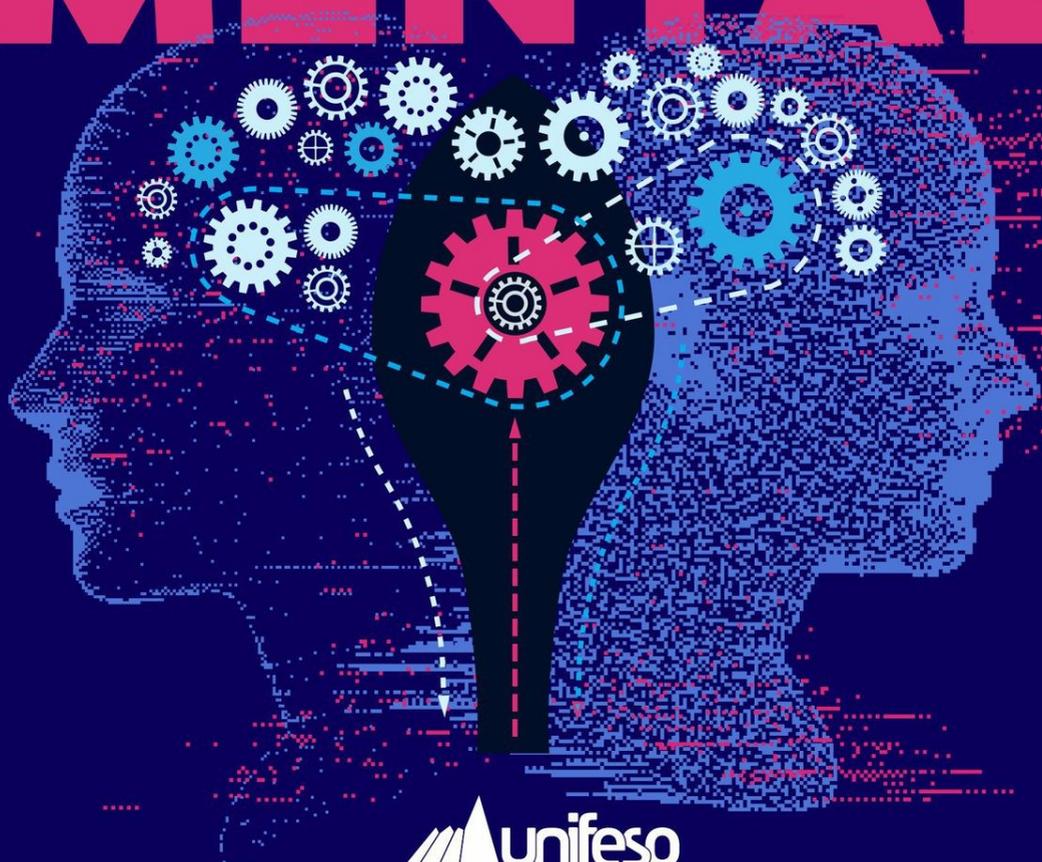


Dartagnan Rache Rodrigues

SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL



Dartagnan Rache Rodrigues

SISAMENTE

Sistema de Informação em Saúde Mental

Editora UNIFESO

2020

Copyright© 2020

Direitos adquiridos para esta edição pela Editora UNIFESO

Coordenação Editorial

João Cardoso de Castro

Assistente Editorial

Jessica Motta da Graça

Formatação

Jessica Motta da Graça

Revisão

Roberto Loureiro Junior

Capa

Thiago Pereira Dantas (Thierry)

EDITORA UNIFESO

Avenida Alberto Torres, nº 111

Alto - Teresópolis - RJ - CEP: 25.964-004

Telefone: (21)2641-7184

E-mail: editora@unifeso.edu.br

Endereço Eletrônico: <http://www.unifeso.edu.br/editora/index.php>

CONSELHO DIRETOR

Antônio Luiz da Silva Laginestra
Presidente

Jorge Farah
Vice-Presidente

Luiz Fernando da Silva
Secretário

José Luiz da Rosa Ponte
Kival Simão Arbex
Paulo Cezar Wiertz Cordeiro
Wilson José Fernando Vianna Pedrosa
Vogais

Luis Eduardo Possidente Tostes
Diretor Geral

CENTRO UNIVERSITÁRIO SERRA DOS ÓRGÃOS – Unifeso

Antônio Luiz da Silva Laginestra
Chanceler

Verônica Santos Albuquerque
Reitora

Verônica Santos Albuquerque
Pró-Reitoria Acadêmica Interina

José Feres Abido de Miranda
Pró-Reitoria de Desenvolvimento Institucional

Elaine Maria de Andrade Senra
Diretora de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão

Edenise da Silva Antas
Diretora de Educação a Distância

Ana Maria Gomes de Almeida
Diretora do Centro de Ciências Humanas e Sociais

Mariana Beatriz Arcuri
Diretora do Centro de Ciências da Saúde

Vivian Telles Paim
Diretora do Centro de Ciências e Tecnologia

Michele Mendes Hiath Silva
Diretoria de Planejamento

Solange Soares Diaz Horta
Diretoria Administrativa

Rosane Rodrigues Costa
Diretoria Geral do Hospital das Clínicas de Teresópolis Costantino Ottaviano

Roberta Franco de Moura Monteiro
Diretoria do Centro Educacional Serra dos Órgãos

Coleção FESO

A **Coleção FESO**, desde 2004, tem sido o principal meio de difusão da produção acadêmica do Centro Universitário Serra dos Órgãos - Unifeso, realizada a partir das atividades de ensino, pesquisa e extensão dos seus cursos de graduação e pós-graduação, assim como das suas unidades assistenciais e administrativas.

Primando pela qualidade dos produtos editorados e publicados, a Editora UNIFESO publica conteúdos relevantes nas mais diversas áreas do conhecimento através de um cuidadoso processo de revisão e diagramação.

É uma das mais importantes contribuições da Instituição para a sociedade, uma vez que a sua divulgação influencia na recondução de políticas e programas na esfera pública e privada, de forma a fomentar o desenvolvimento social da cidade e região. Todo esse processo fortalece o projeto de excelência do Unifeso como Centro Universitário. Nossas publicações encontram-se subdivididas entre as seguintes categorias:

Série Teses: Contempla as pesquisas defendidas para obtenção do grau de “Doutor” em programas devidamente autorizados ou credenciados pela CAPES, publicadas em formato de livro.

Série Dissertações: Abarca as pesquisas defendidas para obtenção do grau de “Mestre”.

Série Pesquisas: Contempla artigos científicos, resenhas e resumos expandidos/textos completos. Estas produções são divulgadas em formato de livros (coletâneas), periódicos ou anais.

Série Especiais: Esta publicação contempla textos acadêmicos oriundos de processo de certificação de docentes como pós-doutores.

Série Produções Técnicas: Abrange produções técnicas advindas de trabalhos de docentes, discentes e funcionários técnico-administrativos sobre uma área específica do conhecimento que contemplem produtos ou serviços tecnológicos (com ou sem

registro de proteção intelectual); processos ou técnicas aplicados; cartas e mapas geográficos. As formas de divulgação destas produções podem ser em meios impressos ou digitais, no formato de cartilhas, POPs (Procedimento Operacional Padrão), relatórios técnicos ou científicos e catálogos.

Série Materiais Didáticos: Reúne os trabalhos produzidos pelos docentes e discentes com vinculação aos componentes curriculares previstos nos projetos pedagógicos dos cursos ofertados no Unifeso.

Série Arte e Cultura: Abarca as produções artístico-culturais realizadas por docentes, técnicos-administrativos, estudantes, instrutores de cursos livres e artistas locais, assim como as produções desenvolvidas junto aos eventos do Centro Cultural FESO Pró-Arte (CCFP), podendo ser constituída por livros, partituras, roteiros de peças teatrais e filmes, catálogos, etc.

Série Documentos: Engloba toda a produção de documentos institucionais da FESO e do Unifeso.

A abrangência de uma iniciativa desta natureza é difícil de ser mensurada, mas é certo que fortalece ainda mais a relação entre a comunidade acadêmica e a sociedade. Trata-se, portanto, de um passo decisivo da Instituição no que diz respeito à compreensão sobre a importância da difusão de conhecimentos para a formação da sociedade que queremos: mais crítica, solidária e capaz de enfrentar as dificuldades que se apresentam.

Desejo a todos uma ótima leitura!

Elaine Maria de Andrade Senra

Diretora de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão – Unifeso

Resumo

Este presente livro é um desdobramento de um conjunto de ações realizadas pelo Laboratório de Monitoramento Epidemiológico de Grandes Empreendimentos (LabMep). O LabMep é uma instância do Departamento de Endemias Samuel Pessoa (DENSP), vinculado à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) e tem como principal atribuição institucional o desenvolvimento de pesquisas, ensino, cooperação e inovação, dirigidos à redução de impactos à saúde, decorrentes da implantação ou operação de grandes empreendimentos capitalistas no território brasileiro.

Os sistemas de informação que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) não foram suficientes para tabular os dados necessários para analisar e monitorar os diferentes momentos e situações em que se encontram os municípios brasileiros, isso em relação à Saúde Mental. Por isso foi de extrema importância a criação de um Sistema de Informação em Saúde Mental com indicadores sensíveis às mudanças do padrão de morbidade de um território.

A criação desse Sistema, o SISAMENTE, fruto de uma dissertação de Mestrado, se desdobrou em um projeto-piloto. A implantação foi realizada no CAPS e no ambulatório especializado em saúde mental do município de Guapimirim. Foi criado um material específico para esse sistema: indicadores

epidemiológicos de morbidade, paginações para coleta de dados, criação de material informativo.

As informações coletadas foram informatizadas em uma base de dados, sendo utilizado o programa Epi Info. Os resultados demonstraram que o sistema de informação implantado se mostrou eficiente para caracterizar o perfil epidemiológico da população assistida nesses serviços, o que é de fundamental importância para a avaliação da situação de saúde mental do município.

Palavras-chave: Sistemas de informações; Avaliação em Saúde Mental; Indicadores de morbidade; Vigilância em saúde; Saúde Pública.

Índice

INTRODUÇÃO _____	10
<i>Capítulo 1</i> _____	12
Epidemiologia dos Transtornos Mentais	
<i>Capítulo 2</i> _____	14
Sistemas de Informações em Saúde	
<i>Capítulo 3</i> _____	20
Projeto Piloto	
<i>Capítulo 4</i> _____	45
DISCUSSÃO	
<i>Capítulo 5</i> _____	70
O Espaço como Ponte entre o Método Quantitativo e a Saúde Mental	
<i>Capítulo 6</i> _____	74
Conclusão	
SOBRE A OBRA _____	77
REFERÊNCIAS _____	79
ANEXOS _____	91

INTRODUÇÃO

Vivemos um modelo de organização social complexo, globalizado e competitivo. Diante das novas exigências sociais, os municípios enfrentam a cada dia novos desafios administrativos. Esses recentes desafios requerem uma gestão pública baseada em modelos inovadores, possuidores de instrumentos de resolutividade efetivos (Rezende; Guagliardi, 2005).

Para se fazer a caracterização da situação da saúde de uma região específica e para monitorar possíveis impactos na saúde de populações, é necessária a existência de um Sistema de Vigilância em Saúde que articule ações de monitoramento da situação de saúde, com as ações de controle de riscos e danos propriamente ditos. O desenvolvimento da Vigilância em Saúde deverá estar incluído na organização e execução das práticas de saúde, adequando-as ao enfrentamento dos problemas e necessidades existentes. Por isso, a análise permanente da situação de saúde é um dos grandes desafios da atualidade (Areazza; Moraes, 2010).

Os sistemas de informação em saúde são partes essenciais do sistema de saúde. Eles detalham os dados que são imprescindíveis ao funcionamento das organizações, auxiliando a tomada de decisão do corpo técnico e operacional. Eles coletam, processam, armazenam, analisam e disseminam

informações com determinado objetivo. Incluem entradas, processamento e saídas.

Considerando que o Brasil ainda vive o momento de reestruturação da atenção pública em saúde mental, considera-se de extrema importância estudos que contribuam para o planejamento das ações a partir da disponibilização de indicadores da magnitude dos problemas de saúde mental.

Pelo exposto acima, o presente livro tem por objetivo principal descrever o desenvolvimento, a implantação e a análise de dados de um sistema de informação especificamente voltado para a atenção à saúde mental. Esse sistema teve como objetivo automatizar as rotinas ligadas ao processo de atendimento dos pacientes, tarefas administrativas (faturamento, por exemplo) e, principalmente, à produção de indicadores epidemiológicos que apoiem a tomada de decisão por parte dos **gestores locais**.

CAPÍTULO 1

Epidemiologia dos Transtornos Mentais

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) evidenciam que os transtornos mentais são universais, afetam as pessoas em todos os países, todas as sociedades, indivíduos de todas as idades: homens, mulheres, ricos, pobres, da população urbana aos ambientes rurais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

Em 1948, a OMS organizou a primeira assembleia mundial de saúde, estabeleceu um programa de desenvolvimento mundial, agrupou hierarquicamente as áreas da saúde a serem abordadas. A malária, a saúde materno-infantil, a tuberculose, as doenças venéreas, os problemas nutricionais e o saneamento básico foram apontados como prioridades, em segundo lugar veio a administração pública, em terceiro as doenças parasitárias, em quarto as doenças virais, em quinto a saúde mental e em sexto outras atividades (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1977).

No entanto, as doenças crônicas não transmissíveis, em particular os transtornos mentais, vêm se tornando uma prioridade na saúde pública. Dados recentes evidenciaram que os transtornos mentais e de comportamento estão presentes em 10% da população adulta. Mais de 25% da população mundial desenvolverão, em algum período de suas vidas, um ou mais

transtornos mentais, ou de comportamento, e pelo menos uma em cada quatro famílias têm um parente com transtorno mental ou de comportamento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

O relatório mundial de saúde de 2002, realizado pela OMS, divulgou que, em 1990, os transtornos mentais, incluindo os transtornos psiquiátricos e neurológicos, contabilizavam 10% do total de anos de vida perdidos por todas as doenças e/ou injúrias no mundo, aumentando para 12% no ano 2000, e em 2020 há uma projeção de aumento para 15% (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

CAPÍTULO 2

Sistemas de Informações em Saúde

Os sistemas de informação coletam dados que representam partes ou elementos de um todo. Cada sistema tem uma técnica de seleção de dados, um processamento de informação específico. A operacionalização dos sistemas de informação estará sempre ligada à seleção, estratificação, classificação e estruturação de dados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009). Um método epidemiológico bem conduzido permitirá a avaliação da situação de saúde em um determinado local (Carvalho, 1998).

A avaliação da situação de saúde pode ser definida como o ato de apreensão das relações entre as necessidades de saúde e as práticas de saúde, visando verificar a capacidade dessas práticas ou técnicas em responder às necessidades geradas no processo saúde-doença. Logo, os sistemas de informações são imprescindíveis para a avaliação dos programas, projetos e das intervenções na saúde das populações (Carvalho, 1998).

Um sistema de informação pode medir a efetividade, a eficácia, e a equidade das políticas de saúde. A **eficácia** é medida quando o sistema avalia se os **objetivos das políticas de saúde estão sendo cumpridos**; a eficiência, quando analisa se os recursos gastos estão sendo usados corretamente;

e a equidade, quando avalia a cobertura e o acesso aos serviços de saúde (Carvalho, 1998).

A maioria das informações em saúde no Brasil anteriores à redemocratização do país proviam quase exclusivamente à sistemas de informações criados pelo governo federal, com o intuito de atender necessidades específicas de natureza financeiro gerenciais e esse quadro se mantém ainda em alguns setores da saúde (BRASIL, 2009).

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, sua regulamentação em 1990, a responsabilidade de gestão e prestação de serviços de saúde foi descentralizada para a esfera municipal, fazendo que esse setor necessitasse de informação para sua gestão. Com isso, apareceu a necessidade de um redimensionamento da informação em saúde e de uma reelaboração dos sistemas existentes (BRASIL, 2009).

Hoje, no Brasil, os diversos sistemas de informações em saúde estão baseados em quatro tipos de indicadores: indicadores de rede assistencial, indicadores epidemiológicos de morbidade, indicadores de estatísticas vitais, indicadores de informações financeiras (BRASIL, 2009).

Alguns países investem na capacitação periódica dos profissionais envolvidos na produção, análise e monitoramento dos dados disponibilizados por estes sistemas. No entanto, no Brasil, o Ministério da Saúde não segue um plano regular de avaliações e essa falta de normatização resulta em iniciativas

não sistemáticas e isoladas. Além disso não tem sido prática dos gestores de nosso país publicar suas análises em revistas científicas (qualidade de dados no DATASUS).

Sistemas de informação e o diagnóstico em situação de saúde mental

A atenção à saúde mental representa uma parte essencial de uma assistência integral à saúde. Mesmo assim, oferecer esse cuidado ainda constitui um desafio das políticas públicas. Ainda há questões primordiais a serem enfrentadas, as relativas à identificação dos problemas prioritários, aos planejamentos terapêuticos racionais e à organização dos serviços. No Brasil, as informações existentes para mensuração dos resultados das ações em saúde mental ainda se apresentam insuficientes e a preocupação com o desenvolvimento e aprimoramento de um Sistema de Informação em Saúde Mental vem de longa data (TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO, 2005).

No relatório da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1987) já se falava em “promover a implantação de um sistema integrado de informações em nível nacional” com o objetivo de “criar mecanismos de supervisão que permitam uma constante avaliação da **efetividade** das políticas públicas e de possibilitar a promoção de **estudos epidemiológicos e atividades de pesquisa que visem a produção de**

conhecimento para o aperfeiçoamento do sistema de atenção à saúde mental.”

O relatório da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1992) foi mais específico, ele fala da necessidade de “incorporar os dados de saúde mental nos sistemas de informações existentes para garantir o conhecimento da realidade epidemiológica e social e incentivar estudos epidemiológicos e pesquisas na área de saúde mental.”

Nesse mesmo relatório há a afirmativa que “para a efetivação da reorientação do modelo assistencial, é fundamental a criação de indicadores e de um sistema de avaliação da política e dos serviços de saúde mental para o acompanhamento, intervenção e redirecionamento das práticas de saúde, visando a consolidação dos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica”. Se descreve também “a necessidade de “criar a ficha “B” de Saúde Mental no Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, como forma de coletar dados para acompanhar, monitorar e avaliar os usuários portadores de transtornos mentais atendidos pela Equipe de Saúde da Família. “

Na 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental (2010) não foi diferente, seu relatório foi direto e pragmático, ele afirma que “A gestão da informação depende em primeiro lugar de assegurar a provisão de meios adequados em todos os serviços, o que inclui a oferta de computadores, impressoras, acesso a

internet, telefone, etc. Além disso, é necessário construir indicadores e instrumentos dinâmicos de monitoramento da rede, não apenas centrados na cobertura assistencial, mas capazes de também prover uma visão mais clara do funcionamento e da qualidade dos serviços”.

Em outro ponto desse relatório, ele afirma que “É também preciso discutir a melhoria da qualidade dos sistemas de informações em saúde e em saúde mental” e questiona: “Como garantir a inclusão da saúde mental no processo de planejamento nos Estados e Municípios? Como garantir o monitoramento e a avaliação de forma participativa (inclusão ativa e permanente de técnicos, usuários, familiares, comunidade)? Como o acesso e a produção da informação pode ser um importante aliado do controle social e da gestão?”

No campo da saúde coletiva é prerrogativa a realização de análises da situação de saúde das populações para produzir intervenções que atinjam os coletivos (Nunes, 2013). A avaliação da situação de saúde pode ser definida como o ato de apreensão das relações entre as necessidades de saúde e as práticas de saúde, visando verificar a capacidade dessas práticas, ou técnicas, em responder às necessidades geradas no processo saúde-doença (Carvalho, 1998).

No caso da saúde mental, estudos como esses são escassos. Com isso, as políticas de saúde podem não conseguir suprir as reais necessidades da população. **Se houverem poucos dados sobre o perfil de gravidade da população-alvo e ausência de uma padronização de indicadores sensíveis à situação de saúde/doença mental, os atendimentos na rede podem se manter deficitários e não serem percebidos por esses sistemas.** Na perspectiva da OMS não há dúvida que a necessidade de mais pesquisas é urgente para a identificação das reais barreiras que impedem o aumento da efetividade dos serviços de saúde mental (Saraceno, 2007).

Em outras palavras, o que se necessita saber é como planejar e organizar os serviços de saúde mental em prol das necessidades populacionais direcionando as ações naquelas que mais precisam de cuidados, os mais vulneráveis (Saraceno, 2007).

CAPÍTULO 3

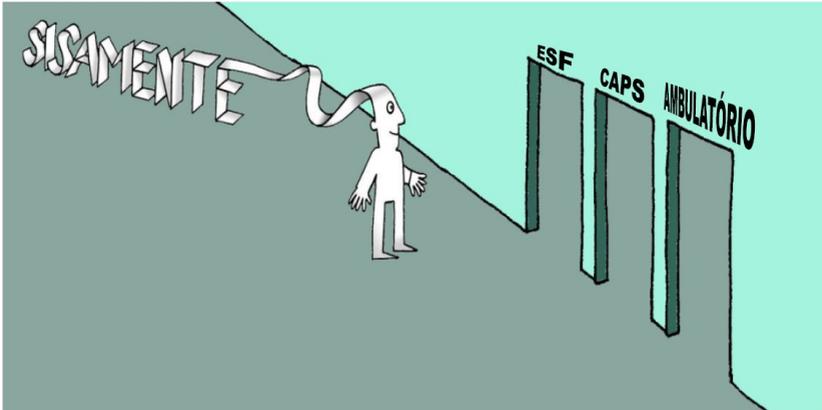
Projeto Piloto

Projeto: Desenvolvimento de um sistema de informação específico para a saúde mental.

Objetivos Específicos

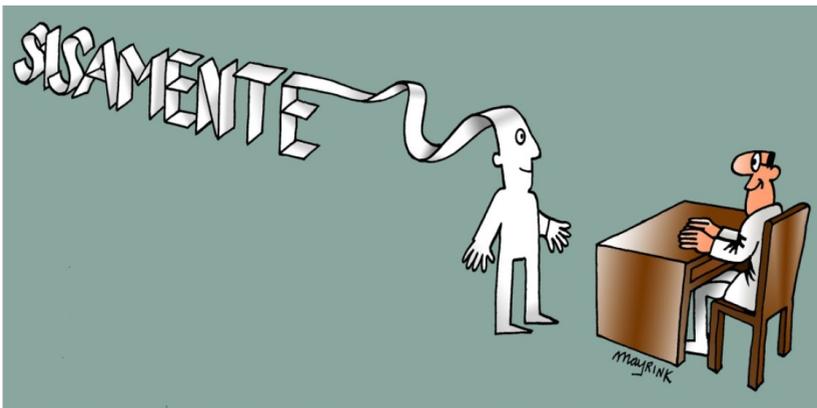
- Criar indicadores epidemiológicos de morbidade específicos para Saúde Mental;
- Criar um sistema de informação específico para Saúde Mental (batizado com o nome de **SISAMENTE SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL**), que integre o CAPS, o Ambulatório de Saúde Mental e o PSF;
- Descrever a entrada de dados nesse sistema de informação no CAPS e no ambulatório de Saúde Mental no Município de Guapimirim (Projeto Piloto);
- Descrever a produção de informação a partir do sistema proposto;
- Discutir a produção de informação em saúde mental a partir da fonte de dados fornecida pelo sistema de informação proposto e pelos sistemas hoje vigentes no SUS;
- Disponibilizar o Sistema de Informação no EPI Info, com as fichas de atendimento e a Cartilha explicativa do SISAMENTE para gestores e profissionais de saúde. Download online.

O que é o SISAMENTE?



O SISAMENTE é um sistema de informação que processa dados referentes aos usuários dos serviços de saúde mental: estratégia da saúde e da família (ESF), ambulatório de saúde mental, centro de atenção psicossocial (CAPS),

O SISAMENTE é um sistema de informação que faz o diagnóstico de quem tem um transtorno mental?



Não, o diagnóstico é feito pelo médico, não existe nenhum sistema capaz de diagnosticar uma doença mental.

Procedimento de Implantação do Sistema

Para implantar os novos procedimentos relacionados ao SISAMENTE, foi realizado um curso de capacitação aos profissionais da saúde do CAPS e do ambulatório de saúde mental do município de Guapimirim. Além disso, foram desenvolvidas atividades educativas presenciais, reuniões de equipes, bem como atividades de divulgação e sensibilização (Material de divulgação e sensibilização em anexo).

Durante a implantação do SISAMENTE, todo usuário do serviço de saúde mental foi cadastrado no sistema. Após o cadastro inicial, ficou estabelecido que todo profissional de saúde de nível superior completo preencheria a ficha B do SISAMENTE regularmente.

Coleta e Análise dos Dados

A coleta e análise dos dados foram realizadas através do programa Epi info versão 3.5.1. Foram criadas máscaras para permitir a entrada para cada uma das fichas.

Foi feita uma análise bivariada descritiva dos dados através de frequências e médias, cujo objetivo foi demonstrar o funcionamento do sistema.

Criação das Fichas

Para que esse estudo de caso fosse realizado, foi construído um sistema capaz de criar uma base de dados

quantitativos relacionados ao perfil de saúde mental dos usuários do CAPS e Ambulatório de Saúde Mental do município de Guapimirim. Foi desenvolvido um sistema informatizado capaz de armazenar, processar e gerar relatórios a partir do software Epi info. A escolha do Epi info se deu pela característica de ser um programa de domínio público, desenvolvido para uso em epidemiologia, mas que se aplica também à pesquisa biomédica em geral. Reúne tanto aplicações de banco de dados (criação, entrada e processamento), análise estatística, geração de tabelas e gráficos quanto algumas tarefas de programação.

A estruturação desse sistema foi baseada em dois tipos de fichas:

1. Fichas que trabalham com informações sociodemográficas, **preenchidas na recepção do dispositivo de saúde**, sendo atualizadas mensalmente pelo mesmo setor de serviço: nome completo, CPF, Cartão Nacional do SUS, data de nascimento, naturalidade, nome da mãe, estado civil, escolaridade, ocupação, raça/cor, endereço completo, telefone;
2. Fichas que trabalham com **indicadores epidemiológicos de morbidade e registro de atividades** preenchidas em todas e quaisquer consultas realizadas pelos profissionais de saúde de nível superior;

A escolha das variáveis presentes nos fichamentos criados levou em consideração a natureza do objeto de estudo, seu contexto social, técnico e ideológico (Hartz e Silva, 2005). Uma vez criada a concepção desse sistema de informação, que nesse estudo foi chamado de Sistema de Informação em Saúde Mental (SISAMENTE), foi simulado seu funcionamento em condições reais, um ensaio-piloto. Esses dados iniciais nos mostram um campo inexplorado anteriormente, pelo menos no campo do coletivo. O conjunto de pessoas com os mesmos indicadores formam grupos homogêneos.

Primeiramente foram desenvolvidas duas fichas, denominadas Ficha A e Ficha B.

Ficha A do SISAMENTE

DATA DA 1ª CONSULTA: ____ / ____ / ____		
FICHA A	SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA SAÚDE MENTAL - SISAMENTE	UF ____
ENDEREÇO:		BAIRRO:
MUNICÍPIO:		TEL. FIXO:
		CEL.:
NOME:		DATA: ____ / ____ / ____
NOME DA MÃE:		SEXO:
		ESTADO CIVIL:
NACIONALIDADE:		NACIONALIDADE:
		DATA DE NASCIMENTO:
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE:		CPF:
		RG:
ESCOLARIDADE:		Ocupação:
		RAÇA / CORE:
NOME DO <input type="checkbox"/> ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> CURADOR <input type="checkbox"/> RESPONSÁVEL LEGAL:		
CPF:	RG:	ESTADO CIVIL:
TEL. FIXO:	CEL.:	E-MAIL:
ENDEREÇO:		
BAIRRO:	MUNICÍPIO:	ESTADO:
OBS.:		

Figura 1

Ficha B (verso)

FICHA B SAÚDE MENTAL		SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA SAÚDE MENTAL - SIMAM/MS						ANO					
Nome do paciente													
REGISTRO DE ATENDIMENTO MÉDICO													
CEB PROFISSIONAL													
CEB SECTORIZADO													
CEB TENDIDO													
REGISTRO DE TODOS OS ATENDIMENTOS REALIZADOS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE													
REGISTRO DE ATENDIMENTO MÉDICO													
CEB PROFISSIONAL													
CEB SECTORIZADO													
CEB TENDIDO													
REGISTRO DE TODOS OS ATENDIMENTOS REALIZADOS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE													
REGISTRO DE ATENDIMENTO MÉDICO													
CEB PROFISSIONAL													
CEB SECTORIZADO													
CEB TENDIDO													
REGISTRO DE TODOS OS ATENDIMENTOS REALIZADOS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE													

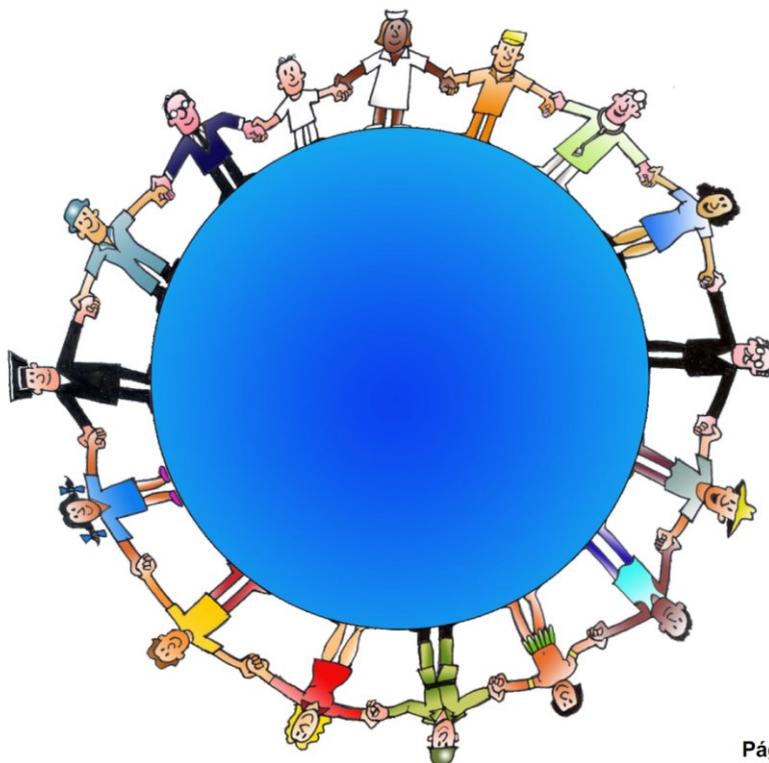
Figura 3

Quais informações podem ser obtidas a partir dos dados colhidos pelo SISAMENTE?

O SISAMENTE trabalha com informações sócio econômicas: **através da ficha A**, preenchida na recepção do dispositivo de saúde, sendo atualizada mensalmente pelo mesmo setor de serviço.



Dados referentes à ficha A do SISAMENTE: nome completo, CPF, Cartão Nacional do SUS, data de nascimento, naturalidade, nome da mãe, estado civil, escolaridade, ocupação, raça/cor, endereço completo, telefone.



Informatização dos Dados

A partir das variáveis que constam nas fichas A e B foram construídas máscaras para a entrada de dados de forma amigável no programa Epi info versão 3.5.1.

A visão informatizada da Ficha A estão descritas abaixo nas figuras 4 e 5.

The screenshot displays the 'SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA SAÚDE MENTAL - SISAMENTE' data entry form. The interface includes a menu bar (Arquivo, Editar, Opções, Ajuda) and a sidebar with navigation options like 'Próximo', 'Salvar dados', 'Marcar reg. como excluído', and 'Procurar'. The main form area is titled 'DADOS DO USUÁRIO DO SERVIÇO' and contains the following fields:

- Data da digitação: []-[]-[]
- Data da 1ª consulta: []-[]-[]
- Nº do Prontuário: []
- Nome: []
- Nome da mãe: []
- Data de Nascimento: []-[]-[]
- Naturalidade: []
- Nacionalidade: []
- Sexo: []
- Ocupação: []
- Escolaridade: []
- Estado Civil: []
- Raça/Cor/Etnia (informado pelo paciente): []
- Endereço: []
- Bairro: []
- Município: []
- UF: []
- Email: []
- AGF: []
- Prefixo: []
- Telefone fixo: []
- Prefixo: []
- Tel Celular: []
- CNS: []
- CPF: []
- RG: []
- Orgão emissor: []
- UF: []

At the bottom left, there is a 'Registro' section with '2231' and 'Registro Novo' buttons, and navigation arrows. A 'Ficha B' button is located on the right side of the form. The text 'Obrigatório' is visible at the bottom of the form area.

Figura 4: Máscara da Ficha A no Epi info, página1.

En... - □ × Arquivo Editar Opções Ajuda

1 USUARIO
2 ACOMPANHANTE

DADOS DO ACOMPANHANTE/CURADOR/RESPONSÁVEL LEGAL

Nome do CPF

Nome

Estado civil RG Orgão emissor

Endereço

Bairro Estado

Prefixo Telefone fixo

Prefixo Telefone Celular

Email

Próximo
Salvar dados
Marcar reg. como excluído
Procurar

Novo

Registro 2230 de 2230

<< < > >>

Valores permitidos

Figura 5: Máscara da ficha A no Epi Info, página 2.

A visão informatizada da Ficha B está descrita abaixo nas figuras 6 e 7.

The screenshot displays the Epi Info software interface for the 'Ficha B' form. The window title is 'En...' and the menu bar includes 'Arquivo', 'Editar', 'Visão', 'Opções', and 'Ajuda'. The sidebar on the left contains buttons for 'Salvar dados', 'Marcar reg. como excluído', 'Procurar', 'Início', 'Voltar', and 'Novo'. The main area is a green form with the following questions and dropdown menus:

- Técnico de Referência: [dropdown]
- O paciente está estudando?: [dropdown]
- O paciente está trabalhando?: [dropdown]
- O paciente recebe algum auxílio doença/benefício?: [dropdown]
- Foi receitada alguma medicação para tratamento da doença mental nos últimos 30 dias?: [dropdown]
- O paciente fez uso da medicação psiquiátrica na posologia correta?: [dropdown]
- O paciente apresentou insônia nos últimos 30 dias?: [dropdown]
- O paciente apresentou sonolência excessiva nos últimos 30 dias?: [dropdown]
- Houve tentativa de fuga de casa nos últimos 30 dias?: [dropdown]
- Houve tentativa de suicídio nos últimos 30 dias?: [dropdown]
- O paciente cursou com autoagressividade nos últimos 30 dias?: [dropdown]
- O paciente cursou com heteroagressividade nos últimos 30 dias?: [dropdown]
- O paciente sofreu agressão nos últimos 30 dias?: [dropdown]
- Houve necessidade de ida ao pronto socorro para tratamento da doença mental nos últimos 30 dias?: [dropdown]
- Houve internação psiquiátrica nos últimos 30 dias?: [dropdown]
- Houve uso de substâncias psicoativas (álcool, maconha, cocaína, crack, solvente, ou qualquer outra droga psicoativa) nos últimos dias?: [dropdown]

At the bottom, there are fields for 'Valores permitidos', 'Data da consulta' (with a date picker), and a '2ª parte' button.

Figura 6: Máscara da ficha B no Epi Info, página 1.

The screenshot shows the 'REGISTRO DE ATENDIMENTO MÉDICO' form in the Epi Info application. The form is displayed on a dark green background and contains the following fields:

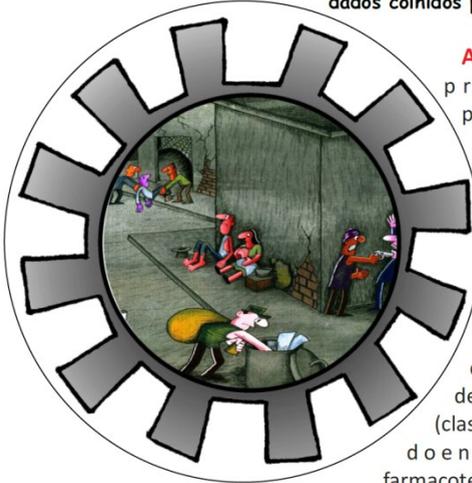
- Dispositivo de saúde em uso: [dropdown menu]
- Houve indicação de mudança de dispositivo de saúde: [dropdown menu]
- A próxima consulta será marcada no: [dropdown menu]
- Médico de Referência: [dropdown menu]
- CID PRIMÁRIO: [dropdown menu]
- CID SECUNDÁRIO: [dropdown menu]
- CID TERCIÁRIO: [dropdown menu]

At the bottom of the form, there is a section labeled 'Registro' with a 'Registro Novo' button and a 'Valores permitidos' label. The application's menu bar includes 'Arquivo', 'Editar', 'Visão', 'Opções', and 'Ajuda'. The left sidebar contains navigation buttons for 'Início', 'Voltar', and 'Novo'.

Figura 7: Máscara da ficha B no Epi Info, página 2.

A Criação de Indicadores Epidemiológicos do SISAMENTE

Quais informações podem ser obtidas a partir dos dados colhidos pelo SISAMENTE? (cont.)



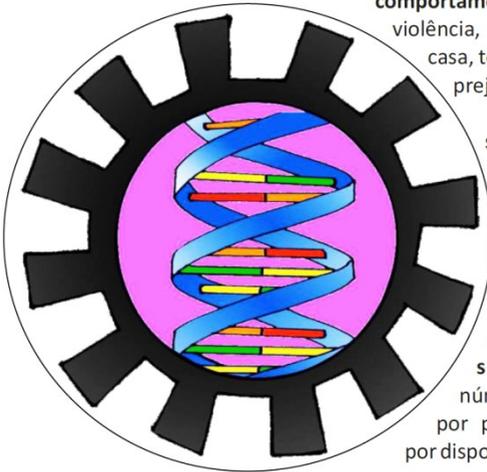
Através da ficha B, preenchida pelos profissionais de saúde, O SISAMENTE trabalha também com informações sobre processo saúde doença, nas suas várias dimensões:

Variáveis da dimensão individual: alteração do ciclo vigília-sono, presença de um transtorno mental (classificação internacional de doenças CID), uso de farmacoterapia.

Variáveis da dimensão comportamento social: presença de violência, tentativa de fuga de casa, tentativa de suicídio, uso prejudicial de drogas.

Variáveis da dimensão social: presença de atividades acadêmicas, de atividades laborativas, de auxílio doença, ou outros benefícios.

Variáveis da dimensão produção de serviço de saúde: número de atendimentos por profissionais de saúde, por dispositivo de saúde.



Segue um exemplo de um relatório criado a partir desses indicadores:

Tabela com o total de pessoas atendidas na saúde mental do município de Guapimirim, no ano de 2014, distribuídas por indicador epidemiológico, excluindo insônia.

Descrição e interpretação dos Indicadores Epidemiológicos de Morbidade:



Alteração do ciclo vigília-sono:

- A insônia é um marcador biológico de alteração cerebral;
- Situações de estresse por si só podem deflagrar essa alteração;
- Pode estar presente independente de uma doença psiquiátrica;
- Marcador muito sensível a qualquer alteração psíquica, mas pouco específico para sua definição (se é uma doença

psiquiátrica, apenas uma reação psíquica ao estresse ou mesmo secundária a uma outra alteração médica);

- Marcador muito útil para ser trabalhado e/ou direcionado para a Atenção Básica (possível direcionamento de fluxo) (possível alvo de ações não farmacológicas).

Segue como exemplo um gráfico evidenciando a presença desse marcador epidemiológico, em comparação com todas as demais variáveis, nas consultas realizadas no CAPS e no Ambulatório de Saúde Mental do Município de Guapimirim, no ano de 2014.



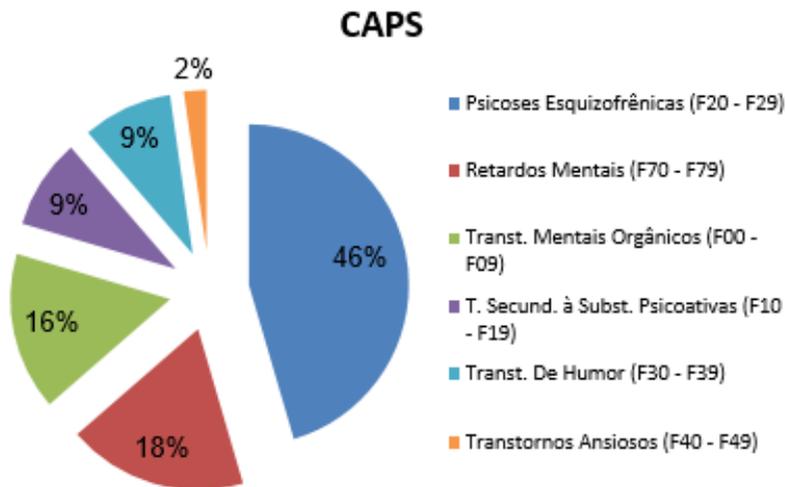
Classificação internacional de doenças (CID 10):

- Marca a presença de um transtorno mental (OMS, 1997);
- Lembrando que nem sempre um Transtorno Mental é uma patologia, essas classificações englobam alterações psicológicas não médicas;

- Marcador muito útil para grandes estudos epidemiológicos, mas pouco útil para um diagnóstico psiquiátrico individual, ou seja, ele não é útil para discriminar quem pode ou não se beneficiar de medicações e também não é útil para a escolha da medicação específica, se esse for o caso.

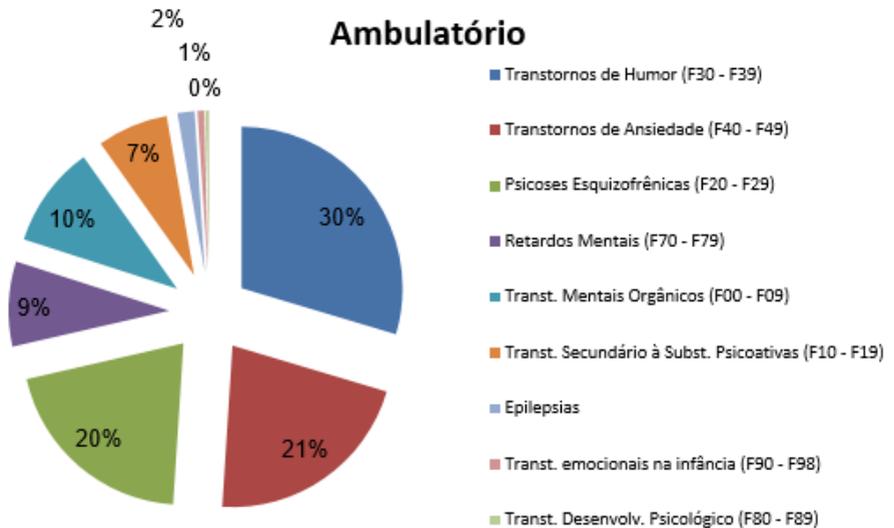
Em relação à distribuição dos pacientes por diagnóstico psiquiátrico, no CAPS 46% apresentam psicoses esquizofrênicas; no Ambulatório, 30% apresentam transtornos do humor e 21% transtornos de ansiedade (gráfico 12 e 13).

Segue um gráfico com distribuição segundo o diagnóstico pela CID 10, dos pacientes do CAPS do município de Guapimirim, dados coletados durante o período de janeiro a junho do ano de 2013.



Fonte: SISAMENTE 2013

Segue o Gráfico 13 com distribuição segundo o diagnóstico pela CID 10, dos pacientes do ambulatório de saúde mental do município de Guapimirim, dados coletados durante o período de janeiro a junho do ano de 2013.



Fonte: SISAMENTE 2013

Uso de farmacoterapia:

- Nos casos que a medicação se faz necessária, esse marcador marca a adesão ao tratamento;
- Muito útil em pacientes com doenças psiquiátricas graves, onde o tratamento precoce e constante permite a manutenção da funcionalidade e autonomia da pessoa, melhorando sua perspectiva de vida;

- Muito útil para localização de grupos eletivos ao uso de medicações de depósito (injeções mensais, bimensais ou trimensais). (Gorenstein, Scavone, 1999)

Uso prejudicial de drogas:

O consumo de substâncias psicoativas é um grave problema de saúde pública. O início do uso, muitas vezes, pode estar relacionado à problemas sociais, características de personalidade, transtornos psiquiátricos e problemas familiares (Brook DW et al, 2006; Galduróz JC et al, 2010; Morihisa RS, Barroso LP, Scivoletto S, 2007).

Presença de violência:

- “A violência é um conceito referente às relações sociais interpessoais, de grupos, de classes, de gênero, ou objetivadas em instituições, quando se empregam diferentes formas, métodos e meios de ferimento ou aniquilamento de outrem, ou de sua coação direta ou indireta, causando-lhes danos físicos, mentais e morais” (Minayo e Souza, 2003, p. 225). A violência afeta todas as dimensões da vida social e necessita ser incluída como uma demanda da saúde coletiva “sem sucumbir à medicalização dessa problemática” (Minayo e Souza, 2003, p. 10);
- A violência pode ser uma auto ou heteroagressão;

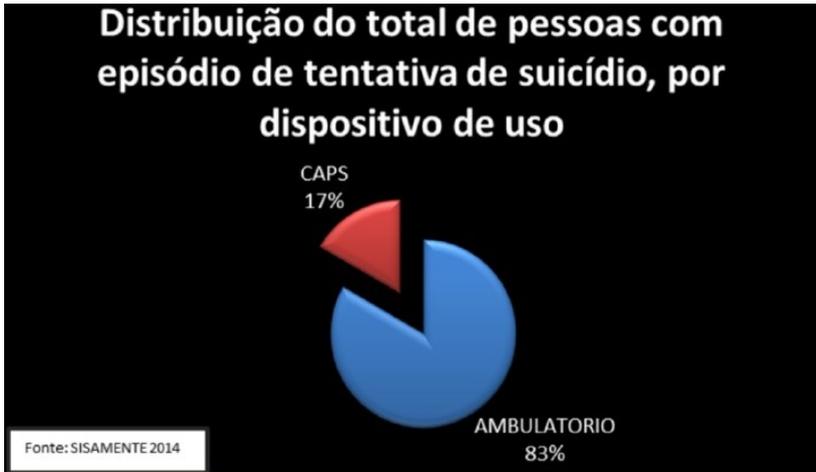
- A autoagressão é um marcador de gravidade do Transtorno Mental;
- A autoagressão é um marcador de risco à própria vida;
- A heteroagressão é um marcador de risco da vida de outrem.

Tentativa de suicídio:

- O suicídio é o ato intencional de um indivíduo extinguir sua própria vida (World Health Organization, 2002);
- Fatores associados ao suicídio: doenças mentais (principalmente depressão e abuso/dependência de álcool e drogas), ausência de apoio social, história de suicídio na família, eventos estressantes, aspectos sociodemográficos como pobreza, desemprego e baixo nível educacional (Rogers JR, 2001; Skogman K, Alsén M, Öjehagen A, 2004);
- Marcador tão importante que merece ser destacado das autoagressões, mesmo que tecnicamente ele seja englobado por este.

Veja que apesar do suicídio ser um indicador epidemiológico relacionado à gravidade do quadro, entre o CAPS e o Ambulatório, este indicador foi encontrado mais comumente na assistência ambulatorial.

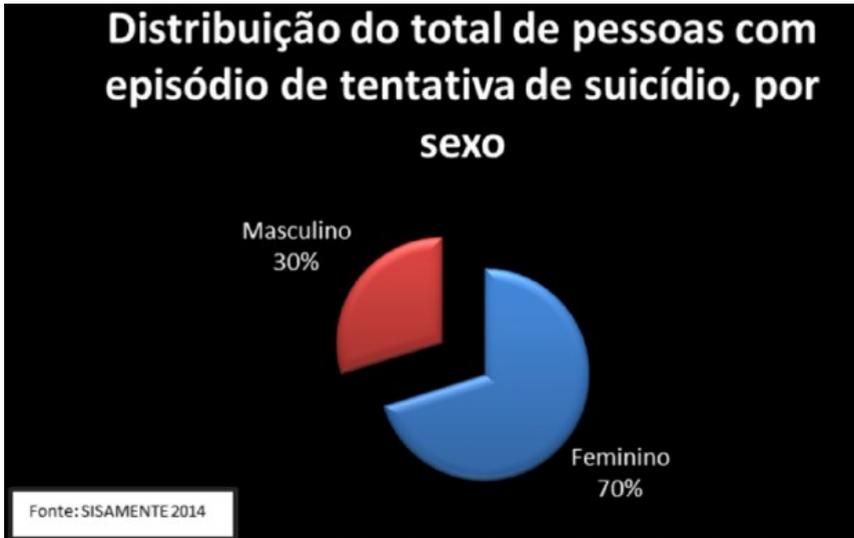
A seguir um gráfico com a distribuição CAPS/Ambulatório de Saúde Mental, de pessoas que tentaram suicídio, no município de Guapimirim, no ano de 2014.



Segue o gráfico com a distribuição por diagnóstico, de pessoas que tentaram suicídio, no município de Guapimirim, no ano de 2014.



Interessante também é fazer uma análise da Classificação pela CID 10 e da distribuição por sexo relacionada às tentativas de suicídios em Guapimirim, no ano de 2014.



História de ter sido agredido

- Marcador de vulnerabilidade física e/ou psíquica e/ou social;
- Vamos nos debruçar um pouco mais sobre esse indicador. Em Guapimirim, com a experiência da implantação do sistema de informação e o contato com os dados, foi criado um Departamento ligado ao tema “Violência” dentro do CAPS. Sempre que o sistema detectava que um paciente tinha sido vítima de algum tipo de violência,

automaticamente ele era encaminhado para esse dispositivo;

- Em uma das análises feitas pela equipe de Saúde Mental foi feito um relatório qualitativo sobre os casos, seguem as conclusões:

1 - A queixa de violência, quando presente, foi relatada ou no acolhimento ou na consulta com o Psicólogo, geralmente esse dado não foi levado ao atendimento com o Psiquiatra
2- a classe com nível de instrução e poder aquisitivo baixo são as que mais praticam algum tipo de violência
3 - o agressor geralmente é um familiar (90% dos casos são violências domésticas)
4- a violência, na grande maioria, está relacionada ao uso de substâncias psicoativas, principalmente bebida alcoólica, cocaína e crack
5- os agredidos geralmente não denunciam os agressores
6- os agredidos, em caso de já terem denunciado os agressores, acabam por retirar a queixa para não prejudicar o agressor

Tentativa de fuga de casa:

- Pacientes psiquiátricos possuem maior risco de se tornarem moradores de rua do que a população em geral, principalmente os pacientes com diagnóstico de Esquizofrenia não aderentes ao tratamento e com relações interpessoais frágeis;
- Um dos grandes objetivos desse indicador é possibilitar a prevenção de pacientes se tornarem moradores de rua (Susser, 1997).

- Variáveis da dimensão socioeconômica: presença de atividades acadêmicas, de atividades laborativas, de auxílio-doença, ou outros benefícios: estudos sobre a qualidade de vida em pacientes com transtornos mentais demonstram que esses podem apresentar alterações tanto de sua capacidade laborativa quanto acadêmica (Kennedy, Eisfeld; Cooke, 2001).
- Variáveis da dimensão produção de serviço de saúde: número de atendimentos por profissionais de saúde, por dispositivo de saúde.

Estratégias Locais para Enfrentamento da Demanda Gerada pelo SISAMENTE

A partir da demanda criada pelos indicadores epidemiológicos de morbidade do SISAMENTE, a Coordenação Municipal de Saúde Mental teve como estratégia local a criação de um mapa de direcionamento de fluxo de pacientes. Na prática, foram criados “Departamentos”, que nada mais eram do que um grupo de profissionais de saúde (Multidisciplinar) que seriam responsáveis por linhas de cuidados específicas.

CRIAÇÃO DOS DEPARTAMENTOS

**** **objetivos: direcionamento de fluxo, priorização e especificação do tratamento com equipe multidisciplinar**

Departamento de Psicoses: filtro no SISAMENTE (todos os pacientes de F20-F29 que não se consultam na RAPS há mais de 3 meses ou que não estão uso da medicação na posologia correta)

Departamento de Dependência à Substâncias Psicoativas: filtro no SISAMENTE (todos os pacientes de F10-F19 que não se consultam na RAPS há mais de 3 meses ou que fizeram uso de substâncias psicoativas nos últimos 3 meses)

Departamento de Violência: filtro no SISAMENTE (todos os pacientes com presença de autoagressividade, heteroagressividade ou que sofreram agressão suicídio nos últimos 3 meses)

Departamento de Suicídio: filtro no SISAMENTE (todos os pacientes com tentativa de suicídio nos últimos 3 meses)

**** **RAPS = Rede de Atenção Psicossocial**

CAPÍTULO 4

DISCUSSÃO

A partir do processo de desinstitucionalização psiquiátrica, os serviços comunitários têm sido a principal porta de entrada para as pessoas que buscam o atendimento em saúde mental. Mas, apesar de todos os esforços no sentido de transferir os cuidados aos pacientes psiquiátricos do hospital para a comunidade, ainda há diversas restrições na rede comunitária de serviços de saúde mental (Bandeira, 1998).

A implantação do SISAMENTE nos serviços permitiu, embora ainda que pontual, uma avaliação instantânea da situação de saúde e suas variações no que diz respeito aos usuários. O acompanhamento e a divulgação desses indicadores possibilitaram a realização de análises da real situação da população atendida na rede comunitária. Esses indicadores puderam ser úteis tanto para o monitoramento das ações de saúde, quanto para o acompanhamento do perfil epidemiológico específico da região.

Avaliar a situação da saúde de uma população incorpora vários desafios, entre eles o de avaliar o modelo de assistência pública e isso significa avaliar o modo de entendimento do processo saúde-doença e conseqüentemente sua intervenção.

Com os sistemas de informações hoje vigentes no SUS temos alguns entraves para essa avaliação.

As limitações do SIAB

Sistema de informação da atenção básica (SIAB)

A Estratégia da Saúde da Família foi idealizada para ser o dispositivo de saúde mais próximo à população. Seu sistema de informação, o SIAB, constitui-se em um dos principais instrumentos nacionais de monitoramento e avaliação à saúde. Seus dados são resultados do trabalho de agentes comunitários de saúde, médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas e outros auxiliares (BRASIL, 2003).

Há no SIAB as seguintes informações relacionadas à saúde mental:

- Percentual de pessoas acompanhadas pela rede básica com problemas de uso prejudicial de álcool, por faixa etária e sexo;
- Percentual de pessoas com problemas de uso prejudicial de outras drogas, acompanhadas na rede básica, por faixa etária e sexo;
- Número de pessoas identificadas com transtornos psiquiátricos graves (severos) por faixa etária e sexo;
- Percentual de pessoas com transtorno mental egressas de internação psiquiátrica acompanhadas pela rede básica, por faixa etária e sexo;
- Prevalência de transtornos convulsivos (epilepsia) por sexo e faixa etária (BRASIL, 2003).

O SIAB, apresenta dados epidemiológicos referentes à saúde mental. No entanto, esses entram como dados agregados, mas não são individualizados no DATASUS (BRASIL, 2003).

Quadro 2: informações da saúde mental na atenção básica.

GRUPO DE INFORMAÇÃO	Tipo de Sistema de Informação/Natureza do dado	PERIODICIDADE DE ATUALIZAÇÃO	SISTEMA FONTE	DADOS EPIDEMIOLÓGICOS REFERENTES À SAÚDE MENTAL
Atenção Básica – Saúde da Família	Sistemas de Informações com base em indicadores de assistência	Mensal	MS/Siab	Os dados da saúde mental entram como dado agregado, mas não são informatizados no DATASUS

(Fonte: Manual do SIAB-MS)

A própria área técnica de saúde mental do ministério da saúde já apontou a necessidade de se incorporar outros indicadores epidemiológicos relacionados à saúde mental na atenção básica, chegando a sugerir dois novos indicadores que ainda não foram incluídos no SIAB:

- Número de pessoas que utilizam benzodiazepínicos, atendidas pela rede básica, por faixa etária e sexo;
- Percentual de pessoas com tentativa de suicídio acompanhadas pela rede (BRASIL, 2004).

A limitação do SIA-SUS

Sistema de informação ambulatorial (SIA)

O sistema de informação ambulatorial (SIA) foi implantado nacionalmente em 1995, é o sistema que processa os dados relacionados ao atendimento ambulatorial dos prestadores públicos e privados contratados/conveniados pelo SUS (BRASIL, 2009).

Os dados são agrupados no SIA através de quatro entradas. A partir do sistema de gerenciamento da tabela de procedimentos do SUS (SIGTAP), do sistema do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (SCNES), da ficha de programação orçamentária magnética (FPO-Mag) e através da autorização de procedimentos ambulatoriais (BPA, RAAS, APAC) (BRASIL, 2009).

O sistema de gerenciamento de procedimentos do SUS contém a tabela de procedimentos, atributos e regras que possibilitam o processamento da produção ambulatorial. O sistema de cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (SCNES) contém o cadastro de todos os estabelecimentos de saúde e de profissionais prestadores de serviço ao SUS, ou não. A ficha de programação orçamentária contém os registros da programação físico orçamentária de cada estabelecimento de saúde, que presta atendimento ao SUS. Deve estar coerente com a PPI (programação pactuada e integrada), e ser baseada no

modelo de contratação/convênio com o SUS. A ficha de produção de atendimento ambulatorial permite ao prestador de serviço vinculado ao SUS, registrar o atendimento realizado no estabelecimento de saúde em regime ambulatorial (BRASIL, 2009).

Após o processamento das informações ambulatoriais, o SIA fornece como produtos de saída, três tipos de relatórios. Relatórios de acompanhamento da programação físico orçamentária: necessários para o controle e avaliação do orçamento. Relatórios da produção: apontam os lançamentos da produção ambulatorial aprovadas ou rejeitadas. Relatórios financeiros para pagamento: apontam os valores brutos referentes à produção ambulatorial realizada e aprovada (BRASIL 2009).

O SIA foi implantado com o objetivo de registrar os atendimentos realizados no âmbito ambulatorial, por meio do boletim de produção ambulatorial (BPA). Dentre os módulos que constitui o sistema, destacam-se:

- (A) Administração da tabela de procedimentos;
- (B) Cadastro;
- (C) Orçamento;
- (D) Produção;
- (E) Diferença de pagamento;
- (F) Cálculo do valor bruto de produção.

Ele vem sendo aprimorado para ser efetivamente um instrumento de gestão, subsidiando, assim, as ações de programação, regulação, avaliação, controle e auditoria da assistência ambulatorial. Mesmo assim, a qualidade da informação relacionada a esse sistema é questionável. É importante destacar algumas observações relativas ao padrão de obtenção de informações em saúde mental no SIA (Quadro 1).

Quadro 1: informações do ambulatório de saúde mental, disponibilizadas através do BPA.

Grupo de informação	Tipo de Sistema de Informação/ Natureza do dado	Periodicidade de atualização	Sistema fonte	Dados epidemiológicos referentes à saúde mental
Rede Ambulatorial	Sistemas de Informações com base em indicadores de rede	Mensal	MS/SIA-SUS	Quantificação dos ambulatórios de saúde mental públicos e privados por município.
Produção Ambulatorial	Sistemas de Informações com base em indicadores de rede	Mensal	MS/SIA-SUS	Dados referentes à assistência ambulatorial (número de consultas, data da consulta, tipo de consulta: grupo/individual, tipo de profissional que o atendeu, tipo de patologia em tratamento (apenas a CID).
Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	Sistemas de Informações com base em indicadores de rede	3X semana	MS/CNES	Quantificação da rede de saúde pública e privada por município, quantificação dos profissionais de saúde mental que atuam na rede pública.

Fonte: Manual do SIA-MS

- Uma das questões importantes é relativa às mudanças de registro da produção a partir de 1998 com a implantação do SIAB. Houve uma mudança de financiamento com o advento do piso da atenção básica fixo, PAB fixo, e a não remuneração por procedimento realizado. Com isso há dupla possibilidade de registro das informações da atenção básica, através do SIA-SUS e do SIAB, fazendo com que muitos municípios brasileiros passassem a utilizar apenas um dos dois sistemas e conseqüentemente uma aparente baixa produção pode ser resultado de sub-registro do SIA-SUS e/ou do SIAB (Denasus, 2004);
- A outra é a implantação dos novos dispositivos comunitários para atendimento à saúde mental, os CAPS, que foram criados para atendimento dos problemas mais graves, mas sem um critério epidemiológico de morbidade que caracterize essa elegibilidade (BRASIL, 2004);
- Esse cenário abre a possibilidade de registro das informações ambulatoriais nos CAPS e vice-versa. É necessário que o campo da Saúde Mental discuta estes serviços de forma mais aprofundada, articulando os CAPS com os ambulatórios, formulando diretrizes de funcionamento destes equipamentos (BRASIL, 2007).

As limitações da RAAS

Informações da saúde mental no CAPS

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são unidades com serviço próprio de atenção psicossocial, oficinas terapêuticas e outras modalidades de atendimento. O CAPS é o dispositivo que tem como objetivo atender aquelas pessoas com sofrimento psíquico grave: transtornos mentais severos e/ou persistentes, com grave comprometimento psíquico, incluindo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e também crianças e adolescentes com transtornos mentais. Apesar disso não há uma padronização de quais são os indicadores epidemiológicos que caracterizam a gravidade da doença e/ou do sofrimento mental (BRASIL, 2004).

A Portaria 189 do Ministério da Saúde de 1991, da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde (SAS) e do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), estabeleceu o cadastramento dos serviços de saúde mental no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA). O objetivo principal foi a inclusão de grupos de procedimentos da saúde mental na tabela SIA-SUS (BRASIL, 1994).

No caso do CAPS, foram incluídos os procedimentos:

- Atendimento em Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial (01 turno – 4 horas);

- Atendimento em Núcleos / Centros Atenção Psicossocial (02 turnos – 8 horas);
- Atendimento em Oficinas Terapêuticas I: atividades grupais de no mínimo 5 e no máximo 15 pacientes com duração mínima de 2 (duas) horas;
- Atendimento em Oficinas Terapêuticas II: atividades grupais de no mínimo 5 e no máximo 15 pacientes com duração mínima de 2 (duas) horas;
- Visita domiciliar por profissional de nível superior;
- Psicodiagnóstico: entrevistas de anamnese com o paciente, familiares ou responsáveis.

Em 1992, a Portaria 224 do Ministério da Saúde estabeleceu que o teto de financiamento para os CAPS poderia remunerar o atendimento apenas de 15 pacientes em regime de 2 turnos (8 horas por dia) e mais 15 pacientes por turno de 4 horas, em cada unidade assistencial (BRASIL, 1992).

Quadro 4: procedimentos referentes à portaria 224

	T. Intensivo	T. Semi Intensivo	T. Não Intensivo
CAPS I	máximo 25 pacientes/mês	máximo 50 pacientes/mês	máximo 90 pacientes/mês
CAPS II	máximo 45 pacientes/mês	máximo 75 pacientes/mês	máximo 100 pacientes/mês
CAPS III	máximo 60 pacientes/mês	máximo 90 pacientes/mês	máximo 150 pacientes/mês
CAPS i	máximo 25 pacientes/mês	máximo 50 pacientes/mês	máximo 80 pacientes/mês
CAPS ad	máximo 40 pacientes/mês	máximo 60 pacientes/mês	máximo 90 pacientes/mês

Essas normatizações do Ministério da Saúde regulamentaram os novos serviços de atenção diária, mas não instituíram uma linha específica de financiamento para os CAPS. Somente após portaria GM nº336, de 19 de fevereiro de 2002, os procedimentos realizados pelos CAPS começaram a ser remunerados através do Sistema APAC/SIA, desde então foram incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e financiados com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação, FAEC. Apenas no CAPS III, dispositivo que utiliza leitos de internação psiquiátrica, foi necessário a inclusão de procedimentos na tabela do SIH-SUS. A portaria nº 189, de 20 de março de 2002, incluiu esses procedimentos (BRASIL, 2002).

Existem cinco tipos de CAPS: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i, CAPS ad: (BRASIL, 2004)

1. Os CAPS que funcionam em regime de dois turnos de atendimento, desenvolvem atividades diárias em saúde mental, esses são os denominados CAPS I;
2. Os CAPS que funcionam em regime de dois turnos de atendimento, podendo estender a três, desenvolvem atividades diárias em saúde mental, esses são os denominados CAPS II;
3. Os CAPS que funcionam 24 horas, com no máximo cinco leitos para observação e/ou repouso para atendimento, inclusive feriados e fins de semana e desenvolvem

atividades diárias em saúde mental, esses são os denominados CAPS III;

4. Os CAPSi, dispositivos que funcionam em regime de dois turnos de atendimento e desenvolvem atividades diárias em saúde mental para crianças e adolescentes com transtornos mentais;
5. Os CAPSad, dispositivos que funcionam em regime de dois turnos de atendimento, com leitos para desintoxicação e repouso (dois a quatro leitos) e desenvolvem atividades em saúde mental para pacientes com transtornos decorrentes do uso e/ou dependência de álcool crack e/ou outras drogas (BRASIL, 2004).

A portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, substituiu a lógica de “turnos de atendimento”, da portaria 224, pela noção de atendimentos “Intensivos”, “Semi-intensivos” e “Não-intensivos”. O tipo de acompanhamento, previamente definido em um projeto terapêutico personalizado, definiria o procedimento SIA/SUS a ser cobrado. As cinco modalidades de CAPS (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi, CAPSad) cumpririam a mesma função no atendimento em saúde mental (BRASIL, 2002).

Os cuidados não-intensivos referenciam-se àquele conjunto de atendimentos prestados mensalmente ou quinzenalmente ao paciente (até três dias no mês). O cuidado semi-intensivo consistiria num conjunto de atendimentos

oferecidos ao paciente que necessitasse de uma atenção mais frequente (até 12 dias no mês). O cuidado intensivo consistiria em um conjunto de atendimentos oferecidos a um paciente que necessitasse de um cuidado diário, por parte de uma equipe multiprofissional e especializada (até 25 dias no mês) (BRASIL, 2004).

No dia 30 de março de 2012, a portaria nº 276 alterou as informações relacionadas ao SIA. Foi criado um novo Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde, o RAAS, com o “objetivo de incluir as necessidades relacionadas ao monitoramento das ações e serviços de saúde conformados em Redes de Atenção à Saúde” (BRASIL, 2012).

No dia 24 de agosto de 2012 a Portaria nº 854/SAS, de 22 de agosto de 2012, alterou e criou novos procedimentos para os CAPS. A Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde objetivaram qualificar as informações sobre as ações desenvolvidas, a partir da criação de novos procedimentos. Para os CAPS, criaram-se novos instrumentos de informação, deixou-se de ser a APAC para ser o RAAS – Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde, BPA/I - Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado e BPA/C - Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BRASIL, 2012).

O RAAS propôs uma ampliação dos indicadores epidemiológicos na saúde mental, no entanto como a

própria portaria nº 276, de 30 de março de 2012 cita, o RAAS foi instituído com o objetivo de incluir as necessidades relacionadas ao monitoramento das ações e serviços de saúde conformados em Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012). Esse tipo de monitoramento possibilita um diagnóstico administrativo dos serviços.

Os dados do RAAS para saúde mental:

1. Identificação dos usuários do serviço: nº do prontuário, nome do paciente, nº do cartão nacional de saúde, sexo, data de nascimento, nacionalidade, raça/cor, etnia indígena, nome da mãe, nome de responsável, município de residência, endereço, telefone;
2. Dados do atendimento: data do atendimento, número da autorização, origem do paciente (demanda espontânea, atenção básica, serviço de urgência, hospital geral, hospital psiquiátrico, outro CAPS), diagnóstico pela classificação internacional de doenças (CID 10), encaminhamento (para outro CAPS, para a atenção básica, alta, óbito), cobertura da estratégia da saúde da família, uso de álcool, crack e/ou outras drogas;
3. Ações realizadas: acolhimento noturno de paciente, acolhimento em terceiro turno, acolhimento diurno, atendimento individual, atendimento em grupo, atendimento familiar, atendimento domiciliar, práticas

corporais, práticas expressivas e comunicativas, atenção às situações de crise, ações de reabilitação, promoção de contratualidade no território, acompanhamento de pessoas com necessidade decorrentes do uso de álcool, crack, e outras drogas, acompanhamento de pessoas adultas com sofrimento ou transtorno mental, acompanhamento da população infanto-juvenil com sofrimento ou transtorno mental.

O RAAS foi instituído com o objetivo de incluir as necessidades relacionadas ao monitoramento das ações dos serviços de saúde conformados em Redes de Atenção à Saúde (BRASIL,2012).

*****QUESTÃO CENTRAL DA RAAS*****

Sistemas de informações transacionais, verticais, que objetivam a organização de tarefas estruturadas, podem contribuir para o monitoramento das ações em saúde prestadas pelos municípios, auxiliando seu financiamento (Carvalho, 1998). Mas, sistemas de informação que trabalham com indicadores de produção de serviço não mensuram os problemas e as vulnerabilidades sociais, psíquicas e físicas da população. Com isso, as políticas de saúde podem não conseguir suprir as reais necessidades da população, ou por excesso de

demanda ou por uma demanda de pacientes muito graves. Se houverem poucos dados sobre o perfil de gravidade da população-alvo e ausência de uma padronização de indicadores sensíveis à situação de saúde/doença mental, os atendimentos na rede de saúde mental podem se manter deficitários e não serem percebidos por esses sistemas.

Informações relacionadas ao SISAMENTE X RASS

Dimensão	Dados	Presente no RAAS (sistema vigente no SUS)	Possíveis vantagens epidemiológicas	Tipo de Indicador
	Alteração do ciclo vigília-sono	Não	Marcador biológico de alteração mental, situações de estresse podem deflagrar uma alteração do ciclo vigília-sono, antes mesmo do desenvolvimento da doença mental em si (muito útil na atenção básica).	Epidemiológico de morbidade
Individual	Uso prejudicial de drogas	Sim	Marcador de dependência, uso e/ou abuso de substâncias psicoativas.	Epidemiológico de morbidade
	Uso correto da medicação psiquiátrica prescrita	Não	Marcador de adesão ao tratamento.	Epidemiológico de morbidade
	Classificação Internacional de Doenças (CID)	Sim	Marcador da presença de um transtorno mental.	Epidemiológico de morbidade

	Presença de heteroagressão	Não	Relação com baixos índices de qualidade de vida ou de doença mental grave. Marca uma alteração de conduta social.	Epidemiológico de morbidade
	Presença de autoagressão	Não	Marcador de gravidade do transtorno mental, marca risco de vida.	Epidemiológico de morbidade
Comportamental	Tentativa de suicídio	Não	Marcador de gravidade do transtorno mental, marca risco de vida.	Epidemiológico de morbidade
	Tentativa de fuga de casa	Não	Relação com baixos índices de qualidade de vida ou de doença mental grave. Marca a possibilidade do paciente vir a ser um morador de rua.	Epidemiológico de morbidade
	História de ter sofrido agressão	Não	Marcador de vulnerabilidade física e/ou psíquica e/ou social.	Epidemiológico de morbidade
	Presença de atividades acadêmicas	Não	Marcador de seguridade social.	Socioeconômico
Socioeconômica	Presença de atividade laborativa	Não	Marcador de seguridade social.	Socioeconômico
	Presença de auxílio doença, ou outros benefícios	Não	Marcador de seguridade social.	Socioeconômico

As limitações do SINAN

Sistema de informação de agravos de notificação (SINAN)

Notificação é a comunicação à autoridade sanitária responsável de determinada doença ou agravo à saúde. No caso do SINAN, as notificações são direcionadas, principalmente, a notificação de casos de doenças e agravos que constam na lista nacional de doenças de notificação compulsória (LDNC), conforme Portaria MS/SVS nº 05, de 21/2/2006, mas é facultado aos estados e municípios incluir outras questões importantes para a sua região. O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) é essencial para as atividades de vigilância epidemiológica. É por ele que as informações sobre as doenças de notificação compulsória e os agravos de interesse chegam ao Ministério da Saúde, sempre passando pelas secretarias municipais e estaduais de saúde (Brasil, 2009).

Quadro1: Frequência de notificações de violência doméstica, sexual e/ou outras violências no município de Guapimirim, 2013.

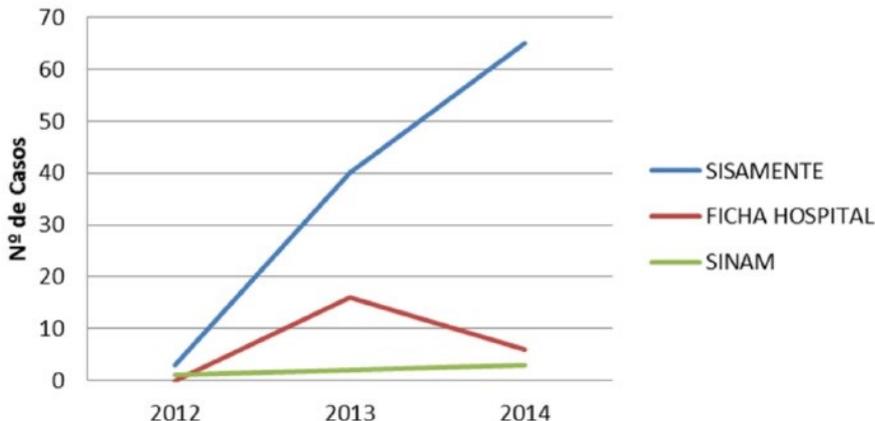
Ano	2009	2010	2011	2012	2013
Guapimirim	8	4	3	8	0

Fonte: DATASUS – SINAM, 2013

Veja que a inclusão do indicador “tentativa de suicídio” no SISAMENTE foi mais eficaz do que o preenchimento da ficha de notificação compulsória, que é longa e demorada para se

preencher, muitas vezes essas fichas são negligenciadas no dia a dia do atendimento nos diversos dispositivos de saúde.

Tentativas de suicídio por ano no Município de Guapimirim



Veja neste gráfico o número de tentativas de suicídio, nos anos de 2012, 2013, 2014 no município de Guapimirim.

As limitações do SIH

Sistema de informação hospitalar (SIH)

O Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) foi idealizado no final da década de 70, com o intuito de substituir o Sistema Nacional de Controle e Pagamentos de Contas Hospitalares (SNCPCH), que era utilizado pelo Ministério da Previdência e Assistência Social

para ressarcir as despesas dos hospitais contratados e pagos com recursos estatais (BRASIL, 2009).

Exemplos de variáveis disponíveis pelo SIH:

Procedimentos realizados;

Atos médicos realizados;

Diagnóstico pela CID;

Ano e mês de processamento;

Local de Internação;

Unidade da Federação;

Regime e Natureza: vínculo da unidade hospitalar com o SUS;

Forma de gestão;

Especialidade da internação;

AIHs pagas;

Dias de Permanência e média de permanência.

Tendo esse sistema a finalidade primária de remuneração de serviços com recursos federais, questiona-se a qualidade dos dados. Dentre suas limitações estão as limitações estipuladas em relação ao número de AIH passíveis de apresentação pelo estado e aquelas estipuladas em relação ao teto financeiro do município, a não identificação das reinternações e transferências de outros hospitais, podendo levar a duplas ou triplas contagens de um mesmo paciente, entre outras (BRASIL, 2005).

Limitações no campo ideológico na Reforma Psiquiátrica

A reforma da assistência psiquiátrica tem evocado, do ponto de vista teórico, a discussão da desinstitucionalização das práticas do cuidado à Saúde Mental. Mas o conceito de desinstitucionalização por si só é vago, podendo inclusive especificar-se apenas que a Reforma Psiquiátrica remete o fim das instituições manicomiais e das práticas de discriminação e segregação daqueles que venham a ser identificados como doentes mentais.

Um dos desfechos dessa ideologia culminou em um projeto de Lei PL 3657/1989 que propunha a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais. A princípio o objetivo não apontava para a melhoria dos Hospitais Psiquiátricos, mas para sua extinção total e conseqüente criação de uma rede substitutiva, composta não apenas de serviços descentralizados, distribuídos pelo território, mas também de dispositivos que pudessem contemplar outras dimensões e demandas da vida, tais como moradia, trabalho lazer, cultura, etc. **Essa lei nunca foi aprovada.**

Além dos Hospitais, os serviços ambulatoriais também foram fortemente criticados, **na perspectiva da Antipsiquiatria os ambulatórios de saúde mental reproduzem, de certo modo, o modelo asilar**, porque centram suas atividades na especialidade e adotam um modelo

assistencial baseado no saber psiquiátrico. Conseqüentemente, a Portaria Nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) **excluiu o ambulatório de Saúde Mental das políticas públicas do Ministério da Saúde.**

Delgado (1992) observa que as iniciativas reformadoras prosseguiram não só como políticas públicas, mas caminharam ao lado de uma nova orientação científica.

Segundo Amarante (1996), “o movimento científico da reforma psiquiátrica brasileira busca a superação do ideal de positividade absoluta da ciência moderna em sua racionalidade...” e tem como objetivo o questionamento do paradigma da psiquiatria.

Para Delgado (1992) a marca distintiva da Reforma Psiquiátrica Brasileira está no fato de que a crítica ao asilo e busca da cidadania e da humanização seguiu a crítica sobre os pressupostos da ciência psiquiátrica.

Uma publicação de 2014 intitulada “Redes de Atenção à Saúde como Produtoras de Cuidado em Saúde Mental: Uma Análise Reflexiva” nos remete algumas questões interessantes:

Dentre as principais conclusões da pesquisa estão:

- Os estudos **avaliativos qualitativos tridimensionais são os mais prevalentes;**
- No que se refere à análise qualitativa, emergiram três categorias temáticas: a primeira trata especificamente das

redes de cuidado e de suas especificidades; a segunda já se refere principalmente às estratégias utilizadas para se conseguir fazer com que o cuidado em saúde mental aconteça em rede; e a terceira traz a formação do trabalhador como essencial à construção desse modelo de atenção;

- **Concluiu-se que a articulação da assistência em saúde mental, por meio de uma rede interativa e articulada, constitui um dos maiores desafios das políticas públicas de saúde no Brasil;**
- **Concluiu-se que para que a assistência não fique restrita aos eventos agudos, reitera-se a importância da interligação tanto no nível micro (individual) como o macro (social)** (Silveira, 2018).

Um outro artigo publicado na Revista “Saúde e Debate”, no ano de 2014, com o título “Processos de avaliação de serviços de saúde mental: uma revisão integrativa” também nos traz algumas boas reflexões.

Essa pesquisa se utilizou do conceito de Guba e Lincoln para dividir em quatro gerações os tipos de avaliações:

- A primeira geração é denominada mensuração, em que o avaliador é essencialmente um técnico que deve saber construir e usar os instrumentos que permitem medir o fenômeno estudado;

- A segunda geração, tida como sendo a da descrição, em que o enfoque estava na descrição do processo, e não somente na medição dos resultados, como na geração anterior;
- A terceira geração caracteriza-se pelo julgamento. O avaliador continua a exercer a função de descrever e mensurar, mas acrescida da emissão de um juízo de valor baseado em referenciais externos;
- A avaliação de quarta geração é denominada avaliação construtivista responsiva. O termo construtivista é usado para designar a metodologia empregada na avaliação, que encontra suas raízes no paradigma da investigação, considerada **uma alternativa ao paradigma científico**. Trata-se de uma avaliação responsiva, em que as reivindicações, preocupações e questões dos grupos de interesse servem como foco organizacional (Guba, 2011).

Independente do resultado, nas considerações finais, há uma ressalva a uma limitação da pesquisa, a revisão bibliográfica se direcionou para seleção dos métodos de avaliação de quarta geração e de forma tridimensional, já que, segundo os autores, é a melhor forma de avaliação (Oliveira, 2014).

Em tese há a explícita intenção, nos instrumentos citados, de induzir boas práticas e ao mesmo tempo fomentar a transparência e a prestação de contas das iniciativas em saúde mental.

Mas monitoramento das Ações (Indicadores de Ações em Saúde) e o acompanhamento de sua relação ao total de gastos com saúde mental mede a evolução das técnicas de ações em saúde (BRASIL, 2011). Mas isso não é necessariamente um indicador direto do sucesso da política. Esses indicadores não avaliam a situação de saúde de um território, o que pode culminar em um ponto cego catastrófico, o de não detectar um proporcional aumento de pessoas com baixo acesso aos tratamentos na comunidade (Susser, et al, 1997).

No caso da coordenação geral de saúde mental, um dos grandes problemas é a indisponibilidade de dados específicos tabulados e de indicadores de desempenho que permitam a avaliação do progresso e da evolução da prestação dos serviços de saúde mental.

Nas palavras de Foucault, o problema central reside na definição do que é doença mental, “não se pode estudar a doença mental com os mesmos métodos conceituais que a doença orgânica”, a confusão metodológica leva à desordem de ora isolar ora reunir os sintomas psicológicos como sintomas fisiológicos, “é porque antes de tudo se considera a doença, mental ou orgânica, como uma essência natural manifestada por sintomas específicos” (Foucault, 2011).

No meu ponto de vista, vejo que a proposta de Foucault para resolução desse problema não estaria na luta da Psiquiatria

Social contra a Psiquiatria Biológica, ele faz uma crítica à Psiquiatria que tenta usar o método científico da Psicologia e da Filosofia para explicar alterações fisiológicas. “A patologia mental exige métodos de análise diferentes dos da patologia orgânica” (Foucault, 2011).

CAPÍTULO 5

O Espaço como Ponte entre o Método Quantitativo e a Saúde Mental

Estudos quantitativos que trabalham com procedimentos pré-fixados podem ser aplicados em grandes amostras populacionais, (Turato, 2005) mas alguns autores alegam que este método é incongruente com estudos ligados à saúde mental (Nunes, 2013).

A epidemiologia clássica se funda sob o princípio da objetividade, sendo o objeto algo para si consumado, acabado, podendo dispensar perfeitamente o pensamento para a sua efetividade. Nesta visão, o objeto existiria sem que o observador participasse da sua construção através das estruturas do seu conhecimento e das categorias de sua cultura. Não sem razão se equiparou esse pensamento à aritmética, onde os números são equiparados ao objeto, ambos destituídos de conceito (Hegel, 2011; Morin, 2001).

No entanto, a epidemiologia de problemas complexos deverá enfrentar o paradoxo de que um conhecimento só é seu próprio objeto porque emana de um sujeito e como não há ciência sem conceito, a única maneira para se alcançar uma pura ciência seria exatamente a libertação da oposição à consciência. A verdadeira realidade, nesse caso, seria mista, multidimensional e ecobiossocio-lógica complexa (Morin, 2001;

Morin, 2015). Com isso, as determinações de separação entre o subjetivo e objetivo perdem força e passam a ser apenas dois momentos de uma mesma realidade, sendo assim conduzidas ao diálogo, a uma comunicação rotativa (Hegel, 2011).

Mas como se faz o diálogo entre o subjetivo e o objetivo? O que está na interface que une essas duas dimensões? A resposta desse dilema epidemiológico pode estar na ampliação do conceito de espaço.

Como ecossistemas naturais as cidades parecem por vezes obedecer a uma grande ordem, mas essa “ordem” é inseparável dos problemas fundamentais da organização social, os problemas da qualidade de vida, do crescimento, da centralização de técnicas. Tudo se inscreve em ciclos, ritmos, periodicidades, inclusive as porcentagens de acidentes, de mortes súbitas de suicídios e por isso a consciência ecológica desencadeia a reconsideração em cadeia dos seguintes problemas fundamentais:

- O problema da qualidade de vida;
- O problema dos limites do crescimento das cidades, que suscita em seguida;
- O problema da reconsideração (complexificação) da ideia de progresso;
- A constestação das hipercentralizações e das hiperconcentrações (megalópoles, gigantismo industrial, hipercentralização de Estado) (Morin, 2001).

Uma das tentativas recentes de ampliar os usos da categoria espaço manifesta-se através do conceito de situação de saúde (Castellanos, 1990). Onde a situação de saúde de um determinado grupo populacional seria o conjunto de problemas de saúde descritos e explicados pela perspectiva de um ator social. **Um aspecto importante presente nesse modelo é o reconhecimento de que nem todos fatores que determinam o adoecimento podem ser conceituados como atributos de nível individual.** Enquanto uma abordagem multicausal procuraria responder a questões do tipo: O que coloca a **pessoa** em risco de adquirir uma patologia? Quais características individuais estão associadas ao desenvolvimento e a progressão de uma doença? Ambas perguntas podem ser respondidas pela “epidemiologia dos fatores de risco”. Uma abordagem eco-epidemiológica, por outro lado, formularia questões como: O que coloca a **população** em risco de epidemia? **Quais características populacionais** aumentam a vulnerabilidade a epidemias? Para responder a perguntas como essas terá que ser considerado que **as cidades se tornaram sedes de uma ecologia propriamente antropossocial** e que esses fenômenos urbanos sugerem a ideia de uma ecologia humana (Susser, 1997).

A análise das situações de saúde corresponde a uma vertente da vigilância da saúde, que prioriza a análise da saúde

de grupos populacionais definidos em função de suas condições de vida. Depende, portanto, de um processo de “territorialização” dos sistemas locais de saúde, de modo a reconhecer porções do território segundo a lógica das relações entre condições de vida, saúde e acesso aos serviços de saúde (Sabroza, 2001).

Uma das questões importantes para o diagnóstico de situações de saúde, nesse sentido, é o desenvolvimento de indicadores capazes de detectar e refletir condições de risco à saúde advindos de condições ambientais e sociais adversas. Esses indicadores devem permitir a identificação dos lugares, suas relações com a região, bem como a relação entre a população e seu território (Sabroza, 2001).

CAPÍTULO 6

Conclusão

Os primeiros resultados indicam que o SISAMENTE abrange indicadores epidemiológicos de morbidade e poderá se tornar um exemplo metodológico importante. Um sistema como esse pode contribuir tanto para o conhecimento da distribuição, magnitude e curso dos transtornos mentais, quanto proporcionar dados essenciais para o planejamento, execução e avaliação das ações de prevenção, controle e tratamento, ajudando os profissionais de saúde na tomada de decisão.

O SISAMENTE **amplia a proposta de se monitorar as ações em saúde** e se propõe a ser um sistema de informação que possa se aproximar da **realidade** da saúde mental do município, permitindo o **diagnóstico de grupos mais vulneráveis** a partir dos **indicadores de morbidade** como: presença de violência, tentativa de suicídio, uso prejudicial de drogas, possibilidade de fuga de casa, capacidade de trabalho, de estudo e adesão ao tratamento. Avaliando também os resultados das ações executadas e a promoção da adequação destas ações.

Lembrando que a análise das variáveis do SISAMENTE **não deverá estabelecer uma relação causal entre o processo de adoecimento e os indicadores**

epidemiológicos de morbidade. A interpretação destas deverá usar a noção de totalidade e analisar o processo saúde/doença e seus determinantes em seus diferentes níveis de organização (individual, comportamental, social). O enfoque epidemiológico apropriado deverá levar em conta os determinantes de saúde-doença e seus desfechos nos diferentes níveis, entendendo suas heterogeneidades, complexidades, relações estruturais, reciprocidades (Susser, 1996). Os relatórios criados a partir desse sistema objetivam direcionar os profissionais locais a desenvolverem linhas de cuidados específicas, saindo da lógica ambulatorial que responde à demanda espontânea, e entrando na lógica de cuidado hierarquizado de acordo com o peso da vulnerabilidade psíquica-social-biológica da pessoa. O diagnóstico do SISAMENTE, em sua proposta, é realizado também pelos PSFs, os dados são agregados às informações obtidas pelos CAPS e Ambulatórios, transformados em relatórios, analisados pela gestão local e equipes de referência poderão atuar de acordo com a hierarquização dos prioritários, dos mais vulneráveis e não apenas daqueles que estão nos serviços especializados. **A linha de cuidado se dará a partir do diagnóstico do Território diferentemente do Território ter que se submeter a uma linha de cuidado. Inverte-se o controle da gestão Federal para a gestão local, Municipal.**

Descentraliza-se as ações de acordo com as necessidades encontradas no grupo selecionado pelos indicadores epidemiológicos, os indicadores epidemiológicos de morbidade servem para agrupar os mais necessitados ao cuidado, eles não “ditam” o cuidado em si.

SOBRE A OBRA

Este livro é fruto de um trabalho realizado pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), especificamente pelo Laboratório de Monitoramento Epidemiológico de Grandes Empreendimentos (LabMep), idealizado pelos pesquisadores Paulo Sabroza e Luciano Toledo. Este foi um projeto realizado pela FIOCRUZ e visou monitorar o impacto na saúde e no meio ambiente em áreas de grande desenvolvimento urbano. Neste projeto foi usado o Método de Vigilância em Saúde de Base Territorial, um método inovador.

Especificamente na Saúde Mental, o grupo avaliou que os Sistemas Epidemiológicos vigentes no SUS não eram capazes de fornecerem os dados necessários para o diagnóstico do Território em análise.

Por isso, foi criado um Sistema de Informação com dados Epidemiológicos de Morbidade e um projeto Piloto foi implantado. Esse livro é fruto desse piloto.

O autor deste livro, Dartagnan Rache Rodrigues, na época atuava tanto como Coordenador da Saúde Mental de um dos Municípios em análise pelo projeto quanto como Pesquisador Bolsista do LabMep. Ele liderou a criação e a implantação desse piloto e isso lhe rendeu, além da titulação de

Mestre em Saúde Pública, a possibilidade de contribuir com o SUS e com a Ciência.

Dartagnan Rache Rodrigues é Médico Psiquiatra e grande parte de sua carreira foi dedicada ao SUS. Atualmente ele é professor de Psiquiatria da UNIFESO e Coordena o Departamento de Neuropsicofarmacologia da Associação Brasileira de Neuropsiquiatria.

REFERÊNCIAS

1. ALMA-ATA, CONFERENCIA INTERNACIONAL, 6-12 setembro 1978 – Cuidados primários de saúde: declaração de Alma-Ata. Lisboa: Gabinete de Estudos e Planeamento, 1978.
2. Amarante P. A Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica, Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 11 (3): 491-494, jul/set, 1995.
3. Amarante P. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996.
4. ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar: Caderno de Informação da Saúde, 2012, Ministério da Saúde.
5. Areazza ALV, Moraes JC. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. Ciência & Saúde Coletiva, 15(4):2215-2228, 2010.
6. Bandeira M et al. Desinstitucionalização: importância da infraestrutura comunitária de Saúde mental. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 4(12): 659-666, 1998.
7. Brook DW et al. Cigarette smoking in the adolescent children of drug-abusing fathers. Pediatrics 2006; 117:1339-47.
8. BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, Saúde Mental em Dados – 8, ano VI, Nº 8, janeiro de 2011, Brasília, 2011.

9. BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Contém as emendas constitucionais posteriores. Brasília, DF: Senado, 1988.
10. BRASIL. Ministério da Saúde, SIAB: manual do sistema de informação de atenção básica / Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 4.^a reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 96 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
11. BRASIL. Ministério da Saúde. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. I Conferência Nacional de Saúde Mental -Relatório final. Brasília, 1987.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, 210 p.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. Relatório final da 2^a Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de

- Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994. 63 p.
- 15.** BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. Relatório final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002. 213 p.
 - 16.** BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Sistema de informação da atenção básica: SIAB: indicadores 2006 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 48 p.: il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde).
 - 17.** BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 189, de 20 de março de 2002. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002b.
 - 18.** BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336/GM. Diário Oficial, Brasília, 19 de fevereiro de 2002) (Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 189, de 20 de março de 2002. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002b.
 - 19.** BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SNAS/MS/ INAMPS nº 224, de 29 de janeiro de 1992: estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental.
 - 20.** BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - PORTARIA Nº 276, de 30 de março de 2012. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

- 21.** BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde- PORTARIA Nº 854, de 24 de agosto de 2012 Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- 22.** BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86 p.: il. color. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).
- 23.** BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde Menta no SUS: acesso ao tratamento e mudança do lmodelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007, 85p.
- 24.** BRASIL. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação – 2009 - MANUAL TÉCNICO OPERACIONAL SIA/SUS – SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS - Aplicativos de captação da produção ambulatorial APAC Magnético – BPA Magnético - VERSIA – DE-PARA – FPO Magnético- 69 Páginas.
- 25.** Carvalho AO. Sistemas de Informação em Saúde para Municípios, volume 6 / André de oliveira Carvalho, Maria Bernadete de Paula Eduardo. - - São Paulo: Faculdade de

- Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. - - (Série Saúde & Cidadania).
- 26.** DECLARAÇÃO DE CARACAS - Organização Mundial da Saúde. Organização Panamericana de Saúde. Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas locais de Saúde (SILOS). 14 de novembro de 1990. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 1990.
 - 27.** Delgado PG. As razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil. Rio de Janeiro: Te-Corá, 1992.
 - 28.** DENASUS - BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE DEPARTAMENTO NACIONAL DE AUDITORIA. Manual de Auditoria na Gestão dos Recursos Financeiros do SUS. Brasília-DF – 2004.
 - 29.** Foucault M. Crise da medicina ou crise da antimedicina? In: Motta MB, organizador. Arte, epistemologia, filosofia e história da medicina. Rio de Janeiro: Forense-Universitária; 2011. p. 374-393.
 - 30.** FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. COMPERJ - Potencial de Desenvolvimento Produtivo. Estudos para o desenvolvimento do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: FIRJAN, maio de 2008. Nº 1. 43 p.
 - 31.** Galduróz JC, et al. Fatores associados ao uso pesado de álcool entre estudantes das capitais brasileiras. Rev Saúde Pública 2010; 44:267-73).

32. Gorenstein C, Scavone C. Avanços em psicofarmacologia - mecanismos de ação de psicofármacos hoje. Rev. Bras. Psiquiatr. [online]. 1999, vol.21, n.1 [cited 2013-09-02], pp. 64-73.
33. Guba EG, Lincoln YS. Avaliação de quarta geração. Campinas: Unicamp, 2011.
34. Hegel GWF. Ciência da Lógica – Excertos (Port., Tradução Werle, Completo). São Paulo: Barcorolla, 2011.
35. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Censo 2010.
36. Kennedy SH, Eisfeld BS, Cooke RG. Quality of life: an important dimension in assessing the treatment of depression? Journal of Psychiatry and Neuroscience, v. 26, p S23- 28, 2001.
37. Lima LA, Teixeira JM. Assistência à saúde mental no Brasil: do mito de excesso de leitos psiquiátricos à realidade da falta de serviços alternativos de atendimento. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 44(2): 71-76, 1994.
38. Macieira AI, Silqueira ASP (Alexandre San Pedro Siqueira), Andrea Lopes de Araújo Santana, Carlos Eduardo Raymundo, Carlos Machado Freitas, Danielela Durão Menna Barreto, Luz Eliane. Santos, Souza Edinilsa Ramos, Eduardo Heleno de Jesus Santos, Gustavo Zoio Portela, Haroldo Azevedo Pimentel, Praca Heitor, Levy, Ferreira Heis, Paredes de Souza; Souza Helen, Paredes, Kawa Hélia,

Hermano Gomes de Albuquerque, Jefferson Pereira Caldas dos Santos, Angelo Jussara Rafael, Lizardo Pereira da Silva, Karem Gonçalves dos Santos, Meira Carina, Cardoso Katia Sales da Costa, Toledo Luciano Medeiros de, Margareth Chrisóstomo Portela, Sabrosa Paulo Chagastelles, Rafael Nogueira de Faria Pereira, Tavares Rodrigo, Japur, Duarte Rossana Silva Souza, Ricardo César Moncalvo Filho, Sheila Fagundes Fasca, Valdenir Bandeira Soares, Veronica Ferreira Machado, Victor Vilas Bôas Silveira, Vinicius Andrade de Souza, Waldemir Paixão Vargas. Monitoramento da Evolução das Causas relevantes de Adoecimento e Morte nos Municípios de Itaboraí, Guapimirim e Cachoeiras de Macacu: A situação epidemiológica em 2009 - Volume 1: Análise dos Indicadores de Base Municipal. 2010. Referências adicionais: Brasil/Português; Meio de divulgação: Impresso; Finalidade: Plano de Monitoramento Epidemiológico do Processo de Implantação do COMPERJ - Relatório Técnico-executivo V; Disponibilidade: Irrestrita; Duração do evento: 4; Nº páginas: 268; Cidade: Rio de Janeiro - RJ; Inst. promotora/financiadora: Petrobrás - Petróleo do Brasil.

- 39.** Mahler H. World Health Forum, mentioned in Müller, J., Reforming the UN: new initiatives and past efforts, vol. 1., Kluwer Law International, The Hague, 1997, III.11/33.

40. Merhy EE, Malta DC, Santos FP. Desafios para os gestores do SUS hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão. In: Freese E (org.). Municípios: a gestão da mudança em saúde. Recife-PE: UFPE, 2004. pp. 45-76.
41. Minayo MCS, Souza ER. Violência sob o Olhar da Saúde – a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
42. Morin Edgar. O Método 1- A Vida da Vida. Publicações Europa-América, LDA, 1999, Sulina, 2001.
43. Morin Edgar. O método 3: conhecimento do conhecimento. 5a ed. – Porto Alegre: Sulina, 2015.
44. Morihisa RS, Barroso LP, Scivoletto S. Labeling disorder - the relationship between conduct problems and drug use in adolescents. Rev Bras Psiquiatr 2007; 29:308-14).
45. Morosoni PL, Repetto F, De Salvia, D, Cecere F. – Psychiatric hospitalization in Italy before and after 1978. Acta Psych. Scand., 316: 27-42, 1985.
46. Nunes MO, Torrente M. Abordagem etnográfica na pesquisa e intervenção em saúde mental. Ciênc. Saúde coletiva – 2013.
47. Oliveira MAF, Cestari TY, Pereira MO, Pinho PH, Gonçalves RMDA, Claro HG. Processos de avaliação de serviços de

- saúde mental: uma revisão integrativa V. 38, N. 101, P. 368-378, Rio de Janeiro; 2014.
48. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.
 49. Patel V, Prince M. Global Mental Health A New Global Health Field Comes of Age, JAMA, No 19, Vol 303, Maio.2009.
 50. Raftery J. Mental Health Services in Transition: the United States and United Kingdom. British Journal of Psychiatry, 161: 589-593, 1992.
 51. Rezende DA, Guagliardi JA. Sistemas de informação e de conhecimentos para contribuir na gestão municipal. Produto & Produção, Porto Alegre - UFRGS, v. 8, n. 3, p. 45-62, 2005.
 52. Rogers JR. Theoretical grounding: “the missing link” in suicide research. J Counsel Develop. 2001;79(1):16-25.
 53. Rossi PA, Wright JD, Fisher CA, Willis G. The Urban Homeless: Estimating Composition and Size. Science, 235: 1336-1341, 1987.
 54. Roth DJ, Bean CJ. New perspectives on homeless findings from a statewide epidemiological study. Hosp Commun Psychiatry, 37: 392-397, 1986.

55. Sabroza PC. Concepções de saúde e doença. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2004. Mimeografado.
56. Saraceno B. Mental health systems research is urgently needed, *International Journal of Mental Health Systems* 2007, 1:2.
57. Saxena S, Thornicroft G, Knapp M, Whiteford H. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet*. 2007;370(9590):878-889.
58. Silveira CB, Costa LSP, Jorge MSB. (2018). Redes de Atenção à Saúde como produtoras de cuidado em saúde mental: Uma análise reflexiva. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (19), 61-70.
59. Skogman K, Alsén M, Öjehagen A. Sex differences in risk factors for suicide after attempted suicide: a follow-up study of 1052 suicide attempters. *Soc Psychiatry Pschiatr Epidemiol*. 2004;39(2):113-20.
60. SOCIEDADE BRASILEIRA DE SONO (2003). I Consenso Brasileiro de Insônia. *Hypnos – Journal of Clinical and Experimental Sleep Research* 4 (Supl 2), 9/18).
61. Susser E, Valencia E, Conover S, Felix A, Tsai WY, Wyatt RJ. Preventing recurrent homelessness among mentally ill men: a "critical time" intervention after discharge from a shelter. *Am J Public Health*. 1997 Feb;87(2):256–262.

62. Susser M, Susser E. Choosing a future for epidemiology: II. From black box to Chinese boxes and eco-epidemiology. *Am J Public Health* [periódico na internet]. 1996 May [acesso em 21 set 2012];86(5):674-7.
63. TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. Relatório de avaliação de programa: Ações de Atenção à Saúde Mental: Programa Atenção à Saúde de Populações Estratégicas e em Situações Especiais de Agravos / Tribunal de Contas da União;Relator Auditor Lincoln Magalhães da Rocha. – Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2005. 116p.
64. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2005, vol.39, n.3 [cited 2013-09-09], pp. 507-514.
65. Vineis P, Paci E. Epidemiology and the Italian national health service. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 49:559-562, 1995.
66. WORLD HEALTH ORGANIZATION Library Cataloguing-in-Publication Data. The third ten years of the World Health Organization: 1968–1977. 1.World Health Organization - history. 2.Anniversaries and special events.3. Public health - history. I. World Health Organization.
67. WORLD HEALTH ORGANIZATION Technical cooperation, WHA resolution, Document WHA 30.43) (Mahler, H., World

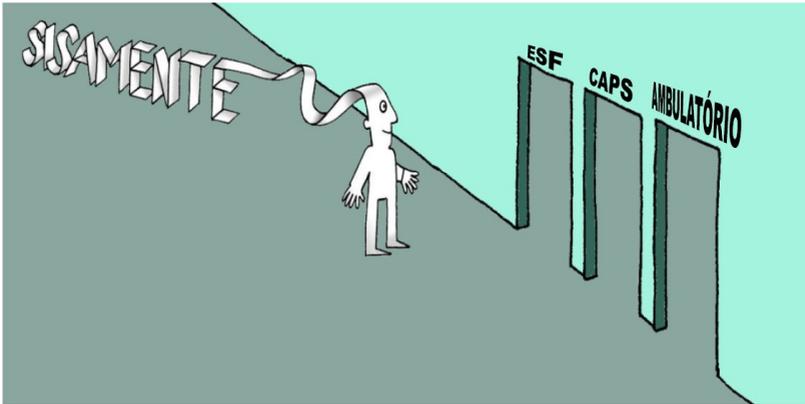
- Health Forum, mentioned in Müller, J., *Reforming the UN: new initiatives and past efforts*, vol. 1., Kluwer Law International, The Hague, 1997, III.11/33).
- 68.** WORLD HEALTH ORGANIZATION. Carta de Ottawa para a promoção da saúde. Versão portuguesa “Uma Conferência Internacional para a Promoção da Saúde com vista a uma nova Saúde Pública”, 17-21 novembro, Ottawa, Canada. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 1986. 5p.
- 69.** WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Improving health systems and services for mental health.* ,2009. [S.l.]: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- 70.** WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope.* Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2001.
- 71.** (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. *World report on violence and health.* Dahlberg LL, Biroux B, Stouthamer-Loeber M, Van Kammen WB, editors. Geneva: World Health Organization; 2002).

ANEXOS

Ilustração: Manoel Caetano Mayrink

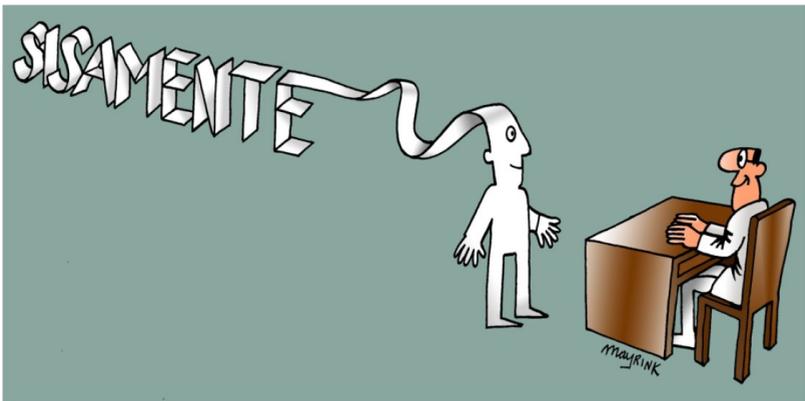


O que é o SISAMENTE?



O SISAMENTE é um sistema de informação que processa dados referentes aos usuários dos serviços de saúde mental: estratégia da saúde e da família (ESF), ambulatório de saúde mental, centro de atenção psicossocial (CAPS),

O SISAMENTE é um sistema de informação que faz o diagnóstico de quem tem um transtorno mental?



Não, o diagnóstico é feito pelo médico, não existe nenhum sistema capaz de diagnosticar uma doença mental.

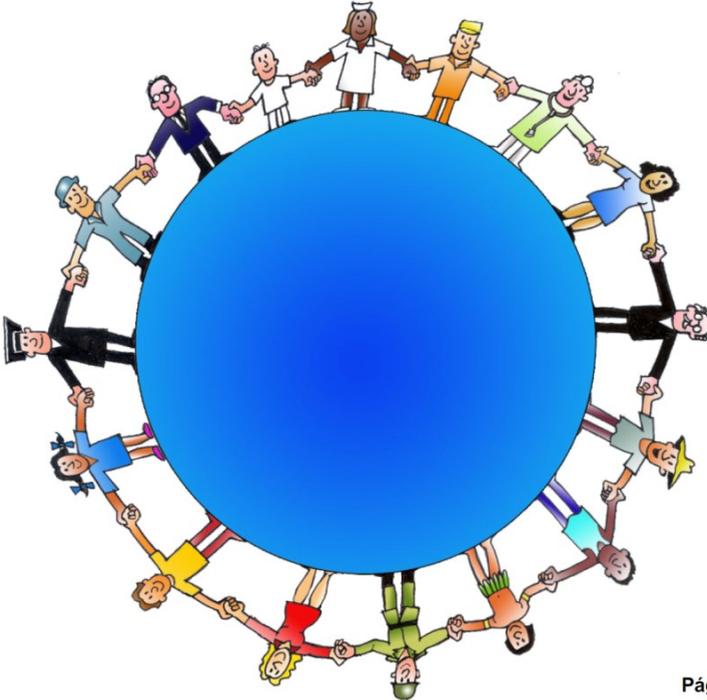
Quais informações podem ser obtidas a partir dos dados colhidos pelo SISAMENTE?

O SISAMENTE trabalha com informações sócio econômicas: **através da ficha A**, preenchida na recepção do dispositivo de saúde, sendo atualizada mensalmente pelo mesmo setor de serviço.

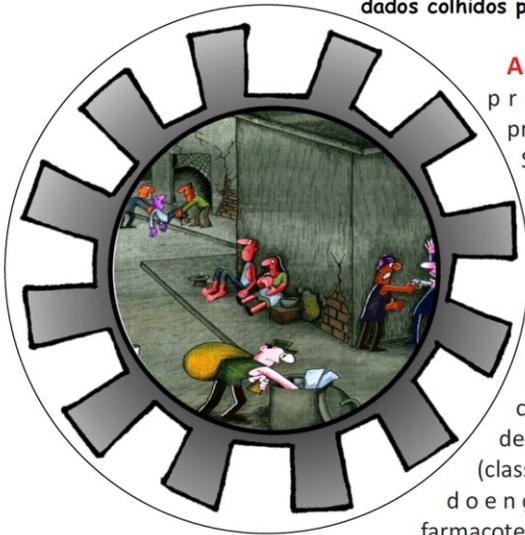


Dados referentes à ficha A do

SISAMENTE: nome completo, CPF, Cartão Nacional do SUS, data de nascimento, naturalidade, nome da mãe, estado civil, escolaridade, ocupação, raça/cor, endereço completo, telefone.



Quais informações podem ser obtidas a partir dos dados colhidos pelo SISAMENTE? (cont.)



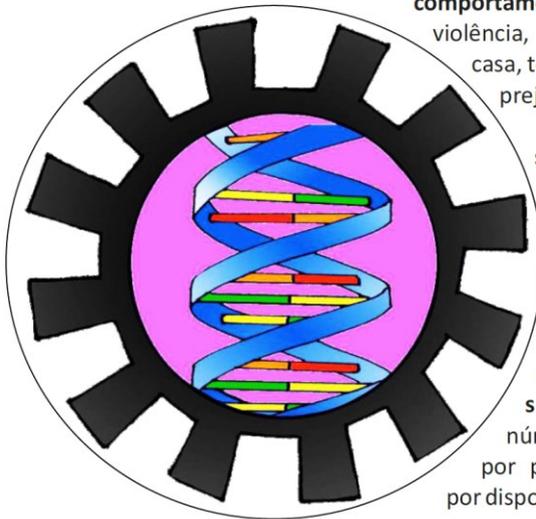
Através da ficha B, preenchida pelos profissionais de saúde, O SISAMENTE trabalha também com informações sobre processo saúde doença, nas suas várias dimensões:

Variáveis da dimensão individual: alteração do ciclo vigília-sono, presença de um transtorno mental (classificação internacional de doenças CID), uso de farmacoterapia.

Variáveis da dimensão comportamento social: presença de violência, tentativa de fuga de casa, tentativa de suicídio, uso prejudicial de drogas.

Variáveis da dimensão social: presença de atividades acadêmicas, de atividades laborativas, de auxílio doença, ou outros benefícios.

Variáveis da dimensão produção de serviço de saúde: número de atendimentos por profissionais de saúde, por dispositivo de saúde.



Quem pode participar da microequipe? Quem pode ser o técnico de referência?

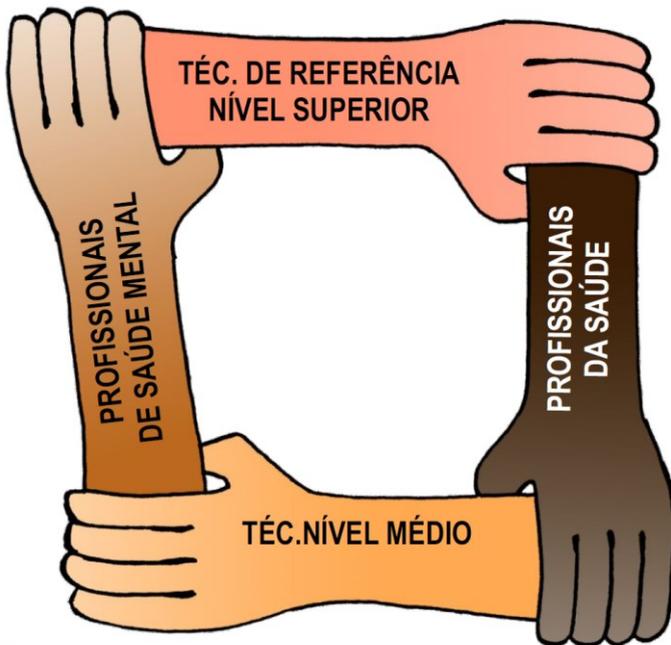
A micro equipe representa os profissionais de saúde de nível médio ou com curso técnico. Podem ser os técnicos enfermagem de serviço, os oficinairos, etc.

O técnico de referência deverá ser um profissional de saúde com nível superior completo: Psicólogos, Enfermeiros, Assistentes Sociais, Terapeutas Ocupacionais, Médicos, etc...

O número de pacientes referenciados a cada profissional dependerá da organização do serviço, e da carga horária do profissional.

O que todos os profissionais de saúde de nível superior devem fazer?

- Preencher a ficha B do SISAMENTE.



Quais os objetivos principais do SISAMENTE?

- Fornecimento de dados epidemiológicos aos profissionais de saúde, ajudando na tomada de decisão;
- Fornecimento de dados epidemiológicos aos gestores locais e centrais, ajudando no planejamento das políticas de saúde mental;
- Fornecimento de dados de produção de serviço, ajudando o faturamento dos dispositivos de saúde (CAPS, ambulatório).

Ou seja, ser um sistema de informação consistente, que possa se aproximar da realidade da saúde mental de uma população, permitindo a avaliação permanente dessa situação, os resultados das ações executadas e a promoção da adequação destas ações.



Sobre o Autor

O autor deste livro, Dartagnan Rache Rodrigues, na época atuava tanto como Coordenador da Saúde Mental de um dos Municípios em análise pelo projeto quanto como Pesquisador Bolsista do LabMep. Ele liderou a criação e a implantação desse piloto e isso lhe rendeu, além da titulação de Mestre em Saúde Pública, a possibilidade de contribuir com o SUS e com a Ciência.

Dartagnan Rache Rodrigues é Médico Psiquiatra e grande parte de sua carreira foi dedicada ao SUS. Atualmente ele é professor de Psiquiatria da UNIFESO e Coordena o Departamento de Neuropsicofarmacologia da Associação Brasileira de Neuropsiquiatria.