www.saude.gov.br/saude-mental. Acesso em: 20/11/2021.

BRASIL. **Decreto Presidencial no 9.761, de 11 de Abril de 2019**. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Brasília – DF: 2019.

CABRAL, S. B; DAROSCI, M. **A trajetória das políticas de saúde mental no brasil**: Uma análise a partir do ângulo normativo (1903-2019). III Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 13 a 14 de novembro de 2019.

CAVALCANTI, S; LOTTA, G. R; PIRES, R. R. **Contribuições dos Estudos Sobre Burocracia de Nível de Rua** *in* Burocracia e Políticas Públicas no Brasil. V. 1. 227-246, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **CFP repudia mudanças na política de saúde mental**. Brasília, DF: CFP; 2017.

COTTA, T. C. (2014). Avaliação educacional e políticas públicas: a experiência do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Básica (Saeb). **Revista Do Serviço Público**, 52(4), p. 89-111. <https://doi.org/10.21874/rsp.v52i4.316>

CRUZ, Nelson F. O.; GONÇALVES, Renata W.; DELGADO, Pedro G.G. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, 2020. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00285.

DAMOUS, I.; ERLICH, H. O ambulatório de saúde mental na rede de atenção psicossocial: reflexões sobre a clínica e a expansão das políticas de atenção primária. *Physis*, v. 04, nº 27, 2017.

FIGUEIREDO, M. D; CAMPOS, R. O. **Saúde Mental e Atenção Básica à Saúde**: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica. *Saúde em Debate*, V. 32, 2008.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. **Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde**. 2012. Disponível em: <<https://dms.ufpel.edu.br/sus/files/media/Linha-cuidado-integral.pdf>>. Acesso em: 13 de fevereiro de 2021.

FRIEDRICH, D.B.C.; PIERANTONI, C.R. O trabalho das equipes da saúde família: um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político-ideológica e econômica em Juiz de Fora. **Physis**, v.16, n.1, p.83-97, 2006.

GARCIA, R. P. M. (org.). O lugar e o sentido da avaliação nas políticas públicas. In.: **Avaliação de políticas públicas**. Cruz das Almas, BA: EDUFRB, 2020, p. 21-38.

LIPSKY, M. **Street-level bureaucracy**: dilemmas of the individual in public service. 1st ed. New York: Russell Sage Foundation, 1980.

MACEDO, J. P; ABREU, M. M; DIMENSTEIN, M. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.26, n.1, p.155-170, 2018.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Revista Interface**, v. 14, n. 34, p.593-605, jul./set., 2010.

MARINHO, A; OCKÉ-REIS, C. O. **SUS: o debate em torno da eficiência**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2022. 132 p. ISBN: 978-65-5708-133-4.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MERHY, E; FRANCO, T. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. **Saúde em debate** 2003; 27(65):316-323.

MERHY, E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Revista Interface**. Botucatu, v. 4, n. 6, p. 109-116, 2000.

OLIVEIRA, E. F. A. **Gastos da política de saúde mental e os rumos da reforma psiquiátrica**. UnB, Vitória, 2017. Disponível em: <http://repositorio.ufes.br/handle/10/8776>

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018.

PEREIRA, M. L. **Transição de governo municipal**: lançar dados não para contar com a sorte, mas preparando o futuro da gestão. Juazeiro, 2018.

PINTO, H. A. Linhas de Cuidado na Bahia: um conceito em viva produção. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 33, nº 1, p. 22-34, 2009.

PITTA, A. **Tecendo uma teia de cuidados em saúde mental**. In: VENANCIO, A.T.; CAVALCANTI, M.T. (Orgs.). Saúde mental: campo, saberes e discurso. Rio de Janeiro: IPUB/CUCA, 2001, p. 277-282.

RAMOS, M.P; L.M. SABBACH. O estado da arte da avaliação de políticas públicas: conceituação e exemplos de avaliação no Brasil. **Revista de Administração Pública**. 2012.

RIBEIRO, J. M; MOREIRA, M. R. A crise do federalismo cooperativo nas políticas de saúde no Brasil. **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v. 40, p. 14-24, 2016.

SCHNEIDER, A. R. S. A rede de atenção em saúde mental: a importância da interação entre a atenção primária e os serviços de saúde mental. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 78-84, 2009.

SECCHI, L. Análise de políticas públicas: diagnóstico de problemas, recomendação de soluções. **Revista brasileira de ciência política**, nº 26. Brasília, maio - agosto de 2018, p 313-322. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0103-33522018000200313

SILVA, N; SANCHO, L; FIGUEIREDO, W. Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha do cuidado em saúde e itinerários terapêuticos. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2016.

SIQUEIRA, E. **É um retrocesso de 30 anos na saúde mental**. ISC - UFBA 2019. Disponível em <http://www.isc.ufba.br/e-um-retrocesso-de-30-anos-na-saude-mental-critica-presidente-do-conselho-nacional-de-direitos-humanos/>. Acesso em 15/11/2021.

VERGOLINO, J. R. O. **Federalismo e autonomia fiscal dos governos estaduais no Brasil**: notas sobre o período recente (1990-2010). In: MONTEIRO NETO, A. (Org.). Governos estaduais no federalismo brasileiro: capacidades e limitações governativas em debate. Brasília, DF: IPEA, 2014. p. 63-117.

YASUI, S. **Rupturas e Encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira.
Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA ACADÊMICA

Eu,

Secretário de Saúde do Município de Dias d'Ávila-BA, autorizo a realização da pesquisa vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Políticas Públicas e Segurança Social (PPGGPPSS), da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), com título "Proposta de implantação da Linha de Cuidado em Saúde Mental Infantojuvenil no município de Dias d'Ávila-BA", sob responsabilidade de pesquisador Wellington Ramos Gomes Junior e sua respectiva orientadora, a Professora Doutora Eliene Gomes dos Anjos.

Declaro que estou ciente da natureza da pesquisa, dos aspectos éticos, dos seus objetivos, justificativa e método, bem como as contribuições esperadas e possíveis riscos.

Assinatura

Dias d'Ávila-BA

2022

APÊNDICE 2

CONVITE ENTREVISTA

Prezado(a) gestor(a),

Convidamos o(a) senhor(a) para participar da pesquisa intitulada “Proposta de implantação da Linha de Cuidado em Saúde Mental Infantojuvenil no município de Dias d’Ávila-BA”, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Políticas Públicas e Segurança Social (PPGGPPSS), da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). O objetivo desta pesquisa é analisar como os dispositivos integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Dias d’Ávila-BA se articulam para garantir assistência em saúde mental às crianças e adolescentes. Para tal, uma das etapas da pesquisa consiste na realização de entrevista semiestruturada com gestores municipais da área da saúde.

Sua participação é voluntária e, por isso, pedimos que leia e assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice 3). Após a leitura e concordância do referido termo entraremos em contato para agendamento da entrevista. Estamos à disposição para dirimir quaisquer dúvidas.

Antecipadamente agradecemos sua disponibilidade de participação e esperamos que possamos contribuir com a melhoria dos processos de gestão no campo da saúde mental infantojuvenil no município.

Atenciosamente,

Wellington Ramos Gomes Junior e Eliene Gomes dos Anjos

APÊNDICE 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o(a) sr(a) para participar da Pesquisa intitulada “Proposta de implantação da Linha de Cuidado em Saúde Mental Infantojuvenil no município de Dias d’Ávila-BA”, sob a responsabilidade do pesquisador Wellington Ramos Gomes Junior, sendo desenvolvida no Programa de Pós-graduação em Gestão de Políticas Públicas e Segurança Social (PPGGPPSS), da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), sob orientação da Professora Doutora Eliene Gomes dos Anjos.

O objetivo do estudo é analisar como os dispositivos integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Dias d’Ávila-BA se articulam para garantir assistência em saúde mental às crianças e adolescentes. Para que possamos alcançar todos os objetivos propostos na pesquisa, em formato de Estudo de Caso, serão realizadas análise documental dos Planos Anual e Municipal de Saúde, bem como entrevista semiestruturada com gestores municipais dos diferentes níveis de atenção à saúde.

Sua participação não é obrigatória, e o(a) senhor(a) tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como poderá retirar sua participação a qualquer momento sem precisar justificar e sem sofrer qualquer prejuízo. Em caso de desistência, o(a) senhor(a) receberá a confirmação da ciência de sua decisão. Caso concorde em participar, o(a) senhor(a) responderá a uma entrevista e terá acesso ao conteúdo das perguntas antes de respondê-las. Além disso, tem o direito de não responder qualquer questão, sem que necessite explicar ou justificar tal ação.

A sua participação nesta pesquisa irá colaborar para a criação de estratégias que visem aprimorar a articulação entre os dispositivos que compõem a RAPS municipal para a garantia do cuidado em saúde mental às crianças e adolescentes. Os riscos decorrentes de sua participação são inerentes às limitações do pesquisador para assegurar total confidencialidade e o potencial risco de sua violação. Entretanto, a fim de minimizar os riscos, o pesquisador se compromete em arquivar os dados tanto em computador próprio,

quanto em recurso online do tipo nuvem e estar atento a possíveis riscos de violação. Ressalta-se que a entrevista será agendada conforme sua disponibilidade.

Reafirmamos que se o(a) senhor(a) aceitar participar desta pesquisa contribuirá para a análise da rede municipal e com a identificação de limites e potencialidades do projeto para o seu fortalecimento, na busca por uma pela efetivação das conquistas almejadas pela Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Comprometemo-nos a não identificá-lo em qualquer momento da pesquisa, a fim de não provocar-lhe constrangimentos ou qualquer prejuízo na sua rotina de trabalho. Ou seja, em nenhum momento sua identidade será exposta durante a apresentação dos resultados; também não faremos referência ao cargo que o(a) senhor(a) ocupa durante análise dos dados.

Os dados coletados serão mantidos em um banco digital sob a responsabilidade do pesquisador durante um período de 05 (cinco) anos, sendo garantida a manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa, mesmo após a sua conclusão.

O(A) senhor(a) poderá solicitar ao pesquisador a qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, informações quanto a sua participação e/ou sobre a pesquisa, bem como pedir esclarecimentos adicionais. Além disso, é garantido o seu acesso aos resultados da pesquisa.

Após ser esclarecido(a) sobre as informações referentes à pesquisa, caso aceite participar, pedimos que assine esse termo para darmos continuidade à pesquisa. Em caso de recusa, o(a) senhor(a) não será penalizado de forma alguma.

Ressaltamos que o(a) senhor(a) não terá nenhuma despesa extra, necessitando apenas de acesso à rede de internet, uma vez que a entrevista será realizada em ambiente virtual, e também não receberá nenhum retorno financeiro por participar desta pesquisa. Entretanto, em caso de danos decorrentes da pesquisa, será resguardado o seu direito de buscar a indenização.

ACEITO PARTICIPAR

Assinatura

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de _____ de _____ de
2022.

APÊNDICE 4

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM GESTORES MUNICIPAIS DE DIAS D'ÁVILA-BA

I. INTRODUÇÃO

Nome:

Formação:

- 1) Qual a função que você ocupa na Secretaria Municipal de Saúde? Há quanto tempo?
- 2) Qual o seu interesse ou aproximação com o campo da saúde mental infantojuvenil?
- 3) Como você avalia a oferta de saúde mental para crianças e adolescentes no município?

II. SOBRE A REDE E SEU FUNCIONAMENTO

- 3) Como você avalia a comunicação entre os dispositivos que compõem a rede municipal de saúde?
- 4) Quais as ofertas de saúde mental existentes para o público infantojuvenil na(s) unidade(s) de saúde que você coordena?
- 5) E se você pudesse implementar outras ofertas, a partir da sua percepção sobre as demandas, quais seriam?
- 6) Quais são os serviços, dispositivos ou parceiros da rede municipal de saúde que você mais recorre para encaminhar ou compartilhar casos de crianças e adolescentes em sofrimento ou portadoras de transtorno mental?
- 7) Quais são os serviços, dispositivos ou parceiros de outros setores da gestão municipal (educação, seguridade social, justiça, etc.) saúde que você mais recorre para encaminhar ou compartilhar casos de crianças e adolescentes em sofrimento ou portadoras de transtorno mental?
- 8) Quais são os serviços ou dispositivos da RAPS que você tem maior dificuldade de acessar ou dialogar? A quais fatores você atribui essas dificuldades?
- 9) Como acontece o processo de referência e contra-referência (encaminhamentos) com os outros dispositivos da RAPS? Quais instrumentos de comunicação (mensagens, telefone, e-mail, reuniões, grupos de trabalho, etc.) são utilizados nesse processo?

III. ENCERRAMENTO

10) Existe algo que você gostaria de complementar sobre a assistência em saúde mental para crianças e adolescentes no município que não foi perguntado até aqui?

11) Quais são as suas expectativas em relação a essa pesquisa?