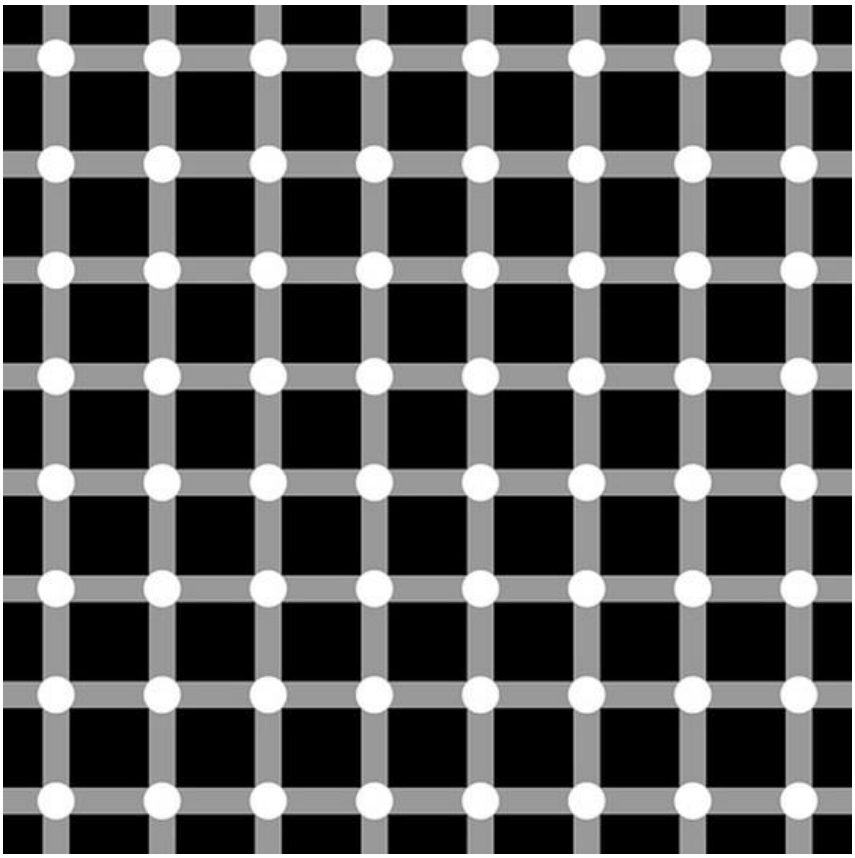
ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



PLANO OPERATIVO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE SANTA CATARINA COM OS 16 PLANOS DE AÇÃO REGIONAIS

2015 – 2018

Florianópolis, SC

Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina

Plano Operativo da Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina com os 16 Planos de Ação Regionais 2015-2018

Florianópolis
Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina
2016

GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

JOÃO RAIMUNDO COLOMBO – GOVERNADOR

EDUARDO PINHO MOREIRA – VICE- GOVERNADOR

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

JOÃO PAULO KLEINUBING – SECRETÁRIO

MURILLO RONALD CAPELLA – SECRETÁRIO ADJUNTO

SUPERINTENDÊNCIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO

LEANDRO ADRIANO DE BARROS – SUPERINTENDENTE

SUPERINTENDÊNCIA DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS E REGULAÇÃO

LÚCIA REGINA G. M. SCHULTZ – SUPERINTENDENTE

Contribuição técnica para a confecção do plano:
Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina
Organização: Alan Índio Serrano.

Ficha Catalográfica elaborada por Juan Carlos Debali – CRB 14/1506

S231p Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Planejamento e Gestão. Superintendência de Regulação e Serviços Especiais.
Plano operativo da rede de atenção psicossocial de Santa Catarina com os 16 planos de ação regionais 2015-2018 / Secretaria de Estado da Saúde; organizado por Alan Índio Serrano. – Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 2016.
546 p.: il. color.

ISBN 978-85-62522-12-3

1. Saúde Mental. 2. Administração e Planejamento em Saúde. 3. Saúde Pública. 4. Regionalização. 5. Programa de Governo. I. Secretaria de Estado de Santa Catarina. II. Serrano, Alan Índio. III. Título.
CDU: 616.89(816.4)

GRUPO CONDUTOR
DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
DE SANTA CATARINA

Alan Índio Serrano (coordenador)
Caroline Correia
Cinthia R. Barroso
Denílson Rodrigues Fonseca
Denise Thum
Denize Cenci
Eliriane G. L. Schroeder
Fabiana Bianchet
Fernando Balvedi Damas
Hélio Livino
Geraldo Azzolini
Jorge Fernando B. de Moraes
Lilia Aparecida Kanan
Luciana Bertaso Azevedo
Maria Cecília Rodrigues Heckrath
Mariana Schorn
Maika Arno Roeder
Marcus Aurélio Guckert
Maria da Graça C. dos Anjos
Milena A. L. Becher
Paulo Márcio de Souza
Pollyana de Souza Hermisdorf
Priscila Kelly Martins
Sandra Vitorino
Silvia de Arruda Cunha
Solange Bambinete
Sônia Saraiva
Terezinha R. Giordani Serrano

AGRADECIMENTOS AOS TÉCNICOS COLABORADORES

Arnaldo Schmitt Neto
Ana Rozeli Probst
Bernadete Z. Grosskopf
Camilo Marques Campos
Carla Telló
Cassia Cunico
Eliane Bradoski
Eliane Stuart Garcez
Elisiane Gisela Largura
Evelyn Cremonese
Graziela Minatto de Souza
Guilherme Mello Vieira
Gustavo Feier
Ivânia May
Ivanice Peccin
Janaína Phillippi Cecconi
Joyce C. Cavalheiro Hanisch
Karin Cristine Geller
Lizete Contin
Luiz Henrique Wizniewski
Karin Cristine Geller
Lurdes Foscarini
Marcos Henrique Santos Martins
Mari Ângela de Freitas
Marly Denise Wuegers de Aquino
Marly Nunes
Renata Cerqueira Campos
Rita de Cássia Teixeira Rangel
Rosilene Brasil Alves
Sandra Barreto
Sirlei Cetolin
Tadeu Lemos
e a tantos outros, na SES, nas Regionais de Saúde e nas Prefeituras

Sumário

Introdução V

Parte I – O Plano Operativo Estadual *1*

1 - Um plano visando as Regiões de Saúde **2**
1.1 A rede regionalizada e hierarquizada brota na Constituição 2
1.1.1 A regionalização como diretriz 2
1.1.2 A regionalização tomando forma em Santa Catarina 3
1.1.3 *Fac símile* da criação das Regiões de Saúde do Estado de Santa Catarina pela Comissão Intergestores Bipartite 4
1.2 O que é região de saúde e o que é rede de saúde 5
1.3 A Rede de Atenção Psicossocial – RAPS 11
1.4 A implantação da rede em Santa Catarina 12
1.5 Diretrizes para o funcionamento da Rede 17
1.6 Objetivos da Rede 17

2 - O mapa político de Santa Catarina na criação das Regiões de Saúde **19**
2.1 Os municípios catarinenses 19
2.2 As 9 macrorregiões e as 36 regiões de desenvolvimento 22
2.3 As Regiões de Saúde em Santa Catarina 24

3 - Contextualização sociogeográfica do Estado e de suas regiões de saúde **27**
3. 1 Fatores geográficos 27
3. 2 Aspectos demográficos de interesse sanitário 30
3.3 Aspectos educacionais 37
3.4 Aspectos econômicos 39
3.5 Desenvolvimento humano, atividade industrial e emprego 43
3.6 Áreas Indígenas 46

4 - O Mapa da Saúde Mental de Santa Catarina **50**
4.1 Estimativa da demanda 50
4.2 A mortalidade decorrente do uso de drogas 53
4.3 Epidemiologia das internações hospitalares por transtornos psiquiátricos 55
4.3.1 O volume e a distribuição das internações por causas psiquiátricas 55
4.3.2 O tempo médio de internação e o uso dos leitos hospitalares para finalidades judiciais 59
4.3.3 Os diagnósticos psiquiátricos mais prevalentes nos hospitais 60
4.4 Urgências e emergências psiquiátricas 62
4.5 Os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS 64

4.5.1 Os CAPS de Santa Catarina segundo o indicador de cobertura 64
4.5.2 A distribuição dos CAPS e suas modalidades 65
4.5.3 A produção ambulatorial dos CAPS 66
4.5.4 A planificação de uma maior oferta de CAPS 67
4.6 Unidades de Acolhimento 71
4.7 Desinstitucionalização e Serviços Residenciais Terapêuticos 77
4.8 Programa De Volta Para Casa 79
4.9 Ambulatórios especializados compondo a rede atual 81
4.10 Atividades da Escola de Saúde Pública 82
4.11 Atividades vinculadas à atenção primária 82
4.11.1 Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e o matriciamento 82
4.11.2 As equipes de consultórios na rua 84
4.11.3 Textos básicos, matriciamento e educação continuada da equipe 86
4.12 As comunidades terapêuticas 87

5 - Bases financeiras para o desenho da Rede 89
5.1 A necessidade de uma escala regional 89
5.2 Novos CAPS e seu financiamento 92
5.2.1 O incentivo financeiro federal às prefeituras 92
5.2.2 O incentivo financeiro estadual às prefeituras 93
5.3 As unidades de acolhimento para jovens e para adultos 99
5.4 Os novos serviços residenciais terapêuticos 100
5.5 Os Serviços Hospitalares de Referência 103

6 - O Plano de Ação Estadual idealizado para Santa Catarina 109
6.1 A rede atual é um sistema aberto necessitando de aportes novos 109
6.2 Novos insumos para melhorar a qualidade da atenção psicossocial 112
6.3 Insumos tipo “estrutura” 116
6.4 Novos processos de trabalho, de gestão do trabalho e de governança 122
6.5 Qualificação dos recursos humanos através de atividades educativas 125
6.6 Controle social 129
6.7 As quatro principais incidências do plano de ação da Rede Psicossocial de Santa Catarina 131

7 - Consolidado da proposta de nova conformação das principais estruturas da Rede Psicossocial 132

8 - Matriz diagnóstica da Rede de Atenção Psicossocial do Estado de Santa Catarina 135

Parte II – Os Planos de Ação Regionais (PAR) 139

Planos de ação das três regiões de saúde da macrorregião Grande Oeste 140
PAR da Região de Saúde de Xanxerê 141
PAR da Região de Saúde do Extremo Oeste 159
PAR da Região de Saúde do Oeste Catarinense 182

Planos de ação das três regiões de saúde da macrorregião do Meio Oeste 204
PAR da Região de Saúde do Alto Uruguai Catarinense 205
PAR da Região de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe 225
PAR da Região de Saúde do Meio Oeste Catarinense 248

Planos de ação das três regiões de saúde da macrorregião do Vale do Itajaí *266*
PAR da Região de Saúde da Foz do Rio Itajaí 267
PAR da Região de Saúde do Alto Vale do Itajaí 302
PAR da Região de Saúde do Médio Vale do Itajaí 322
PAR da Região de Saúde Nordeste Catarinense 345
PAR da Região de Saúde do Planalto Norte 370
Planos de ação das três regiões de saúde da macrorregião do Sul *392*
PAR da Região de Saúde Carbonífera 393
PAR da Região de Saúde de Laguna 417
PAR da Região de Saúde do Extremo Sul Catarinense 438
PAR da Região de Saúde da Serra Catarinense 473
PAR da Região de Saúde da Grande Florianópolis 494

Introdução

Ao se iniciar o diagnóstico dos serviços e a discussão para a montagem deste Plano, no espírito da rede regionalizada de saúde, expressa no Artigo 198 da Constituição Federal, Santa Catarina intensificou uma reflexão sobre suas estruturas, seus processos e seus resultados em saúde mental. Os ganhos sociais começaram a aparecer rapidamente.

O Plano Operativo da Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina, com os Planos de Ação Regionais para o período 2015 – 2018, não é apenas um documento expressando os esforços desenvolvidos pelos gestores, ao negociar, pactuar e repactuar.

Ele é, também, um texto técnico, com funções pedagógicas. Daí seu formato, quiçá indigesto para alguns leitores, recheado de notas de rodapé explicativas. Naquelas notas estão informações e indicações de leitura, importantes para quem quiser aprofundar as reflexões entre os funcionários do Sistema Único de Saúde e entre os gestores.

O Plano Operativo foi construído a partir de um esforço de planejamento técnico, temperado por inúmeros debates pontuais com prefeitos, deputados, secretários municipais de saúde, funcionários públicos, usuários do sistema, prestadores de serviços, juízes, promotores de justiça, procuradores da República, docentes e pesquisadores de universidades. A confecção do diagnóstico dos serviços se iniciou ainda em 2013, levando o debate, gradualmente, a todos os municípios catarinenses.

Tal Plano busca formas de amadurecer e tornar palpáveis, na prática, os princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde, em especial a ideia de rede regionalizada de saúde, expressa no Artigo 198 da Constituição Federal.

O Plano Operativo localiza, geograficamente, a questão das políticas de saúde mental na organização político-administrativa de Santa Catarina. Faz seu mapa teórico, correlacionando-a aos aspectos demográficos, econômicos, e de desenvolvimento humano e social. Aplica a epidemiologia. Aplica-a inclusive ao caso das internações hospitalares, por terem sido, os leitos hospitalares, o centro do modelo, ainda parcialmente remanescente, antes da Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Estima a demanda, dando destaque à busca da população pela assistência na rede básica e na rede especializada de saúde mental. Toca na carência e na pobreza dos CAPS, ainda que eles tenham sido o carro chefe da política de saúde mental brasileira na primeira década após a Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Traz à discussão inclusive os "primos pobres" da reforma sanitária da saúde mental catarinense, como os CAPS infanto-juvenis, a reabilitação psicossocial e os serviços residenciais terapêuticos. Foca na importância de revitalizar a atenção primária, assumindo, como políticas de saúde, o apoio matricial e a educação continuada. Planeja cursos a serem montados, atendendo desde a atenção primária até os funcionários de hospitais, passando pelos serviços que atendem urgências e pelos CAPS. Traz à baila as questões financeiras e seu estágio atual de discussão. Aponta várias soluções para diferentes problemas da atenção em saúde mental: novas estruturas e novos insumos, processos de trabalho a serem adotados, qualificação de recursos humanos através da educação continuada, uma cultura de avaliação sequencial e simpatia ao controle social.

Os 16 Planos do Ação Regionais (PAR) são o frutos de árduas – e muitas vezes cansativas – negociações nas regiões de saúde, entre gestores, técnicos, usuários e prestadores de serviços (como os hospitais e as comunidades terapêuticas). São uma grande novidade em termos de planejamento e governança em saúde mental, envolvendo municípios, unidade federativa e União.

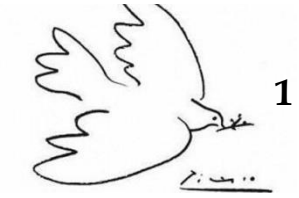
Esperamos que, vencendo as ilusões de ótica, este trabalho possa ajudar a criar uma rede que não tenha centros, ou melhor, que possua permanentemente diversos centros, como pontas luminosas perpetuamente móveis, sem hierarquia de importância estável ou permanente: uma articulação onde a complexidade não tem endereço fixo[1]. Que a figura da capa nos inspire.

Coordenação do Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial/SC

[1] LÉVY, Pierre. **As tecnologias da inteligência**: o futuro do pensamento na era da informática. Rio de Janeiro: Editora 34, 1993, p. 26. Apud: RIGHI, Liane Beatriz. Redes de Saúde: uma reflexão sobre formas de gestão e o fortalecimento da atenção básica. In: BRASIL. Ministério da Saúde. SAS. Política Nacional de Humanização. **Atenção básica**. Cadernos HumanizaSUS, vol. 2, p. 59-74. Brasília: Ministério da Saúde. 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_basica.pdf> e <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000697_Artigo%20Liane%20Righi%20Cadernos%20HumanizaSUS.pdf>.

Parte I

O Plano Operativo Estadual



1 - Um plano visando as Regiões de Saúde

1.1 A rede regionalizada e hierarquizada brota na Constituição

1.1.1 A regionalização como diretriz

No Brasil, as ações e serviços públicos de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada e constituir um sistema único, previsto na Constituição da República[2]. A mesma ideia consta na Constituição do Estado de Santa Catarina[3]. Vinte e cinco anos após a promulgação da Carta Magna o sistema sanitário, em construção, mostra grandes avanços mas tem, também, laços difíceis de desatar e labirintos incertos.

A regionalização é uma diretriz constitucional promissora e ainda pouco desenvolvida, capaz de apontar caminhos e resolver impasses. Tornou-se, por isso, um eixo estruturante do Pacto de Gestão, componente do Pacto pela Saúde[4].

A descentralização e a municipalização foram passos iniciais importantes para montar o terreno sobre o qual a diretriz da regionalização pode-se-á efetivar. Contudo, a regionalização propriamente dita tem se dado de forma desigual, paulatina e muito lenta, em todo o país.

É pela prática que os estados e municípios vêm aprendendo a exercitar a cooperação entre as esferas de governo e entre governos da

---

[2] Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
III - participação da comunidade.

[3] Trata-se do art. 155, da Constituição Estadual (disponível em: <http://www.alesc.sc.gov.br/portal/legislacao/docs/constituicaoEstadual/CESC_16_11_2009.pdf>).

[4] Chama-se Pacto pela Saúde o resultado de um processo de negociação, levado ao longo de dois anos, a partir de 2004, entre o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários Municipais (CONASEMS) e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Compreende três aspectos: o Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e o Pacto em Defesa do SUS. A parte denominada Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê. Contribui, portanto, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS. Esse Pacto vem de uma constatação indiscutível: o Brasil é um país continental e com muitas diferenças e iniquidades regionais. Mais do que definir diretrizes nacionais é necessário avançar na regionalização e descentralização do SUS, a partir de uma unidade de princípios e uma diversidade operativa que respeite as singularidades regionais. Esse Pacto radicaliza a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados e para os municípios, visando promover um choque de descentralização, acompanhado da desburocratização dos processos normativos. Reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional (BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006).

mesma esfera: este é o ponto fundamental do processo de regionalização. Municípios precisam se entender entre si, para cooperar. Estados e municípios precisam se harmonizar para evoluir juntos.

A regionalização pode fazer o SUS avançar em planejamento, em regulação e em financiamento. Pode ser uma nova arma para resolver problemas estruturais do Sistema Único de Saúde (SUS), como o das desigualdades regionais.

A governança da regionalização é exercida pelas Comissões Intergestores Regionais (que são colegiados compostos pelos secretários municipais de saúde de uma Região) As políticas regionais, porém, precisarão estar fortemente articuladas às políticas nacionais e estaduais.

1.1.2 A regionalização tomando forma em Santa Catarina

O Estado de Santa Catarina, quanto a divisões regionais de saúde, tem uma história antiga, mas instável. Ainda hoje se superpõem múltiplos "recortes regionais, não coincidentes nos planos administrativo, político-institucional da saúde e da atenção, dificultando a formulação de políticas regionais mais coerentes"[5]. A complexidade dos recortes regionais eventualmente tem colocado limites para avanços na governança regional. As regiões de saúde criadas em 8 de novembro de 2012, pela Comissão Intergestores Bipartite, através da Deliberação 457/CIB/12, cria novos marcos para efetivar e orientar a organização do sistema e os processos de negociação e pactuação entre os gestores[6].

---

[5] ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi; MELLO, Guilherme Arantes; IOZZI, Fabíola Lana. O processo de regionalização em saúde nos estados brasileiros. In: VIANA, Ana Luiza d'Ávila; LIMA, Lucina Dias. **Regionalização em relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

[6] Os Eixos Temáticos deste Pacto de Gestão contemplam uma redefinição sobre:

1. Responsabilidade Sanitária – de governo, de gestão e de respostas dos sistemas e serviços de saúde e da organização da atenção;
2. Regionalização solidária – cooperativa;
3. Planejamento e Programação;
4. Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria;
5. Trabalho e Educação em Saúde
6. Financiamento;
7. Participação Social e Controle Público do Sistema.

As questões centrais dentro de cada eixo norteiam a construção da responsabilidade e das atribuições de cada ente, compondo um Termo de Compromisso**.** Isto é trabalhado de forma tripartite, consolidando a definição das responsabilidades do gestor municipal, estadual e federal na consolidação do SUS. Sobre estes temas, *vide*:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Pacto de gestão**: garantindo saúde para todos / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Departamento de Apoio à Descentralização. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_gestao.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Regionalização solidária e cooperativa**: orientações para sua implementação no SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume_3_completo.pdf>.

1.1.3 *Fac símile* do ato de criação das Regiões de Saúde do Estado de Santa Catarina pela Comissão Intergestores Bipartite

GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Comissão Intergestores Bipartite

DELIBERAÇÃO 457/CIB/12

A Comissão Intergestores Bipartite, no uso de suas atribuições, em sua 173ª reunião ordinária do dia 08 de novembro de 2012,

Considerando a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990;

Considerando o Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação inter-federativa;

Considerando a Resolução nº 1 de 29 de setembro de 2011, que estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011;

Considerando a Deliberação nº 348/CIB/2012, que aprova as 16 Regiões de Saúde, de acordo com o Decreto nº 7.508/2011.

APROVA

Art. 1º – A nova configuração e a denominação das 16 Regiões de Saúde do Estado de Santa Catarina, de acordo com Art. 4º da Deliberação nº 348/CIB/2012 e o Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 e, conforme anexo.

Parágrafo único – A população utilizada para a configuração das Regiões de Saúde refere se a Estimativa Populacional 2012, conforme Resolução IBGE nº 7, de 30 de agosto de 2012, publicado no DOU nº 170, de 31 de agosto de 2012.

Art. 2º – Cada Região de Saúde possuirá sua Comissão Intergestora Regional – CIR, de acordo com o Inciso III do Art. 30, do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

Florianópolis, 08 de novembro de 2012.

DALMO CLARO DE OLIVEIRA
Coordenador CIB/SES

ELOI TREVISAN
Coordenador CIB/COSEMS

MACHADO, Rosani Ramos; COSTA, Eliani; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; ALBUQUERQUE, Gelson Luiz; BLATT ORTIGA, Ângela Maria. Entendendo o pacto pela saúde na gestão do SUS e refletindo sua implementação. **Rev. Eletr. Enf.** 2009;11(1):181-7. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a23.htm>.

1.2 O que é região de saúde e o que é rede de saúde

A "região de saúde" conceitua-se como um espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

O conceito foi incorporado ao Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, da Presidência da República[7]. Para ser instituída, uma região de saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial**,** atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde.

Figura 1. Requisitos para o reconhecimento de uma região de saúde.
Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação, GECOR, SUR, SES/S, 2013.

O mesmo Decreto 7.508/11 define "rede de atenção à saúde" como o conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde.

A falta de sistemas regionais organizados tem criado fragilidades e incômodos aos municípios brasileiros. Os avanços que o país teve na descentralização da saúde não impediram a conformação de sistemas municipais de saúde fragmentados. Muitos deles ainda são pouco resolutivos e não solucionaram as desigualdades de oferta e de acesso aos serviços. Por outro lado, observa-se, em vários pontos do mundo, o sucesso de experiências de descentralização dos sistemas de serviços de saúde.

Nestas experiências há um espaço organizacional mesorregional, localizado entre as esferas estadual e municipal. Este tipo de regionalização,

[7] Este decreto regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

pela sua qualidade, é a preconizada pela Organização Mundial da Saúde[8]. A novidade está na associação entre os municípios:

> Ao se associarem, os municípios da microrregião devem constituir um sistema microrregional de serviços de saúde – sob a forma de uma rede de atenção à saúde –, com base na cooperação gerenciada, gerando, pela sua ação solidária, um excedente cooperativo. Ademais, a regionalização cooperativa, ao associar municípios contíguos, reconstitui uma escala adequada para a oferta, econômica e de qualidade, dos serviços de saúde. (...) O paradigma da regionalização cooperativa assenta-se no princípio da cooperação gerenciada, em que o componente da cooperação é dado pela associação intermunicipal e o componente gerencial explicita-se em mecanismos de planejamento, controle e avaliação compartilhados de redes microrregionais de atenção à saúde. (PESTANA, MENDES (2004)[9]).

De modo geral, em todos os sistemas organizados de saúde do planeta, a montagem da rede, a partir de regiões definidas, tende a melhorar os resultados sanitários nas condições crônicas. Tende também a diminuir as referências a especialistas e a hospitais, a aumentar a eficiência dos sistemas de atenção à saúde, a produzir serviços mais custo-efetivos e a aumentar a satisfação das pessoas usuárias.

A ideia, já recomendada pela VIII Conferência Nacional de Saúde[10], em março de 1986, fomentou inicialmente o conceito de sistemas locais de saúde (SILOS) e o conceito de distritos sanitários, visando dar uma "eficiente inter-relação" entre os serviços de saúde de um mesmo território.

Todos estes conceitos implicam desenvolver propostas de implantação de sistemas de saúde municipais "articulados regionalmente", "num processo de negociação permanente e dinâmica entre os níveis de governo municipal, estadual e federal" (ALMEIDA et al., 1998)[11].

As regiões de saúde, compostas por vários municípios (ou mesmo, teoricamente, por partes de municípios, em megalópoles com alta densidade demográfica) deveriam se organizar no sentido de se tornarem territórios autossuficientes em atenção básica à saúde, em atenção de média complexidade e em alguns aspectos da atenção de alta complexidade. Em seu processo de definição devem ser consideradas, para a sua composição, "as relações de fluxos existentes entre os municípios ou bairros, as referências natural ou culturalmente já estabelecidas entre eles em suas diversas atividades, principalmente na área da saúde" (Id., ibid.).

---

[8] MILLS, A. et al. **Health system decentralization**: concepts, issues and country experience. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1990. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39053/1/9241561378.pdf>.

[9] PESTANA DA SILVA, Marcus Vinícius Caetano; MENDES, Eugênio Vilaça. **Pacto de gestão**: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Belo Horizonte: Minas Gerais, Secretaria de Estado de Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/planejamento-gestao-em-saude/livro_marcus_pestana.pdf>.

[10] A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, foi a mais importante mobilização feita no país pela saúde pública. Seus debates definiram o tom que a Constituinte precisaria assumir para escrever o capítulo da ordem social e, em especial a parte referente à saúde.

[11] ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio; CASTRO, Cláudio Gastão Junqueira; LISBOA, Carlos Alberto. **Distritos Sanitários**: Concepção e Organização, v. 1. (Série Saúde & Cidadania). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. Disponível em: <http://www.bvs-sp.fsp.usp.br/tecom/docs/1998/alm001.pdf> e em <http://portalses.saude.sc.gov.br/arquivos/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_01/index.html>.

A palavra rede significa, originalmente, o entrelaçamento de fios ou cordas, em malhas, formando uma espécie de tecido[12]. O conceito figurado de rede, atualmente usado na saúde, vem da geografia, onde a rede

> "é toda infraestrutura, que permitindo o transporte de matéria, de energia ou de informação, se inscreve sobre um território onde se caracteriza pela topologia dos seus pontos de acesso ou pontos terminais, seus arcos de transmissão, seus nós de bifurcação ou de comunicação"[13].

O geógrafo Milton Campos frisa que a rede é territorial, social e política: é dinâmica e animada por fluxos, pelas pessoas, pelas mensagens, pelos valores que a frequentam[14]. Sua maior característica é a de conexidade, através da conexão de seus nós, com potencial de solidarizar ou de excluir, de promover a ordem ou manter a desordem[15]. A rede é, portanto, uma forma particular de organização. No âmbito dos processos de integração ela é instrumento que viabiliza circulação e comunicação.

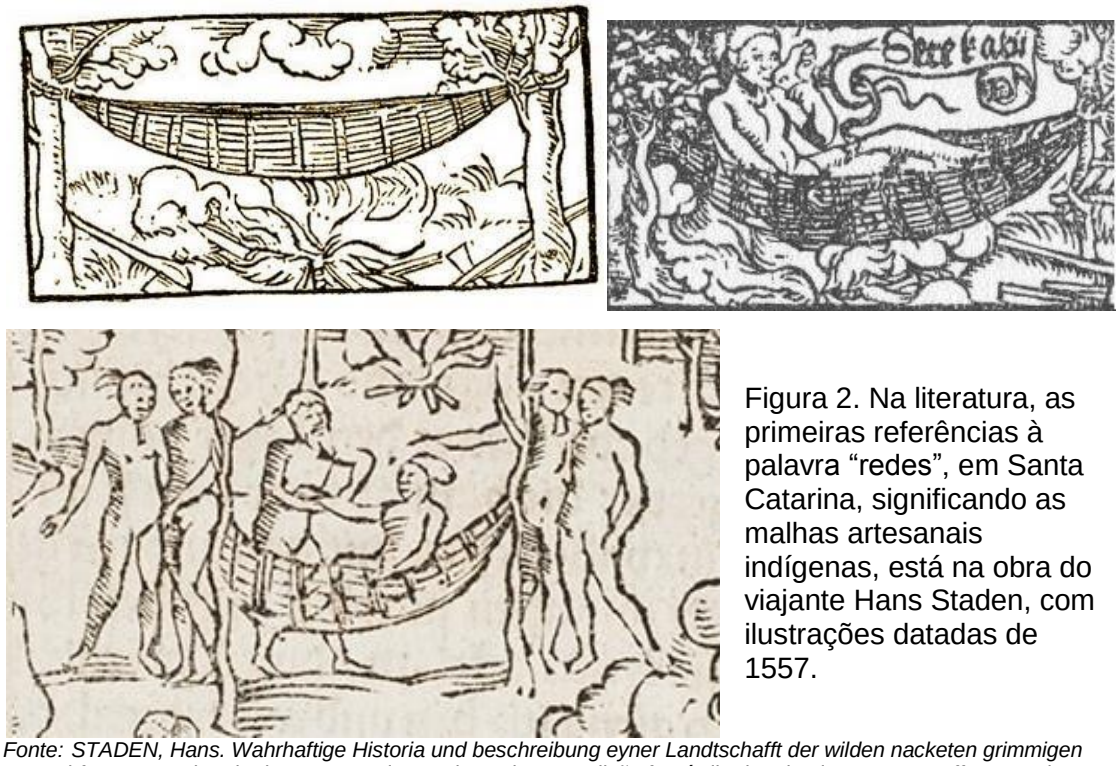


Figura 2. Na literatura, as primeiras referências à palavra "redes", em Santa Catarina, significando as malhas artesanais indígenas, está na obra do viajante Hans Staden, com ilustrações datadas de 1557.

Fonte: STADEN, Hans. Wahrhaftige Historia und beschreibung eyner Landtschafft der wilden nacketen grimmigen Menschfresser-Leuthen in der Newenwelt America gelegen. Edição facsímile da primeira, Marpurg uff Fastnacht 1557, com um texto acompanhante de Richard N. Wegner. Frankfurt a.M. 1927. Disponível em: <http://www.jrbooksonline.com/HTML-docs/staden%20part%201.htm>.

---

[12] CUNHA, G. A. Dicionário Etimológico Nova Fronteira da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

[13] CURRIEN, N. e GENSOLLEN, M. Réseaux de télécomunications et aménagement de l'espace. **Revue Géographique de l'Est,** 1985. n° 1, p.47-56. Apud: SILVEIRA, Rogério Leandro Lima. Redes e território: uma breve contribuição geográfica ao debate sobre a relação sociedade e tecnologia. Biblio **3W** revista bibliográfica de geografía y ciencias sociales. Vol. VIII, nº 451, 15 jun. 2003. Disponível em: <http://www.ub.edu/geocrit/b3w-451.htm>.

[14] SANTOS, Milton. **A natureza do espaço – Técnica e tempo, razão e emoção.** São Paulo: Ed. Hucitec, SP. 1996.

[15] DIAS, L. C. Redes geográficas nacionais e internacionais. **Anais do Encontro Nacional de Produtores e Usuários de Informações Sociais, Econômicas e Territoriais**, Rio de Janeiro: IBGE, maio de1996. Apud: SILVEIRA, ibid.

A técnica, a tecnologia e seus impactos são incorporados à rede, mas sua aplicação depende de fatores eminentemente políticos e sociais[16]. A realidade territorial em que vivemos implica uma complexidade, bastante visível no caso da implementação da Rede de Atenção Psicossocial em Santa Catarina. Os conteúdos técnico-científicos e informacionais ocorrem em fluxos de diferentes níveis, em intensidades desiguais e em orientações diversas, segundo o município e a região de saúde visados.

Sobre a divisão tradicional do trabalho nos serviços de saúde, acrescentam-se intensidades desiguais de modernidade e de técnica. O próprio entendimento do que seja o papel dos governos, aliado à realidade econômica local, exigirá modos desiguais de regulação, de fiscalização e de planejamento.

Caso a rede psicossocial se articule com os serviços de atenção primária, com os serviços de urgência e emergência e com os hospitais de referência, o atendimento poderá dar um salto em qualidade. A atenção primária poderá exercer, mediante apoio matricial dos técnicos em saúde mental, um papel decisivo na criação de acesso com atendimento de qualidade, em unidades básicas. Poderá ser o fator de organização da rede, seu ponto de distribuição racional da demanda, de coordenação do cuidado e de gestão da clínica. Poderá, também, gerar um alívio no excesso de demanda aos serviços especializados de saúde mental, que lhes baixa a qualidade. Isto implica, todavia, ultrapassar uma ideia banal corrente, de que as atividades de atenção primária à saúde sejam simplificadas, muito menos complexas do que os procedimentos de média e alta complexidade e facilmente descartáveis através do encaminhamento aos especialistas. Há fortes indícios que o Brasil ainda não tenha chegado a um grau de resolução, na atenção primária, que países de sistemas de saúde mais antigos já alcançassem no início da década de 1990.

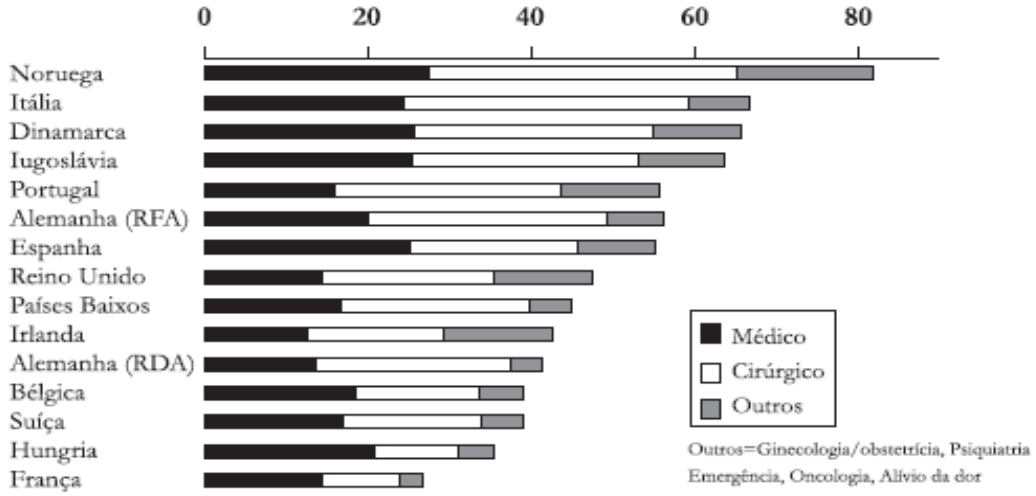


Figura 3. Número de encaminhamentos para cada 1.000 consultas realizadas na atenção primária, em uma seleção de países europeus, 1991.
Fonte: FLEMING, D. The European Study of Referrals from Primary to Secondary Care: Report of Project. Birmingham, England. The Concerted Action Committee of the Committee of Health Services Research for the EEC, 1991. Apud: STARFIELD, 2004, p. 355.

[16] BENAKOUCHE, T. Tecnologia é sociedade: contra a noção de impacto tecnológico. In: **Cadernos de Pesquisa.** Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política - UFSC. nº 17, setembro, 1999.

Estudos clássicos sobre o tema, em países europeus, mostram que altas taxas de encaminhamento ocorrem onde os indivíduos realizam menos consultas na atenção primária, ou onde a variedade de serviços ofertados pela atenção primária é muito restrita[17]. A melhora da qualidade da atenção básica faz decrescer a quantidade de encaminhamentos a serviços especializados. Isto ocorre mesmo em situação de aumento do número de especialista disponíveis[18]. A comunicação entre os profissionais de atenção primária e secundária é fator positivo, que dá qualidade ao sistema[19]. Os modelos que têm aprestado maiores vantagens são os de matriciamento, com abordagens integradas[20], baseados em orientação especializada à atenção primária e em consultas de ligação (consultation-liaison)[21].

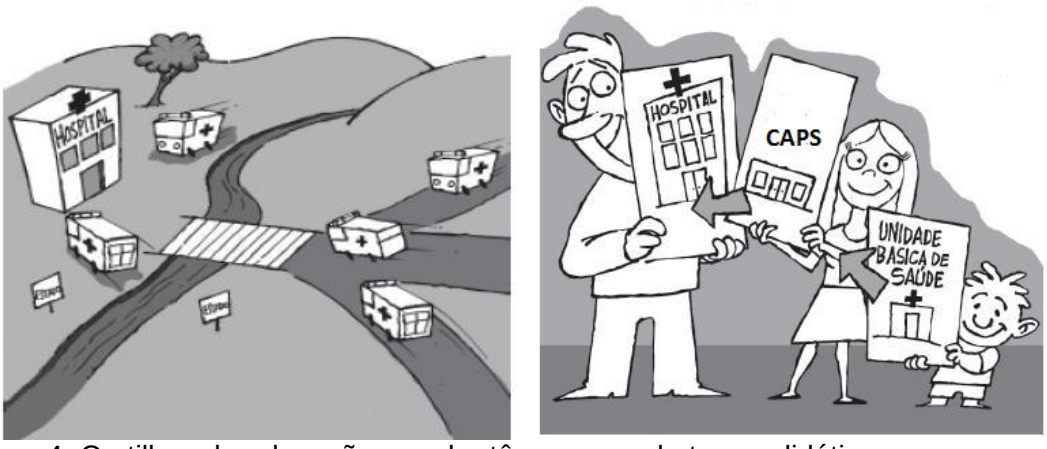


Figura 4. Cartilhas de educação popular têm procurado tornar didática a compreensão da passagem de um modelo hospitalocêntrico, vulgarmente apelidado em Santa Catarina de modelo da "ambulancioterapia", para um modelo regional organizado e hierárquico.
Fonte: Adaptado de SCHNEIDER et al (2009)[22].

---

[17] STARFIELD, Barbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 726p., 2004. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>.

[18] VAN DE LISDONK, Eloy H.; VAN WEE, C. New referrals, a decreasing phenomenon in 1971-94: analysis of registry data in the Netherlands. **BMJ** 1996; 313:602. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2352041/pdf/bmj00558-0038.pdf>.

[19] CHEW-GRAHAM, C.; SLADE, M.; MONTANA, C.; STEWART, M.; GASK, L. Loss of doctor-to-doctor communication: lessons from the reconfiguration of mental health services in England. **J Health Serv Res Policy** 2008, **13:**6-12.

[20] LESTER, Helen/ GLASBY, Jon; TYLEE, André. Integrated primary mental health care: threat or opportunity in the new NHS? ***BJGP*** (British Journal of General Practice) April 1, 2004 vol. 54 no. 501 285-291. Dispoível em: <http://bjgp.org/content/54/501/285.full.pdf+html>.

[21] Vide:

GASK, Linda; SIBBALD, B.; CREED, F. Evaluating models of working at the interface between mental health services and primary care. **The British Journal of Psychiatry** (1997) *170: 6-11.* Disponível em: <http://bjp.rcpsych.org/content/170/1/6.short >.

BANKS, Roger; GASK, Linda. It's time to talk: rekindling the relationship with primary care. **Advances in Psychiatric Treatment** (2008) *14: 84-85* Disponível em: <http://apt.rcpsych.org/content/14/2/84.full >.

BOWER, Peter; GILBODY, Simon. Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base. **BMJ** *2005; 330:839*. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/330/7495/839.full?ijkey=664db03ed3c7829ddfe5632306c0239c22e84958&keytype2=tf_ipsecsha >.

[22] SCHNEIDER, Alessandra; PERALTA, Jorge A. Gimenez; BOTH, Valdevir; BRUTSCHE, Volmir. **Pacto pela Saúde**: possibilidade ou realidade?. 2ª. ed.. Passo Fundo: IFIBE. Centro de Educação e

A banalização e a exagerada simplificação da atenção primária leva a uma clínica de baixa resolutividade, com altas taxas de encaminhamento. Nos estados sulinos do Brasil os atendimentos realizados neste modelo simplificado receberam o apelido jocoso de "clínica do ao-ao", pois a unidade básica, muitas vezes, sem conseguir se responsabilizar pelos usuários do sistema, dedica-se a encaminhá-los, em volume intenso, ao especialista, ao hospital e a outros serviços de referência, criando grandes filas de espera[23].

Em saúde mental, a pouca resolutividade da atenção primária, dos serviços ambulatoriais e de muitos CAPS contribui para a piora de algumas pessoas. Sobra, então, às secretarias municipais de saúde colocar estas pessoas em ambulâncias, em busca de hospitais que os recebam.

Uma rede de atenção à saúde é um conjunto articulado de módulos assistenciais, pactuado numa região. A noção visa vencer o atomismo dos sistemas municipais de saúde. Reflete-se nos funcionários, como uma comunicação e uma articulação entre pessoas.

Para os especialistas em Saúde Pública, em sentido amplo, a rede de saúde é uma só: ela se subdivide em temas específicos, como a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, a Rede de Atenção Psicossocial, a Rede Cegonha.

A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, do Ministério da Saúde, no seu anexo[24], apresenta os elementos, as características, os fundamentos e os atributos das redes de atenção à saúde.

O Decreto 7.508/11 estabelece as Comissões Intergestores Regionais (CIR), que são colegiados de gestão no âmbito regional, compostos pelos secretários municipais de saúde e por representantes do gestor estadual.

Estes colegiados regionais, observando as diretrizes da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), têm papel importante no planejamento e na negociação de aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada, inclusive definindo a integração de limites geográficos, referência e contrarreferência e criação de serviços de interesse regional. O trabalho de pactuação entre municípios, para a concretização das redes, é realizado nas CIR.

Assessoramento Popular (CEAP), 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Pacto_pela_saude_possib_realidade_2ed.pdf>.

[23] Sobre isto, Pestana e Mendes (2004) se manifestam: "Os sistemas fragmentados de serviços de saúde são aqueles que se (des)organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicados uns dos outros, com débil atenção primária à saúde, e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua às pessoas e de se responsabilizar por uma população determinada. Contrariamente, os sistemas integrados de serviços de saúde são aqueles organizados através de uma rede integrada de pontos de atenção à saúde, organizada pela atenção primária à saúde, que presta uma assistência contínua a uma população definida – no lugar certo, no tempo certo, na qualidade certa e com o custo certo – e que se responsabiliza pelos resultados econômicos e sanitários relativos a esta população". Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/planejamento-gestao-em-saude/livro_marcus_pestana.pdf>.

[24] Vide: Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html> e <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/anexos/anexos_prt4279_30_12_2010.pdf>.

1.3 A Rede de Atenção Psicossocial – RAPS

A Rede de Atenção Psicossocial tem como imagem-objetivo[25] ser uma rede integrada, articulada e efetiva, com diversos pontos de atenção, para atender as pessoas com demandas decorrentes dos transtornos mentais e demandas decorrentes do consumo de álcool e outras substâncias psicoativas. Deve considerar as especificidades loco-regionais. Deve dar ênfase a serviços de base comunitária, capazes de se adequar às necessidades dos usuários. Deve atuar na perspectiva territorial, conhecendo suas dimensões, gerando e transformando lugares e relações.

A Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001, propõe um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária, oferecendo cuidados com base nos recursos que a comunidade oferece, focando a inserção social do cidadão.

A Portaria nº 3.088, do Ministério da Saúde, de 23 de dezembro de 2011, institui a Rede de Atenção Psicossocial, estabelece suas diretrizes, seus objetivos, seus componentes e seus pontos de atenção. Ela institui o grupo condutor estadual da Rede de Atenção Psicossocial. Este grupo pode assumir um formato de câmara técnica ativa, organizadora (não meramente consultiva). É constituído por técnicos indicados pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) e pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), recebendo apoio institucional do Ministério da Saúde (MS). São atribuições do grupo condutor:

1. mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase;
2. apoiar a organização dos processos de trabalho voltados à implantação e à implementação da rede;
3. identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase;
4. monitorar e avaliar o processo de implantação e de implementação da rede.

A mesma portaria prevê a criação de uma câmara técnica (ou grupo condutor) em cada município, com o apoio institucional da Secretaria de Estado da Saúde.

Analogicamente, as regiões de saúde podem instituir câmaras técnicas regionais, com representantes dos municípios e técnicos das gerências regionais de saúde. É o que se propõe para Santa Catarina.

---

[25] Conceitua-se "imagem objetivo" como o estado desejado para o objeto a ser planejado, o a ideia do que se considera a situação ideal para determinado caso. Na área do planejamento em saúde é o referencial para o qual deve se dirigir todo esforço de um plano. A imagem objetivo, no momento da programação, é expressada em metas, para que se possa verificar seu cumprimento, em geral em um prazo proposto. Vide:

CHORNY, Adolfo H.; KUSCHNIR, Rosana; TAVEIRA, Maura. **Planejamento e Programação em Saúde.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, Escola Nacional de Saúde Pública, 2008. Disponível em:

<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/_uploads/documentos-pessoais/documento-pessoal_12465.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de Planejamento do SUS**: Uma construção coletiva : Plano Nacional de Saúde (PNS) 2008/2009-2011 / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

1.4 A implantação da rede em Santa Catarina

Teoricamente, implantação da Rede de Atenção Psicossocial, na forma da Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011, faz-se em cinco fases: diagnóstico e adesão, desenho da rede, contratualização, qualificação e certificação. Na prática, algumas destas fases se misturam ou se dão simultaneamente. Em Santa Catarina a cronologia deu-se da seguinte forma:

1ª.) Instituição do Grupo Condutor Estadual, Diagnóstico e Adesão

O Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina foi instituído em meados de 2012[26]. O Grupo Condutor incluiu

[26] PORTARIA nº 528 de 11/06/2012: O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e considerando: A Lei Federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 que dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes; A Lei Federal nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde/SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde; A Portaria GM/MS nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011 que Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde; O Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 que regulamenta a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da assistência à saúde e a articulação interfederativa; A Deliberação da CIB nº 306/CIB/11.

Art. 1º Fica instituído, no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde, o "Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial", nos termos da Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.

Art. 2º O Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial terá a seguinte composição:

I. 01 (um) representante da Superintendência de Planejamento e Gestão: Hélio Livino da Silva

II. 02 (dois) representantes da Diretoria de Planejamento, Controle e Avaliação, sendo:

01 (um) representante da Gerência de Planejamento do SUS: Marcus Aurélio Guckert

01 (um) representante da Gerência de Atenção Básica: Maria Cecília Rodrigues Heckrath

III. 01 (um) representante da Gerência de Complexos Reguladores: Alan Índio Serrano

IV. 02 (dois) representantes da Superintendência de Vigilância em Saúde:

01 (um) representante da Diretoria de Vigilância Epidemiológica: Maria da Graça Chraim dos Anjos

01 (um) representante da Diretoria de Vigilância Sanitária: Maika Roeder

V. 01 (um) representante da Diretoria de Educação Permanente: Silvia de Arruda Cunha

VI. 01 (um) Representante da Superintendência dos Hospitais Públicos: Terezinha Serrano

VII. 02 (dois) representantes das Gerências Regionais de Saúde: Solange Bambinete – Gerência de Saúde de Blumenau e Lilia Aparecida Canan - Gerência de Saúde de Lages.

VIII. 10 (dez) representantes do Conselho de Secretarias Municipais do Estado de Saúde de Santa Catarina (COSEMS), sendo: 09 (nove) representantes de cada macrorregião de saúde do Estado conforme PDR: Adriana Fernandes; Denílson Rodrigues Fonseca; Denize Cenci; Fernando Damas; Jorge Fernando Borges de Moraes; Luciana Bertaso; Pollyana de Souza Hermisdorf; Rosangela Turnês; Sandra Vitorino. 01 (um) representante do COSEMS-SC: Geraldo Azzolini.

Parágrafo Único. O Grupo Condutor contará com o apoio institucional do Ministério da Saúde.

Art. 3° O Grupo de Condução da Rede de Atenção Psicossocial atuará sob a coordenação da Superintendência de Planejamento e Gestão, sendo coordenador: Alan Índio Serrano.

Art. 4º Compete ao Grupo Condutor às seguintes atribuições:

I. Mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase;

II. Apoiar a organização dos processos de trabalho voltados a implantação/implementação da rede;

III. Identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase; e

técnicos da Secretaria Estadual de Saúde (SES), do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e recebeu apoio institucional do Ministério da Saúde[27].

Os primeiros meses do Grupo foram dedicados à organização interna, vencendo as dificuldades para agregar, e para coligar em trabalho membros procedentes de diversas regiões e cidades. Na sequência montou-se um plano de pesquisa para fazer o levantamento dos dados e da situação de atendimento em saúde mental no Estado, por município e região.

O Grupo Condutor contatou as CIR (Comissões Intergestores Regional), em cada região de saúde, combinando a montagem de câmaras técnicas regionais e municipais e promovendo a análise da situação de saúde na área psicossocial. As CIR combinaram sua adesão à rede e se disponibilizaram a aprofundar o debate.

As câmaras técnicas regionais foram compreendidas como tendo as funções de fóruns regionais da rede de atenção psicossocial e de grupos de assessoria. A maioria delas efetivamente evoluiu para a cuja construção de espaços de debate e participação (coletivos, plurais, heterogêneos e múltiplos), de acompanhamento e de contribuição à implementação da Rede de Atenção Psicossocial em cada Região de Saúde.

2ª.) Desenho da rede

Foram esboçados os desenhos da rede em cada região de saúde, ao mesmo tempo em que era discutido um projeto de plano operativo estadual. Montads os anteprojetos dos Planos de Ação Regionais, foram ouvidos diversos setores da sociedade, incluindo representantes do Poder Legislativo, do Poder Judiciário, do Ministério Público, de associações de usuários de serviços de saúde, de conselhos regionais corporativos, de funcionários públicos, de universidades, dos hospitais filantrópicos, de organizações não governamentais mantenedoras de comunidades terapêuticas. Foram ouvidos também o Conselho Estadual de Saúde e o Conselho de Secretários Municipais de Saúde. Desta forma, as primeiras versões dos anteprojetos, que eram de origem puramente técnica, evoluíram com um tempero de controle social.

Os debates com as CIR envolveram o tipo e a programação da atenção a ser prestada à população, no âmbito de cada município, no âmbito microrregional e no âmbito da região de saúde. Discutiu-se também as atribuições, as responsabilidades e o aporte de recursos necessários pela União, pelo Estado e pelos Municípios envolvidos. Um anteprojeto de lei definindo a política estadual de financiamento nasceu neste contexto e está, ainda, em discussão.

IV. Monitorar e avaliar o processo de implantação / implementação da rede.

Art. 5º Para cumprimento de suas atribuições, o Grupo Condutor Estadual definirá um plano de ação que será submetido na CIB posteriormente a sua constituição. DALMO CLARO DE OLIVEIRA, Secretário de Estado da Saúde.

[27] As atribuições do Grupo Condutor são: mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase, apoiar a organização dos processos de trabalho voltados à implantação e à implementação da rede, identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase, monitorar e avaliar o processo de implantação e de implementação da rede.

Os municípios foram instados a montar seus Planos de Ação Municipais, detalhando aspectos locais, decorrentes do Plano de Ação Regional.

Os projetos de Planos de Ação Regionais da rede, após uma série de debates, foram encaminhados às CIR, que os aprovaram. Com eles foram aprovadas as matrizes diagnósticas, segundo o modelo anexo à Portaria 3.088/11, referentes a cada uma das regiões de saúde.

O Grupo Condutor pôde, então, redigir o Plano Operativo Estadual. O Plano de Ação Regional foi redigido pela câmara técnica de cada região de saúde e pelo Grupo Condutor.

As atividades próprias da 1ª. e da 2ª. fases implicaram diálogo intenso e negociações, pois lançaram as bases para toda a organização futura da rede no território da unidade federativa. Prolongaram-se, pois, até o final de 2013. O ano foi fechado com todas as regiões aderidas à rede, com o diagnóstico da atenção psicossocial estadual realizado, com o desenho pronto para a rede dos próximos anos e com os Planos redigidos.

O próximo passo implica a apresentação e a análise do Plano Operativo Estadual, dos Planos de Ação Regionais (já aprovados pelas CIR) e das matrizes diagnósticas do Estado e das regiões, à Comissão Intergestores Bipartite (CIB), para homologação.

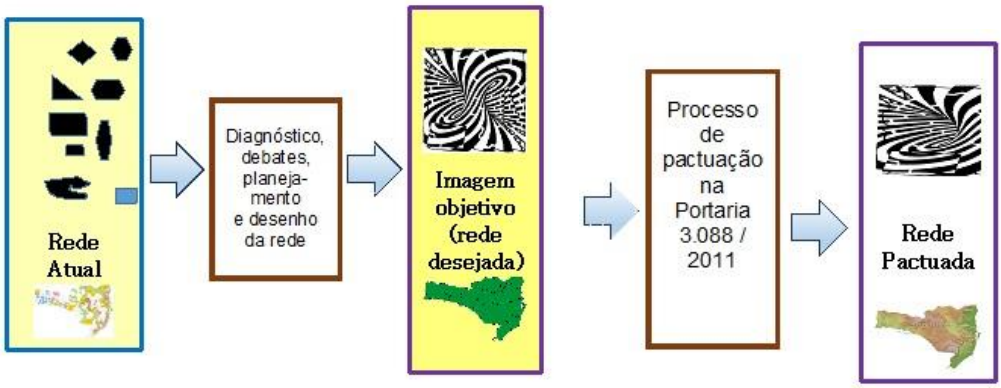


Figura 5. Da rede incipiente atual à pactuada, passando por uma imagem objetivo.
Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação, SUR, SES/SC, 2013.

3ª.) Contratualização dos pontos de atenção

Os Planos de Ação Regionais já sofreram, na sua aprovação pelas CIR, sua primeira negociação visando a contratualização, no nível intermunicipal e regional, definindo serviços que serão microrregionais (para atender a mais de um município) ou que serão regionais (pontos de referência para toda a região de saúde).

Montado o desenho da Rede de Atenção Psicossocial em todo o Estado, ele passa à fase de contratualização pela União, pelo Estado, e pelos Municípios, observadas as responsabilidades definidas para cada componente da Rede. As câmaras técnicas municipais e regionais, com o apoio do Grupo Condutor Estadual e da SES poderão ajudar na solução de problemas que possam ocorrer por ocasião da contratualização. Esta contratualização ocorrerá após a homologação dos Planos pela CIB, envolvendo o Ministério da Saúde. Na prática, vários serviços constantes nos Planos de Ação Regionais já estão sendo alvo de contratualização com o Ministério.

4ª.) Qualificação dos componentes

A qualificação implicará ações em curto e em longo prazo, implementando os serviços planejados, segundo normas de qualidade. Adicionalmente envolverá a montagem e a aplicação de métodos de regulação, a aplicação de planos de educação continuada, a criação de protocolos assistenciais, a disponibilização de ferramentas de monitoramento e de avaliação, o incentivo ao diálogo intersetorial e o investimento no aprimoramento da gestão do trabalho em saúde mental. A qualificação deve se voltar à realização das ações de atenção à saúde definidas para cada componente da rede:

I) na atenção básica em saúde (unidades básicas e equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas [equipe de consultório na rua, equipe de apoio aos serviços de atenção residencial de caráter transitório, centro de convivência, núcleo de apoio à saúde da família – NASF]);
II) na atenção psicossocial especializada (Centros de Atenção Psicossocial – CAPS);
III) na atenção de urgência e emergência (SAMU, salas de estabilização, UPA 24 horas, portas hospitalares de atenção à urgência e prontos-socorros, unidades básicas);
IV) na atenção residencial de caráter transitório (unidades de acolhimento para adultos e infanto-juvenis, serviços de atenção em regime residencial [comunidades terapêuticas vinculadas ao sistema]);
V) na atenção hospitalar (enfermarias especializadas em psiquiatria, serviços hospitalares de referência);
VI) nas estratégias de desinstitucionalização (serviços residenciais terapêuticos – SRT, hospitais psiquiátricos e Programa de Volta para Casa);
VII) no componente Reabilitação Psicossocial (iniciativas de geração de trabalho e renda e empreendimentos solidários ou cooperativas sociais).

Figura 6. Sequência da concepção e da implementação da rede na unidade federativa.
Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação, GECOR, SUR, SES/SC, 2013.

O cumprimento das metas relacionadas às ações de atenção à saúde definidas na portaria ministerial e o especificado na matriz diagnóstica

para cada componente da Rede, de acordo com o Plano de Ação Regional e dos Planos de Ações Municipais.

5ª.) Certificação

A certificação da rede estadual representa a fase final, após encaminhamento ao Ministério da Saúde, que emitirá juízo, em parceria com o CONASS e o CONASEMS.

O processo de implantação incluiu, pois, em sua fase de planejamento, um trajeto da rede atual a uma imagem objetivo, até chegar à rede pactuada na forma da Portaria 3.088/11[28], do Ministério da Saúde.

[28] A Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011, foi republicada em 21 de maio de 2013, no DOU nº 96.

1.5 Diretrizes para o funcionamento da Rede

As diretrizes são as previstas na Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde: respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; combate a estigmas e preconceitos; garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; diversificação das estratégias de cuidado; desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; desenvolvimento de estratégias de redução de danos; ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; promoção de estratégias de educação permanente; desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

1.6 Objetivos da Rede

Os objetivos gerais, também definidos na Portaria 3.088/11, do Ministério da Saúde, são:

a) **ampliar o acesso** à atenção psicossocial da população em geral;
b) promover a **vinculação aos pontos de atenção** das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, e suas famílias;
c) garantir a **articulação e integração dos pontos de atenção** das redes de saúde no território,
d) **qualificando o cuidado** por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Os objetivos específicos são:

a) **Promover cuidados em saúde** especialmente grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas);
b) **Prevenir o consumo e a dependência** de crack, álcool e outras drogas;
c) **Reduzir danos provocados** pelo consumo de crack, álcool e outras drogas;
d) **Promover a reabilitação e a reinserção** das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária;
e) **Promover mecanismos de formação permanente** aos profissionais de saúde;

f) **Desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos** em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;

g) **Produzir e ofertar informações sobre direitos** das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede;

h) **Regular e organizar as demandas e os fluxos** assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial; e

i) **Monitorar e avaliar a qualidade dos serviços** através de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção.

Tais objetivos, em termos estaduais, regionais e municipais, coadunam-se com a busca da

a) racionalidade dos gastos,

b) otimização dos recursos,

c) eficiência na atenção à saúde, e

d) redução das desigualdades locais e regionais.

Para tanto, o conjunto do sistema precisará trabalhar no sentido de alcançar:

a) **atenção primária resolutiva:** porta de entrada do sistema, coordenadora do cuidado de saúde e ordenadora da rede.

b) **qualidade da atenção:** excelência do cuidado (segurança, efetividade, centralidade na pessoa, tempo-resposta adequado e equidade).

c) **acessibilidade:** garantia de acesso à serviços de saúde de qualidade, de **diferentes níveis de densidade tecnológica**.

d) **economia de escala:** maior produtividade, eficiência e qualidade alcançados com melhor e maior aproveitamento dos recursos e equipamentos.

e) **organização das redes de atenção à saúde:** interação dos gestores para resolver os problemas de saúde através de ações conjuntas, racionalização dos recursos e ordenamento da demanda.

f) **dinamização da passagem** das atuais Regiões de Saúde, hoje ainda conformadas como sistemas fragmentados ou como redes incipientes, para um alto nível de integração e de qualidade.

2 - O mapa político de Santa Catarina na criação das Regiões de Saúde

2.1 Os municípios catarinenses

A organização político-administrativa do Estado compreende 295 municípios. Os municípios de pequeno porte predominam no Estado. 70,8% deles têm menos de 15 mil habitantes. 87% deles têm, no máximo, 30 mil habitantes. 95% deles têm menos de 70 mil habitantes.

Apenas 1,4% dos municípios têm mais de 200 mil habitantes, perfazendo um total de 4: Joinville, Florianópolis, Blumenau e São José. Estes são os municípios que, sozinhos, apresentariam populações suficientes para manter estruturas de CAPS III, funcionando 24 horas por dia, tanto do tipo geral quanto do tipo AD III (para problemas derivados do consumo de álcool e drogas).

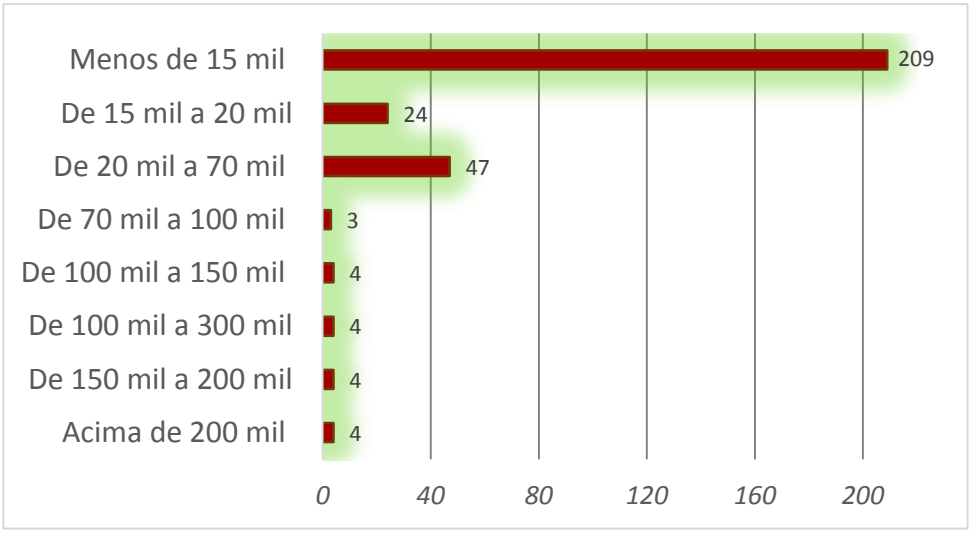


Figura 7. Número de municípios em cada faixa populacional, Santa Catarina, 2013.
Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação, GECOR, SUR, SES/SC, 2013.

São apenas 8 os municípios com mais de 150 mil habitantes, a população suficiente para, sozinhos, manter estruturas de CAPS i, para o atendimento de crianças e adolescentes.

Ao todo, 12 municípios têm mais de 100 mil habitantes, o que manifesta a necessidade de terem, cada um deles, pelo menos, uma unidade de acolhimento (UA) para adultos e uma infanto-juvenil voltada à sua população.

A Portaria GM n$^{o.}$ 336/2002, do Ministério da Saúde, estabeleceu em 20 mil a população mínima para a criação de um CAPS I. Porém, muitos municípios entre 15 mil e 20 mil habitantes mostram necessidade imediata desta modalidade de serviço, o que já vem gerando uma flexibilização no Ministério da Saúde. Em Santa Catarina há 24 municípios nesta faixa.

Tabela 1. Número e percentual de municípios nas faixas populacionais adequadas para sediar estruturas de assistência em saúde mental, Santa Catarina, 2013.

Faixa populacional	Nº. de Municípios	% dos Municípios	Estrutura cabível
Acima de 200 mil	4	1,4	CAPS III
De 150 mil a 200 mil	4	1,4	CAPS i
De 100 mil a 300 mil	4	1,4	Cons. na Rua
De 100 mil a 150 mil	4	1,4	UA inf.juv.
De 70 mil a 100 mil	3	1,0	CAPS II e AD
De 20 mil a 70 mil	47	15,9	CAPS I
De 15 mil a 20 mil	24	8,1	CAPS I
Menos de 15 mil	209	70,8	Atenção Primária

Fonte: IBGE, 2012; SES/SC, 2013.

Tabela 2. Municípios com mais de 15.000 habitantes e seus quantitativos populacionais, Santa Catarina, 2013.

Município	*População*	*Município*	*População*	*Município*	*População*
Joinville	526.338	Xanxerê	45.140	Capinzal	21.064
Florianópolis	433.158	S. Francisco do Sul	44.064	Itaiópolis	20.485
Blumenau	316.139	Imbituba	40.845	Urussanga	20.356
São José	215.278	Rio Negrinho	40.169	S. Amaro Imperatriz	20.332
Criciúma	195.614	Curitibanos	38.003	Guabiruba	19.254
Chapecó	189.052	Timbó	37.894	Garopaba	18.890
Itajaí	188.791	São Miguel do Oeste	36.908	Três Barras	18.281
Lages	156.604	Guaramirim	36.640	Papanduva	18.096
Jaraguá do Sul	148.353	Fraiburgo	34.796	Balneário Piçarras	18.010
Palhoça	142.558	Porto União	33.740	Jaguaruna	17.695
Balneário Camboriú	113.319	Campos Novos	33.313	Ibirama	17.561
Brusque	109.950	Tijucas	32.087	Taió	17.412
Tubarão	98.412	Braço do Norte	29.672	Abelardo Luz	17.200
São Bento do Sul	76.215	Pomerode	28.610	Seara	17.005
Caçador	71.886	São João Batista	27.982	Pinhalzinho	16.933
Concórdia	69.462	Joaçaba	27.467	Porto Belo	16.896
Camboriú	65.520	Sombrio	27.165	Otacílio Costa	16.691
Navegantes	63.764	Araquari	26.875	Morro da Fumaça	16.364
Rio do Sul	62.658	Penha	26.268	Schroeder	16.248
Araranguá	62.308	Xaxim	26.145	Palmitos	16.018
çara	60.374	São Joaquim	25.111	Santa Cecília	15.902
Biguaçu	59.736	Barra Velha	23.422	Itapoá	15.658
Gaspar	59.728	Forquilhinha	23.183	Itapiranga	15.623
Indaial	57.068	Ituporanga	22.667	Cocal do Sul	15.376
Mafra	53.361	Maravilha	22.642	Presidente Getúlio	15.273
Canoinhas	52.937	Capivari de Baixo	22.145	Garuva	15.272
Laguna	52.166	S. Lourenço Oeste	22.062	Pouso Redondo	15.204
Itapema	48.807	Orleans	21.599	Bombinhas	15.136
Videira	48.064	Herval d'Oeste	21.420		

Fonte: IBGE, 2012; SES/SC, 2013.

Há 86 os municípios catarinenses com população superior a 15 mil habitantes. Idealmente, estas populações deveriam sediar pelo menos um Centro de Atenção Psicossocial. Caso haja pactuação regional, este centro poderia ser referência também para outros municípios.

Contudo, se raciocinarmos em termos de região de saúde, não importa muito a população de cada município. O essencial, para o planejamento sanitário de uma região, é se poder criar um sistema de acesso e

de referência aos serviços, que abranja todo o território da região, independentemente de sua localização geográfica.

A construção da rede de atenção psicossocial deve utilizar uma escala territorial de região de saúde, não de município.

A utilização da unidade municipal como escala cria iniquidade por deixar sem assistência os municípios menores. Dificulta o acesso e agride os princípios da universalidade, da integralidade e da descentralização, fundamentais ao SUS.

A rede precisa se instalar, pois, simultaneamente, com alguns serviços de âmbito local e alguns serviços voltados a territórios mais abrangentes, com pactuações microrregionais, regionais e, mais raramente, macrorregionais ou até estaduais.

2.2 As 9 macrorregiões e as 36 regiões de desenvolvimento

O Estado de Santa Catarina é dividido geograficamente em 9 macrorregiões com tradicional utilização na saúde pública: o Grande Oeste, o Meio Oeste, o Planalto Norte, o Nordeste, o Vale do Itajaí, a Foz do Rio Itajaí, a Grande Florianópolis, o Sul e a Serra Catarinense (também chamada de Planalto Serrano). Para algumas finalidades a macrorregião do Vale do Itajaí e a da Foz do Rio Itajaí são unificadas, considerando-se, então 8 macrorregiões.

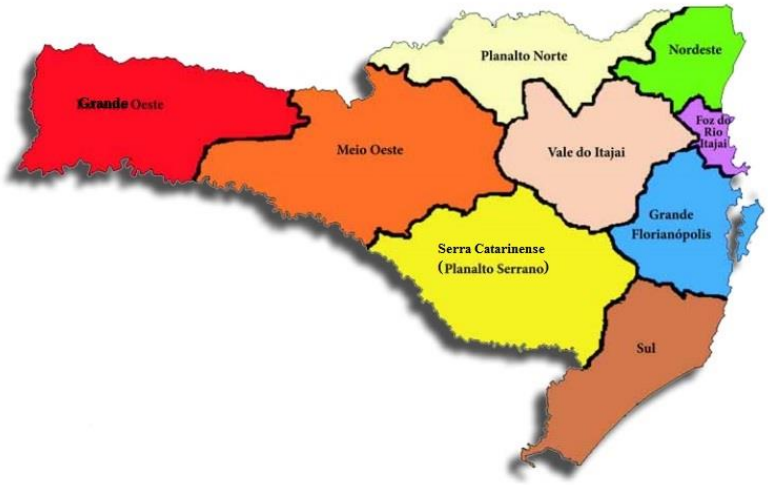


Figura 8. Mapa esquemático das nove macrorregiões de Santa Catarina.
Fonte: GECOR, SUR, SES, 2013.

A divisão em 8 macros ainda é bastante utilizada, como no caso do estabelecimento das centrais de regulação (em oito cidades polos)[29] e na montagem de certos fluxos de referência a serviços estatais de alta complexidade.

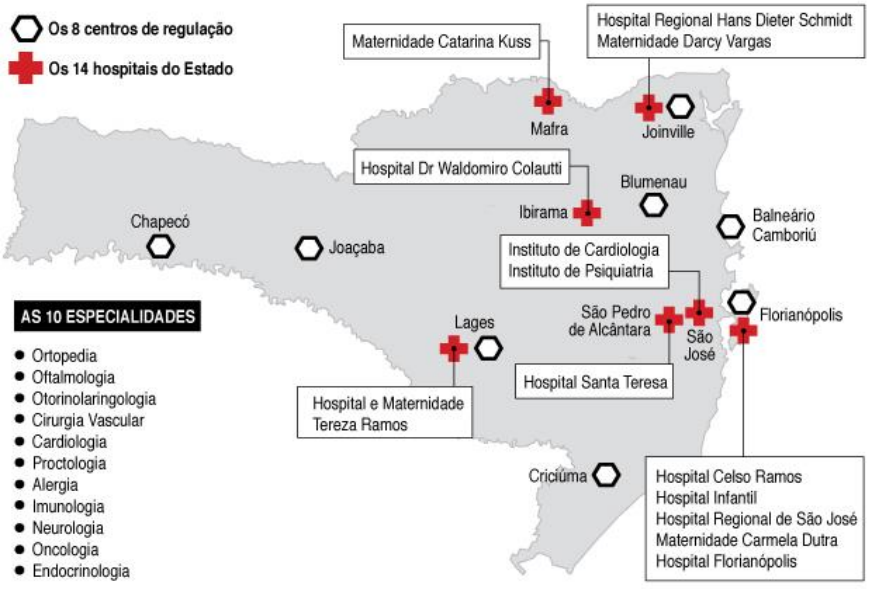


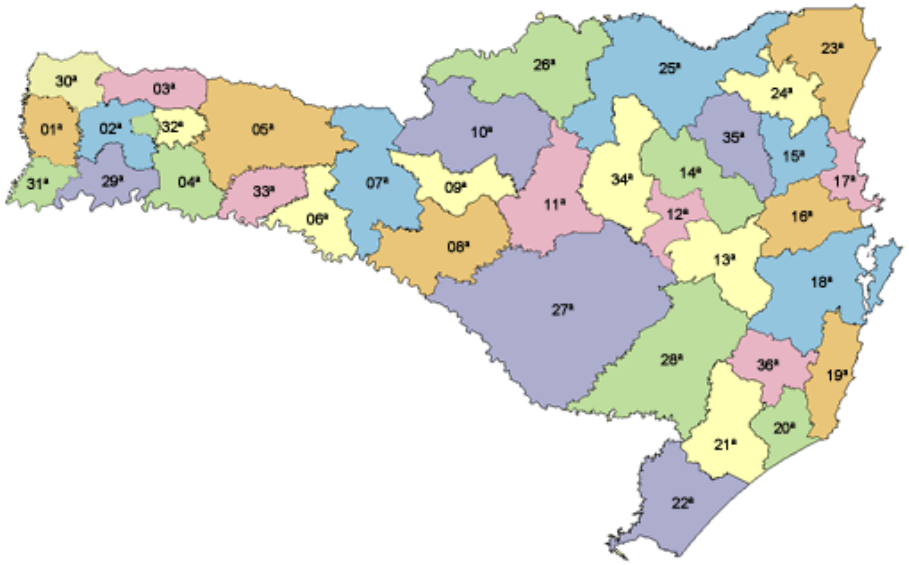
Figura 9. As centrais de regulação macrorregionais e os hospitais estaduais com atendimento de alta complexidade em especialidades.
Fonte: GECOR, SUR, SES, 2012.

[29] Veja-se, por exemplo:

SANTA CATARINA. **Plano estadual de organização das centrais de regulação** de consultas e exames e de internações hospitalares no Estado de Santa Catarina. Florianópolis: GECOR, SUR, SES/SC, 2013.

Contudo, do ponto de vista administrativo, para fins de descentralização, o governo estadual agrupou os municípios em 36 regiões, às quais correspondem as Secretarias de Desenvolvimento Regional[30].

Em cada uma destas secretarias há uma Gerência Regional de Saúde. Às secretarias correspondem, também, Conselhos de Desenvolvimento Regionais. A descentralização visa se constituir em apoio financeiro e de governança às pequenas municipalidades, sem excluir as médias e grandes[31].



1 S. Miguel d'Oeste	10 Caçador	19 Laguna	28 São Joaquim
2 Maravilha	11 Curitibanos	20 Tubarão	29 Palmitos
3 S. Lourenço d'Oeste	12 Rio do Sul	21 Criciúma	30 Dionísio Cerqueira
4 Chapecó	13 Ituporanga	22 Araranguá	31 Itapiranga
5 Xanxerê	14 Ibirama	23 Joinville	32 Quilombo
6 Concórdia	15 Blumenau	24 Jaraguá Sul	33 Seara
7 Joaçaba	16 Brusque	25 Mafra	34 Taió
8 Campos Novos	17 Itajaí	26 Canoinhas	35 Timbó
9 Videira	18 Gd. Florianópolis	27 Lages	36 Braço do Norte

Figura 10. As 36 regiões de descentralização administrativa, correspondendo às Secretarias de Desenvolvimento Regional (SDR) de Santa Catarina.
Fonte: SES/SC, 2012. Disponível em: <http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=825&Itemid=245>.

As Gerências Regionais de Saúde são importante apoio técnico para a Secretaria de Estado da Saúde, enquanto braço local. São também apoio técnico fundamental na assessoria às Comissões Intergestoras Regionais (CIR) e na harmonização das negociações entre municípios.

[30] As Secretaria de Desenvolvimento Regional (SDR) foram criadas pela Lei Complementar n$^{o.}$ 243, de 30 de janeiro de 2003, do Executivo catarinense.

[31] BIRKNER, Walter Marcos Knaesel; TOMIO, Fabrício Ricardo de Limas. Três aspectos da política de descentralização em Santa Catarina. **G&DR**, Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional, vol. 7, n. 3, p. 3-26, set-dez 2011.

2.3 As Regiões de Saúde em Santa Catarina

Os critérios utilizados em Santa Catarina para definir uma Região de Saúde visam alcançar uma padronização técnica para a regionalização.

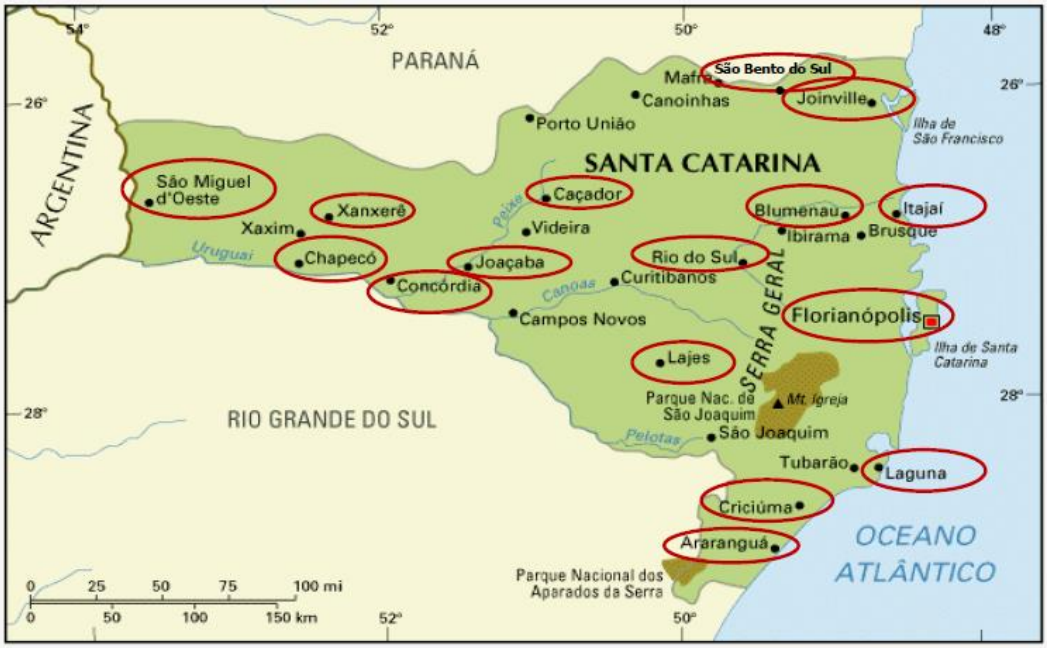


Figura 11. Disposição das cidades polos das Regiões de Saúde, no mapa de Santa Catarina, 2013.
Fonte: SES. SUR. GECOR, 2013.

Sinteticamente, observam-se os seguintes critérios:

a) Assistência ambulatorial: serão consideradas regiões de saúde apenas as que apresentarem produção de serviços de saúde em pelo menos seis grupos de procedimentos do bloco classificado pela PPI como de média complexidade, sendo obrigatórios alguns grupos de diagnósticos (patologia clínica, radiodiagnóstico e ultra-som, consultas médicas especializadas e procedimentos de odontologia);

b) Consulta médica especializada: as regiões de saúde devem oferecer consultas em, no mínimo, três especialidades, preferencialmente em ortopedia, cardiologia e oftalmologia;

c) Referência: ser referência, com pactuação programada integrada (PPI), para serviços de média complexidade para pelo menos dois municípios contíguos;

d) Serviços de referência em odontologia: o município sede de região de saúde deve possuir pelo menos um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) com referência para, no mínimo, dois município circunvizinhos, conforme parâmetros populacionais de cobertura específicos;

e) Rede hospitalar: as regiões precisam conter municípios que possuam hospitais com no mínimo as quatro clínicas básicas, conforme o parâmetro de produção da Portaria GM/MS nº 1.101 de 12 de junho de 2002,

do Ministério da Saúde, ou 70% da média da produção dos hospitais do Estado;

f) Delimitação de território: os limites geográficos da região de saúde seguem configuração que não colida com a legislação em vigor[32];

g) População: as regiões de saúde deverão ter uma população mínima de 100.000 habitantes.

O delineamento estabeleceu 16 regiões que responderam aos critérios, para as quais foram montados colegiados de gestores municipais de saúde (Comissões Intergestores Regionais, CIR).

Cada região tem pelo menos uma cidade polo, com capacidade de agregar profissionais de saúde que cubram as necessidades regionalmente planejadas.

Figura 12. Mapa esquemático das 16 regiões de saúde de Santa Catarina.
Fonte: SES. SUR. GECOR, 2013.

As regiões de saúde em Santa Catarina têm, pois, uma população capaz de comportar todas as modalidades de serviços de atenção psicossocial previstos no sistema brasileiro de saúde.

Isto permite um planejamento visando desenvolver regiões autossuficientes em termos de serviços de saúde mental. As regiões, todavia, terão diferenças grandes entre si. Algumas, como a Região Norte e a Grande Florianópolis, têm boa disponibilidade de serviços de alta complexidade. Outras, como a do Alto Uruguai Catarinense, são de pequena população, com recursos disponíveis mais escassos. Alguma, como a da Foz do Rio Itajaí, tem uma densidade demográfica alta. Outras, como a da Serra Catarinense, contam com população esparsa e grandes distâncias entre os povoados.

[32] Em especial, deve ater-se à Lei Complementar nº 381, de 07 de maio de 2007, do Estado de Santa Catarina, a qual dispõe sobre o modelo de gestão e a estrutura organizacional da Administração Pública Estadual, cujo texto foi atualizado pela LC 534, de 20/04/2011, com última atualização em 23/12/201.

Tabela 3. População das Regiões de Saúde e lista das maiores cidades de cada Região, Santa Catarina, 2013.

Região de Saúde	População	Maiores cidades
Região da Grande Florianópolis	1.016.130	Florianópolis, São José
Região Nordeste	894.286	Joinville, Jaraguá do Sul
Região do Médio Vale do Itajaí	686.179	Blumenau, Brusque
Região da Foz do Itajaí	579.946	Itajaí, Baln. Camboriú
Região Carbonífera	408.575	Criciúma, Içara
Região do Planalto Norte	357.565	São Bento do Sul, Mafra
Região de Laguna	349.494	Tubarão, Laguna
Região Oeste	325.706	Chapecó
Região da Serra Catarinense	286.089	Lages
Região do Alto Vale Rio Peixe	277.125	Caçador, Videira
Região do Alto Vale do Itajaí	273.479	Rio do Sul
Região do Extremo Oeste	224.607	São Miguel d'Oeste
Região de Xanxerê	190.660	Xanxerê
Região do Extremo Sul	183.931	Araranguá
Região do Meio Oeste	181.521	Joaçaba, Campos Novos
Região do Alto Uruguai Catarinense	142.634	Concórdia
Santa Catarina	6.377.927*	

*A estimativa do IBGE para 1º. De julho de 2012 foi de 6.383.286 habitantes, quase coincidente com a estimativa da SES/SC, montada a partir da soma das populações regionais (IBGE. Diretoria de Pesquisas – DPE – Coordenação de População e Indicadores Sociais – COPIS, 2012).

3 – Contextualização sociogeográfica do Estado e de suas regiões de saúde

3. 1 Fatores geográficos

A capitania hereditária de Sant'Ana, esparsamente habitada por indígenas, sobre a costa marítima do que é hoje Santa Catarina, foi alvo de visitantes europeus já no século XVI e nos seguintes[33]. A linha de Tordesilhas tinha seu ponto final, meridional, em Laguna.

Em 1549 o viajante alemão Hans Staden passou pela costa catarinense e desenhou um mapa esquemático da Ilha de Santa Catarina e da costa contígua, mostrando um vilarejo de palhoças dos índios carijós, próximo ao local hoje denominado Palhoça[34].

Figura 13. Esboço cartográfico de Staden, ilustrando sua obra Duas Viagens ao Brasil.

Fonte: STADEN, 1927 (Edição facsímile da primeira, Marpurg uff Fastnacht 1557).

[33] BERGER, Paulo (compilador). **Ilha de Santa Catarina**: Relatos de Viajantes Estrangeiros nos Séculos XVIII e XIX. Florianópolis: Editora da UFSC e Assembleia Legislativa de Santa Catarina, 1984.

[34] O nome completo da obra, vertido ao português, é "História verdadeira e descrição de uma terra de selvagens, nus e cruéis comedores de seres humanos, situada no Novo Mundo da América, desconhecida antes e depois de Jesus Cristo nas terras de Hessen até os dois últimos anos, visto que Hans Staden, de Homberg, em Hessen, a conheceu por experiência própria e agora a traz a público com essa impressão". Porém ela ficou conhecida pelo título "Duas Viagens ao Brasil", como foi publicada em nosso país:

STADEN, Hans. **Duas viagens ao Brasil.** Porto Alegre: L&PM, 2010.

____. **Wahrhaftige Historia** und beschreibung eyner Landtschafft der wilden nacketen grimmigen Menschfresser-Leuthen in der Newenwelt America gelegen. Edição facsímile da primeira, Marpurg uff Fastnacht 1557, com um texto acompanhante de Richard N. Wegner. Frankfurt a.M. 1927. Disponível em: <http://www.jrbooksonline.com/HTML-docs/staden%20part%201.htm>.

Santa Catarina é um dos três estados meridionais do Brasil. As dimensões territoriais abrangem uma área de 95.346,181 km². É maior do que Portugal e é maior do que a soma do Rio de Janeiro com o Espírito Santo e o Distrito Federal. Ainda assim, para os padrões brasileiros, é pequeno: em extensão territorial, é o 20º. entre os 26 estados brasileiros. Tem apenas 3,27% da população do país.

Figura 14. Localização de Santa Catarina no país, entre as Grandes Regiões do Brasil.

O Estado de Santa Catarina conta com uma população de 6 634 254 habitantes, distribuídos em 295 municípios. Dois deles foram criados em 2012: Pescaria Brava, desmembrado de Laguna, e Balneário Rincão, desmembrado de Içara.

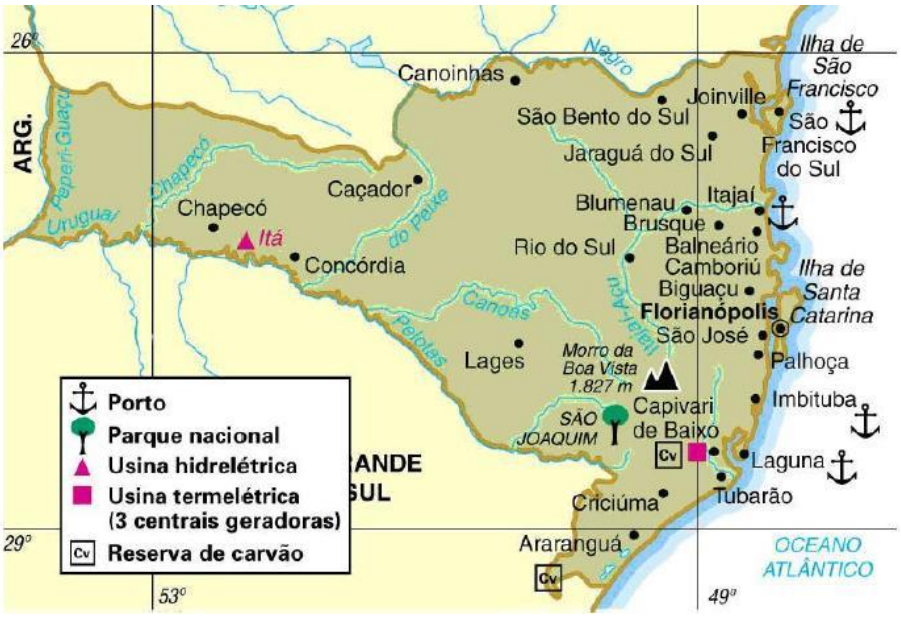


Figura 15. Mapa esquemático de Santa Catarina, cortada pelos paralelos 26 e 29 e pelos meridianos 53 e 49, assinalando os portos de Laguna, Imbituba, Itajaí e São Francisco do Sul.
Fonte: Santa Catarina Press. Disponível em: <36eem://santacc.blogspot.com.br/2009/10/santa-catarina-aspectos-gerais.html>.

Entre os estados brasileiros, classifica-se como o 11º. em magnitude populacional[35]. A densidade demográfica[36] é 3 vezes maior do que a brasileira. A concentração populacional se localiza especialmente no litoral e em áreas a ele próximas.

[35] IBGE (2010). Primeiros Dados do Censo 2010.

[36] Densidade demográfica, densidade populacional ou população relativa é a medida expressa pela relação entre a população e a superfície do território. É geralmente expressa em habitantes por quilômetro quadrado.

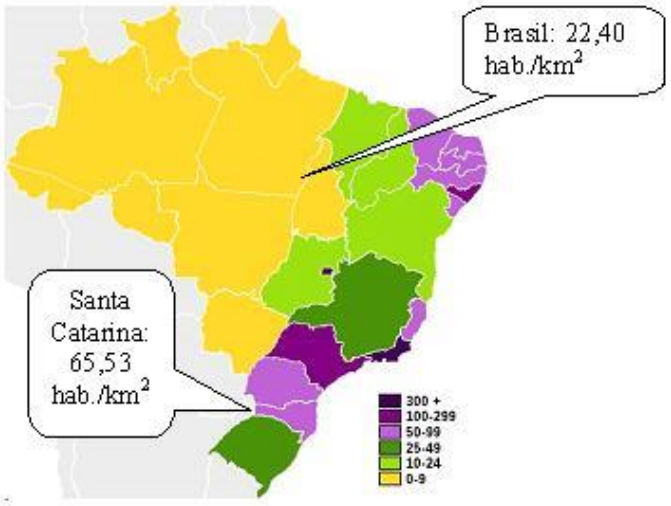


Figura 16. Densidade demográfica brasileira, por faixas de concentração e por estados.
Fontes: IBGE, censo de 2010.
Felipe Menegaz, GFDL, 2012.

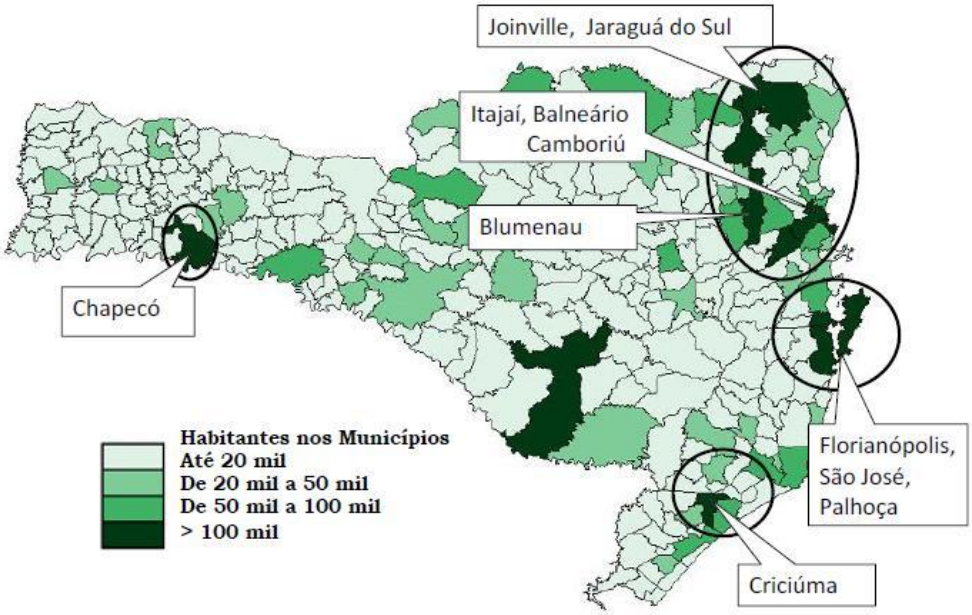


Figura 17. Distribuição populacional esquemática nos municípios de Santa Catarina, por faixas. Em alguns pontos das áreas circuladas, contendo mais de um município, a densidade demográfica é maior de 200 habitantes por km^2.
Fonte : SUR, SES/SC, 2013, a partir de IBGE, 2010.

3. 2 Aspectos demográficos de interesse sanitário

A taxa de crescimento da população catarinense é maior do que a brasileira. Santa Catarina, além do crescimento vegetativo, recebe incremento populacional migratório, de brasileiros e estrangeiros.

Tabela 4. Taxa percentual de incremento populacional médio anual, de Santa Catarina e do Brasil.

Unidade / ano	1991 a 2000	2000 a 2010
Santa Catarina	1,87	1,55
Brasil	1,64	1,17

Fonte: IBGE/Censos demográficos (1991, 2000 e 2010), contagem populacional (1996) e projeções e estimativas.

Aproximadamente um terço da população do Estado se concentra em apenas duas regiões de saúde, a do Nordeste, cuja cidade polo é Joinville, e a da Grande Florianópolis. Estas duas regiões, somadas à do Médio Vale (cuja cidade polo é Blumenau) e à da Foz do Itajaí (polarizada pela conturbação de Itajaí, Camboriú, Navegantes e Balneário Camboriú), compreendem metade da população catarinense. A outra metade se pulveriza pelas outras 12 regiões de saúde.

Tabela 5. População nas Regiões de Saúde de Santa Catarina, 1992, 2002 e 2012, e percentual representado por cada região, em 2012, sobre o conjunto da população estadual.

Regiões de Saúde	1992	2002	2012	% *	
Grande Florianópolis	641.950	855.686	1.041.828	16,3	50,1% da população do Estado
Nordeste	554.158	730.932	894.286	14,0	
Médio Vale do Itajaí	444.797	561.454	686.179	10,7	
Foz do Rio Itajaí	276.206	420.215	579.946	9,1	
Carbonífera	304.902	354.620	397.652	6,2	49,9 % da população do Estado
Planalto Norte	300.264	339.447	357.565	5,6	
Laguna	272.225	312.306	340.078	5,3	
Oeste	255.538	285.368	325.706	5,1	
Serra Catarinense	272.493	290.777	286.089	4,5	
Alto Vale Rio do Peixe	221.772	263.622	277.125	4,3	
Alto Vale do Itajaí	235.401	244.605	273.479	4,3	
Extremo Oeste	225.632	212.702	224.607	3,5	
Xanxerê	181.236	180.394	190.660	3,0	
Extremo Sul	140.200	164.614	183.931	2,9	
Meio Oeste	155.871	171.629	181.521	2,8	
Alto Uruguai	131.623	139.336	142.634	2,2	
Santa Catarina	4.614.268	5.527.707	6.383.286	100	

*Percentagem sobre a população estadual no ano de 2012.
Fonte: IBGE. Estimativas populacionais para o TCU, 2012.

Nota-se que o crescimento populacional não é uniforme nas regiões. Algumas, como a do Vale do Alto Uruguai Catarinense e a da Serra, tiveram aumento mínimo ao longo de 20 anos. A do Extremo Oeste foi a única que

diminuiu sua população. Outras, como a da Foz do Rio Itajaí, a do Nordeste e a da Grande Florianópolis, tiveram considerável incremento.

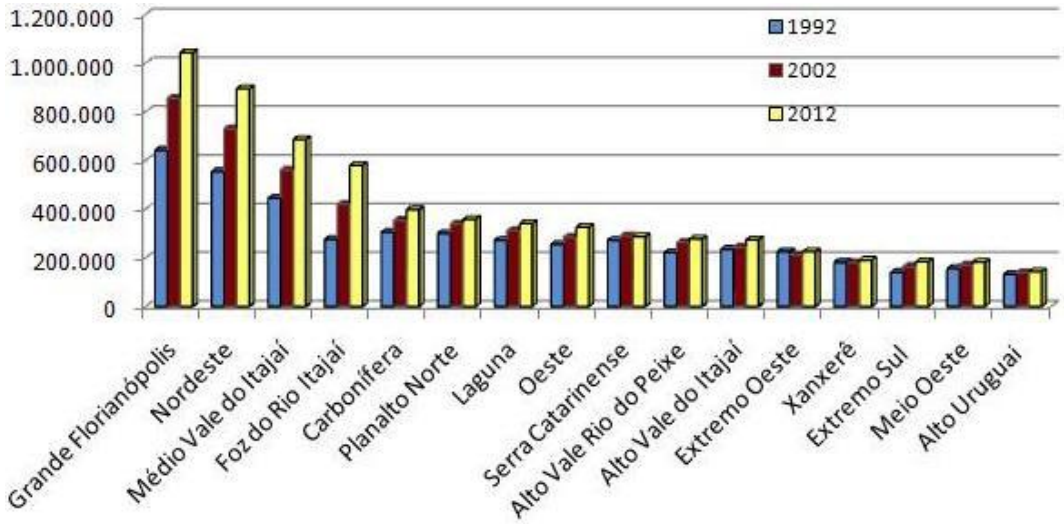


Figura 18. Comparação do volume populacional em intervalos de dez anos, por regiões de saúde, Santa Catarina, 1992, 2002 e 2012.
Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação, GECOR, SUR, SES/SC, a partir de: IBGE. População nos Censos Demográficos, segundo as Grandes Regiões, as Unidades da Federação e a situação do domicílio - 1960/2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=8>.

De fato, ocorreu, o incremento da população urbana se deu célere e constante. Em 50 anos a situação demográfica urbana cresceu 7,5 vezes.

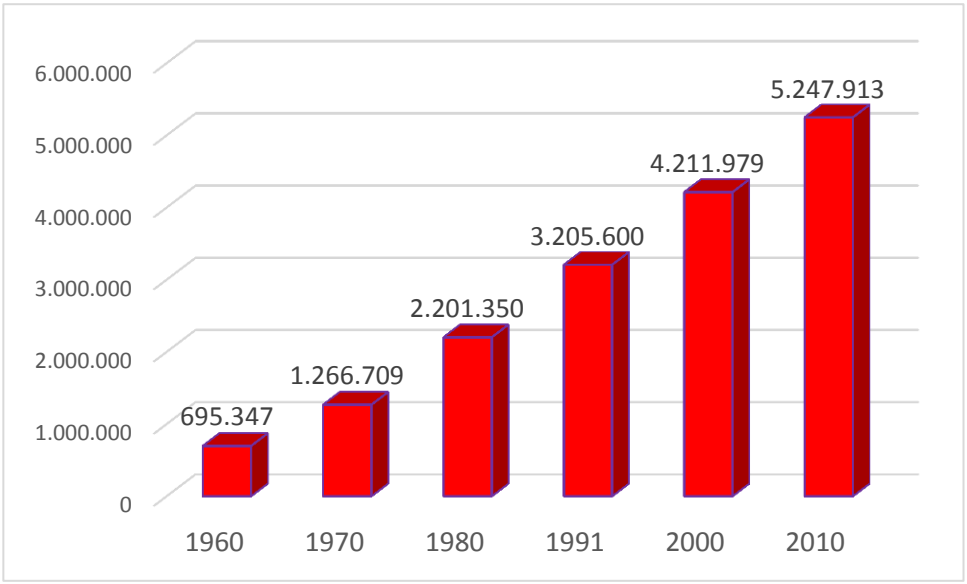


Figura 19. População urbana de um ano selecionado por década, Santa Catarina, 1960 a 2010.
Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação, GECOR, SUR, SES/SC, a partir de: IBGE. População nos Censos Demográficos, segundo as Grandes Regiões, as Unidades da Federação e a situação do domicílio - 1960/2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=8>.

Simultaneamente houve pequeno aumento da população rural na década de 1960, com queda progressiva, a partir de então. Toda a macrorregião do Grande Oeste Catarinense, apesar de ter sofrido mudanças

na estrutura agrária e migrações, ainda continua marcada pelas áreas rurais com predomínio de pequenas propriedades familiares[37].

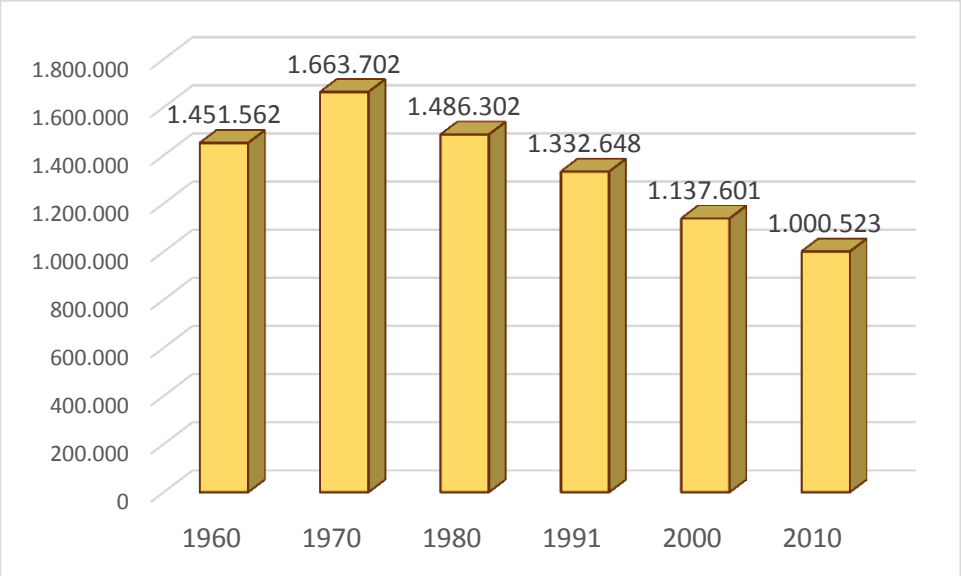


Figura 20. População rural de um ano selecionado por década, Santa Catarina, 1960 a 2010.

Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação, GECOR, SUR, SES/SC, a partir de: IBGE. População nos Censos Demográficos, segundo as Grandes Regiões, as Unidades da Federação e a situação do domicílio - 1960/2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=8>.

Em Santa Catarina o percentual de crianças na população vem diminuindo. A população idosa, portanto, experimenta a elevação de sua participação relativa. Mesmo assim, a razão de dependência[38] entre os jovens (menores de 15 anos de idade) e o segmento etário potencialmente produtivo (entre 15 e 59 anos de idade) é mais baixa do que o conjunto do Brasil. Isto

[37] SILVA F. C. A.; HEIDEN, F. C.; AGUIAR, V. V. P.; PAUL, J. M. **Migração rural e estrutura agrária no oeste catarinense**. 2 ed. rev. e atual. Florianópolis: Instituto Cepa/SC, 2003. Disponível em: <http://cepa.epagri.sc.gov.br/Publicacoes/migracao.pdf>.

BENCKE, Fernando Fantoni et al. **Análise de cenários sociais e econômicos regionais no Oeste de Santa Catarina**. Chapecó: II Encontro de Economia Catarinense, 24-26 abril 2008.

[38] Os dependentes, teoricamente, consumiriam mais do que produzem e a população adulta, em idade produtiva, produziria mais do que consome. Essa seria a relação básica que expressa a transferência entre as gerações. A razão de dependência mostra o peso da população considerada inativa (0 a 14 anos e 65 anos e mais de idade) sobre a população potencialmente ativa (15 a 64 anos de idade) É a forma de medir a participação relativa do contingente populacional potencialmente inativo, que deveria ser sustentado pela parcela da população potencialmente produtiva. Valores elevados indicam que a população em idade produtiva deve sustentar uma grande proporção de dependentes, o que significa consideráveis encargos assistenciais para a sociedade. A razão de dependência sinalizar o processo de rejuvenescimento ou envelhecimento populacional e subsidia a formulação de políticas nas áreas de saúde e de previdência social. Sua fórmula é o produto do número de pessoas residentes de 0 a 14 anos e de 60 e mais anos de idade multiplicado por 100, dividido pelo número de pessoas residentes de 15 a 59 anos de idade. (Vide:

BVS. **Características dos indicador**es. Disponível em: <http://www.ripsa.org.br/fichasIDB/record.php?node=A.16&lang=pt >.

BRITO, Fausto. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. **Rev. bras. estud. popul.**, São Paulo, v. 25, n. 1, June 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982008000100002&lng=en&nrm=iso>).

significa que a população em idade produtiva deve sustentar uma proporção de dependentes jovens menor do que a existente no conjunto do país[39].

O mesmo se dá quanto à razão de dependência de idosos: 16,6 para o Brasil e 15,5 para Santa Catarina. As previsões são de que a razão de dependência de idosos cresça muito, nas próximas décadas, em todo o Brasil, em função do aumento da expectativa de vida, quiçá quadruplicando-se no período de 2000 a 2050[40]. A proporção de idosos na população catarinense, desde 2006, vem se equiparando à proporção de idosos no conjunto do Brasil. Este fenômeno não apenas tem a ver com o aumento do número de idosos, mas também com a diminuição proporcional do número de crianças e jovens.

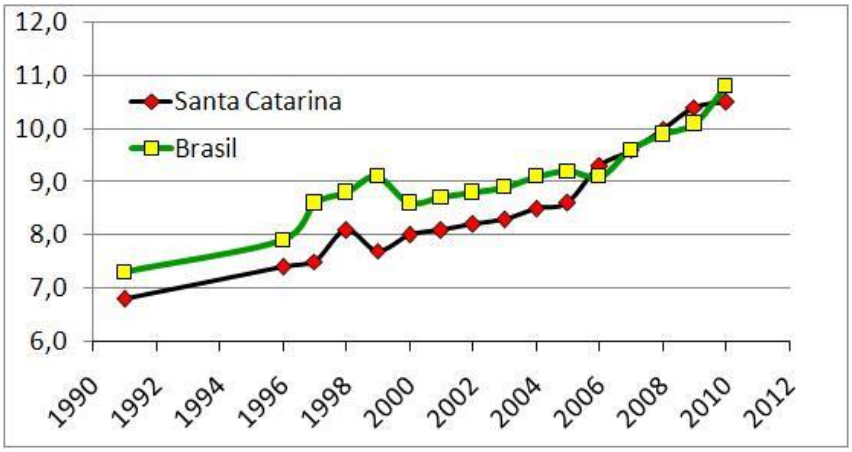


Figura 21. Tendência da proporção percentual de idosos na população, Santa Catarina e Brasil, anos 1991 a 2010.
Fonte: IBGE/Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD (1997-1999), Censos Demográfico (1991, 2000 e 2010), Contagem Populacional (1996) e projeções e estimativas demográficas (2001-2009).

A transição demográfica trará uma transição epidemiológica importante: o número de pessoas com as doenças psiquiátricas típicas da idade provecta, como as demências vasculares e as demências senis (entre elas, primordialmente, o mal de Alzheimer) tenderá a aumentar muito.

Haverá necessidade crescente de profissionais e de serviços capazes de abordar um grande volume de demandas de saúde, típicas desta população idosa, com grande impacto sobre as famílias e os cuidadores.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que os casos de demência possam aumentar entre 134% e 146%, na América Latina, nos próximos 20 anos[41, 42]. O Estado deverá montar um protocolo de avaliação de

[39] Enquanto no país esta razão, para o ano de 2010, era de 37, em Santa Catarina apenas chegava a 32,2. Logo, os encargos assistenciais daí decorrentes para a sociedade catarinense não ficaram tão pesados, se comparados com a evolução do padrão brasileiro.

[40] CARVALHO, José Alberto Magno de; RODRIGUEZ-WONG, Laura L.. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, Mar. 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000300013&lng=en&nrm=iso>.

[41] OMS. Dementia. **Fact sheet n. 362.** Genebra: Organização Mundial da Saúde, abril, 2012. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/index.html>.

[42] OMS. **Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2011. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243548067_spa.pdf>.

idosos para admissão em instituições de longa permanência (conhecidas pelos nomes de abrigo, asilo, lar, casa de repouso, pensão protegida, clínica geriátrica ou ancianato), colaborando na garantia da qualidade em tais instituições.

As instituições de longa permanência são moradias, com serviços especiais de cuidados. Não pertencem ao SUS, mas as equipes de saúde podem colaborar com elas, fazendo intensa interface com o setor de serviço social[43]. A Rede de Atenção a Doenças Crônicas abordará tais temas, no SUS, interagindo com serviços de saúde mental. A fiscalização da vigilância sanitária é fundamental em tais instituições[44].

A expectativa de vida[45] para quem nasceu em 2009, em Santa Catarina, foi calculada em 75,8 anos. Este indicador tem 2,7 anos a mais do que a esperança brasileira[46].

Junto com o Distrito Federal, Santa Catarina é a unidade federativa de maior expectativa de vida no país.

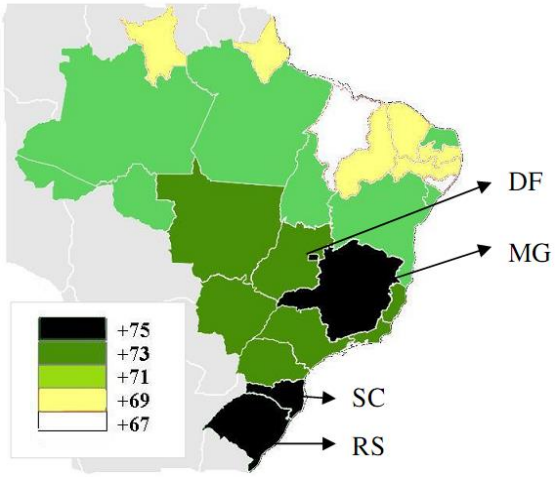


Figura 22. Expectativa de vida ao nascer, em anos, no Brasil, segundo a unidade federativa, ressaltando as unidades de índice mais alto.
Fonte: IBGE, 2009.

[43] Estes estabelecimentos servem para atendimento integral institucional, a um público alvo composto por pessoas de 60 anos e mais, dependentes ou independentes, que não dispõem de condições para permanecer com a família ou em seu domicílio. Sob os nomes de abrigo, asilo, lar, casa de repouso, clínica geriátrica ou ancianato, estes lares devem contar com fácil acesso a atendimentos da área de serviço social, medicina, de psicologia, de enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, odontologia, e em outras áreas. A esta população não basta proporcionar apenas abrigo, alimentação, recreação e encaminhamento para hospitais, quando necessários. Por isso, não se pode pensar apenas num programa de assistência social. Não podem faltar dieta adequada, os cuidados diários de enfermagem e todos os programas que promovam e mantenham a autonomia do idoso, além da criação de um ambiente adequado e seguro para o idoso dependente.

[44] ANVISA. **Regulamento técnico para o funcionamento das instituições de longa permanência para idosos**. Resolução da Diretoria Colegiada No 283, de 26 de setembro de 2005. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2005.

[45] Numa dada população, a expectativa de vida ao nascer ou esperança de vida à nascença é o número médio de anos que um grupo de indivíduos nascidos no mesmo ano pode esperar viver, se mantidas, desde o seu nascimento, as taxas de mortalidade observadas no ano de observação. A expectativa de vida no nascimento é também um indicador de qualidade de vida de um país, região ou localidade. Pode também ser utilizada para aferir o retorno de investimentos feitos na melhoria das condições de vida e para compor vários índices, tais como o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).

[46] Para fins de comparação, leve-se em conta que no Japão a expectativa de vida é 83,4 anos; na França e na Espanha é 81,5; no Chile e em Cuba é 79,1; nos Estados Unidos é 78,1; na Índia e no Paquistão é 65,4; na Serra Leoa e Guiné-Bissau é 48 anos.

Descortina-se uma sociedade futura com grande número de mulheres idosas. O sexo feminino pode esperar 7,1 anos a mais, de vida, do que o masculino. No conjunto do Brasil esta diferença entre gêneros é ainda um pouco maior (7,6 anos).

Tabela 6. Expectativa de vida ao nascer, Santa Catarina e Brasil, 2009.

Unidade	Ambos os sexos	Homens	Mulheres
Santa Catarina	75,8	72,6	79,1
Brasil	73,1	69,4	77,0

Fonte: IBGE. Síntese dos Indicadores Sociais 2010. Tabela 1.4 – Taxa de fecundidade total, taxa bruta de natalidade, taxa bruta de mortalidade, taxa de mortalidade infantil e esperança de vida ao nascer, por sexo,segundo as Grandes Regiões e Unidades da Federação, 2009.

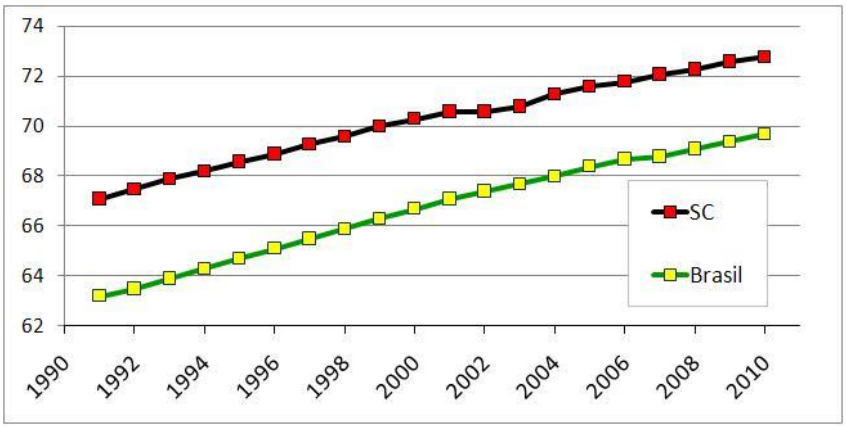


Figura 23. Tendência da expectativa de vida ao nascer, para o gênero masculino, Santa Catarina e Brasil, 1990 a 2010.
Fonte: IBGE/Censos demográficos (1991, 2000 e 2010), contagem populacional (1996) e projeções e estimativas.

Vem ocorrendo, pois, em Santa Catarina, um aumento importante do número de pessoas com mais de 80 anos e uma grande diminuição do número de menores de 15 anos.

Tabela 6. População de Santa Catarina por faixas etárias, um ano por década, 1982 a 2002.

Faixa Etária	1982	1992	2002	2012
Menor 1 ano	-	-	95.332	83.418
1 a 4 anos	-	-	395.386	331.207
5 a 9 anos	452.618	495.250	523.416	446.123
10 a 14 anos	461.049	493.668	542.565	530.820
15 a 19 anos	452.378	452.371	552.976	556.867
20 a 29 anos	709.428	846.402	951.057	1.157.655
30 a 39 anos	471.907	726.451	912.509	1.004.208
40 a 49 anos	324.938	483.001	689.491	925.224
50 a 59 anos	222.743	300.921	421.964	677.736
60 a 69 anos	137.847	199.109	258.316	388.531
70 a 79 anos	62.173	96.416	136.775	199.186
80 anos e +	17.309	31.173	47.931	82.311
Total	3.784.692	4.602.398	5.527.718	6.383.286

Fonte: IBGE/Censos demográficos (1991, 2000 e 2010), contagem populacional (1996) e projeções e estimativas.

A pirâmide etária[47] do Estado está assumindo a forma de uma gota, paulatinamente se afinando na base e se alargando no topo, à medida que passam os anos. Tenderá, em algumas décadas, a se aproximar de um cubo.

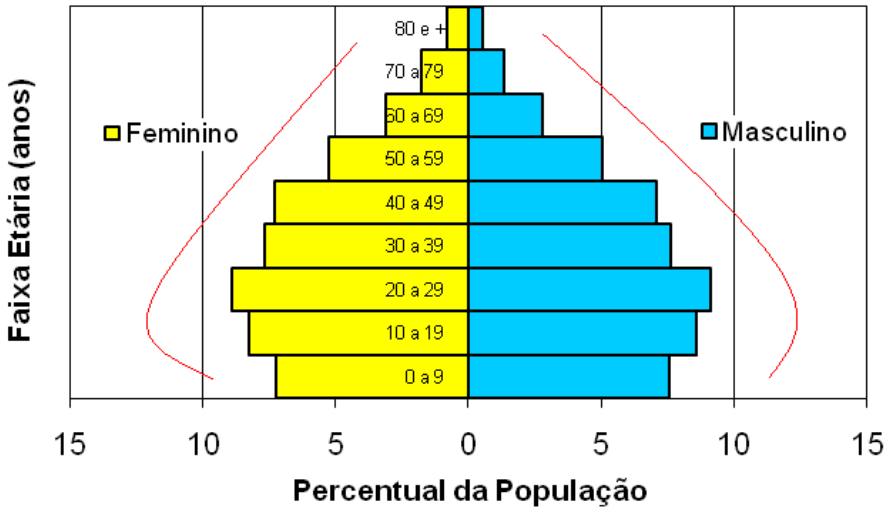


Figura 24. Pirâmide etária de Santa Catarina, 2012.
Fonte: IBGE/Censos demográficos (1991, 2000 e 2010), contagem populacional (1996) e projeções e estimativas.

[47] O IBGE disponibiliza as pirâmides etárias dos Estados e de cada um de seus municípios em seu sítio eletrônico, no endereço <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=26&uf=42>.

3.3 Aspectos educacionais

O número de pessoas em idade escolar, em Santa Catarina, no censo de 2010, chegava a 1.367.703 de pessoas, o equivalente a 21,9% da população.

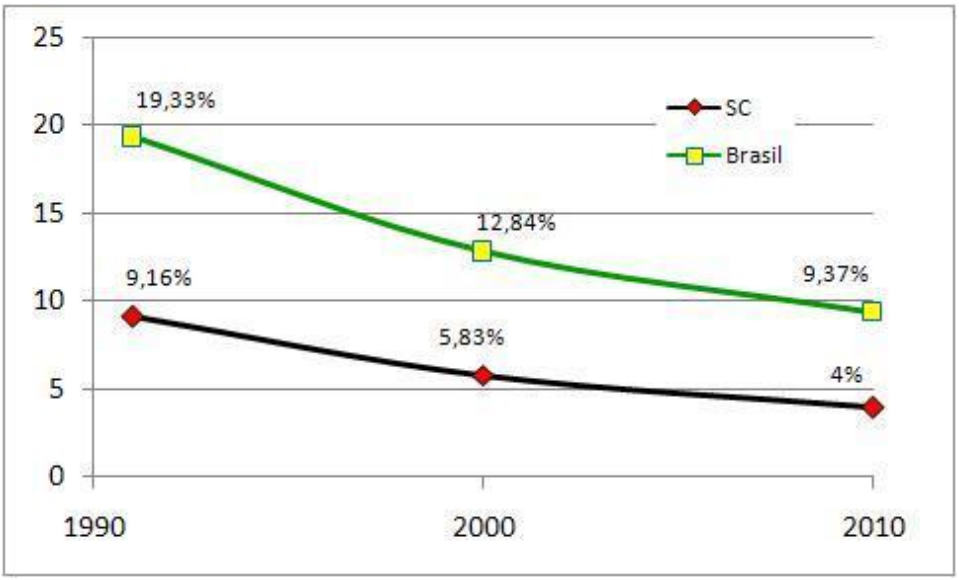


Figura 25. Tendência do percentual de analfabetos na população com 15 anos ou mais, Santa Catarina e Brasil, anos 1991, 2000 e 2010.
Fonte: IBGE/Censos demográficos (1991, 2000 e 2010).

O percentual catarinense de analfabetos é menor do que o percentual brasileiro: entre os 10 e os 14 anos de idade, os analfabetos são apenas 0,1%. Entre as pessoas de 15 anos ou mais, 4% não sabem ler, enquanto que no Brasil o analfabetismo ocorre em 9,37% desta população. No censo de 2010 correspondia a 194.490 catarinenses, dos quais 133.814 eram brancos (69%), 45.861 pardos (24%), 12.062 negros (6%), 1.276 (0,007%) indígenas e 212 (0,001%) sem declaração de cor ou raça[48].

A taxa de aprovação escolar (sucedânea da antes chamada de taxa de promoção) aumentou consideravelmente entre 2005 e 2010. Ela é maior nos anos iniciais da escolarização e decai paulatinamente. No ensino médio, em 2011, foram reprovados 10,4% dos alunos. Em 2010, 7,1% abandonam a escola.

O abandono da escola pode ter, em algumas situações, relação com temas da atenção psicossocial. O desenvolvimento de trabalhos em nível intersetorial, entre o setor saúde e o setor educação deverá ser considerado uma das metas de trabalho nas prefeituras e no nível estadual.

[48] Note-se que em Santa Catarina 85,7% da população são brancos e somente 2,2% são negros. Dizem-se pardos 11,7%. Os amarelos e os indígenas compõem apenas 0,3% da população (In: IBGE. Síntese dos Indicadores Sociais 2010. Tabela 8.1 - População total e respectiva distribuição percentual, por cor ou raça, segundo as Grandes Regiões, Unidades da Federação e Regiões Metropolitanas, 2009.

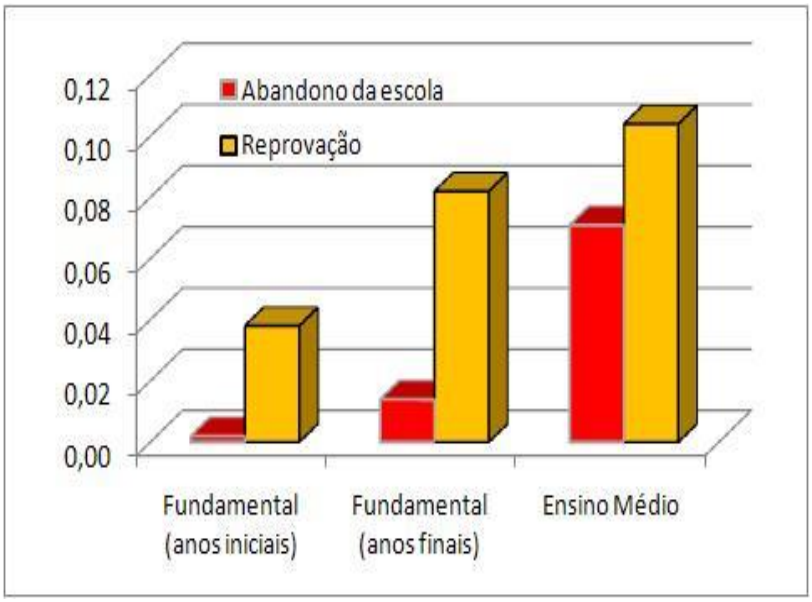


Figura 26. Percentual de estudantes que abandonam a escola e de estudantes que são reprovados, anos iniciais e finais do ensino fundamental e no ensino médio, Santa Catarina, 2010.
Fonte: Todos pela Educação. Números do Brasil. Disponível em: <www.todospelaeducacao.org.br/educacao-no-brasil/numeros-do-brasil/dados-por-estado/santa-catarina/>.

Tabela 7. Taxas de aprovação, abandono, evasão, promoção, repetência, reprovação e distorção idade-série, Santa Catarina, 2005 e 2010.

Taxas	Ensino Fundamental anos iniciais	Ensino Fundamental anos finais	Ensino Médio
Taxa distorção idade-série (2010)	11,10%	19,00%	16,40%
Região Sul (2010)	12,00%	23,80%	24,60%
Brasil (2010)	18,50%	29,60%	34,50%
Taxa de evasão (2005)	2,40%	12,90%	1,20%
Taxa de promoção (2005)	89,20%	78,40%	87,50%
Taxa de repetência (2005)	8,40%	8,70%	11,30%
Taxa de abandono (2010)	0,20%	1,40%	7,10%
Taxa de reprovação (2010)	3,80%	8,20%	10,40%
Taxa de aprovação (2011)	96,60%	92,40%	84,50%

Fonte: MEC/INEP/DTDIE, 2012, apud Todos pela Educação. Disponível em: <46eem://www.todospelaeducacao.org.br/educacao-no-brasil/numeros-do-brasil/dados-por-estado/santa-catarina/>.

3.4 Aspectos econômicos

Santa Catarina tem um bom desempenho agrícola, pecuário e na área da silvicultura. Porém, a indústria de transformação e a criação de suínos, que são outros importantes esteios de sua economia, recentemente, têm sofrido retração[49], que se soma a dificuldades mais antigas do setor têxtil.

Isto repercute na arrecadação pública e nas demandas de saúde. Contribuiu para o esvaziamento demográfico de algumas áreas, em função da migração aos municípios maiores, causando empobrecimento de pequenos municípios e gerando novos e complexos problemas urbanos nos municípios maiores.

Hoje, 84,4% da população brasileira é urbana. Em Santa Catarina este percentual é de 84%. Vários municípios pequenos diminuíram de população nos últimos anos, à custa de migrações para as cidades polos.

Para um Estado que tinha na agricultura familiar boa parte de sua produção, este dado impõe a necessidade de novas abordagens e nova visão. A perda dos referenciais do mundo agrícola e a inserção na vida urbana têm influência na forma de manifestação de sintomas, na sua interpretação cultural,

[49] O Estado de Santa Catarina apresentou variação em volume de -0,1% de seu PIB, acima da média brasileira, -0,3%, em 2009. Com valor estimado em R$ 129 806 milhões, passa a representar 4,0% do PIB brasileiro em 2009, perdendo 0,06 ponto percentual em relação a 2008 e passando a ocupar a oitava posição no *ranking* nacional em 2009 ante a sexta verificada em 2008. O PIB *per capita* do estado foi estimado em R$ 21 214,53, sendo o maior da Região Sul e o quarto maior do Brasil. A agropecuária do estado cresceu 3,5% em termos reais reflexo do crescimento, em volume, do valor adicionado bruto da agricultura, 5,2%, uma vez que a produção animal variou somente 0,7% em termos reais de 2008 a 2009. O resultado da produção agrícola do estado deve-se ao bom desempenho das atividades de outros produtos da lavoura temporária, 17,6%, e de silvicultura e exploração florestal, 12,7%. Na atividade da lavoura temporária o resultado foi impactado pelo incremento nas produções de fumo e cebola, que tiveram expansão de 7,4% e 20,5%, respectivamente. No caso da silvicultura e exploração florestal a expansão de 13,8% na produção do produto da silvicultura madeira em tora para papel e celulose foi a responsável pelo resultado alcançado nessa atividade. No que se refere à produção animal com volume de 0,7%, a atividade de Criação de bovinos, que representa cerca de 77,4% do valor adicionado bruto da pecuária e pesca, cresceu em volume 2,5%, enquanto a atividade de criação de suínos com 11,0% de participação, apresentou retração de 3,8% em relação a 2008.

Na indústria, com volume de -5,8% em seu valor adicionado bruto, somente a atividade da indústria extrativa apresentou resultado positivo no ano, 7,6%, impulsionado pelo crescimento em volume da atividade de extração de carvão mineral. A atividade da indústria de transformação representando quase 70,0% do setor industrial do estado e cerca de 5,4% da atividade nacional, fechou o ano com retração de 8,0% refletindo a queda nas produções de peças e acessórios para veículos automotores, -54,5%, Artigos de borracha e plástico, -21,2%, e máquinas e equipamentos, -12,2%. A Construção civil e a Produção e distribuição de eletricidade, gás, água e esgoto e limpeza urbana tiveram quedas de -1,2% e -1,6%, respectivamente. Com volume de 2,5% em 2009, a atividade de serviços respondeu por 59,0% da economia neste ano, um incremento de 1,5 ponto percentual de participação no valor adicionado bruto do estado. O Comércio e serviços de manutenção e reparação contribuíram com crescimento em volume de 2,5% e participaram com 16,7% do valor adicionado bruto estadual em 2009; o transporte, armazenagem e correio, acompanhando a evolução das atividades produtoras de bens, teve retração de 2,8%; e os serviços de Intermediação financeira, seguros e previdência complementar e serviços relacionados, crescimento em volume de 8,8%. (In: BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Contas Nacionais, nº. 35, 2011.** ISBN 978-85-240-4226-3. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/monografias/GEBIS%20-%20RJ/contasregionais/contas%20regionais%202005_2009.pdf>) .

na formulação das queixas levadas aos serviços de saúde e nas expectativas em torno deles.

A velocidade do aumento da população urbana ocorre, em Santa Catarina, de forma discretamente maior do que a do Brasil[50].

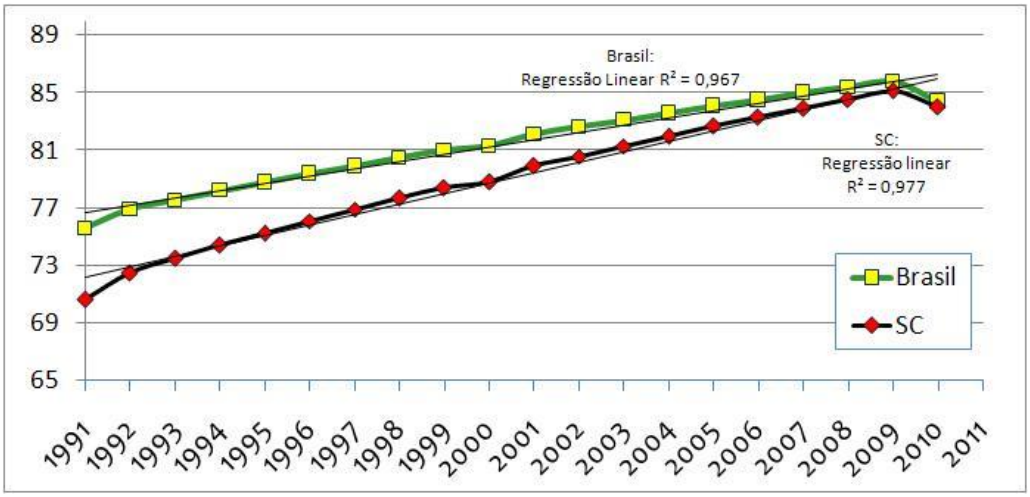


Figura 27. Tendência do percentual de população urbana, Brasil e Santa Catarina, 1991 a 2010.

Fonte: IBGE. Censos demográficos 1991, 2000 e 2010, contagem populacional (1996) e projeções e estimativas.

O índice de Gini[51] mede a concentração ou a distribuição da renda na população, sua disparidade e sua igualdade. Em 2011 o índice era 0,436. O índice de Gini catarinense sempre foi melhor do que o nacional, o qual, em 2011, foi de 0,543. Esta desconcentração de riquezas tem sido um elemento característico de Santa Catarina, e se liga a seu processo de formação econômica.

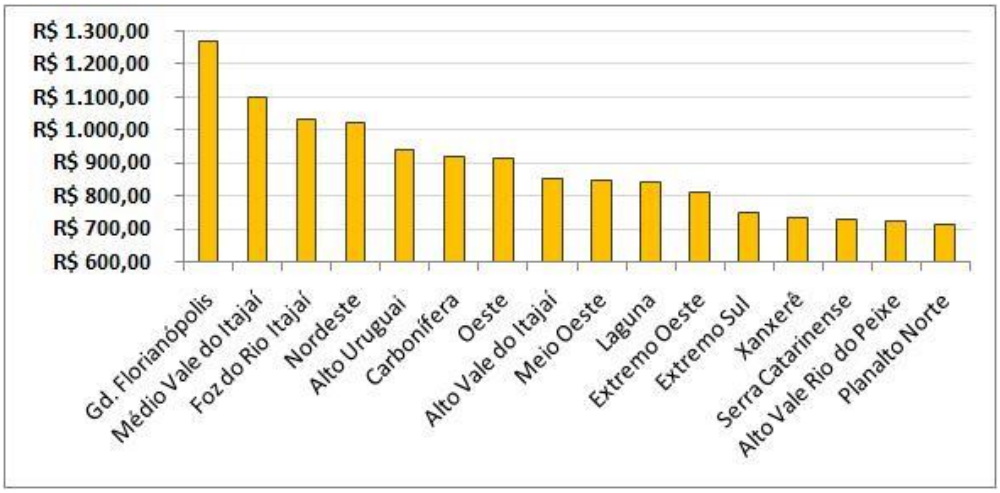


Figura 28. Renda média domiciliar per capita, por região de saúde, Santa Catarina, 2010.

Fonte: Datasus, 2013.

[50] A medida do grau de correlação é R^2=0,977, contra R^2=0,967.

[51] O coeficiente ou índice de Gini consiste em um número entre 0 e 1, onde 0 corresponde à completa igualdade de renda (onde todos têm a mesma renda) e 1 corresponde à completa desigualdade (onde uma pessoa tem toda a renda, e as demais nada têm). O índice de Gini é o coeficiente expresso em pontos percentuais (é igual ao coeficiente multiplicado por 100).

A renda média domiciliar *per capita* é maior na Região da Grande Florianópolis e tem bons níveis nas áreas industrializadas, especialmente em Blumenau, Itajaí, Joinville, Concórdia, Criciúma e Chapecó. É menor em toda a faixa do Contestado, de Lages ao Planalto Norte.

O Estado caracteriza-se por um produto interno bruto (PIB) acima da média brasileira. No ano de 2009, dos 293 municípios catarinenses, 20 concentraram 60,25% do PIB estadual: Joinville, Itajaí, Florianópolis, Blumenau, Jaraguá do Sul, Chapecó, São José, São Francisco do Sul, Criciúma, Brusque, Lages, Balneário Camboriú, Palhoça, Concórdia, Tubarão, São Bento do Sul, Videira, Guaramirim, Caçador e Rio do Sul[52].

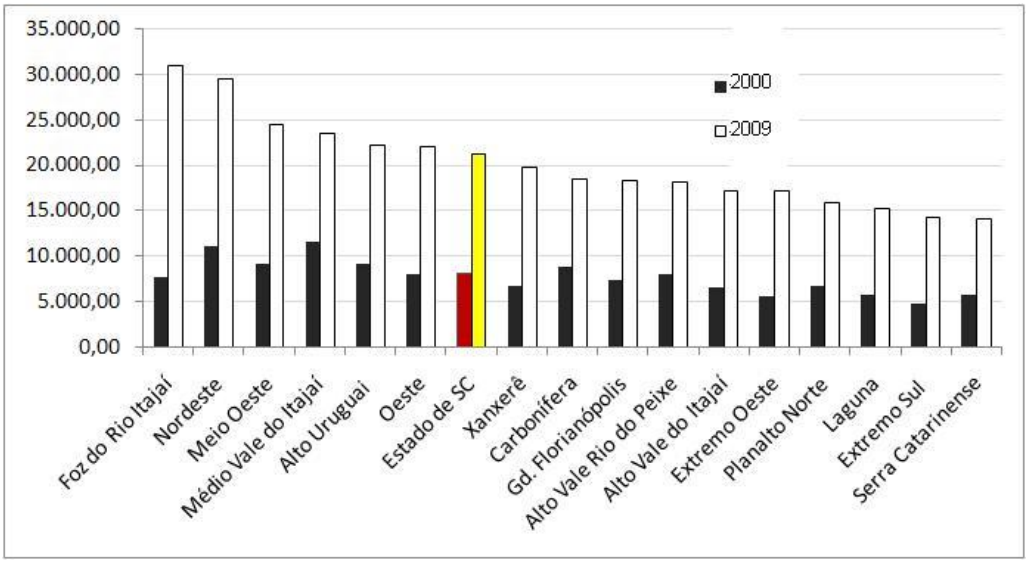


Figura 29. Comparação do PIB per capita, por Região de Saúde e no conjunto do Estado de Santa Catarina, entre os anos 2000 e 2009.
Fonte: IBGE, em parceria com os Órgãos Estaduais de Estatística, Secretarias Estaduais de Governo e Superintendência da Zona Franca de Manaus.

Três municípios detêm um quarto do PIB do estado (Joinville, Itajaí e Florianópolis). Onze municípios detêm metade.

O PIB catarinense tem se concentrado cada vez mais em três macrorregiões do Estado: a do Vale do Itajaí, a do Norte (Joinville) e a da Grande Florianópolis[53].

---

[52] Vinte municípios de Santa Catarina detém 60,25% do PIB estadual. **Economia Santa Catarina**, 15 dez 2011. Disponível em: <http://www.economiasc.com.br/index.php?cmd=mundo-corporativo&id=9209>.

[53] O Vale Itajaí é a região que responde pela maior fatia do PIB catarinense, atingindo 26,97% de participação em 2008. Conta com importantes indústrias, concentrando o pólo têxtil do estado – onde estão instaladas empresas como Hering, Teka e Buettner, além de possuir empresas importantes nos segmentos metal-mecânico e de alimentos, como a Bunge. O setor de serviços da região também ocupa posição destacada no cenário estadual, em particular na cidade de Itajaí, que se consolida como um dos mais importantes municípios do estado nesse segmento. Anote-se que nesta cidade está o principal porto de estado, que é também um dos maiores do Brasil em movimentação de contêineres. O forte aumento nas exportações catarinenses nos últimos anos tem garantido estímulo às atividades portuárias, o que provoca efeitos positivos na economia local. Recentemente a cidade de Itajaí tem se tornado também sede de grandes empresas, como a Seara alimentos – que tem um porto particular no município - e a Brasil Foods - gigante que agrega Sadia e Perdigão-, entre outras. (In: RODOLFO, Fabiano; TEIXEIRA, Felipe Wolk. **Santa Catarina: desigualdades regionais no contexto da política de descentralização**. Florianópolis: UNESC, 2010. Disponível em:

<http://www.apec.unesc.net/V_EEC/sessoes_tematicas/Economia%20regional%20e%20urbana/SANTA%20CATARINA%20DESIGUALDADES%20REGIONAIS%20NO%20CONTEXTO.pdf>).

Economistas creem haver, pois, uma tendência de agravamento da desigualdade no PIB entre os municípios catarinenses. As macrorregiões Oeste, Sul e Serra têm perdido espaço no PIB estadual, que ficou ainda mais concentrado nas macrorregiões Norte, Vale do Itajaí e Grande Florianópolis, já posicionadas como as mais dinâmicas do Estado ao longo dos anos 1990.

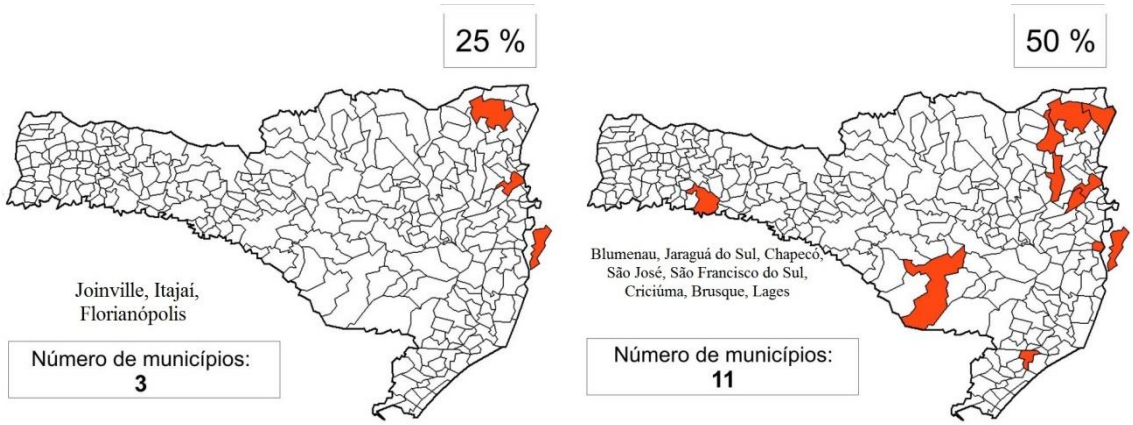


Figura 30. Participação dos municípios mais ricos no produto interno bruto (PIB), Santa Catarina, 2009.

Fontes: CEPA. Produto interno bruto nos municípios. Florianópolis: EPAGRI, 2009. Disponível em: <www.cepa.epagri.sc.gov.br/pib/apresentacao.htm>.
IBGE, 2009.

Em relação aos setores de atividade econômica, vê-se que o setor secundário (comércio) aumentou sua participação no PIB, em detrimento dos setores primário e terciário. O setor industrial apresentou ainda, no período entre 1999 e 2008, uma clara tendência a desconcentração, estando mais bem distribuído entre os municípios catarinenses. Já nos setores agropecuário e de serviços, o movimento é de concentração.

O produto interno bruto (PIB) catarinense ainda se encontra, pois, bem melhor distribuído entre os seus municípios que o correspondente nacional. Mesmo assim, tem-se observado alguma concentração nas últimas duas décadas, em algumas regiões, em detrimento de outras[54].

[54] MATTEI, Lauro; RODOLFO, Fabiano; TEIXEIRA, Felipe Wolk. Economia catarinense: crescimento com desigualdades e concentração regional e setorial. **Revista NECAT**, Ano 1, nº 1, Jan-Abril de 2012. Disponível em:<http://www.corecon-sc.org.br/site/upload/download/Revista_NECAT1.pdf>.

3.5 Desenvolvimento humano, atividade industrial e emprego

O índice de desenvolvimento humano (IDH), calculado por metodologia do PNUD[55], é alto em Santa Catarina: chega a 0,84. Entre as unidades federativas do Brasil, somente o Distrito Federal tem um índice maior (0,87) que o catarinense[56].

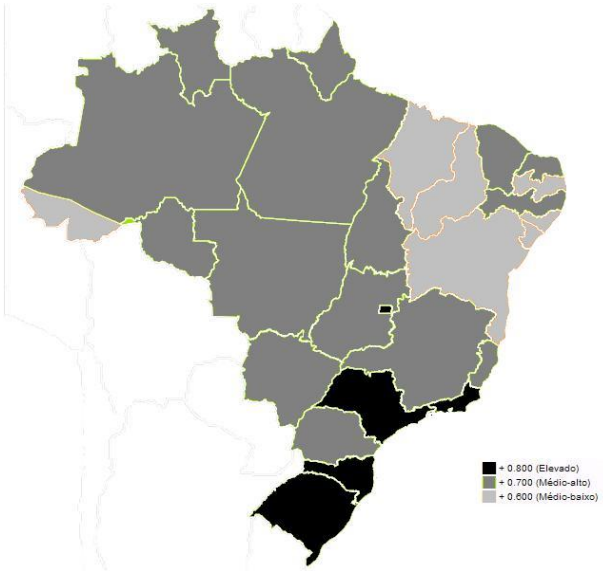


Figura 31. Índice de desenvolvimento humano (IDH) por estado, Brasil, 2011. Em preto: ≥0,800 (elevado); em cinza escuro: ≤0,700 (médio-alto); em cinza claro: ≤0,600 (médio-baixo).
Fonte: IBGE, 2011.

Dentre as principais atividades industriais existentes em Santa Catarina, destacam-se:

a) Metalmecânica: presente no Norte catarinense, particularmente em Joinville e Jaraguá do Sul. Entre as divisões da indústria que compõem essa atividade estão a fabricação de máquinas e equipamentos, a fabricação de máquinas, aparelhos e materiais elétricos, a fabricação de produtos de metal, entre outras.

b) Têxtil e vestuário: presente no Vale do Itajaí, em particular no entorno da cidade de Blumenau. Aparece também em outras regiões do estado, sendo a indústria de vestuário uma atividade relevante também para a economia do Sul catarinense.

c) Alimentos: forte no oeste catarinense, que cresceu impulsionada pela relação de integração entre agricultores e grandes agroindústrias. Seu principal componente é a indústria de carnes, que conta com importantes empresas com projeção nacional e internacional.

d) Minerais não metálicos: representada pela produção de revestimentos cerâmicos de alta qualidade, cujo principal polo se localiza no sul do Estado.

---

[55] Esta lista inclui os estados sob o calculo do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). O PNUD é o órgão oficial da ONU que anualmente publica o Relatório do Desenvolvimento, onde estima o IDH de todos os demais países membros da ONU.

[56] O IDH combina três dimensões: uma vida longa e saudável (expectativa de vida ao nascer), acesso ao conhecimento (anos médios de estudo e anos esperados de escolaridade), um padrão de vida decente (PIB (PPC) per capita). O índice varia de zero até 1, sendo considerado **baixo**, entre 0 e 0,499, **médio**, de 0,500 a 0,799 e **alto**, quando maior ou igual a 0,800.

e) Plásticos: também concentrada no sul do estado, embora conte com unidades produtivas relevantes dispostas por várias regiões do estado.

f) Papel e celulose: na região do Planalto Serrano.

g) Moveleira, também presente no Norte catarinense, mas com predomínio nas cidades de São Bento do Sul e Rio Negrinho.

Deve-se considerar, ainda, que em diversos segmentos industriais, o estado possui indústrias que se encontram fora desses eixos de concentração, em áreas próximas ou mesmo dispersas em uma abrangência mais ampla[57].

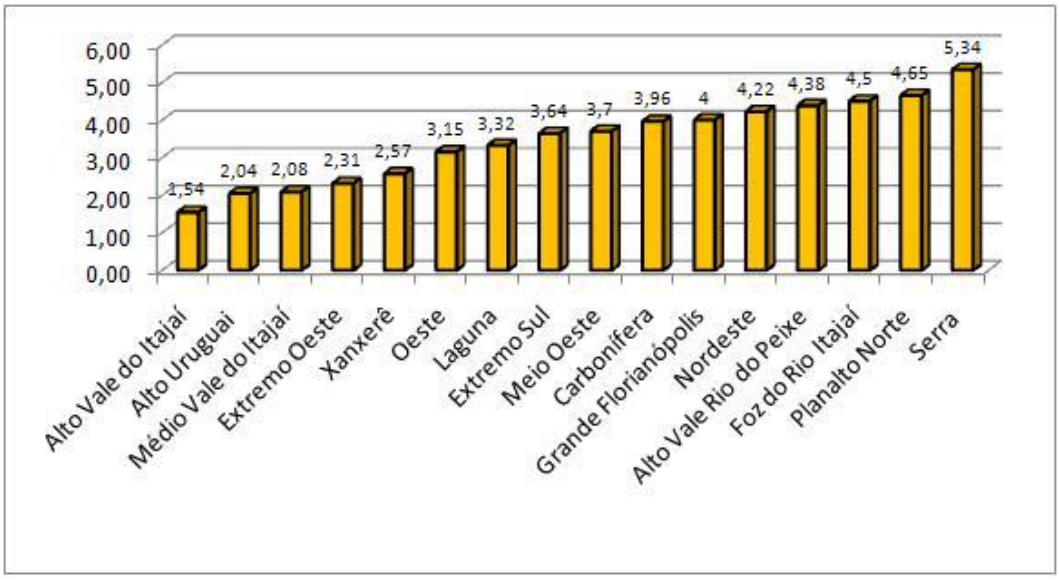


Figura 32. Taxa de desemprego nas regiões de saúde de Santa Catarina, 2010.
Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação, a partir de: Datasus, 2013.

A taxa de desemprego representa o percentual da população de 16 anos e mais, desocupada, dentre a população economicamente ativa. Compreende um potencial de mão de obra com que o setor produtivo pode contar.

No Brasil a taxa de desemprego, que em 2003 era de 12,4%, vem caindo paulatinamente, chegando a 6,7% em 2010 e a 6% em 2011. Em Santa Catarina este coeficiente, em todas as regiões, tem sido menor do que o brasileiro.

As regiões do Planalto Norte e da Serra Catarinense são as que apresentam as maiores taxas de desemprego.

Regiões ricas, como a da Foz do Itajaí, a Nordeste e a Grande Florianópolis atraem mais pessoas em busca de emprego do que podem assimilar.

Daí o paradoxo destas regiões: apesar de terem, globalmente, melhores níveis de renda, apresentam massas periféricas desocupadas e enfrentando dificuldades para encontrar trabalho.

As oscilações dos índices de desemprego acompanharam fases próprias da economia nacional e de variações econômicas regionais, na agricultura, na indústria e no processo de migração rural e de urbanização. A tabela seguinte mostra tais variações em três cortes, nas décadas de 1990, 2000 e 2010.

[57] MATTEI et al., 2012.

Tabela 7. Taxa de desemprego por região de saúde, Santa Catarina, anos de 1991, 2000 e 2010.

Região de Saúde	1991	2000	2010
Extremo Oeste	1,09	4,55	2,31
Xanxerê	1,75	7,96	2,57
Oeste	2,55	7,31	3,15
Alto Vale do Itajaí	1,49	4,99	1,54
Foz do Rio Itajaí	4,16	12,29	4,5
Médio Vale do Itajaí	3,75	7,66	2,08
Grande Florianópolis	3,83	11,21	4
Meio Oeste	2,84	7,92	3,7
Alto Vale Rio do Peixe	3,25	8,68	4,38
Alto Uruguai Catarinense	1,51	5,39	2,04
Nordeste	5,63	13,08	4,22
Planalto Norte	3,81	10,07	4,65
Serra Catarinense	4,52	12,55	5,34
Extremo Sul	2,74	9,54	3,64
Carbonífera	4,42	10,32	3,96
Laguna	4,85	9,88	3,32

Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação, a partir de: DATASUS, 2013.

3.6 Áreas Indígenas

A população indígena residente em Santa Catarina, em 2012, compunha-se por 9.762 pessoas, divididas em cinco grupos: Guarani, Guarani M'Bya, Guarani Nhandeva, Kaingáng e Xokleng.

Os indígenas compõem 0,16% da população catarinense e 1,65% da população geral nas areas adscritas pelos pólos base. Na distribuição da população indígena por município, verifica-se que Ipuaçu e Entre Rios, municípios da Região de Saúde de Xanxerê, apresentam os maiores percentuais de representatividade populacional do município: 59,01% da população em Ipuaçú e 38,17% em Entre Rios.

O polo base de maior concentração populacional indígena é o da Reserva Xapecó[58], no município de Ipuaçu, Região de Saúde de Xanxerê. Nas terras indígenas vigora um subsistema de saúde, subsidiário do SUS.

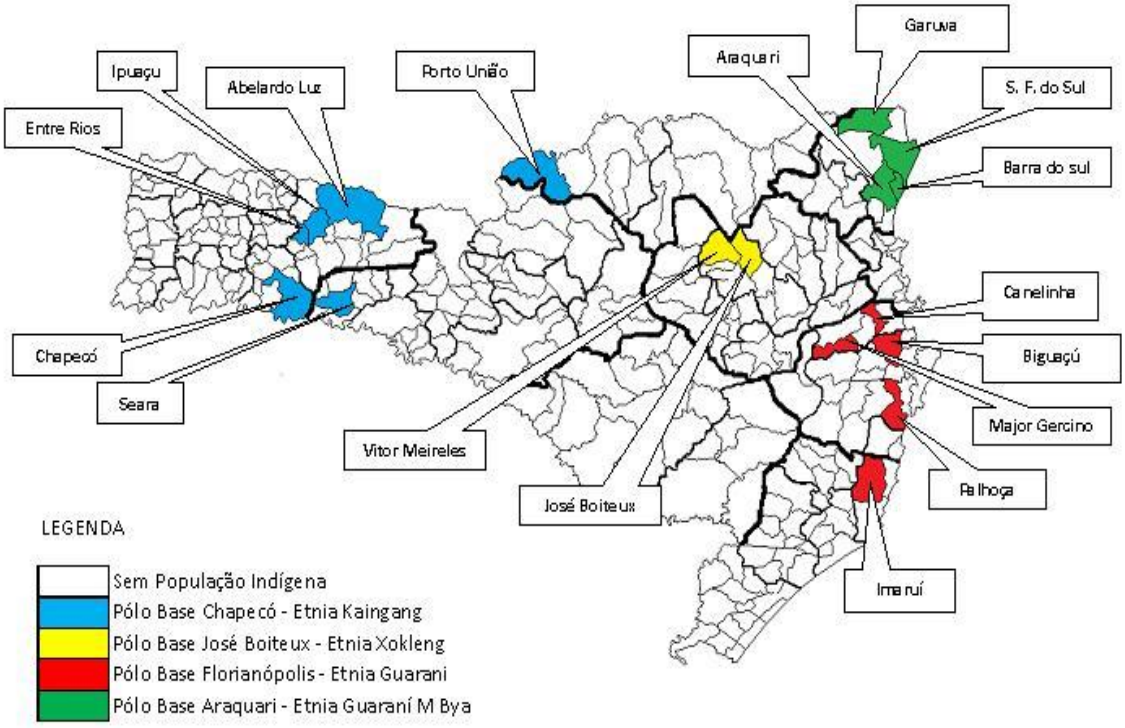


Figura 33. Municípios que abrigam áreas de concentração indígenas, Santa Catarina, 2012.

Fonte: Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina, a partir de DSEI/ Interior Sul/ SC / SESAI/MS, 2012.

Várias modificações, nas últimas três décadas, em especial desde 1999, ocorreram nas políticas de atendimento em saúde aos indígenas. Pode-se dizer que tais políticas ainda estão em fase de construção, de implementação, de ajuste e de amadurecimento. Os operadores de saúde mental têm como desafio conhecer e compor com os saberes tradicionais de diferentes etnias.

[58] A grafia com x, supostamente de origem kaingang, é utilizada para a reserva, contrapondo-se à grafia com ch, que fixou-se no nome do município original, do qual se desmembraram praticamente todos os municípios que hoje compõem as regiões do Oeste e do Extremo Oeste Catarinenses.

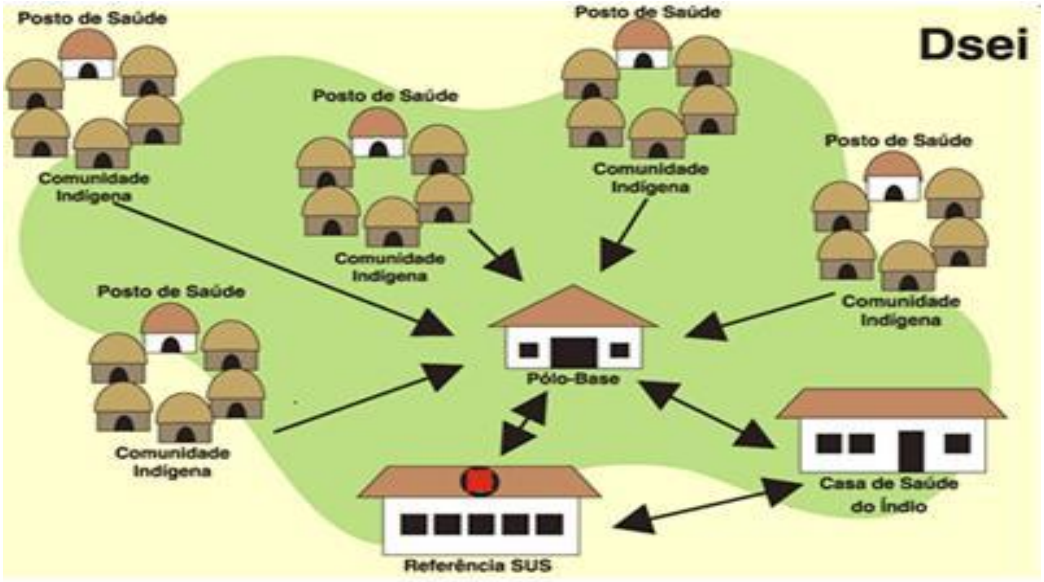


Figura 34. Característica do distrito sanitário indígena (DSEI), no subsistema de saúde indígena, com postos nas comunidades, referindo antes ao polo-base, e de lá ao SUS.
Fonte: FUNASA, 2002.

O Ministério da Saúde vem aperfeiçoando o formato do subsistema de saúde indígena, através da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). A Portaria nº 2.759, de 25 de outubro de 2007, do Ministério da Saúde, estabelece as diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas e cria seu comitê gestor nacional[59].

Há indícios de que precárias situações de saneamento convivem com uma tendência de aumento exagerado do consumo de serviços de saúde entre indígenas catarinenses[60].

A Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina organizou uma proposta de integração da atenção à saúde indígena ao SUS em 2006, que orienta fluxos gerais de encaminhamento[61].

Em todo o Brasil observa-se uma dificuldade do sistema de saúde para abordar algumas das vulnerabilidades dos povos indígenas, entre as quais sua evidenciada predisposição a sofrer graves efeitos do uso de bebidas

[59] BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.759**, de 25 de outubro de 2007. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-2759.htm>.

[60] DIEHL, Eliana E.. Agravos na saúde Kaingáng (Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina) e a estrutura dos serviços de atenção biomédica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, Mar. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000200019&lng=en&nrm=iso>.

[61] SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Atenção à Saúde da População Indígena: uma proposta de integração ao Sistema Único de Saúde em Santa Catarina.** Florianópolis: SES, 2006. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_indigena/PLANO%20ESTADUAL%20DE%20ATEN%C3%87%C3%83O%20%C3%80%20SA%C3%9ADE%20IND%C3%8DGENA%20vers%C3%A3o%20abril%202006.pdf >.

alcoólicas[62]. O alcoolismo, historicamente, tem sido um dos problemas mais prevalentes entre os indígenas[63].

Manuais voltados às especificidades deste trabalho ainda estão em aprimoramento no Brasil[64], inclusive para as crianças[65], mostrando que há interesse intersetorial[66], a partir das bases para uma política nacional de saúde indígena[67].

Os profissionais dedicados a trabalhar a saúde mental indígena precisar-se-ão valer de dados e métodos da antropologia, da psicologia cultural, da epidemiologia e da etnopsiquiatria, com ênfase na promoção à saúde, prevenção, intervenção e redução de danos integrados à cultura indígena. Dever-se-ão familiarizar com a estratégia do Ministério da Saúde de enfrentamento ao consumo de álcool e outras substâncias psicoativas e com as questões do acesso ao atendimento em saúde mental, respeitando as especificidades destas populações[68].

---

[62] LANGDON, E.J. O que beber, como beber e quando beber: o contexto sociocultural no alcoolismo entre as populações indígenas. **Seminário sobre Alcoolismo e DST/AIDS entre os Povos Indígenas**, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST e AIDS. Brasília, 2001.

SOUZA, M.L.P. e GARNELO, L. Desconstruindo o alcoolismo: notas a partir da construção do objeto de pesquisa no contexto indígena. **Revista Latinoamericana Psicopat.Fund**, IX, 2, 279-292, jun/2006.

[63] GUIMARAES, Liliana A. M.; GRUBITS, Sonia. Alcoolismo e violência em etnias indígenas: uma visão crítica da situação brasileira. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, Apr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822007000100007&lng=en&nrm=iso>.

GRUBITS, Sônia; NORIEGA, José A. Vera; FREIRA, Heloísa B. G.; GUIMARÃES, Liliana. Problemática do alcoolismo nos grupos indígenas. **Anais XV ENABRAPSO**. Disponível em: <http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/545.%20problem%C1tica%20do%20alcoolismo%20nos%20grupos%20ind%CDgenas.pdf>.

RAMON, Paulo Caldas Ribeiro; FAUSTINO, Rosângela Célia. O alcoolismo entre jovens indígenas: estudo de uma comunidade kaingáng no Paraná. **X CONPE**. Disponível em: <http://www.cedes.ufsc.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/366/alcoolismo%20Paulo%20Ribeiro%20Rede%20CEDES.PDF?sequence=1 >.

SOUZA, Juberti Antônio. Alcoolismo. Atualização. **Seminário sobre Alcoolismo e DST/AIDS entre os povos indígenas**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/57seminario_alcoolismo.pdf>.

[64] BRASIL. Ministério Público Federa. **Manual de Atuação Saúde Indígena**. Grupo de Trabalho Saúde Indígena. Brasília: 6ª CCR/MPF. Disponível em: <http://6ccr.pgr.mpf.gov.br/institucional/grupos-de-trabalho/saude/docs_manual_de_atuacao/Manual_Saude_Indigena_Final_1.pdf> .

[65] BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de atenção à saúde da criança indígena brasileira** / Renato Minoru Yamamoto (organizador); promovido pela Sociedade Brasileira de Pediatria. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Mnl_Criancas.pdf>

[66] GARNELO, Luiza; PONTES, Ana Lúcia (Org.). **Saúde Indígena**: uma introdução ao tema. Brasília: MEC-SECADI, 2012. Disponível em: <http://www.trilhasdeconhecimentos.etc.br/livros/arquivos/ColET15_Vias05WEB.pdf >.

[67] BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2ª edição - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf>.

[68] STOCK, Bianca Sordi. Os povos indígenas e a política de saúde: composição simétrica de saberes para a construção do presente. **Cadernos IHU Ideias**. ano 9, nº 145, 2011 (ISSN 1679-0316). São Leopoldo: Univ. do Vale do Rio dos Sinos. Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/images/stories/cadernos/ideias/145cadernosihuideias.pdf>.

O debate, no nível de gestão, ainda é preliminar. É considerável a posição de alguns gestores de municípios contendo populações indígenas aculturadas, afirmando que os índios estão completamente integrados ao sistema de saúde geral, sem apresentarem reivindicações ou particularidades que os diferenciem do conjunto da população.

Por outro lado, é necessária uma abordagem, levando em conta as peculiaridades reais encontradas em cada região, sem desprezar as seguintes reflexões, levantadas por Mendonça[69]:

a) Qual é a linguagem e a referência cultural que se propõe para a abordagem destes casos?
b) Como não medicalizar e institucionalizar ainda mais estes casos?
c) Como não criar mais uma ruptura, mais uma desagregação no tecido social destes povos?
d) Há valor em fortalecer as práticas de cura tradicionais? Como?
e) Como criar estratégias que lidem e valorizem o coletivo e a coesão?
f) Como estruturar serviços de referência culturalmente sensíveis para lidar com esta questão?
g) Como capacitar e potencializar as equipes locais para ações de prevenção, vigilância e a abordagem terapêutica destes casos?

[69] MENDONÇA, Sofia. **A saúde mental e os povos indígenas**: reflexões e práticas no contexto do Programa de Saúde da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM/UNIFESP) no Parque Indígena do Xingu. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/indigenassofiamendonca.pdf>.

4 O Mapa da Saúde Mental de Santa Catarina

4.1 Estimativa da demanda

Estudos internacionais mostram que aproximadamente um quarto da população manifesta, em algum momento, queixas ou sintomas transitórios, de ordem emocional ou psíquica[70]. Muitas vezes tais percepções são levadas aos serviços de saúde. Cerca de 10% da população apresentam queixas que geram, na rede básica, algum tipo de intervenção por profissionais da saúde. Em serviços básicos bem organizados e bem supridos de recursos humanos, 1% da população adscrita em seu território receberá encaminhamento tratamento especializado em saúde mental. Este percentual cresce na medida em que há despreparo, déficit de técnicos, ou falta de condições de trabalho na atenção básica. Se bem abordados, apenas 0,2% exigirão tecnologias psiquiátricas mais densas, entre as quais a internação hospitalar.

Figura 35. Filtros de Goldberg com os percentuais estimados de queixas psiquiátricas e seus encaminhamentos na rede de saúde pública.

Fontes: Comissão Médica Estadual de Regulação, GECOR, SUR, SES / SC. 2013, a partir de : SANTOS, Ana Isabel Monteiro; VITORINO, Humberto Manuel Neves. A Saúde Mental em Cuidados de Saúde Primários. Coimbra: Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, 2009.

[70] Vide:

GOLDBERG, D. (1995) Epidemiology of mental disorders in primary care settings. **Epidemiologic Reviews**, 17, 182 -190.

GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. *(*1980*)* **Mental Illness in the Community**: The Pathway to Psychiatric Care. London: Tavistock Publication.

O'SULLIVAN, T., COTTON, A. & SCOTT, A. (2005) Goldberg and Huxley's model revisited. **Psychiatric Bulletin**, 29, 116.

Há também cálculos levando a esperar que 24 pessoas, entre cada mil habitantes, venham a apresentar queixas na área da saúde mental graves a ponto de necessitar de seguimento especializado (2,4%) e 0,06% venha precisar, temporariamente, de tratamentos de maior densidade.

Figura 36. Casos por mil habitantes que se pode esperar anualmente, na comunidade, entrando no serviço de saúde da família.
Fontes : Comissão Médica Estadual de Regulação, GECOR, SUR, SES / SC. 2013, a partir de : RETOLAZA, Ander. Trastornos mentales comunes. Manual de orientación. Madrid: Assoc. Española de Neuropsiquiatria, Latorre Literária, 2009. Disponível em: <59eem://www.osalde.org/drupal-5.1/files/Documentos/Trastornos-Mentales-Comunes-Manual-de-Orientacion.pdf>;

A prevalência de tais sintomas foi estimada segundo as caracterizações compatíveis com a codificação internacional, da OMS, em percentuais, calculados a partir de estudos epidemiológicos brasileiros e internacionais[71], como se vê na tabela seguinte.

[71] TEIXEIRA, Mário Aurélio Aguiar. **Estudo de Morbidade Psiquiátrica** em Duas Localidades da Ilha de Santa Catarina (Florianópolis).(Tese). São Paulo: Escola Paulista de Medicina. São Paulo (UFSP), 1998.

ALMEIDA FILHO N.; MARI, J,J,; COUTINHO. E;; FRANÇA, J.F.; FERNADES, J.G.; ANDREOLI, S.B. et al. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). **Rev ABP-APAL**. 1992;14(3):93-104.

ALMEIDA FILHO N.; MARI, J,J,; COUTINHO. E;; FRANÇA, J.F.; FERNADES, J.G.; ANDREOLI, S.B., et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity: methodological features and prevalence estimates. **Br J Psychiatric**. 1997;171:524-9.

ANDRADE, L.; WALTERS, E.F.; GENTIL, V.; LAURENTI, R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**. 2002;37:316-25.

DE LIMA M.S.; HOTOPT, M.; MARI, J.J.; BÉRIA, J.U.; DE BASTOS, A.B.; MANN, A. Psychiatric disorder and the use of benzodiazepines: in example of the inverse care law from Brazil. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**. 1999;34:316-22.

GOLDBERG, D; HUXLEY, P. **Common Mental Disorders**. A Bio-Social Model. Londres: Routledge, 1992.

GOLDBERG, D; HUXLEY, P. **Mental Illness in the Community**. Londres: Tavistock, 1980.

BLAY, S.L. Revisão e crítica da metodologia dos estudos sobre epidemiologia dos distúrbios psiquiátricos na população idosa . **Rev ABP-APAL** *11*: 1-9, 1989.

LEBRAO, Maria Lúcia; LAURENTI, Rui. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 8, n. 2, Jun 2005 . Disponível em:

Tabela 8. Estimativa do percentual de prevalência dos transtornos mentais e comportamentais, segundo categorias nosológicas, na população de Santa Catarina, 2013.

Código (CID-10)	Categorização dos Sintomas	%
F1	Por uso de substâncias psicoativas	4
F0, F2	Psicoses (orgânicas e funcionais)	1
F3	Sintomas afetivos	7
F4	Transtornos neuróticos	8
F5-F9	Outros	3
F0-F9	Total	23

Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação. GECOR. SUR. SES/SC, 2013.

Estima-se que, em um ano, cerca de um milhão e meio de habitantes de Santa Catarina venha a se queixar, em algum momento, temporariamente, de sintomas relacionados a alguma categoria de transtornos psiquiátricos. Boa parte deles levará estas queixas às equipes de saúde da família, na rede de atenção primária.

Tabela 10 . Estimativa da prevalência anual de sintomas de transtornos mentais e do comportamento, por categoria diagnóstica (segundo a CID-10), segundo a Região de Saúde, Santa Catarina, 2013.

Região de Saúde	F1 (drogas*)	F0, F2 (psicoses**)	F3 (afetivas)	F4 (neuroses)	F5-F9 (outros)	Total F0-F9
Grande Florianópolis	40.643	10.162	71.130	81.294	30.482	233.710
Nordeste	35.773	8.944	62.600	71.542	26.829	205.686
Médio Vale do Itajaí	27.447	6.863	48.034	54.894	20.587	157.821
Foz do Itajaí	23.198	5.799	40.596	46.397	17.399	133.389
Carbonífera	16.342	4.087	28.601	32.686	12.256	133.389
Planalto Norte	14.303	3.576	25.031	28.605	10.726	93.973
Laguna	13.980	3.496	24.465	27.961	10.483	82.241
Oeste	13.028	3.259	22.800	26.057	9.771	80.384
Serra Catarinense	11.445	2.861	20.026	22.885	8.581	65.801
Alto Vale Rio Peixe	11.086	2.773	19.397	22.169	8.314	74.911
Alto Vale do Itajaí	10.937	2.738	19.144	21.876	8.205	63.739
Extremo Oeste	8.985	2.247	15.724	17.968	6.741	62.901
Xanxerê	7.627	1.906	13.346	15.254	5.719	51.661
Extremo Sul	7.357	1.840	12.873	14.714	5.519	43.850
Meio Oeste	7.263	1.814	12.705	14.520	5.443	42.304
Alto Uruguai	5.705	1.428	9.984	11.410	4.281	41.752
Santa Catarina	255.119	63.793	446.456	510.232	191.336	1.567.512

*Substâncias psicoativas. **Orgânicas (exógenas, degenerativas e traumáticas) e funcionais (endógenas).
Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação. GECOR. SUR. SES/SC, 2013. IBGE, 2012.

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000200005&lng=en&nrm=iso>.

4.2 A mortalidade decorrente do uso de drogas

Ao longo da década de 2001 a 2010 foram registradas 1.980 mortes por abuso de substâncias psicoativas em Santa Catarina. Destas, apenas 336 foram decorrentes de outras drogas que não o álcool. O álcool etílico foi, pois a causa de 1.544 mortes, em 10 anos. Os registros, a partir de 1997, mostram um incremento de tais óbitos, de forma absoluta, progressivamente mais acentuado no caso do álcool do que das outras drogas[72].

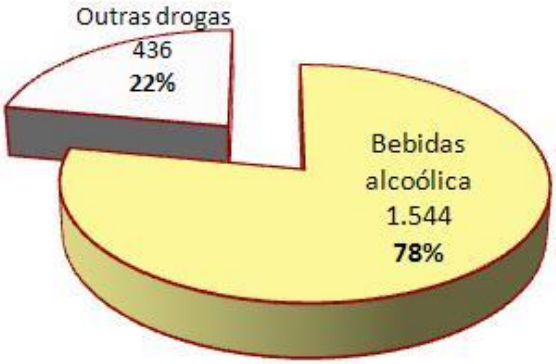


Figura 37. Número absoluto e relativo de óbitos relacionados ao abuso de álcool e de outras drogas, Santa Catarina, década de 2001 a 2010.
Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, 2013.

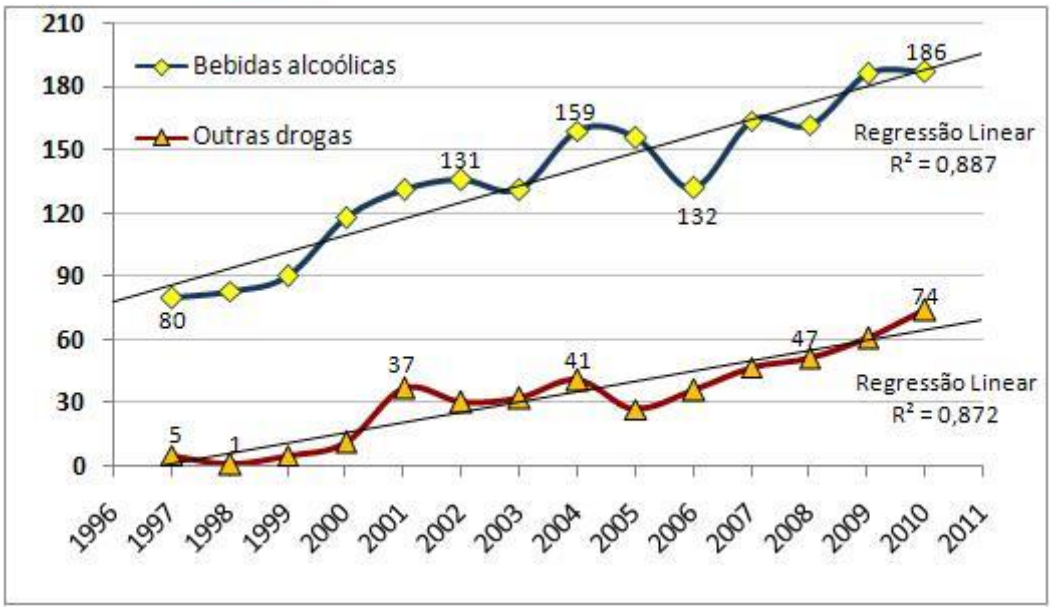


Figura 38. Tendência dos óbitos anuais por abuso de álcool etílico e de outras drogas, em Santa Catarina, de 1997 a 2010[73].
Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação. GECOR. SUR. SES/SC, 2013, a partir de : MS/SVS/DASIS – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, 2013.

Ao longo de toda a série histórica de 1996 a 2010, a faixa em que os óbitos mais ocorreram foi a dos 40 aos 49 anos, exceto no último ano da série,

[72] As outras drogas incluem as tradicionais (maconha, cocaína, etc. e psicotrópicos legais), o crack e as sintéticas (ecstasy [MDMA], anfetaminas e derivados, feniletilamina, derivados da catinona, canabinoides sintéticos, LSD, etc.).

[73] O conceito estatístico de "grau de correlação", na regressão linear, é forte quando R^2 é $\leq$0,9. É moderado quando vai de 0,7 até 0,9. É fraco quando é inferior a 0,7. No caso, a correlação é moderada forte, pela proximidade com 0,9. Arredondando, para o álcool a correlação foi 0,89 e para as outras drogas 0,87, o que coloca o álcool numa correlação mais forte.

no qual cedeu lugar à faixa dos 50 aos 59 anos. Na faixa dos 40 aos 49 anos ocorreram aproximadamente 32% dos óbitos causados por drogas, na sua maior parte pelo álcool. Na faixa dos 50 aos 59, ocorreram 24%. Na dos 30 aos 39 anos, ocorreram 19%. Nas dos 60 aos 67 anos, 15%. Todas as outras faixas somaram cerca de 10%. Portanto, como regra, mais da metade dos usuários pesados de drogas vai deteriorando sua saúde aos poucos, para falecer na quarta e na quinta décadas da vida. Aparentemente a faixa dos 50 aos 59 anos vem se tornando mais proeminente, a partir de 2007, o que pode representar uma maior assistência de saúde aos alcoolistas, prolongando sua vida, apesar de eles continuarem usando a droga[74].

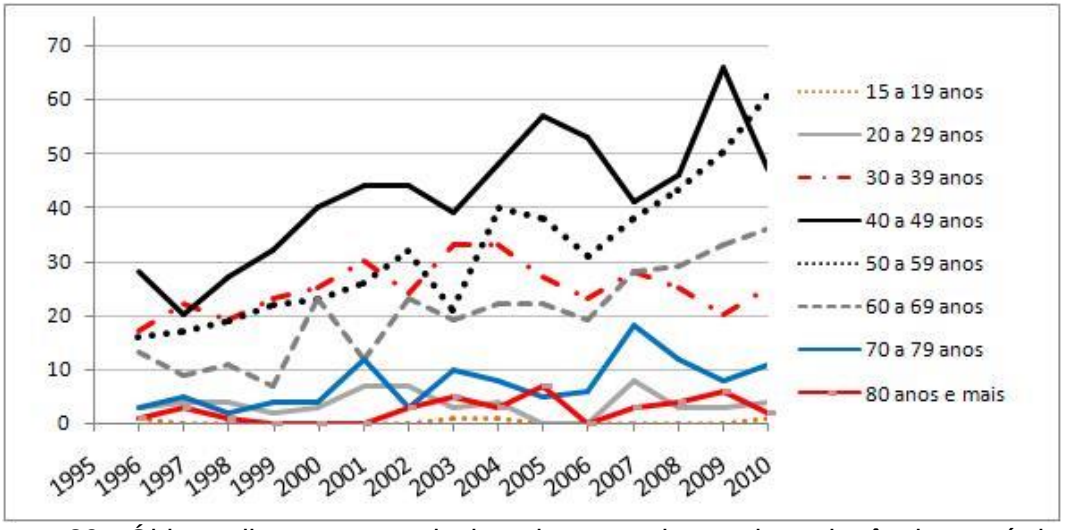


Figura 39. Óbitos diretamente relacionados ao abuso de substâncias químicas, segundo faixas etárias, Santa Catarina, 1995 a 2010.
Fonte: Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação. GECOR. SUR. SES/SC, 2013, a partir de : MS/SVS/DASIS – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, 2013.

Diferentemente do que o senso comum poderia esperar, os óbitos por doenças crônicas diretamente resultantes do abuso de substâncias psicoativas quase não acontecem entre jovens.

Contudo, há mortes relacionadas ao abuso agudo, de forma indireta. Muitos jovens usuários morrem por acidentes, especialmente os de trânsito. Outros morrem assassinados, no meio agressivo em que as drogas são negociadas. Outros, ainda, morrem no convívio violento, sob embriaguez, com parceiros de contravenção, com colegas consumidores de drogas, ou em conflitos familiares e sociais. Estes óbitos não se contabilizam, nas estatísticas, quanto à sua relação com as substâncias psicoativas, pois são registrados como mortes de causa externa, por acidente ou por homicídio.

[74] Em 2010 a faixa dos 50 aos 59 anos protagonizou 33% dos casos. A faixa dos 40 aos 49 anos representou 25%. Na ordem, para 2010, vem, respectivamente, as faixas dos 60 aos 79, com 19%. A dos 30 aos 39, com 13%. As mais jovens estão abaixo.

4.3 Epidemiologia das internações hospitalares por transtornos psiquiátricos

4.3.1 O volume e a distribuição das internações por causas psiquiátricas

Em Santa Catarina cerca de 3,6% das internações hospitalares são em função de diagnósticos psiquiátricos.

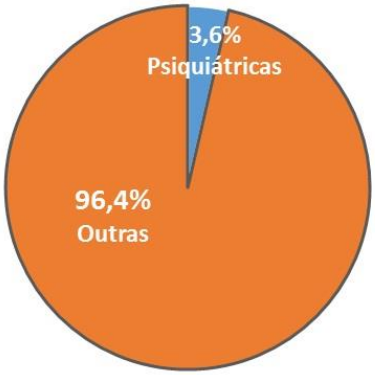


Figura 40. Percentual de internações para a especialidade psiquiátrica, no conjunto da morbidade hospitalar do SUS, Santa Catarina, 2012.
Fonte: DATASUS, 2012.

No ano de 2012 o Sistema Único de Saúde ocorreram 13.412 internações hospitalares de habitantes de Santa Catarina, pelo SUS, na área da saúde mental.

Tabela 9. Número de internações hospitalares segundo a procedência do usuário, em todas as especialidades médicas e na psiquiátrica, SUS, Santa Catarina, 2012.

Região de Saúde	Todas	Só psiquiátricas
Extremo Oeste	16.816	467
Xanxerê	14.791	399
Oeste	22.209	519
Alto Uruguai Catarinense	10.289	532
Meio Oeste	12.542	997
Alto Vale do Rio do Peixe	19.986	1.020
Foz do Rio Itajaí	32.483	275
Alto Vale do Itajaí	18.835	799
Médio Vale do Itajaí	41.463	581
Grande Florianópolis	56.971	2.560
Laguna	23.795	1.007
Carbonífera	26.499	1.263
Extremo Sul Catarinense	12.704	493
Nordeste	49.253	700
Planalto Norte	24.402	451
Serra Catarinense	21.545	1.349
Estado de Santa Catarina	404.583	13.412

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2013.

A Grande Florianópolis, a Serra Catarinense e a Carbonífera foram as regiões de saúde com maior volume (e maior percentual) de internações psiquiátricas entre as regiões.

O fenômeno mostra como as regiões da Grande Florianópolis e Carbonífera têm grande parte de seus sistemas de saúde montados sobre a figura do hospital especializado.

Estas duas regiões são as únicas que contam com hospitais psiquiátricos especializados. São duas instituições tradicionais: o Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (sucessor do antigo Hospital Colônia Sant'Anna, criado por Getúlio Vargas), em São José, e a Casa de Saúde Rio Maina (estabelecimento privado e contratualizado com o SUS), em Criciúma. Para alguns municípios destas regiões o hospital funciona, ainda, como vasta porta de entrada para o sistema e como alternativa de tratamento mais acessível. Há resistências culturais da população a mudanças em relação a esta porta de entrada.

Tabela 10. Número absoluto e relativo de internações psiquiátricas, por região de saúde, segundo o local de residência do utente, Santa Catarina, anos de 2011 e 2012.

Região de Saúde	2011		2012		
	N.	%	N.	%	
Foz do Rio Itajaí	271	2,1	275	2,1	2 a 4%
Xanxerê	362	2,7	399	3,0	
Planalto Norte	425	3,2	451	3,4	
Extremo Oeste	474	3,6	467	3,5	
Extremo Sul Catarinense	456	3,5	493	3,7	
Oeste	456	3,5	519	3,9	
Alto Uruguai Catarinense	529	4	532	4,0	
Médio Vale do Itajaí	543	4,1	581	4,3	
Nordeste	727	5,5	700	5,2	5 a 8%
Alto Vale do Itajaí	815	6,2	799	6,0	
Meio Oeste	911	6,9	997	7,4	
Laguna	1.030	7,8	1.007	7,5	
Alto Rio do Peixe	935	7,1	1.020	7,6	
Carbonífera	1.264	9,6	1.263	9,4	9 a 20%
Serra Catarinense	1.362	10,3	1.349	10,1	
Grande Florianópolis	2.630	19,9	2.560	19,1	
Total	13.190	100	13.412	100	

Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação. GECOR. SUR. SES/SC, 2013, a partir de Ministério da Saúde, Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2013.

Na região da Serra as internações ocorrem em hospitais gerais (em Bocaina do Sul e em Lages), mas repercutem, igualmente, o déficit de serviços comunitários e ambulatoriais organizados. A região, tradicionalmente tem apresentado um índice alto de iniquidade no acesso a serviços de saúde mental, relacionado à dispersão populacional, às grandes distâncias e à precariedade socioeconômica e cultural em áreas rurais.

As diferenças entre as regiões, no Estado, são grandes. A existência e a disponibilidade de hospitais aparelhados para o tratamento psiquiátrico determinam o local de internação. A Foz do Rio Itajaí desprovida de serviços psiquiátricos hospitalares públicos. As regiões de saúde do Extremo Sul Catarinense, do Planalto Norte e do Médio Vale do Itajaí são bastante carentes

de hospitais preparados para o atendimento psiquiátrico pelo SUS. O sistema de saúde ideal conteria um equilíbrio planejado entre o atendimento comunitário e o hospital geral.

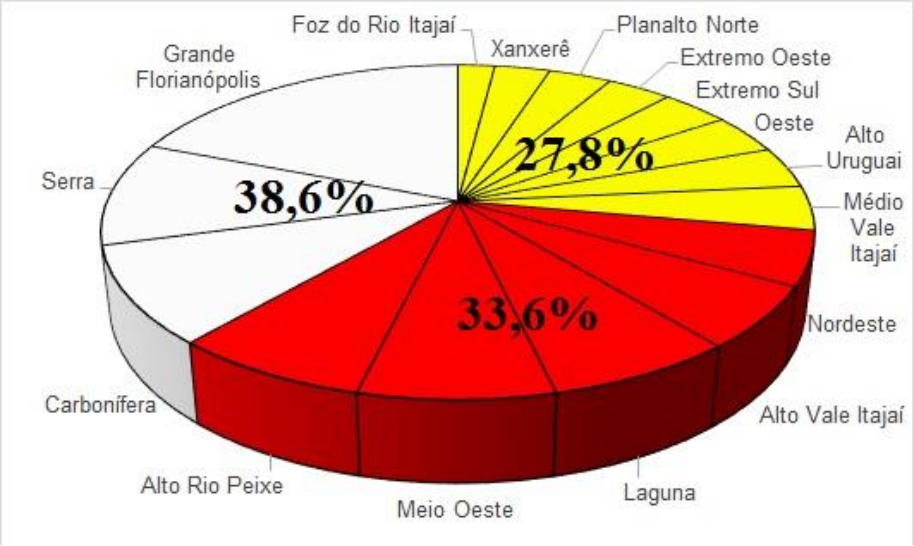


Figura 41. Distribuição do número de internações psiquiátricas, por local de residência do utente, com o percentual por agrupamento de regiões de saúde, Santa Catarina, 2012.

Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação. GECOR. SUR. SES/SC, 2013, a partir de :DATASUS, 2013.

Do conjunto das internações por motivos psiquiátricos, realizadas em Santa Catarina, pode-se observar que oito regiões de saúde catarinenses produzem, cada uma, de 2 a 4,3% do volume estadual dos ingressos hospitalares, somando 27,8% do total estadual. Cinco regiões produzem, cada uma, de 5 a 8% do volume, perfazendo 33,6%.

Somente três regiões produzem percentuais de internação superiores a 9% do volume estadual. Esta três regiões são responsáveis por 38,6% dos encaminhamentos para internação.

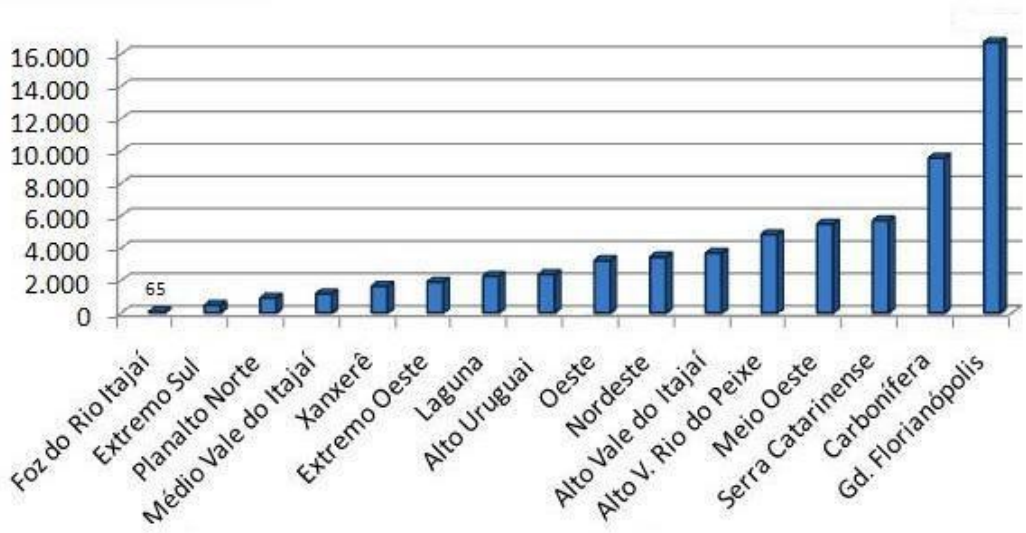


Figura 42. Número de internações psiquiátricas, por local de internação, regiões de saúde de Santa Catarina, ocorridas no quinquênio de 2008 a 2012.

Fonte: DATASUS, 2013.

No ano de 2012, o número de habitantes de outros estados que internaram em Santa Catarina chegou a 43. Numa série histórica entre 2008 e 2012, nota-se que as duas regiões, Carbonífera e Grande Florianópolis, são as que mais internam. Não há, porém, uma correlação proporcional, no conjunto das regiões de saúde, com o fato de serem referências estaduais contendo hospitais especializados. O que as estatísticas mostram é que a maior parte da população internada não procede de outras regiões: é população local ou de municípios próximos, da própria região.

Em alguns municípios, a alta taxa de internação corporifica, na prática, a Lei de Roemer, que enuncia a indução da demanda pela oferta de leitos[75], simplificada pela fórmula "leito criado, leito ocupado". Evidentemente esta regra não se aplica a situações em que há alternativas ao leito hospitalar. O exemplo do não funcionamento da regra está nos pequenos hospitais filantrópicos com baixa taxa de ocupação, preparados para o atendimento de doenças agudas (como a pneumonia no inverno e a diarreia no verão) que paulatinamente passam a ser atendidas pelas unidades sanitárias, prescindindo de internação.

Para Milton Roemer, um serviço de saúde tem a capacidade de gerar a sua própria procura, mesmo em mercados saturados. Isto se daria em função da falta de outras alternativas ao hospital, do poder da caneta médica e da busca popular, por costume ou pela novidade. Tal efeito pode ser neutralizado pela adequação do hospital à escala geográfica, mediante planejamento e levando em conta fatores espaciais[76], epidemiológicos e de regulação.

Um volume alto de internações pode indicar que a região, sem se dar conta, criou um sistema paralelo, hospitalar, sem integração com a rede básica e com serviços comunitários especializados. Mostra também a fragilidade do acesso popular a serviços ambulatoriais capazes de prevenir a internação. Em tais casos, os hospitais tendem a se transformar em porta de entrada do sistema, ou na única porta que promete eficácia momentânea, na hora das crises, para transtornos graves.

---

[75] A oferta pode induzir uma demanda própria, em situações nas quais uma terceira parte garanta, na prática, o pagamento do serviço ("supply may induce its own demand where a third party practically guarantees reimbursement of usage"). Vide:

SHAIN, M.; ROEMER, M.I. Hospital costs relate to the supply of beds. **Modern Hospital**. 1959 Apr;92(4):71-3.

ROEMER, M.I. Bed supply and hospital utilization: a natural experiment. **Hospitals.** 1961 Nov 1;35:36-42.

GINSBURG, P.B.; KORETZ, D.M. Bed availability and hospital utilization: estimates of the "Roemer effect". **Health Care Financ Rev**. 1983 Fall;5(1):87-92. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10310279>.

STEEN, John. **The Dartmouth Atlas on Roemer's Law**. Disponível em: <http://www.ahpanet.org/files/TheDartmouthAtlasonRoemer%27sLaw%20b.pdf>.

WENNBERG, J.E. Variation in use of Medicare services among regions and selected academic medical centers: is more better? Duncan W. Clark Lecture. New York Academy of Medicine. New York, NY: January 24, 2005. Apud: Roemer's Law of Demand. **Opus 1 Journal**. Disponível em: <http://opus1journal.org/articles/article.asp?docID=7>.

[76] DELAMATER, Paul L.; MESSINA, Joseph P.; GRADY, Sue C. ; WINKLERPRINS, Vince; SHORTRIDGE, Ashton M. Do More Hospital Beds Lead to Higher Hospitalization Rates? A Spatial Examination of Roemer's Law. **Plos One**, 2013 Volume 8, Issue 2, e54900. Disponível em: <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0054900#references>.

Historicamente, desde os anos 70, sabe-se que, para diminuir internações sem indicação clínica bem fundamentada, não basta apenas construir serviços comunitários de saúde mental[77]. A oferta de leitos precisa ser regulada. Os hospitais devem organizar seus serviços visando a reinserção social e precisam ter um número de leitos adequados às necessidades.

O valor, em reais, das internações por transtornos mentais e comportamentais, pelo SUS, em Santa Catarina, em 2012, foi de R$ 20.520.752,96.

Como regra, pouco mais de dois terços das internações por diagnósticos psiquiátricos em Santa Catarina são realizadas em hospitais gerais e quase um terço nos hospitais especializados.

Em Criciúma, sede da Casa de Saúde Rio Maina, ocorreram 1.111 internações, ao longo de 2012. Em São José, sede do Instituto de Psiquiatria, ocorreram 2.999 internações. Estes dois municípios somaram, naquele ano, 4.110 internações.

4.3.2 O tempo médio de internação e o uso dos leitos hospitalares para finalidades judiciais

Nos hospitais gerais as internações psiquiátricas têm tido uma média de 20,7 dias. A média geral, para o conjunto de todos os hospitais, chega a 31,7 dias. Este número cresce em função da permanência exagerada, especialmente nos hospitais psiquiátricos especializados, quando se trata de internações compulsórias. Em tais casos é comum que o magistrado demore para liberar o paciente, após a alta médica já prescrita[78].

Entre 1º. de janeiro de 2012 e 30 de junho de 2013 (um período de 18 meses) o Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPq) somou 2.942 dias excedentes, após a alta médica, referentes a 109 internações *sub judice*. Nestes casos, precisou segurar pacientes sem indicação médica de internação hospitalar, em função da morosidade – ou da negativa – de magistrados para liberar o cidadão internado compulsoriamente[79].

Os hóspedes já sem indicação médica de internação, reclusos no hospital por decisão judicial, custaram ao Ministério da Saúde, no período, R$142.217,40 (sem contabilizar os gastos tidos pelo governo estadual).

---

[77] GOLDMAN, Ronald L.; KELLER, Timoty W. The effectiveness of planning for community mental health center inpatient units. **Community Mental Health Journal**, Volume 14, Issue 2 ,1978, pp 100-109. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007%2FBF00778828>.

[78] DEOMÁRIO, Vera Lúcia. **Compreendendo a internação compulsória** na defesa dos direitos civis dos internos judiciais: estudo de caso no Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina. [Monografia. Orient.: Alan Índio Serrano]. Florianópolis: Escola de Saúde Pública de Santa Catarina Prof. Osvaldo de Oliveira Maciel, 2012. Disponível em: <http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CCsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww2.biblioshop.com.br%2Fses%2Fservlet%2FArquivoServlet%3Fid%3D1617&ei=tu3TUsCwBciokQem7YDwBQ&usg=AFQjCNEVoYx-EGG6OSXZC32xUTwXnox-RQ>.

[79] SAVIATO, Barbara. **Impacto financeiro e de ocupação de leitos nas internações compulsórias** em um hospital psiquiátrico público de Santa Catarina. [Monografia. Orient.: Flávio Vicente]. São José: Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina, 2014.

Alcançaram uma permanência média de 64 dias, mais de três vezes superior à média normal das internações.

Tais cidadãos, revoltados com a prisão hospitalar, dão trabalho extra à equipe técnica, incomodam os doentes internados e ocupam vagas que fazem falta a pessoas necessitadas. No período estudado, 16 deles mostraram sua revolta contra a decisão judiciária fugindo do hospital. Este número de fugas é 16 vezes maior do que as fugas havidas entre os 137 pacientes regularmente internados, sem interferência judicial, pois entre aqueles ocorreu apenas uma evasão.

As comarcas que, em números absolutos, mais ordenam internações compulsórias são a de Palhoça, a da Capital, a de São José e a de Criciúma. A comarca que manteve pessoas por mais tempo reclusas no hospital, sem indicação clínica, foi a de Pomerode, que chegou a gerar 722 dias excedentes.

Se mantida a média de internação de 20,7 dias, que ocorre nos serviços psiquiátricos de hospitais gerais, o número de pacientes que poderiam ter se beneficiado da internação nas vagas desnecessariamente expropriadas, por ordem judicial, chegaria a 142, nos 18 meses do período estudado.

A internação compulsória, que em alguns casos é um remédio social, frequentemente tem sido usada em doses exageradas pelo Judiciário, funcionando como um veneno que diminui o acesso dos realmente necessitados ao tratamento. A expropriação do espaço sanitário para a solução de problemas sociais, criminais ou jurídicos, na prática, abala os princípios de universalidade e de equidade do SUS. Ela exige, da sociedade brasileira, pois, novas e sérias reflexões[80].

4.3.3 Os diagnósticos psiquiátricos mais prevalentes nos hospitais

No conjunto geral das internações psiquiátricas de habitantes de Santa Catarina, observa-se que os diagnósticos que mais geram internações são os relacionados ao abuso de álcool e outras substâncias psicoativas (50%), os transtornos afetivos graves (25%) e as psicoses esquizofrênicas ou assemelhadas (18%).

Portanto, pode-se afirmar que, dentre os problemas de saúde mental graves, apresentando necessidade de intervenção complexa, os relacionados ao abuso de substâncias psicoativas representam metade do conjunto. Isto tem forte impacto na criminalidade, no trânsito e nas relações laborativas.

Os CAPS AD e ADIII têm importância como centros de referência para o tratamento destes casos, mas podem ter, também, importância como centros de orientação, de opinião, de matriciamento e de montagem de projetos terapêuticos singulares sobre os CAPS I, sobre a rede básica e sobre os serviços hospitalares.

Um ponto positivo no estudo dos diagnósticos é o fato de que os transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes não têm

[80] SERRANO, Alan Índio. Os direitos do doente mental no contexto do Sistema Único de Saúde em Santa Catarina. **Sequência**: Estudos Jurídicos e Políticos. V. 22 n. 42 (jul. 2001), p. 123-133. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/sequencia/article/view/15397>.

recebido muitas internações, pois são abordados ambulatorial e comunitariamente. Também os retardos mentais, cujas complicações são muitas vezes prevenidas nos ambientes protegidos e nas escolas especiais, como as da Associação de Amigos e Pais dos Excepcionais (APAE), não têm necessitado de grande volume de internações.

Tabela 11. Internações segundo a categoria de transtorno (por grupos da CID-10*), pelo SUS, residentes de Santa Catarina, 2012.

. . Tipo de transtorno	N. Internações	%
Demências	88	0,7
Transt. por álcool	3.934	29,3
Transt. por outras substâncias psicoativas	2.721	20,3
Esquizofrenias, esquizotípicos e delirantes	2.496	18,6
Transtornos de humor [afetivos]	3.389	25,3
Transt neuróticos, por stress e somatoformes	186	1,4
Retardos mentais	128	1,0
Outros transtornos mentais e comportamentais	470	3,5
Total	13.412	100

**Classificação Estatística Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde , 10ª. revisão, 1983.*
Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2013.

4.4 Urgências e emergências psiquiátricas

Está relegada ao passado a ideia de criar serviços de atendimento a emergências puramente psiquiátricos. Muitas das emergências psiquiátricas criadas nos anos 60 e 70, em várias cidades do mundo, se transformaram em pontos de procura para consultas ambulatoriais eletivas, pontos de pedidos de repetição de receitas e pontos de recepção para casos sociais. Estes são riscos presentes em qualquer pronto-socorro, mas têm maior facilidade para se potencializar no caso das emergências puramente psiquiátricas.

Outro fator de deturpação da finalidade dos serviços de emergência é a falta de serviços ambulatoriais e comunitários adequados, como os CAPS. Quando há falta de tais serviços, as emergências se transformam em substitutos precários dos CAPS ou em meras portas de entrada para a internação hospitalar.

O que a Organização Mundial da Saúde vem propondo é a qualificação de prontos-socorros regulares, de hospitais gerais, para poderem atender urgências e emergências psiquiátricas. Além disso, o preparo do SAMU, das UPA (unidades de pronto atendimento) e das salas de estabilização para atender, entre todos os tipos de casos, os psiquiátricos, é um ideal a ser buscado.

Por outro lado, observa-se que a criação de CAPS e a melhor organização da rede de serviços ambulatoriais e comunitários diminui a procura pelos serviços específicos de urgência e emergência[81].

Na Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina, a qualificação do pessoal que labuta em emergências, deverá implicar atividades educativas, em preparo pela SES.

Foi montado, em 2012, em acordo com a SES, a Prefeitura de Florianópolis e os Ministérios da Educação e da Saúde, um projeto de ampliação da emergência do Hospital Universitário da UFSC, já com a estrutura física pronta, com o mobiliário em licitação e ainda faltando os recursos humanos.

O projeto dará àquele hospital capacidade para atender toda a demanda regional em termos de emergência psiquiátrica, além de criar 8 leitos psiquiátricos para internação breve.

O rapidez na consecução do plano depende da adesão da UFSC à EBSERH, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, a nova estatal que permitirá a contratação de recursos humanos.

O trabalho integrado da Rede de Atenção Psicossocial com a Rede de Urgência e Emergência é uma meta capaz de dar qualidade ao sistema. Daí a importância de os técnicos da saúde mental contatarem os da urgência e se

[81] DEL-BEN, Cristina M et al . Políticas de saúde mental e mudanças na demanda de serviços de emergência. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 33, n. 5, Oct. 1999. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101999000500006&lng=en&nrm=iso>.

familiarizarem com alguns de seus conceitos e métodos[82], incluindo a classificação de risco.

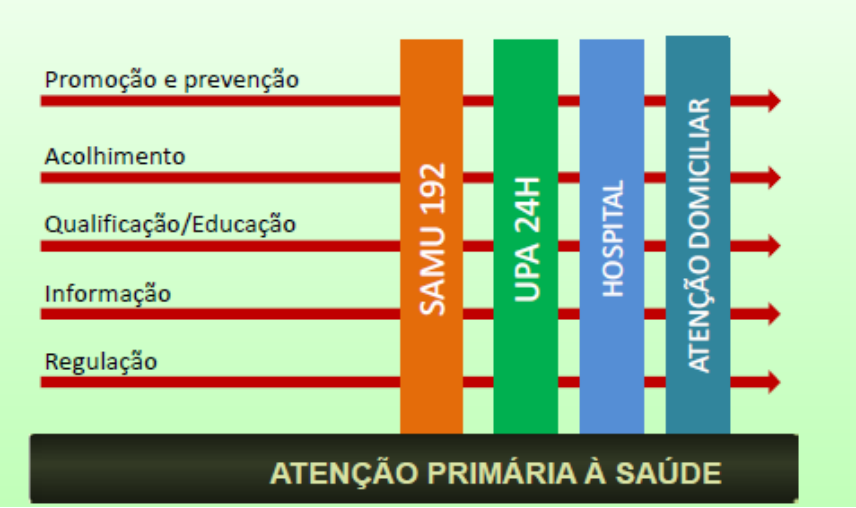


Figura 43. Componentes e interfaces da Rede de Atenção às Urgências e Emergências.
Fonte: Ministério da Saúde, 2012.

Os pontos de atenção da Rede de Atenção às Urgências, a serem trabalhados pela Rede Psicossocial são o SAMU 192, as Salas de Estabilização, as UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência (prontos socorros), e as Unidades Básicas de Saúde. Todas estas modalidades de serviços são responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, pela classificação de risco e pelo cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

O projeto componente da Rede de Atenção Psicossocial implica um investimento na montagem de diálogo entre profissionais que trabalham em urgências e profissionais da saúde mental, na criação de material sobre classificação de risco e na montagem de cursos, qualificando o trabalhador.

[82] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências** no Sistema Único de Saúde (SUS) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf>.

4.5 Os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS

4.5.1 Os CAPS de Santa Catarina segundo o indicador de cobertura

O índice de cobertura dos CAPS em Santa Catarina, pelos critérios do Ministério da Saúde, classifica-se como “muito bom” (cobertura acima de 0,70 para cada cem mil habitantes). Já em 2009, com duas dezenas de CAPS a menos do que tem hoje, Santa Catarina ocupava o 6º. Lugar, no ranking brasileiro, em termos de número de CAPS por habitantes.

Tabela 14. Indicador de cobertura CAPS/100.000 habitantes, por ano, segundo a Região e a unidade federativa, Brasil, 2002 a 2011.

Região/UF	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Norte	**0,12**	**0,16**	**0,19**	**0,21**	**0,25**	**0,29**	**0,31**	**0,36**	**0,41**	**0,45**
Acre		0,17	0,16	0,30	0,29	0,31	0,29	0,29	0,27	0,27
Amapá	0,19	0,19	0,36	0,34	0,32	0,34	0,33	0,48	0,45	0,26
Amazonas				0,03	0,11	0,11	0,10	0,12	0,23	0,45
Pará	0,16	0,21	0,24	0,24	0,27	0,32	0,33	0,39	0,43	0,50
Tocantins	0,25	0,28	0,28	0,27	0,26	0,28	0,35	0,50	0,47	0,47
Rondônia	0,14	0,17	0,20	0,36	0,42	0,55	0,67	0,66	0,70	0,74
Roraima		0,28	0,27	0,26	0,25	0,25	0,24	0,24	0,33	0,33
Nordeste	**0,12**	**0,18**	**0,23**	**0,30**	**0,50**	**0,58**	**0,66**	**0,72**	**0,81**	**0,87**
Alagoas	0,17	0,21	0,20	0,31	0,69	0,77	0,82	0,81	0,88	0,90
Bahia	0,08	0,19	0,23	0,25	0,45	0,52	0,60	0,71	0,82	0,87
Ceará	0,25	0,27	0,30	0,35	0,57	0,69	0,79	0,85	0,93	0,95
Maranhão	0,04	0,05	0,07	0,23	0,43	0,48	0,59	0,63	0,63	0,65
Paraíba	0,06	0,13	0,27	0,36	0,73	0,87	0,99	1,11	1,22	1,27
Pernambuco	0,14	0,20	0,24	0,27	0,32	0,36	0,45	0,45	0,55	0,64
Piauí	0,03	0,03	0,08	0,22	0,49	0,56	0,58	0,65	0,82	0,91
Rio Grande do Norte	0,19	0,23	0,27	0,37	0,56	0,63	0,69	0,70	0,84	0,92
Sergipe	0,11	0,32	0,55	0,66	0,75	0,88	0,90	1,02	1,11	1,16
Centro-oeste	**0,14**	**0,19**	**0,23**	**0,30**	**0,35**	**0,37**	**0,43**	**0,46**	**0,49**	**0,53**
Distrito Federal	0,07	0,07	0,07	0,11	0,10	0,10	0,22	0,21	0,21	0,25
Goiás	0,10	0,18	0,21	0,24	0,28	0,29	0,38	0,37	0,42	0,50
Mato Grosso	0,25	0,32	0,41	0,55	0,61	0,65	0,68	0,70	0,69	0,69
Mato Grosso do Sul	0,16	0,16	0,20	0,35	0,44	0,49	0,51	0,64	0,69	0,69
Sudeste	**0,26**	**0,28**	**0,32**	**0,34**	**0,39**	**0,44**	**0,47**	**0,52**	**0,58**	**0,63**
Espírito Santo	0,17	0,18	0,23	0,28	0,36	0,37	0,39	0,44	0,44	0,44
Minas Gerais	0,26	0,30	0,35	0,38	0,43	0,48	0,51	0,57	0,65	0,69
Rio de Janeiro	0,28	0,29	0,33	0,34	0,39	0,45	0,50	0,50	0,55	0,59
São Paulo	0,26	0,27	0,30	0,33	0,38	0,41	0,45	0,51	0,56	0,64
Sul	**0,29**	**0,32**	**0,38**	**0,45**	**0,58**	**0,69**	**0,73**	**0,79**	**0,87**	**0,91**
Paraná	0,15	0,16	0,21	0,28	0,45	0,60	0,65	0,67	0,72	0,76
Rio Grande do Sul	0,39	0,44	0,52	0,56	0,68	0,77	0,80	0,90	1,01	1,07
Santa Catarina	0,35	0,35	0,43	0,53	0,60	0,68	0,73	0,79	0,87	0,90
Brasil	**0,21**	**0,24**	**0,29**	**0,33**	**0,43**	**0,50**	**0,55**	**0,60**	**0,66**	**0,72**

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

In: BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados - n. 10, Ano VII, nº 10, março de 2012, Brasília. Disponível em: <www://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentaldados10.pdf>.

Esta unidade federativa, que na estimativa do IBGE[83] feita em meados de 2013 chegou a 6.634.250 habitantes, contém 3,2% da população brasileira. Fechou o ano de 2013 contando com 86 CAPS, o que corresponde a 1,3 CAPS/100.000 habitantes.

Apesar de o índice parece bom, na comparação com outros estados brasileiros, ele mostra que há uma carência de CAPS em todo o país.

Este dispositivo de saúde foi pensado para cobrir uma população territorial de aproximadamente 20 mil pessoas. O índice catarinense de CAPS por 20.000 habitantes é 0,26. Há, pois, um quarto do número de CAPS necessários a uma cobertura ideal, de toda a população.

4.5.2 A distribuição dos CAPS e suas modalidades

A modalidade de CAPS mais difundida é a I, com 53 serviços, presente em todas as regiões de saúde de Santa Catarina.

Tabela 12. Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) existentes e funcionantes, por região de saúde, Santa Catarina, dezembro de 2013.

Região de Saúde	CAPS						CAPS
	I	II	i	AD	III	ADIII	(total)
Alto Uruguai	1						1
Alto Vale do Itajaí	2						2
Alto Vale Rio do Peixe	4	1	1				6
Carbonífera	6	1	1	1	1		10
Extremo Oeste	4						4
Extremo Sul	1						1
Foz do Itajaí	4	2	1	1			8
Grande Florianópolis	2	2	1	2			7
Laguna	2	1		1			4
Médio Vale do Itajaí	5	1	1	2			9
Meio Oeste	5						5
Nordeste	1	2	1	2	1		7
Oeste	3	1	1			1	6
Planalto Norte	8						8
Serra	1	1	1	1			4
Xanxerê	4						4
Santa Catarina	53	12	8	10	2	1	86

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, GEABS, SUG, SC, 2013.

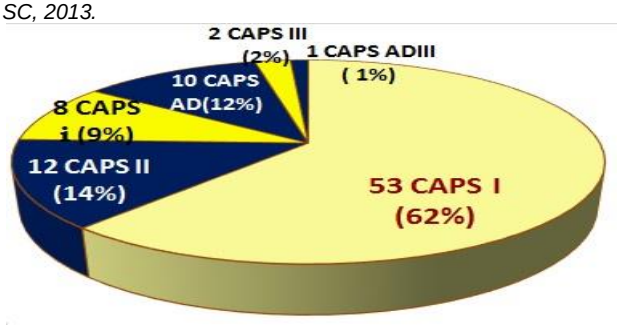


Figura 44. Percentual de CAPS segundo a modalidade, Santa Catarina, dezembro de 2013.

[83] IBGE. Estimativas populacionais para os municípios brasileiros em 01/07/2013. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2013/default.shtm>.

4.5.3 A produção ambulatorial dos CAPS

A produção de procedimentos específicos dos CAPS é desigual de região para região. Isto tem a ver com os volumes populacionais diferentes e com o quantitativo de CAPS existentes, mas há, também, influências dos processos de trabalho adotados.

Tabela 13. Produção Ambulatorial do SUS em CAPS, por local de residência (procedimento 03010 – atendimento ou acompanhamento psicossocial), segundo a região de saúde, Santa Catarina, janeiro 2008 a outubro 2012.

Regional de Saúde	2008	2009	2010	2011	2012*
Alto Uruguai Catarinense	9.201	8.916	12.996	14.579	15.495
Alto Vale do Itajaí	12.861	12.949	16.891	13.514	10.663
Alto Vale do Rio do Peixe	54.040	77.209	71.815	65.946	60.279
Carbonífera	90.859	105.666	134.933	141.183	110.128
Extremo Oeste	7.157	11.829	28.883	40.324	35.550
Extremo Sul Catarinense	14.540	16.442	15.642	16.846	15.350
Foz do Rio Itajaí	41.405	37.779	55.534	102.492	75.310
Grande Florianópolis	39.570	46.301	57.201	76.953	74.663
Laguna	45.969	33.417	39.443	56.811	50.438
Médio Vale do Itajaí	58.592	60.663	60.196	61.359	49.057
Meio Oeste	46.372	60.014	68.562	68.596	66.613
Nordeste	42.479	46.434	54.261	79.582	73.513
Oeste	78.841	55.721	68.441	98.224	85.816
Planalto Norte	45.682	70.993	85.242	91.924	92.583
Serra Catarinense	29.172	38.480	46.040	60.738	49.661
Xanxerê	44.691	62.031	42.287	42.537	55.611
Santa Catarina	661.431	744.844	858.367	1.031.608	920.730

**Dados do ano incompletos, (até outubro) sujeitos a retificação.*
Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SAI/SUS). A informação de município de residência só está disponível para os registros feitos através do Boletim de Produção Ambulatorial, enviados pelas prefeituras.

Alguns CAPS que realizam poucos procedimentos investem na supervisão e no apoio matricial à rede básica, com maior impacto. Estudos mais aprofundados precisariam ser feitos para se compreender a qualidade e o impacto dos serviços prestados. Há fortes indícios de que a quantidade de procedimentos realizados não representa, por si, qualidade e resolutividade para o serviço.

Portanto, uma produção ambulatorial alta pode ser um dado positivo, mas pode ser o indício da falta de apoio matricial às unidades de atenção primária.

Nos municípios em que a rede básica não é integrada com os serviços especializados, os CAPS tendem a se transformar em grandes ambulatórios, com filas de reconsultas por problemas que poderiam estar sendo acompanhados nos serviços de atenção primária.

A alguns destes CAPS são encaminhados, para toda a vida, os pacientes que porventura tenham apresentado quaisquer sintomas psiquiátricos momentâneos. A contra referência tende a não mais ocorrer,

dando lugar a uma concentração de pessoas nos serviços especializados. Uma vez inscritas no CAPS tais pessoas passam a ser recusadas pela rede básica, em muitos casos. Esta deturpação do sistema é um risco que requer, do ponto de vista administrativo, medidas de prevenção e cuidado. Do ponto de vista educativo, requer trabalho da gestão sobre os técnicos, combatendo estigmas dos transtornos psíquicos (entre funcionários do SUS), melhorando a integralidade de atendimento na rede básica e dando condições para o desempenho do acolhimento e do tratamento.

Tabela 14. Ordenamento da produção ambulatorial do SUS, nos CAPS, em número absoluto de atendimentos, e em percentual, por local de residência, segundo a região de saúde, Santa Catarina, ano de 2011.

Posição	Região de Saúde	2011	% da produção estadual
1	Carbonífera	141.183	14
2	Foz do Rio Itajaí	102.492	10
3	Oeste	98.224	10
4	Planalto Norte	91.924	9
5	Nordeste	79.582	8
6	Grande Florianópolis	76.953	7
7	Meio Oeste	68.596	7
8	Alto Vale do Rio do Peixe	65.946	6
9	Médio Vale do Itajaí	61.359	6
10	Serra Catarinense	60.738	6
11	Laguna	56.811	6
12	Xanxerê	42.537	4
13	Extremo Oeste	40.324	4
14	Extremo Sul Catarinense	16.846	2
15	Alto Uruguai Catarinense	14.579	1
16	Alto Vale do Itajaí	13.514	1
	Santa Catarina	1.031.608	100

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SAI/SUS).

4.5.4 A planificação de uma maior oferta de CAPS

O plano idealizado em Santa Catarina, para os CAPS, implica mecanismos de qualificação de pessoal e ampliação das estruturas. Algumas desta ampliações precisam ser feitas ao longo de 2014 e 2015. Os Planos de Ação Regionais, discutidos pelas Comissões Intergestoras Regionais, reconhecem que um sistema ideal precisaria de muitos serviços que, nesta fase histórica, não podem sem implantados com facilidade. Entendem, porém, que há pressa em montar alguns destes serviços, cuja carência é mais incisiva.

Ao longo de 2013 e 2014, em Santa Catarina, para que o sistema fique adequado ao tamanho e à distribuição geográfica da população, seria interessante que outros 49 CAPS I fossem criados.

A modalidade I representa os serviços de saúde mental generalistas, montados para atender a toda a população encaminhada, independentemente da idade e do tipo de diagnóstico psiquiátrico. Os CAPS tipo II, também generalistas, presentes em aglomerados urbanos de médio porte, mantêm

equipe de trabalho maior. Um total de 9 novos CAPS II resolveria muitos problemas de cidades de médio porte cuja clientelas é, ainda, muitas vezes, avolumada por afluxos cidadãos de cidades próximas. As concentrações urbanas maiores, além destas estruturas, precisam de CAPS abertos 24 horas, 7 dias por semana, com leitos de observação. São os CAPS III, que atualmente existem somente em Criciúma e Joinville. Joinville planejou criar mais uma destas estruturas em 2014. Jaraguá do Sul, Chapecó e Lages precisarão, também, implantar CAPS III. A existência destas estruturas permitirá diminuir bom volume de casos atualmente encaminhados a serviços de prontos-socorros e a hospitais. Permitirá que os hospitais possam se dedicar aos casos mais graves, àqueles que não podem, efetivamente, prescindir da internação hospitalar. Servirá como serviço substitutivo ao hospital em boa parte dos casos. Para isto, precisará ter equipe que se reveze regularmente, inclusive com médicos em sobreaviso constante.

Tabela 15. Novos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) pactuados nos Planos de Ação Regionais, Santa Catarina, para início de implantação no biênio 2014 - 2015.

Região de Saúde	CAPS						CAPS
	I	II	i	AD	III	ADIII	(total)
Alto Uruguai	1			1			2
Alto Vale do Itajaí	2						2
Alto V. Rio do Peixe			1			1	2
Carbonífera	4		2			2	8
Extremo Oeste	5	1				1	7
Extremo Sul	3		1	1			5
Foz do Itajaí**	4		1	3		1	9
Grande Florianópolis	3	1	1			4	9
Laguna	4		1			1	6
Médio Vale do Itajaí	2	5	3	2		1	13
Meio Oeste	2		1	2			5
Nordeste	8		1	1	1	1	12
Oeste	2		1		1		4
Planalto Norte	2	1	2	1			6
Serra	4				1	1	6
Xanxerê	3	1	1	1			6
Santa Catarina	49	9	16	12	3	13	102

** O início de implantação implica a definição de terreno, confecção de projeto arquitetônico e de engenharia, montagem de projeto técnico, encaminhamento do projeto técnico à vigilância sanitária, à coordenação de saúde mental da SES/SC e ao Ministério da Saúde, construção (ou aluguel e adequação de casa), e vistorias. Segue-se da compra de mobília e aparelhagem, do lançamento de editais para contratação de recursos humanos, e abertura do serviço.*
Fonte: Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina; CIR das Regiões de Saúde de SC, 2013.

Os CAPS i, voltados a crianças e adolescentes, hoje em número de apenas 8, são estratégicos, pelo poder preventivo. Eles têm o potencial de evitar que seus pequenos usuários se transformem em adultos com problemas psíquicos maiores e crônicos. Portanto, seria interessante que cada região de saúde tivesse um CAPS i, para dar pareceres e orientar os outros CAPS nos casos envolvendo crianças. Há uma carência de 16 CAPS i, a serem implantados em municípios de Santa Catarina. Estas são as estruturas da saúde que terão grande intercâmbio com as escolas, podendo trabalhar áreas

intersetoriais importantes, envolvendo aspectos de promoção, prevenção, cuidados e reabilitação. Um incentivo financeiro do governo estadual está sendo preparado, para ajudar as prefeituras na manutenção de novos CAPS i.

Os CAPS ADII (também ditos somente CAPS AD, sigla para álcool e drogas) são especializados na abordagem de problemas derivados de substâncias psicoativas. A intervenção rápida e contínua, da saúde pública, sobre tais problemas de comportamento, e sobre as doenças deles derivadas, exige a criação de 12 novos serviços deste tipo, no território catarinense.

Contudo, as cidades maiores, apresentando complexidades próprias, precisarão de CAPS AD na modalidade III, ou seja, abertos 24 horas, 7 dias por semana. Os CAPS ADIII devem contar com leitos para acompanhamento clínico de casos que, estando mal, e precisando de observação, ainda não precisam de internação em regime hospitalar.

Atualmente apenas o município de Chapecó, já no espírito da renovação da Rede, implantou, em 2013, um CAPS ADIII. Foi discutida, nas CIR das 16 regiões de saúde, a possibilidade de implantar 13 novos serviços desta modalidade, em 9 regiões de saúde, nos próximos anos. A implantação ficaria postergada em 6 regiões: a do Alto Uruguai (a de menor população no Estado), a do Alto Vale do Itajaí, a do Extremo Sul, a do Meio Oeste, a do Planalto Norte e a de Xanxerê.

Tabela 16. Número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ao findar de 2013 e número pactuado nos Planos de Ação Regionais, Santa Catarina, para início de implantação* no biênio 2014 - 2015.

Região de Saúde	CAPS atuais	CAPS a criar
Alto Uruguai	1	2
Alto Vale do Itajaí	2	2
Alto Vale Rio do Peixe	6	2
Carbonífera	10	8
Extremo Oeste	4	7
Extremo Sul	1	5
Foz do Itajaí	8	9
Grande Florianópolis	7	9
Laguna	4	6
Médio Vale do Itajaí	9	13
Meio Oeste	5	5
Nordeste	7	12
Oeste	6	4
Planalto Norte	8	6
Serra	4	6
Xanxerê	4	6
Santa Catarina	86	102

* O início de implantação implica a definição de terreno, confecção de projeto arquitetônico e de engenharia, montagem de projeto técnico, encaminhamento do projeto técnico à vigilância sanitária, à coordenação de saúde mental da SES/SC e ao Ministério da Saúde, construção (ou aluguel e adequação de casa), e vistorias. Segue-se da compra de mobília e aparelhagem, do lançamento de editais para contratação de recursos humanos, e abertura do serviço.

Fonte: Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina; CIR das Regiões de Saúde de SC, 2013.

Assim, os CAPS em Santa Catarina deveriam conceder ao seu atual quantitativo um acréscimo de 118,5%, em dois anos. Isto agregaria universalidade, descentralização e equidade ao sistema. A meta é arrojada e é um desafio à morosidade da máquina pública.

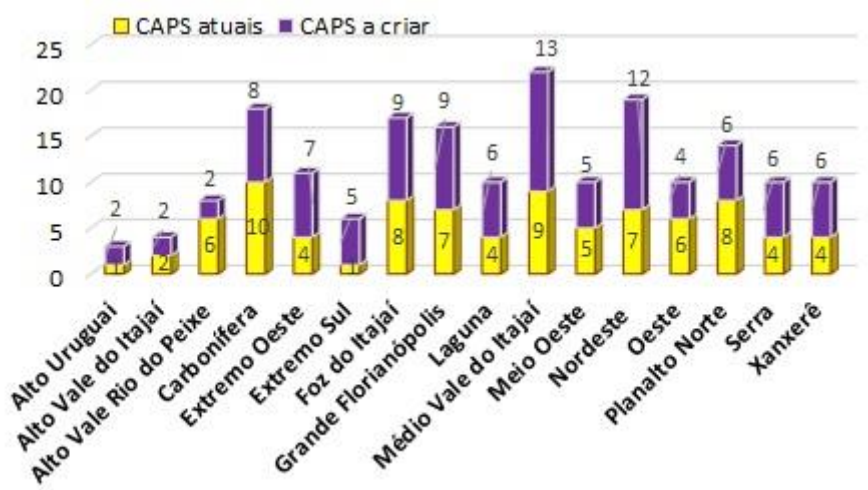


Figura 45. CAPS existentes, acrescidos dos planejados nos Planos de Ação Regionais, por região de saúde, Santa Catarina, para início de implantação no biênio 2014-2015,

Fonte: Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina; CIR das Regiões de Saúde de SC, 2013.

Se as prefeituras, nas regiões de saúde, fizerem todo o investimento planejado no Planos de Ação Regionais, o número de CAPS crescerá em 92,4% para a modalidade I, em 75% para a II, em 200% para a i, em 120% para a AD, em 150% para a III e 1.300% para a ADIII.

4.6 Unidades de Acolhimento

As unidades de acolhimento (UA) são, na prática, extensões dos CAPS, especialmente dos CAPS AD e ADIII. Há duas modalidades: as que atendem crianças e adolescentes e as que atendem adultos. Dedicam-se principalmente a complicações vinculadas ao abuso de substâncias psicoativas, geralmente vezes associadas, em comorbidades, a outros transtornos mentais.

Não são serviços de portas abertas para receber encaminhamentos diretos da polícia, dos bombeiros, dos hospitais, de entidades filantrópicas, e nem de serviços sociais ligados ao Ministério Público, ao Judiciário, ou às secretarias de assistência social das Prefeituras.

Não se dedicam à assistência social de quem não seja, comprovadamente, pessoa com transtornos psíquicos e comportamentais por substâncias psicoativas, em seguimento nos CAPS.

A admissão em uma unidade de acolhimento deve ser realizada mediante decisão de um CAPS. O CAPS deverá considerar a estadia na unidade de acolhimento como atividade fundamental para a consecução do tratamento. Não se trata, pois, de mero alojamento, ou de local para tirar férias da família. Deverá haver um projeto terapêutico singular planejado, envolvendo o indivíduo e o seu entorno (família, pessoas e instituições que lhe possam dar algum suporte). Este projeto implicará o tratamento no CAPS e sua complementação na unidade de acolhimento, sob a supervisão da mesma equipe técnica. Segundo a Portaria 121, de 25 de janeiro de 2012, do Ministério da Saúde, o objetivo das unidades é oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo. O CAPS de referência é responsável pela elaboração do projeto terapêutico singular de cada usuário, considerando a hierarquização do cuidado e priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde[84].

[84] Neste sentido, as funções das unidades de acolhimento são variáveis, mas são sempre vinculadas ao trabalho feito num CAPS. As discussões em Chapecó, após a instalação da unidade de acolhimento, levam a pensar que, numa mesma unidade as possibilidades podem se desdobrar: (a) Unidade de acolhimento como albergue noturno provisório (ou parcialmente diurno), supervisionado, para pessoas sem residência fixa no momento, com transtornos mentais ou do comportamento ligados ao abuso de drogas, que passam o dia em atividades psicossociais no CAPS. A equipe do CAPS, trabalhará, nestes casos, paralelamente: contatos com serviços sociais municipais que possam auxiliar na questão da moradia; procura de vínculos familiares rompidos; inserção social e laborativa, se possível; integração em atividades psicossociais e terapias ocupacionais; adesão aos tratamentos médicos e psicológicos. (b) Unidade de acolhimento como residencial protegido temporário, para dependentes químicos graves com dificuldades grandes de inserção social e familiar, no momento. Dependendo da equipe técnica, o trabalho pode se dar sob a ótica da redução de danos, ou sob a óptica da abstenção total, segundo programas desenvolvidos pela equipe do CAPS supervisor da unidade. (c) Unidade de acolhimento como centro de apoio a situações de crise sócio familiar envolvendo pessoa com transtorno mental e abuso de substâncias psicoativas. A equipe do CAPS trabalhará em duas frentes, enquanto o usuário estiver hospedado na unidade: com a família (visando a alteração da dinâmica familiar e novas formas de convívio e de inclusão do utente) e com o próprio paciente, segundo um projeto terapêutico singular, visando sua devolução à família ou sua autonomia em relação a ela, assim que a crise se amenize. (d) Unidade de acolhimento como casa de passagem, para pessoa com transtornos mentais e abuso de substâncias psicoativas, de qualquer idade, que não está em condições de convívio familiar ou de se manter por si

Tabela 17. Quantitativo de unidades de acolhimento para adultos existente ao final de 2013 e no planejamento feito para as regiões de saúde, em Santa Catarina, para o biênio 2014-2015.

Região de Saúde	UA adultos	
	Atuais	Novas
Alto Uruguai		1
Alto Vale do Itajaí		1
Alto V. Rio do Peixe		1
Carbonífera		3
Extremo Oeste		1
Extremo Sul		1
Foz do Itajaí		3
Grande Florianópolis		5
Laguna		2
Médio Vale do Itajaí		3
Meio Oeste		1
Nordeste		3
Oeste	1*	2
Planalto Norte		2
Serra		1
Xanxerê		1
Santa Catarina	1	31

** Em Chapecó, inaugurada no segundo semestre de 2013.*
Fonte: Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina; CIR das Regiões de Saúde de SC, 2013.

Ao raiar de 2015, a única unidade de acolhimento existente em Santa Catarina, e uma das primeiras do Brasil, é a de Chapecó, vinculada ao CAPS ADIII daquela cidade.

Estas novas formas de oferta de serviço psicossocial trazem novos desafios à saúde pública. Instituições semelhantes, para crianças, em áreas do serviço social e da segurança pública, no Brasil, têm experiências que variam muito, do sucesso ao inócuo, apresentando algumas situações polêmicas[85].

própria (sozinha). É uma postura útil enquanto o CAPS observa o caso e monta um projeto terapêutico singular adequado, podendo manter o paciente em seguimento no CAPS, encaminhar a uma comunidade terapêutica (no caso de haver dependência de álcool, crack ou outras drogas), ou agendar uma internação hospitalar. (e) Unidade de acolhimento como breve espaço de passagem a um residencial terapêutico permanente, para pessoas institucionalizadas em macro hospitais, em fase de reabilitação psicossocial e de início de reinserção na comunidade, após longa internação e histórico de uso ou abuso de substâncias psicoativas. (f) Unidade de acolhimento como espaço provisório de observação e cuidado, pela equipe do CAPS, para casos em que é duvidosa a necessidade de internação hospitalar requerida pela família ou por agentes públicos, até que seja montado um diagnóstico nítido e um plano terapêutico singular para a pessoa, definindo-se qual a melhor opção de tratamento.

[85] Vide, por exemplo:

FÁVERO, T.; et al. **Famílias de crianças e adolescentes abrigados**: quem são, como vivem, o que pensam, o que desejam . São Paulo: Paulus, 2008. Disponível em: <http://ms.politicassociais.cruzeirodosul.edu.br/materiais/Familias_de_criancas_e_adolescentes_abrigados.pdf>.

Tabela 18. Quantitativo de unidades de acolhimento infanto-juvenis existente ao final de 2013 e do planejamento feito para as regiões de saúde, em Santa Catarina, para o biênio 2014-2015.

Região de Saúde	UA infanto-juv.	
	Atual	Novas
Alto Uruguai		1
Alto Vale do Itajaí		1
Alto Vale Rio do Peixe		1
Carbonífera		2
Extremo Oeste		1
Extremo Sul		1
Foz do Itajaí		1
Grande Florianópolis		3
Laguna		1
Médio Vale do Itajaí		2
Meio Oeste		1
Nordeste		2
Oeste		2
Planalto Norte		1
Serra		1
Xanxerê		1
Santa Catarina	0	22

Fonte: Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina; CIR das Regiões de Saúde de SC, 2013.

As unidades de acolhimento infanto-juvenis vão demandar equipes criativas, capazes de aprender a partir da própria experiência, no sentido de melhorar o trabalho e ajustá-lo às necessidades regionais.

VIEIRA, Diego Silva. **É enxugar gelo**: o cuidado de crianças e adolescentes em uma unidade de acolhimento do Distrito Federal. 2013. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/14482/1/2013_DiegoSilvaVieira.pdf >.

SEGUIM, Cristina Maria Banduk et al. Provisoriedade e vínculo na instituição de acolhimento: a potencialidade dos encontros. ***Anais do II Colóquio de Psicanálise com Crianças*****:** A transferência na clínica com crianças. Edição 1, 2012, São Paulo: Sedes Sapientia, 2012. Disponível em: <http://www.sedes.org.br/Clinica_psicologica/Projetos/Grupo_acesso/anexos/Provisoriedade%20e%20vinculo%20nas%20instituicoes%20-%20Abrigo%20VF.pdf >.

4.7 Desinstitucionalização e Serviços Residenciais Terapêuticos

Atualmente o número de residenciais terapêuticos em Santa Catarina é 5. Três deles estão no município de São José, estão sob gestão estadual e têm vínculos fortes com a equipe de funcionários do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina, que os supervisiona.

Apenas um serviço residencial terapêutico catarinense tem tradição de administração pelo município, em Joinville. O mais novo deles, criado no final de 2013, fica em Monte Castelo, na Região de Saúde do Planalto Norte, já no espírito da Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde.

Tabela 19. Quantitativo de serviços residenciais terapêuticos tipo I (SRT I) existente ao final de 2013 e do planejamento feito para as regiões de saúde, em Santa Catarina, para o biênio 2014-2015.

Região de Saúde	SRT tipo I	
	Atuais	Novos
Alto Uruguai		1
Alto Vale do Itajaí		1
Alto Vale Rio do Peixe		2
Carbonífera		2
Extremo Oeste		1
Extremo Sul		2
Foz do Itajaí		2
Grande Florianópolis*	3	7
Laguna		2
Médio Vale do Itajaí		2
Meio Oeste		1
Nordeste	1	1
Oeste		1
Planalto Norte		1
Serra		1
Xanxerê		1
Santa Catarina	4	28

* Os três SRT da Grande Florianópolis estão sob gestão estadual, por serem mais antigos, constituindo-se em excepcionalidade, pois os SRT devem ser de gestão municipal.

Fonte: Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina; CIR das Regiões de Saúde de SC, 2013.

Os residenciais de tipo I têm no máximo oito moradores e os de tipo II, dez. São casas de moradia para pacientes crônicos, que viveram, por anos, institucionalizados em macro hospitais psiquiátricos. O esboço de um plano de desinstitucionalização, apoio à criação de residenciais terapêuticos e à reabilitação psicossocial foi preparado por um grupo, envolvendo várias instituições, em Santa Catarina.

Há 43 pessoas vinculadas ao Centro de Convivência Santana (CCS), sob os cuidados de técnicos da equipe do Hospital Santa Teresa, em

São Pedro de Alcântara. São candidatas a integrar residenciais terapêuticos, especialmente as 24 delas que têm menos de 60 anos de idade.

Há outras pessoas vinculadas ao CCS, sob cuidados de equipes do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina, muitas das quais idosas, demenciadas e dependentes para atividades da vida diária. Há debates sobre a viabilidade e sobre a relevância da remoção dos demenciados a outros municípios e a ambientes muito diversos daquele em que atualmente estão sendo atendidos, em regime de instituição estatal de longa permanência.

Os casos que demandam cuidados mais intensos, como ajuda de terceiros para as atividades da vida diária (para se alimentar, se vestir, deambular, fazer higiene pessoal, trocar fraldas, etc.), precisam ser atendidos em serviços residenciais terapêuticos tipo II, por equipes maiores do que as do tipo I. Não há residenciais tipo II em Santa Catarina, até o momento.

Tabela 20. Quantitativo de serviços residenciais terapêuticos tipo II (SRT II) existente ao final de 2013 e do planejamento feito para as regiões de saúde, em Santa Catarina, para o biênio 2014-2015.

Região de Saúde	Novos SRT tipo II
Alto Uruguai	
Alto Vale do Itajaí	
Alto V. Rio do Peixe	
Carbonífera	1
Extremo Oeste	
Extremo Sul	
Foz do Itajaí	
Grande Florianópolis*	2
Laguna	
Médio Vale do Itajaí	
Meio Oeste	
Nordeste	2
Oeste	
Planalto Norte	
Serra	
Xanxerê	
Santa Catarina	5

Fonte: Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina; CIR das Regiões de Saúde de SC, 2013.

No Hospital de Custódia e Tratamento (HCTP), em Florianópolis, há cerca de 60 pacientes candidatos a integração em residenciais, dos quais apenas dois estão com 60 anos ou mais. Isto significa que, pelo critério da idade, no HCTP há poucos idosos, ou seja, poucos indivíduos com limitações derivadas de doenças degenerativas cerebrais típicas da idade provecta.

Tecnicamente, o paciente a ser incluído no plano de desinstitucionalização será alvo de detalhada avaliação clinica, psicológica e social por parte da equipe da Instituição psiquiátrica que o atende. Em caso de alta hospitalar planejada ele terá seu “Relatório de Alta Hospitalar Planejada” preenchido. Será realizado o encaminhamento ao CAPS que ficara encarregado da montagem do plano terapêutico individual do egresso.

Para a efetivação da desinstitucionalização dos internos com maior capacidade de integração social, do HCTP e do CCS, prevê-se, então a construção de residenciais terapêuticos nas regiões de saúde.

A Casa de Saúde Rio Maina, em Criciúma, está com seu fechamento planejado para os primeiros meses de 2014. Aquela instituição tem 24 moradores, a serem desinstitucionalizados, principalmente na Região Carbonífera, na de Laguna e na do Extremo Sul Catarinense.

O planejamento da rede em Santa Catarina implica que todas as regiões de saúde devam oferecer pelo menos um serviço residencial terapêutico para repatriar e incluir seus cidadãos institucionalizados.

Os debates técnicos por ocasião a confecção dos Planos de Ação Regionais levantaram a importância da criação dos novos serviços residenciais terapêuticos, gerando pelo menos 192 vagas para acolher pessoas hoje institucionalizadas.

O Brasil já tem, atualmente, bons trabalhos neste campo e vem desenvolvendo capacidade de inovação e de aproveitamento das experiências havidas[86]. A desinstitucionalização pelos serviços residenciais terapêuticos é conectada ao Programa De Volta Para Casa[87], à criação de centros de convivência e cultura com o envolvimento dos CAPS, e a iniciativas de criação de trabalho e renda para usuários dos serviços de saúde mental.

---

[86] Veja-se, na literatura especializada, por exemplo:

TYKANORI KINOSHITA, Roberto. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MARQUES, A. L.; MÂNGIA, E. F. Ser, estar, habitar: serviços residenciais terapêuticos no município de Campinas, SP. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 23, n. 3, p. 245-252, set./dez. 2012. Disponível em:<https://www.google.com/url?q=http://www.revistas.usp.br/rto/article/download/55639/59099&sa=U&ei=q4_UUvDROMTnkAengIHICg&ved=0CAkQFjAD&client=internal-uds-cse&usg=AFQjCNEXzUEmviqfXYbbPZu-1GFPXLIZZg >.

LUIZ, Raquel Terezinha; LOLI, Mayumi Nishi; KAWANICHI, Nancy Kimie; BOARINI, Maria Lucia. Estado da arte sobre o Serviço Residencial Terapêutico no Brasil: um panorama exploratório. **Psicol. teor. prat**. [online]. 2011, vol.13, n.1, pp. 131-140. ISSN 1516-3687. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-36872011000100010&script=sci_arttext >.

SILVEIRA, M.F.A.; SANTOS JUNIOR, H.P.O.S. (orgs.). **Residências terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização** [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2011. 320 p. ISBN 978-85-7879-063-9. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/pgwpg/pdf/silveira-9788578791230-05.pdf>.

OLIVEIRA, A.G.B.; CONCIANI, M.E. Serviços residenciais terapêuticos: novos desafios para a organização das práticas de saúde mental em Cuiabá-MT. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet]. 2008;10(1):167-178. Disponível em:

<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a15.htm>.

FURTADO, Juarez Pereira. Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 11, n. 3, Sept. 2006 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300026&lng=en&nrm=iso>.

[87] Vide o trabalho artístico na internet, apresentando a ideia:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Módulo fotográfico**: De Volta Para Casa. Brasília: HumanizaSUS, Área de Saúde Mental (SAS), Coordenação-Geral de Documentação e Informação (CGDI/SA/SE). Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/vpc/apresentacao.html>

4.8 Programa De Volta Para Casa

A desinstitucionalização de pacientes de internações psiquiátricas de longa permanência é apoiada, também, pelo "Programa de Volta para Casa", criado pelo Ministério da Saúde. Trata-se de um programa de reintegração social de pessoas acometidas de transtornos mentais e egressas de longas internações, que implica um incentivo financeiro federal a inclusão social e a reabilitação.

O Programa é regulamentado pela Lei 10.708, de 31 de julho de 2003[88], e pela Portaria no. 2077/GM, de 31 de outubro de 2003, e busca atender ao disposto na Lei no. 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispões sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

A Lei 10.708/03 define que o benefício consiste no pagamento mensal de auxílio-pecuniário, no valor de R$ 240,00 (duzentos e quarenta reais) ao beneficiário ou seu representante legal, com duração de um ano. Poderá ser renovado, a partir da avaliação de equipe municipal e de parecer da Comissão de Acompanhamento do Programa De Volta Para Casa, e tem como objetivo apoiar e acompanhar o beneficiário no seu processo de reabilitação psicossocial. Dentre os requisitos para obtenção do benefício, o paciente deve ser egresso de internação psiquiátrica com duração igual a superior a dois anos, e que seja garantida a atenção continuada na rede de saúde local.

A Portaria 2077/GM, de 31 de outubro de 2003, do Ministério da Saúde, regulamenta a Lei 10.708. Ela define, em seu artigo 8º, que o leito ocupado por estes pacientes crônicos é extinto quando ele deixar o hospital:

> *A saída do paciente da instituição hospitalar implicará a exclusão do leito do cadastro SIH/SUS e transferência dos recursos correspondentes para ações extra-hospitalares de Saúde Mental por meio de mecanismos a ser regulamentado pela Secretaria de Atenção à Saúde – SAS/MS.*

A Portaria 2078/GM, por sua vez, institui a Comissão de Acompanhamento do Programa "De Volta Para Casa", a qual se compõe de representantes de diversas instâncias.

Desde a criação do Programa De Volta Para Casa, em 2003, são atendidas nele, em Santa Catarina, 51 pessoas. A grande maioria destas desinstitucionalizações ocorreu entre 2003 e 2009, fase em que o Programa era novo e abrangeu as pessoas mais abertas a fazer uso dele.

Os beneficiários saíram do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPq) ou do Centro de Convivência Santana (CCS), onde estiveram internados por dois anos ou mais, e hoje residem com seus familiares, ou em residenciais terapêuticos, em 9 diferentes municípios.

---

[88] A Lei 10.708, de 31 de julho de 2003, institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações psiquiátricas longa permanência (dois anos ou mais), cuja situação clínica e social não justifique a permanência em ambiente hospitalar e indique tecnicamente a possibilidade de inclusão em programa de reintegração social com necessidade de auxílio financeiro. Precisará haver consentimento do paciente, ou de seu representante legal, em se submeter às regras do programa.

Tabela 21. Número de Pessoas Inseridas no Programa De Volta Para Casa, Santa Catarina, 2003 a 2012.

Município \ Ano	2003-2009	2010	2011	2012	Total
Abelardo Luz	1				1
Blumenau	5				5
Camboriú	1				1
Dionísio Cerqueira			1		1
Florianópolis	5	2			7
Jacinto Machado		1			1
Joinville	6		1	1	8
Lages	1				1
São José	26				26
Santa Catarina	45	3	2	1	51

Fonte: MS, 2013.

Além destes municípios já foram habilitados, com portaria emitida pelo Ministério da Saúde, para participar do programa De Volta Para Casa: Campos Novos, Canoinhas, Jaraguá do Sul, Içara, Palhoça, Caçador e Xanxerê.

Destes municípios procedem alguns pacientes moradores do Centro de Convivência Santana, em fase de preparação para assumirem suas vidas fora da instituição.

Um incentivo ao programa poderá ocorrer com o movimento pela criação dos residenciais terapêuticos e pela desinstitucionalização, no bojo da implementação da Rede de Atenção Psicossocial.

4.9 Ambulatórios especializados compondo a rede atual

A Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) tem um amplo ambulatório de clínica psiquiátrica, voltado a casos complexos, em convênio com a SES/SC e a Prefeitura Municipal de Florianópolis. Faz um trabalho voltado a toda a Região de Saúde da Grande Florianópolis, pactuado em programação integrada regional (PPI). Integra, portanto, uma convergência das administrações federal, estadual e municipal. Este ambulatório é cenário de ensino para a Residência Médica em Psiquiatria da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, na Grande Florianópolis. Atende casos complexos e graves, encaminhados pelos municípios da região de saúde, que passaram ou não pelo seguimento de CAPS. A residência transcorre também em outros cenários: no hospital especializado, em CAPS e em atividades de apoio matricial, na rede básica.

Há um ambulatório de psiquiatria infantil no Hospital Infantil e um de psiquiatria para adultos no Hospital Regional de São José, mantidos pela SES/SC. O ambulatório de psiquiatria infantil só se justificaria, na lógica da Rede de Atenção Psicossocial, para a revisão de alguns pacientes que estiveram internados no hospital, enquanto é montada sua referência a outros serviços (a um CAPS ou à atenção primária). Tal ambulatório não deveria assumir papéis típicos de CAPS i. Sua atual equipe poderá, contudo, ser aproveitada para auxiliar na montagem, na qualificação e na supervisão da malha de serviços voltados saúde mental infanto-juvenil das 16 regiões de saúde. Os novos CAPS i a serem montados nas regiões de saúde poderão ter serviços de avaliação do desenvolvimento de crianças e adolescentes, com finalidades preventivas, além dos serviços terapêuticos, para transtornos tratáveis já diagnosticados.

O ambulatório de psiquiatria para adultos, no Hospital Regional de São José não deve ser mantido aberto, pois o atendimento de sua clientela deve ser realizado pelos CAPS e por outros serviços municipais. O planejamento da rede implica sua retirada das negociações da Programação Pactuada Integrada (PPI) entre os municípios. Ele deve dar lugar ao desenvolvimento dos CAPS municipais e regionais.

Tem importância dentro do sistema o serviço especializado de saúde mental para pessoas padecendo de câncer, no Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON), de Florianópolis. O serviço integra atenção psiquiátrica, psicológica e de terapia ocupacional à oncologia. Sua equipe atua também, em consultas de ligação, no hospital oncológico. É mantido pela SES/SC, com o apoio da FAHECE, organização social que dá suporte ao CEPON.

Também a UNIVALI, em Itajaí, tem ambulatório de saúde mental anexo à Unidade de Saúde Familiar e Comunitária, para casos complexos, referenciados e contra referenciados à atenção primária (unidades básicas onde há estágios do internato médico), integrando o sistema municipal de saúde de Itajaí.

As universidades, de modo geral, atuam através de unidades sanitárias ou de ambulatórios onde se atenda saúde mental, com maior ou

menor envolvimento junto ao Sistema Único de Saúde, no nível municipal, em Tubarão, Palhoça, Lages, Criciúma e Chapecó.

Gradualmente o diálogo entre o SUS e as universidades tende a evoluir para a adequação de alguns espaços da rede de atenção psicossocial como cenários de ensino, de modo que os estudantes possam ter um aprendizado realista e prático, dentro da rede.

Os municípios de pequeno porte que ainda mantém ambulatórios de saúde mental individualizados gradualmente tendem a integrá-los aos CAPS, ou às unidades de atenção primária (saúde da família) na medida em que a rede local se estruture melhor.

4.10 Atividades da Escola de Saúde Pública

Há programas de redução de danos nas maiores cidades catarinenses e a Escola de Saúde Pública da Secretaria de Estado da Saúde tem mantido cursos de formação, de supervisão e de atualização para redutores de danos.

A Escola tem um programa de Formação de Supervisores Clínico-Institucionais, envolvendo cursos e atualizações, com o apoio do Ministério da Saúde. Foram implantadas 54 supervisões, em Santa Catarina, através de editais do Ministério da Saúde, entre 2006 e 2011.

Cursos de especialização *lato sensu* em saúde mental e atenção psicossocial têm ocorrido desde 2010. O currículo básico adotado é o seguinte:

MÓDULO I **A SAÚDE MENTAL E O SUS: CONTEXTUALIZAÇÃO SÓCIO POLÍTICO ASSISTENCIAL**	
Seminário I: Alinhamento Conceitual - Interdisciplinaridade em Saúde Mental	07 horas
1. Bases históricas e conceituais no campo da saúde mental.	30 horas
2. Políticas públicas de saúde e rede de atenção em saúde mental	15 horas
3. Política Nacional de Humanização como dispositivo de mudança e de construção de política pública	15 horas
4. Saúde Mental, Sociedade, Cultura e Intersetorialidade	15 horas
5. Direitos Humanos, Ética, Bioética em Saúde Mental.	15 horas
TOTAL	**90 horas**
MÓDULO II **CLÍNICA DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL I**	
6. Metodologia da Pesquisa I	15 horas
7. Epidemiologia	15 horas
8. Noções Gerais do desenvolvimento psíquico	30 horas
9. Psicopatologia Geral	30 horas
10. Psicofarmacologia Básica	30 horas
TOTAL	**120 horas**
MÓDULO III **CLÍNICA DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL II**	
11. Metodologia de Pesquisa II	15 horas
12. Funções Terapêuticas das Atividades	15 horas
13. Processos terapêuticos individuais e em grupo.	30 horas
14. Relação terapêutica: vínculo e cuidado	15 horas
TOTAL	**75 horas**
MÓDULO IV **SAÚDE MENTAL NAS ESPECIALIDADES**	
15. Metodologia de Pesquisa III	15 horas
16. Emergência e Urgência em Saúde Mental	30 horas
17. Atenção aos Usuários de Alcool e outras Drogas	30 horas
18. Atenção à criança e adolescente e idoso	15 horas
19. Dinâmica e Abordagem à Família	15 horas
TOTAL	**105 horas**
MÓDULO V **PROJETOS E ESTUDOS EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**	
Seminário II: Apresentação dos Projetos de Pesquisa e/ou das Monografias	15 horas
20. Elaboração e Entrega de Monografia	60 horas
TOTAL	**75 horas**
TOTAL GERAL	**465 horas**

4.11 Atividades vinculadas à atenção primária

4.11.1 Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)

Os serviços de atenção primária à saúde devem se dedicar ao atendimento rotineiro de casos envolvendo queixas de saúde mental, no seu território de adscrição. Para tanto, dever-se-ão preparar tecnicamente.

Tabela 22. Quantitativo de NASF em 2013 e quantitativo no planejamento feito para as regiões de saúde, Santa Catarina, para o biênio 2014-2015.

Região de Saúde	NASF	
	Atuais	Novos
Alto Uruguai	11	4
Alto Vale do Itajaí	24	4
Alto Vale Rio do Peixe	6	7
Carbonífera	12	2
Extremo Oeste	22	8
Extremo Sul	11	4
Foz do Itajaí	6	8
Grande Florianópolis	22	
Laguna	15	3
Médio Vale do Itajaí	7	11
Meio Oeste	9	11
Nordeste	6	21
Oeste	11	4
Planalto Norte	9	4
Serra	9	10
Xanxerê	19	3
Santa Catarina	199	104

Fonte: Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina; CIR das Regiões de Saúde de SC, 2013.

Os núcleos de atenção à saúde da família (NASF) são dispositivos que visam promover a atenção integral em saúde e saúde mental na Atenção Primária organizada pelas equipes de Saúde da Família (ESF)[89]. Alguns deles voltam-se prioritariamente para melhorar a abordagem da atenção básica a pessoas com transtornos mentais e a usuários de crack, álcool e outras drogas.

A implantação do NASF está diretamente relacionada à implantação e ao adequado funcionamento da saúde da família[90].

[89] Os NAFS se regem pela Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, do Ministério da Saúde.

[90] REINALDO, Amanda Márcia dos Santos. Saúde mental na atenção básica como processo histórico de evolução da psiquiatria comunitária. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 1, mar. 2008 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000100027&lng=pt&nrm=iso>.

CRP/SP (org.). NASF: núcleo de apoio à saúde de família. **Cadernos Temáticos 7**. São Paulo: Conselho Regional de Psicologia 6ª Região, 2009. Disponível em: <http://www.crpsp.org.br/portal/comunicacao/cadernos_tematicos/7/frames/caderno_07_nasf_nucleo_de_apoio.pdf >.

Um NASF deve ser constituído por um grupo de profissionais com formação em diferentes áreas de conhecimento. A equipe atua em conjunto com as equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de saúde da família[91], propiciando o desenvolvimento de uma prática de clínica ampliada[92] e de linha de cuidado[93], com disponibilização de fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário[94], elidindo a segmentação e a fragmentação que acarretam lacunas na assistência e dificultam a continuidade do cuidado[95].

A composição dos NASF deve ser definida pelos gestores municipais e pelas equipes de saúde da família, segundo seus critérios de prioridades e das necessidades locais Os NASF não assumem o papel de ambulatório, nem de especialistas que atendem na unidade básica uma lista de pacientes a ele referenciado. Não se constitui em porta de entrada do sistema para os usuários. Ele é um grupo de apoio às equipes de saúde da família[96].

Em Santa Catarina os profissionais dos NASF ainda trabalham muito isolados dos demais, com séria desarticulação e fragmentação, sendo esta uma das principais fragilidades do modelo[97].

Uma das principais metas da Rede de Atenção Psicossocial para o biênio 2014-2015 é a de divulgar a ideia de matriciamento, implantando o apoio matricial em saúde mental nas cidades polos[98]. Há uma boa experiência de

---

[91] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

[92] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf >.

[93] FRANCO, Camila Maia; FRANCO, Túlio Batista. Linhas do Cuidado Integral: Uma proposta de organização da rede de saúde. In: Secretaria de Estado de Saúde do RS. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000728_Linha%20cuidado%20integral%20conceito%20como%20fazer.pdf >.

[94] SILVA, Silvio Fernandes da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 6, June 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600014&lng=en&nrm=iso>.

[95] CONILL, Eleonor M.; FAUSTO, M.C.R. **Análisis de la problemática de la integración APS em el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social**: Proyecto EUROsociAL Salud, Intercambio "Fortalecimiento de la Integración de la Atención Primaria com otros Niveles de Atención" [documento técnico]. Rio de Janeiro: IRD; 2007.

[96] SILVA, Andréa Tenório Correia da et al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2012, vol.28, n.11, pp. 2076-2084. ISSN 0102-311X. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100007.

[97] ANDRADE, Lucas Melo Biondi de et al. Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. **Saúde Transform. Soc**. [online]. 2012, vol.3, n.1, pp. 18-31. ISSN 2178-7085. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S2178-70852012000100005&script=sci_arttext>.

[98] BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. [Dulce Helena Chiaverini (org.) et al.]. Brasília: Ministério da Saúde, Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf>.

matriciamento no município de Florianópolis. Há, mais recentemente, atividades inicial de matriciamento em Caçador, na Região de Saúde do Vale do Rio do Peixe.

4.11.2 As equipes de consultórios na rua

Outra estrutura que faz parte da atenção primária é o consultório na rua, voltado a populações vulneráveis[99]. É um aparelho de grande valor nos centros urbanos maiores[100]. A Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011, do Ministério da Saúde, define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de consultório na rua (eCR).

Tabela 23. Quantitativo de consultórios na rua em 2013 e quantitativo no planejamento feito para as regiões de saúde, Santa Catarina, para o biênio 2014-2015

Região de Saúde	Consultórios na rua	
	Atual	Propostos
Alto Uruguai		
Alto Vale do Itajaí		
Alto Vale Rio do Peixe		
Carbonífera		1
Extremo Oeste		
Extremo Sul		
Foz do Itajaí		1
Grande Florianópolis	1	2
Laguna		
Médio Vale do Itajaí		2
Meio Oeste		
Nordeste		4
Oeste		
Planalto Norte		
Serra		
Xanxerê		
Santa Catarina	1	10

Fonte: Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina; CIR das Regiões de Saúde de SC, 2013.

Estas equipes multiprofissionais podem se organizar em três modalidades, o que definirá os recursos financeiros a serem destinados:

[99] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populalcao_rua.pdf>.

[100] CAZANOVA, Ricardo Flores. **A integralidade na fonte do consultório de rua do SUS**. Porto Alegre, 2012. (Diss. Mestrado) –Porto Alegre: PUCRS, Pós- Graduação em Serviço Social. PUCRS. Disponível em: <http://tede.pucrs.br/tde_arquivos/21/TDE-2012-10-29T182512Z-4123/Publico/443284.pdf> .

a) modalidade I – equipe formada minimamente por 4 (quatro) profissionais, sendo 2 (dois) profissionais de nível superior e 2 (dois) de nível médio;
b) modalidade II – equipe formada minimamente por 6 (seis) profissionais, sendo 3 (três) de nível superior e 3 (três) de nível médio;
c) modalidade III – equipe da Modalidade II acrescida de um profissional médico.

A Portaria Nº 122, de 25 de janeiro de 2012**,** define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de consultório na rua.

O município de Florianópolis já tem uma experiência de consultório itinerante voltado a pessoas em situação de rua. Seu acúmulo de conhecimentos práticos pode beneficiar outras cidades que implantem o serviço.

Os municípios já mapeados pelo Ministério da Saúde, em Santa Catarina, para montarem equipes de consultórios na rua, são Balneário Camboriú, Brusque, Chapecó, Criciúma, Itajaí, Jaraguá do Sul, Lages, Palhoça e São José, com uma equipe cada um[101]. Tais municípios poderão montar seus projetos justificando a iniciativa, e encaminhá-los ao Ministério da Saúde, para poderem receber o incentivo financeiro. As equipes deverão ter como base e como referência uma unidade básica de saúde, definida no projeto.

A nota técnica conjunta 2012, do Ministério da Saúde[102], traz algumas informações sobre os pedidos de cadastramento de equipes, pelas prefeituras:

- O cadastramento das novas equipes dos *Consultórios na Rua* deverá seguir os trâmites previstos para cadastramento de equipes da saúde da família, conforme portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a política nacional de atenção básica, qual seja:

1 - Realizar projeto(s) de implantação das equipes dos Consultórios na Rua;

2 - Aprovar o projeto elaborado nos Conselhos de Saúde dos Municípios e encaminhá-lo à Secretaria Estadual de Saúde ou à sua instância regional para análise.

3 - Encaminhar as propostas de implantação das equipes dos Consultórios na Rua elaboradas pelos municípios e aprovadas pelos Conselhos Municipais à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) no prazo máximo de 30 dias;

4 - Enviar resolução aprovada na CIB ao Ministério da Saúde (responsabilidade: Secretaria de Saúde do estado)

5 - Após análise e publicação de Portaria pelo MS, a Secretaria Municipal de Saúde deverá realizar o cadastro no CNES das equipes dos *Consultórios na Rua* e sua vinculação a uma UBS.

[101] Vide a planilha do Ministério da Saúde, com a lista dos municípios a serem contemplados, no endereço <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/calculo_equipe_consultorios_na_rua.pdf>.

[102] A nota está no endereço eletrônico: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/20120412004951716.pdf>.

4.11.3 Textos básicos, matriciamento e educação continuada da equipe

Além de conhecer as disciplinas próprias de sua formação profissional, os funcionários da atenção básica e da Rede de Atenção Psicossocial precisam ter uma noção de saúde coletiva. Precisam entender como se faz a inserção dos temas de saúde mental no cotidiano da Saúde Pública. Desde os primeiros dias em que assumam seus postos na Rede, precisam ter contato com alguns textos básicos e introdutórios, como o Guia Prático de Matriciamento[103], os Cadernos de Atenção Básica publicados pelo Ministério da Saúde, em especial os referentes ao acolhimento à demanda espontânea (número 28)[104] e à saúde mental (número 34)[105], assim como o documento sobre humanização da atenção e da gestão do SUS[106].

Ainda no período deste Plano Operativo a Escola de Saúde Pública da SES/SC[107] e o Sistema Catarinense de Telemedicina e Telessaúde[108] propõem-se a disponibilizar um programa de educação continuada e formação permanente para a Saúde da Família e para a Rede Psicossocial, com cursos de vários tipos, mantendo uma biblioteca virtual disponível, vinculada ao programa. Este material será complementar à estratégia de matriciamento[109] em saúde mental, a ser gradualmente implantada, pelas prefeituras municipais, na atenção básica.

---

[103] BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia prático de matriciamento em saúde mental** [Dulce Helena Chiaverini (Org.) et al.]. Brasília: Ministério da Saúde / Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf >.

[104] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, nº 28**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_28.pdf>.

[105] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. **Cadernos de Atenção Básica, nº 34**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf>.

[106] BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS**. Documento Base para gestores. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/hijg/gth/Cartilha%20da%20PNH.pdf>.

[107] O sítio eletrônico da Escola de Saúde Pública de Santa Catarina é: <http://esp.saude.sc.gov.br/>.

[108] O sítio eletrônico do Telessaúde é: <https://www.telemedicina.ufsc.br/rctm/>.

[109] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários.** Brasília, 2007. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1734.pdf>.

4.12 As comunidades terapêuticas

As instituições que se autodenominam “comunidades terapêuticas”, no Brasil, são entidades privadas, geralmente sem fins lucrativos, voltadas a pessoas que desejam um espaço protegido, em ambiente residencial, para auxiliar na recuperação da dependência de substâncias psicoativas. Evoluíram, historicamente, como resultado de ações sociais promovidas por igrejas e por grupos de ex usuários de drogas.

Do ponto de vista da Saúde Pública, estas entidades dedicam-se a incentivar mudanças de comportamentos e de estilo de vida. Retiram as pessoas do ambiente onde consomem drogas, por adesão voluntária, e as fazem conviver com colegas que pregam ideais de vida em sobriedade. Suas ações têm, portanto, resultados de promoção e de prevenção em saúde.

Não são serviços de saúde, a menos que incorporem algumas ações (como prover consultas médicas, de enfermagem e psicológicas de tempos em tempos) e se integrem ao SUS, sob determinadas regras próprias do sistema.

No ano de 2012, em Santa Catarina, a Vigilância Sanitária vistoriou as comunidades, encontrando 60 delas com alvará sanitário regular e 27 que precisaram ser fechadas, foram interditadas ou mudaram de ramo. O número total das que se mantiveram em funcionamento era, à época, 101. Nos últimos anos, contudo, várias são criadas a cada mês, muitas das quais fechando em seguida. Muitas delas sequer estão cadastradas no Conselho Estadual de Entorpecentes (CONEN)[110]. Somente 40% das comunidades catarinenses foram consideradas boas, na percepção dos avaliadores da Vigilância Sanitária[111].

O papel do poder público, através dos órgãos de saúde, geralmente tem se limitado às atividades de vigilância sanitária. A RDC n$^{o.}$ 29, de 30 de junho de 2011, do Ministério da Saúde, dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.

O Programa Reviver, montado pelo governo estadual, visou expandir as asas do Estado sobre uma área ainda desgovernada, inserindo no marco regulatório várias comunidades terapêuticas que queiram ter uma interface interativa com o sistema público. O Projeto foi montado em decorrência do Plano “Crack: É Possível Vencer”. A Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (FAPESC), em função da falta de evidências científicas atuais sobre o trabalho desenvolvido por comunidades terapêuticas, aprovou um Projeto de Inovação na Atenção aos Dependentes

[110] O Conselho Estadual de Entorpecentes de Santa Catarina (CONEN) é um órgão colegiado, de caráter permanente, criado pelo Decreto Governamental nº 18.505 de 19/11/82 e instituído pela Lei nº 13.641, de 27 de dezembro de 2005. É constituído por 22 membros titulares e igual número de suplentes, representantes paritários de órgãos governamentais e entidades não-governamentais. Vinculado à Secretaria de Estado da Segurança Pública (SSP), o CONEN existe para deliberar, normatizar e executar a política estadual de prevenção, fiscalização, recuperação e repressão de entorpecentes no Estado, em consonância com os objetivos da Política Nacional Sobre Drogas.

[111] SES. Diretoria de Vigilância Sanitária. DIFEIS. **Avaliação das condições higiênico-sanitárias das comunidades terapêuticas no Estado de Santa Catarina**. (Coord: Maika Arno Roeder). Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, 2012.

Químicos, promovendo pesquisas acadêmicas na área de desenvolvimento de qualidade de tratamento, protocolos integrados para dependência química, forma de acreditação de comunidades, formas de regulação estatal, criação de sistema de acompanhamento, processamento de contas e auditoria, projetos de inovação e de tecnologia voltados à área e treinamento de pessoal[112]. Ao todo, oitenta e nove comunidades foram habilitadas para integrar o projeto de pesquisa, com prazo para encerrar em meados de 2017. A integração deste tipo de instituição com os CAPS e os outros serviços da rede pública de saúde é fundamental para sua evolução e qualificação.

[112] SOUZA, Maria de Lourdes; SCARDUELLI, Paulo. Comunidades Terapêuticas: Cenário de Inovação em Santa Catarina. Florianópolis: Insular, 2015.

5 Bases financeiras para o desenho da Rede

5.1 A necessidade de uma escala regional

O Estado de Santa Catarina, sem grandes metrópoles, se caracteriza por ter sua população bem distribuída, em cidades de pequeno porte. O Ministério da Saúde tem preconizado a existência de serviços de saúde mental segundo a magnitude populacional dos municípios. Por exemplo, historicamente tem se indicado a existência de CAPS I apenas para municípios com 20 mil habitantes ou mais. Se adotarmos este raciocínio, quase toda a população ficará sem acesso aos serviços especializados, pois 71% dos municípios têm menos de 15 mil habitantes.

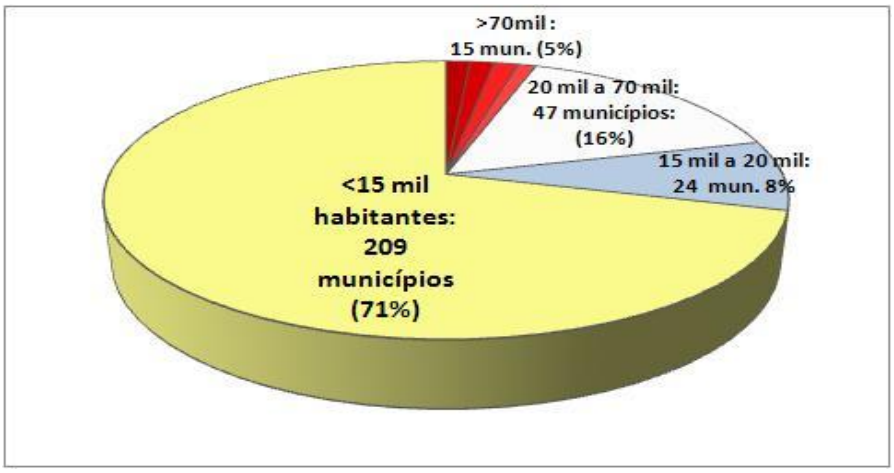


Figura 46. Número absoluto e percentual de municípios catarinenses por faixa populacional.
Fonte: IBGE, 2013.

Ficam abaixo de 20 mil habitantes 79% dos municípios. A população para a qual o Ministério preconiza um CAPS AD, de 70 mil habitantes ou mais, só é encontrável em 5% dos municípios catarinenses. Porém, muitos dos municípios distam pouco de seus vizinhos, ao interno de uma região. Muitas vezes estas distâncias não são maiores do que as de um bairro a outro, dentro de uma cidade de médio ou de grande porte. Daí a importância de utilizar critérios baseados na região de saúde e não na unidade municipal.

A divisão de Santa Catarina em 16 regiões de saúde permite um planejamento para territórios capazes de desenvolver autonomia de serviços, com referências próximas.

Tabela 24. Faixas populacionais indicadas para comportar as estruturas da Rede de Atenção Psicossocial, número e percentual dos municípios catarinenses em cada faixa.

Faixa populacional	Nº. Municípios	%	Estrutura possível
Acima de 200 mil	4	1,4	CAPS III
De 150 mil a 200 mil	4	1,4	CAPS inf.
De 100 mil a 150 mil	4	1,4	UA inf.juv.
De 70 mil a 100 mil	3	1,0	CAPS II e AD
De 20 mil a 70 mil	47	15,9	CAPS I
De 15 mil a 20 mil	24	8,1	CAPS I
Menos de 15 mil	209	70,8	Unidade básica

Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação, SUR, SES/SC.

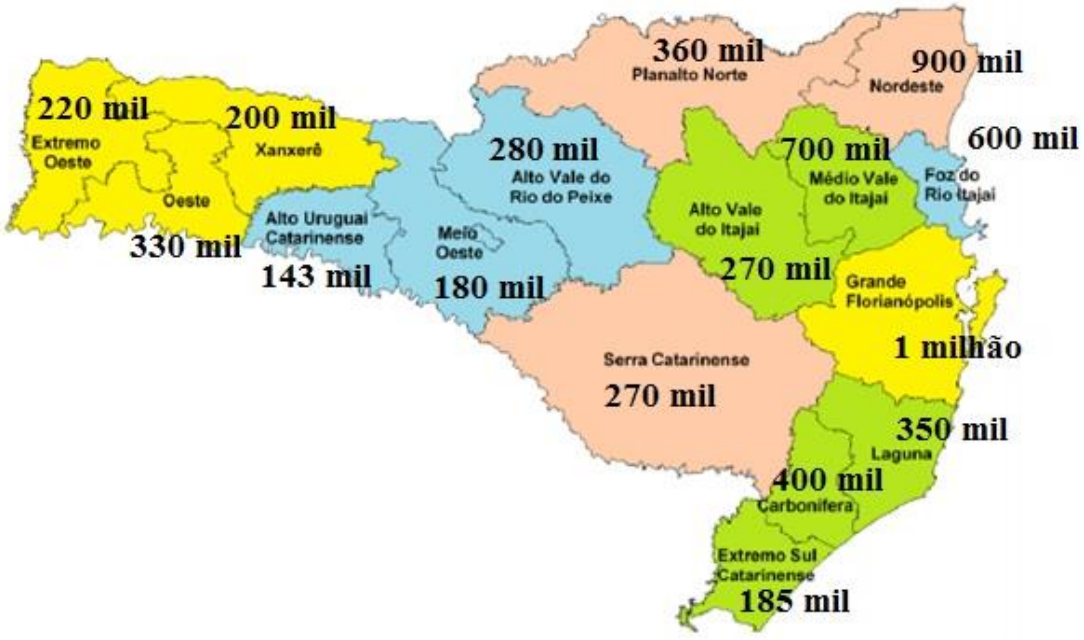


Figura 47. Regiões de saúde com suas respectivas populações, em cifras arredondadas, Santa Catarina, 2014.
Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação, GECOR, SUR, SES/SC, 2013.

Portanto, a regionalização é a forma de criar uma nova escala, maior do que a municipal. Ela é capaz de facilitar o acesso de toda a população – e de todos os municípios – aos serviços.

Permite que a implantação de serviços não fique limitada pela magnitude – ou escassez - da população municipal, pois incentiva os serviços regionais, pactuados e consorciados entre municípios, oficializando itinerários e centros de referência.

A adoção da escala regional é uma providência geradora de universalidade e de equidade em saúde.

Facilitando vários aspectos da gestão da rede[113], a escala regional nos aparelha para passarmos a uma nova etapa da construção do sistema de saúde: um passo além do que as políticas de saúde mental desenvolvidas nos governos de Fernando Henrique Cardoso e Luiz Inácio Lula da Silva usualmente propiciavam[114], cujas repercussões têm sido avaliadas ao longo da primeira década do milênio[115].

---

[113] FLEURY, Sônia; OUVERNEY, A.M. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde.** Rio de Janeiro: Editora FGV; 2007.

[114] A política definida nos 16 anos destes dois presidentes teve uma matriz internacional que se espalhou na América Latina a partir da Convenção de Caracas e produziu, no Brasil, um discurso valorizando a negação das instituições psiquiátricas tradicionais. Vide os documentos:

OMS. Declaração de Caracas. Caracas: Organização Mundial da Saúde, 14 nov 1990. Disponível em : <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/declaracao_caracas> e <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas em Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. **Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental**: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio15_anos_caracas.pdf >.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>.

DUARTE, Marco José de Oliveira. Movimentos e Lutas Sociais na Saúde: o caso do movimento nacional da luta antimanicomial. **Em Pauta**: Teoria Social e Realidade Contemporânea, n$^{o.}$ 25 (2010). Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/2888/2082>.

[115] Avaliações interessantes sobre os serviços no contexto da política nacional e local foram feitos. Citamos, por exemplo:

PITTA, Ana Maria Fernandes ; SILVA FILHO, João Ferreira da ; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; LACMAN, Selma ; CAVALCANTI, Maria Tavares; KINOSHITA, Roberto Tykanori. Determinantes da qualidade de serviços de saúde mental em municípios brasileiros: estudo de satisfação com resultados das atividades desenvolvidas por pacientes, familiares e trabalhadores dos serviços. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 44, n.9, p. 441-452, 1995.

KANTORSKI, Luciane Prado et al. Satisfação dos usuários dos centros de atenção psicossocial da região Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2009, vol.43, suppl.1, pp. 29-35. ISSN 0034-8910. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000800006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental no SUS**: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010. Brasília: Ministério da Saúde, Janeiro de 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_fronteiras_reforma_psiquiatrica.pdf>.

MATEUS, Mário Dinis (org.). Políticas de saúde mental: baseado no curso **Políticas públicas de saúde mental,** do CAPS Luiz R. Cerqueira. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/outras-publicacoes/politicas_de_saude_mental_capa_e_miolo_site.pdf#page=46>.

ABP; AMB; CFM; FENAM. **Diretrizes para um modelo em saúde mental integral no Brasil**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Psiquiatria, 2006.

CRP SP (org.). **Políticas de saúde mental e juventude nas fronteiras psi-jurídicas**. São Paulo: Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região, 2011.

5.2 Novos CAPS e seu financiamento

5.2.1 O incentivo financeiro federal às prefeituras

Há, ainda, resistências ao estabelecimento de uma rede com a necessária qualidade, especialmente em municípios de pouca arrecadação. Em geral os gestores municipais concordam que a imagem objetivo a eles proposta pelos técnicos é boa e necessária. Mas creem-se sem condições financeiras para bancá-la. O culpado pelas dificuldades, segundo as Prefeituras, é o elevado grau de comprometimento dos municípios com os gastos de pessoal. Comumente prefeitos e gestores municipais do SUS lamentam sua situação diante da Lei de Responsabilidade Fiscal.

O cadastramento dos novos CAPS, na forma da Portaria 3.089, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde, implica em apresentar documentação da Secretaria Municipal de Saúde e do gestor, projeto técnico, planta baixa, relação nominal dos profissionais integrantes equipe técnica (com currículos dos componentes), relatório de vistoria realizada pela Secretaria de Estado da Saúde (avaliando as condições de funcionamento do serviço para fins de cadastramento: área física, recursos humanos, responsabilidade técnica e demais exigências estabelecidas na Portaria n$^{o.}$336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, do Ministério da Saúde, com parecer favorável), relatório de vistoria da vigilância sanitária local, apresentação do número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do CAPS e aprovação do cadastramento pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Tabela 25. Incentivo financeiro do Ministério da Saúde para o custeio dos CAPS, segundo sua modalidade.

Modalidade		Incentivos (parcelas) em R$		
		Construção	Implantação (única)	Custeio (mensais)
CAPS I		800.000,00	20.000,00	28.305,00
CAPS II		800.000,00	30.000,00	33.086,25
CAPS i		800.000,00	30.000,00	32.130,00
CAPS AD		800.000,00	50.000,00	39.780,00
CAPS III (24h)		1.000.000,00	50.000,00	63.144,38
CAPS AD III (24h)	Adaptado*	-	75.000,00	78.000,00
	Novo	1.000.000,00	170.000,00	

* CAPS II adaptado, para se transformar em ADIII, após qualificação.

Fontes: Ministério da Saúde. Portaria 3.089, de 23 de dezembro de 2011, sobre financiamento dos CAPS.. Portaria 130, de 26 de janeiro de 2012, sobre financiamento dos CAPS ADIII. Portaria 615, de 15 de abril de 2013, sobre incentivo para construção de CAPS e UA.

O repasse financeiro fixo para os centros de atenção psicossocial (CAPS), pelo Ministério da Saúde, destinado ao custeio das ações de atenção psicossocial, variam conforme o tipo de serviço. Os recursos serão incorporados ao limite financeiro de média e alta complexidade dos municípios. A Comissão Intergestores Regional (CIR) deverá fazer o acordo, entre os municípios, sobre a divisão dos trabalhos e dos repasses, sempre que um CAPS for regional ou microrregional. Chamamos de CAPS microrregionais os

que abrangem somente alguns dos municípios vizinhos, dentro da região de saúde.

Há possibilidade de o município conseguir incentivos de um milhão de reais para a construção de CAPS III e ADIII, e de oitocentos mil reais para as outras modalidades, a ser gasto com a obra. O prédio deve seguir as regras da Vigilância Sanitária e seguir a programação visual padronizada pelo guia de sinalização do SUS[116].

Para pleitear habilitação ao financiamento o município deverá cadastrar sua proposta no Ministério da Saúde por meio do sítio eletrônico do Fundo Nacional de Saúde. A documentação exigida está descrita na Portaria 615, de 15 de abril de 2013, do Ministério da Saúde.

5.2.3 O incentivo financeiro estadual às prefeituras

A participação do Governo do Estado de Santa Catarina no financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) implementados pelas prefeituras municipais ocorre desde 2010. Foi regulamentado pela Deliberação nº. 53 da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), em 2011, no contexto da criação de incentivos para o fortalecimento da Atenção Básica.

A Deliberação da CIB nº. 493, de 8 de abril de 2013, (retificadora, prevendo o orçamento de 2013)[117], e a Deliberação da CIB nº. 520, de 5 de dezembro de 2013 (prevendo o orçamento de 2014), estabelecem duas áreas a incentivar:

1. A primeira área é a de CAPS em "**início de funcionamento**"; corresponde aos CAPS recém-criados e voltados ao atendimento exclusivo de populações de um mesmo município;
   1.1 Este incentivo paga um valor mensal ao município, de **R$15.000**,00, desde a abertura do serviço até que
   (a) o Ministério da Saúde, terminando os trâmites burocráticos do cadastramento, emita a portaria e passe a enviar o incentivo federal ou
   (b) o CAPS complete **3 meses** sem cadastro ministerial;
   1.2 O período de tempo em que o incentivo é fornecido dura, como regra, de **1 a 3 meses**, e tende a diminuir, em função do uso do requerimento eletrônico de cadastro, o FormSUS, do Ministério da Saúde;

[116] O guia pode ser acessado pelo endereço: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Jun/06/guia_sinalizacao_06062012.pdf >. A apresentação visual das unidades de saúde está regulamentada pela Portaria nº 2.838/GM/MS, de 1º de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde.

[117] Diz a Deliberação: Para apoiar o início de funcionamento de novos Centros de Apoio Psicossocial - CAPS, nas modalidades: I (não microrregional), II, III, AD e CAPSi o valor de R$270.000,00 (duzentos e setenta mil reais), cofinanciar os CAPS I microrregionais que atendam a dois ou mais municípios que já estão em funcionamento no valor de R$820.000,00 (oitocentos e vinte mil reais) e para os novos CAPS I microrregional o valor de R$260.000,00 (duzentos e sessenta mil reais), totalizando R$1.350.000,00 (hum milhão trezentos e cinqüenta mil reais), mantendo os critérios da Deliberação 53/CIB/2011.

2. A segunda área é a dos **CAPS I microrregionais**; seu incentivo volta-se ao "início de funcionamento" e também ao custeio mensal permanente de CAPS I microrregionais recém-criados e atendendo populações de mais de um município (conhecido pelas prefeituras, neste caso, como **ajuda ao transporte** de pacientes)[118];

    2.1 Podem ser contemplados apenas os CAPS da modalidade I, ficando excluídos os de outros tipos (II, AD, i, III e ADIII);

    2.2 Através dele os municípios são contemplados com um valor mensal de **R$20.000**,00, desde a abertura do serviço até que

    (a) o Ministério da Saúde emita a portaria e passe a enviar o incentivo federal[119] ou

    (b) o CAPS complete **6 meses** sem cadastro ministerial;

    2.3 O período de tempo em que o incentivo para início é fornecido dura, como regra, de **um a três meses**, e vem diminuindo, a partir do uso do requerimento eletrônico de cadastro, pelo FormSUS, do Ministério;

    2.3. Estes CAPS microrregionais, após a emissão da portaria ministerial, recebem **R$ 5.000**,00 por mês, para custeio, por tempo indeterminado; as prefeituras alegam usar tal verba para transportar os pacientes dos CAPS que procedem de outros municípios.

A Deliberação 493/CIB/12 reserva R$270.000,00 (duzentos e setenta mil reais) ao ano para utilizar com o primeiro tipo de incentivo, ou seja, para novos CAPS não microrregionais, de qualquer modalidade.

O valor reservado, ao ano, para utilizar com o segundo tipo de incentivos, soma R$1.080.000,00, dos quais R$260.000,00 são para o início de funcionamento e R$820,00 para custeio (entendido pelas prefeituras como auxílio para transporte intermunicipal de pacientes).

Tabela 26. Valores orçados para incentivos a CAPS, pela SES, Santa Catarina, 2013.

	CAPS novos	CAPS I regionais	Total
Para início de funcionamento	270.000,00	260.000,00	530.000,00
Para custeio		820.000,00	820.000,00
Total	270.000,00	1.080.000,00	1.350.000,00

Fonte: SUG/SES / SC, 2013.

Os anos de 2010 e 2011 foram pioneiros, na distribuição do incentivo, época em que se intensificou a discussão sobre a criação de CAPS microrregionais. O mês de janeiro de 2012 foi um dos meses em que o repasse aos municípios foi maior: chegou ao total de R$130.000,00, incluindo todos os tipos de incentivos.

[118] As grandes dificuldades das prefeituras estão na contratação de pessoal. O incentivo, pois, deveria poder ser aproveitado no pagamento de recursos humanos, se assim as prefeituras quiserem. A manutenção de veículos e a compra de gasolina pode ser combinada entre os municípios que compõem um CAPS regional ou microrregional, negociando-se formas próprias do local.

[119] O único CAPS de Santa Catarina que recebeu este incentivo estadual ao longo de 2013 foi o de Santa Amaro da Imperatriz, por três meses, perfazendo um total recebido de R$60.000,00.

Naquele mês o número de CAPS que utilizou o incentivo de R$15.000,00 (CAPS novos não microrregionais) foi 2 (em Fraiburgo e Criciúma). Os valores orçados pelo Estado estão na tabela seguinte.

Tabela 27. Repasses de incentivos anuais para CAPS aos municípios, valores orçados e diferença entre o orçado e o repassado, Santa Catarina, 2010 a 2013.

Ano	Repasse (R$)	Orçado (R$)	Diferença (R$)
2010	55.000,00	-	-
2011	80.000,00	1.350.000,00	1.270.000,00
2012	1.070.000,00	1.350.000,00	280.000,00
2013	860.000,00	1.350.000,00	490.000,00

Fonte: SUG/SES / SC, 2013.

O número de CAPS microrregionais utilizando o incentivo de R$20.000,00, naquele mês, foi 3 (em Santa Cecília, Mondaí e São Carlos). Os CAPS microrregionais que receberam o valor mensal de R$5.000,00 foram 7 (Água Doce, Ibirama, Gaspar, Monte Castelo, Palmitos, Dionísio Cerqueira e Quilombo).

O ano de 2012 fechou com 12 CAPS microrregionais recebendo, regularmente, o incentivo mensal de R$5.000,00, em Água Doce, Santa Cecília, Ibirama, Gaspar, Balneário Piçarras, Siderópolis, Monte Castelo, Palmitos, Mondaí, São Carlos, Dionísio Cerqueira e Quilombo. O gasto total no mês foi de R$75.000,00.

Um ano depois, em dezembro de 2013, o gasto total do mês foi de R$115.000,00. Destes, R$60.000,00 representam parcelas de R$5.000,00 aos CAPS I microrregionais e R$55.000,00 representam valores para início de funcionamento de novos CAPS.

Tabela 28. Valores pagos pela SES/SC em incentivos a CAPS, 2012 e 2013.

Competência	Valor em R$
jan/12	130.000,00
fev/12	130.000,00
mar/12	85.000,00
abr/12	105.000,00
mai/12	105.000,00
jun/12	120.000,00
jul/12	60.000,00
ago/12	50.000,00
set/12	50.000,00
out/12	85.000,00
nov/12	75.000,00
dez/12	75.000,00
jan/13	60.000,00
fev/13	60.000,00
mar/13	60.000,00
abr/13	60.000,00
mai/13	60.000,00
jun/13	65.000,00
jul/13	65.000,00
ago/13	65.000,00
set/13	65.000,00
out/13	85.000,00
nov/13	100.000,00
dez/13	115.000,00

Fonte: SUG / SES / SC, dez. 2013.

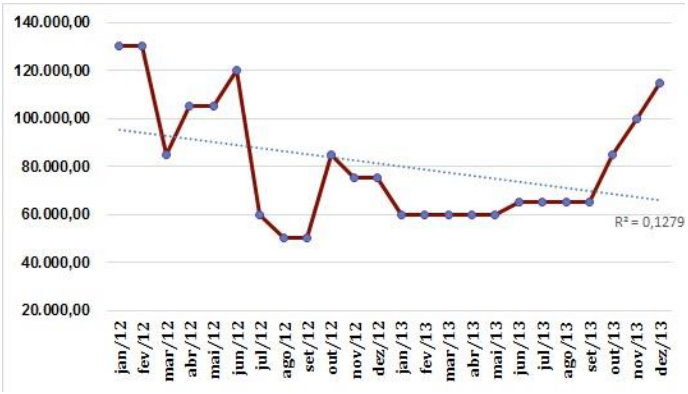


Figura 48. Tendência dos repasses de incentivos estaduais a CAPS, por mês, 2012 e 2013.
Fonte: SUG/SES/SC, dezembro de 2013.

O número de CAPS microrregionais chegou a 14. A análise da série histórica dos desembolsos da Secretaria de Estado da Saúde com estes incentivos mostra um ligeiro declínio ao longo dos anos de 2012 e 2013. A média mensal para os dois últimos anos foi de R$80.416,67.

Hoje há 14 CAPS I microrregionais no Estado[120], o que seguirá gerando um gasto de R$70.000,00 mensais, ou R$840.000,00 anuais.

Os municípios do CAPS I microrregional incentivado devem ter aderido ao Pacto de Gestão. Para a implantação de CAPS I microrregional, os municípios deverão formalizar um Termo de Cooperação Técnica, devendo constar a responsabilidade de cada município pactuado, tal como o transporte dos pacientes e demais necessidades na documentação para a implantação do CAPS. Será necessário o registro dos acordos em ata dos respectivos Conselhos Municipais de Saúde.

O Projeto Terapêutico e os documentos para solicitação do incentivo financeiro e cadastramento do serviço serão avaliados pela Divisão de Saúde Mental/Gerência de Coordenação da Atenção Básica, devendo estar de acordo com as Portarias GM nº 245/05 e 336/GM/2002.

São critérios para a avaliação: a equipe técnica exigida, o projeto terapêutico e suas especificidades, a estrutura física adequada, existência de ações de saúde mental na atenção básica em todos os municípios pactuados e a existência de hospital geral com unidade psiquiátrica na região de saúde.

As informações detalhados para o processo de solicitação do Incentivo Financeiro ao Ministério da Saúde e solicitação de cadastramento para CAPS, modalidade I, microrregional, estão no endereço eletrônico <www.saude.sc.gov.br> encontrável na sequência dos links “Atenção Básica” – “Saúde Mental” –“CAPS” – "Orientações para Solicitação e Implantação de CAPS/SC, modalidade I, Microrregional”.

Tabela 29. Incentivos mensais permanentes repassados pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Estado da Saúde, aos pontos da Rede de Atenção Psicossocial, Santa Catarina, ano de 2013.

Serviço	N. pontos atuais	Min. Saúde (R$)	SES/SC (% sobre MS)	SES/SC (R$)
CAPS I microrreg.	14	396.270,00	17,66%	70.000,00
CAPS I (outros)	40	1.132.200,00	0	0
CAPS II	9	254.745,00	0	0
CAPS AD	9	297.776,25	0	0
CAPS III	2	79.560,00	0	0
CAPS AD III	1	63.144,38	0	0
CAPS i	7	546.000,00	0	0
UA	1	32.130,00	0	0
SRT	2	50.000,00	0	0
Total mensal		2.851.825,63		70.000,00
Total anual	85	31.901.580,12		840.000,00

Fonte: SUG / SES / SC, 2013.

Os CAPS microrregionais deverão manter e encaminhar para a Divisão de Saúde Mental, através da Gerência de Saúde, a estatística de procedência dos pacientes para fins de monitoramento e avaliação, assim

[120] São eles: Água Doce, Santa Cecília, Ibirama, Gaspar, Balneário Piçarras, Içara, Santo Amaro da Imperatriz, Siderópolis, Monte Castelo, Palmitos, Mondaí, São Carlos, Dionísio Cerqueira e Quilombo.

como os comprovantes para a Gerência de Processamento de Serviços Assistenciais – GEPRO/SES.

Os recursos mensais serão repassados fundo a fundo e a prestação de contas deverá ser apresentada no Relatório Anual de Gestão Municipal.

Os incentivos permanentes para custeio, de origem estadual (no valor de R$5.000,00 ao mês) para os CAPS regionais, representam um percentual de **17,66%** do valor que o Ministério da Saúde fornece para cada um destes CAPS. Os incentivos estaduais, contudo, só abrangem os CAPS I microrregionais, que atualmente são 14, deixando fora os outros.

Sendo instituídos incentivos a todos os pontos de atenção, o desembolso seria, inicialmente, para os serviços já existentes, estendendo-se, gradativamente, aos novos serviços planejados nos Planos de Ação Regionais, e que serão implementados paulatinamente, ao longo dos próximos anos. Estão em discussão interna, na SES/SC, várias propostas de incremento dos incentivos, com previsão de repasses às prefeituras, a partir de 2014, visando o estímulo não só aos CAPS I microrregionais, mas também à criação de CAPS i, unidades de acolhimento e residenciais terapêuticos, que poderão chegar a R$8.904.000,00 anuais. Isto implicará um substancial aumento, de dez vezes, em relação ao dispêndio estadual do ano de 2013, na rede psicossocial.

5.3 As unidades de acolhimento para jovens e para adultos

A portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012, institui a unidade de acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, como residencial transitório, funcionamento nas 24 horas do dia e nos 7 dias da semana. Deverão ter quartos coletivos para até 4 pessoas e servir refeições. Numa escala meramente municipal, as unidades de acolhimento designadas para adultos teriam como alvo uma população de aproximadamente 200 mil habitantes e as infanto-juvenis (para menores de 18 anos) uma população de 100 mil habitantes, nas quais haja mais de 5 leitos psiquiátricos para crack, álcool e outras drogas, em enfermaria especializada ou em serviço hospitalar de referência. Em Santa Catarina será utilizada uma escala regional: as unidades servirão à região de saúde, em pactuação dos municípios. Estes serviços deverão contar com a assistência de uma equipe composta por assistente social, educador físico, enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional e médico, normalmente vinculada a um CAPS.

Tabela 30. Vagas preconizadas, em unidades de acolhimento, por região de saúde, segundo o tipo, Santa Catarina, 2013.

Município	Adulto	Infanto-Juvenil
Região Grande Florianópolis	52	23
Região Nordeste	45	20
Região Médio Vale do Itajaí	34	15
Região da Foz do Itajaí	29	13
Região Carbonífera	20	9
Região Planalto Norte	18	8
Região de Laguna	17	8
Região Oeste	16	7
Região da Serra	14	6
Região Alto Rio do Peixe	14	6
Região Alto Vale do Itajaí	14	6
Região Extremo Oeste	11	5
Região de Xanxerê	10	5
Região do Meio Oeste	9	4
Região do Extremo Sul	9	4
Região do Alto Uruguai	7	4
Santa Catarina	319	143

Ao se fazer os cálculos para estimar a necessidade de vagas em unidades de acolhimento regionais, as frações de vagas foram arredondas para cima.
Fontes: IBGE, 2013. Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012, do Ministério da Saúde. Comissão Médica Estadual de Regulação, GECOR, SUR/SES/SC.

Há possibilidade de o município solicitar incentivo financeiro de R$500.000,00 para a construção, seguindo as regras da Vigilância Sanitária e a programação visual do guia de sinalização do SUS.

Tabela 31. Incentivo financeiro do Ministério da Saúde para a implantação e a manutenção de unidades de acolhimento, segundo o tipo.

Unidade de Acolhimento	Incentivo financeiro em R$ (parcela)		
Tipo	Para construir (única)	De custeio (única)	De manutenção (mensal)
Infanto-juvenil (10 vagas)	500.000,00	70.000,00	30.000,00
Adulto (10 a 15 vagas)	500.000,00	70.000,00	25.000,00

Fonte: Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012, do Ministério da Saúde.

A estimativa, no Estado, chega a um máximo de 319 vagas para adultos e 143 para pessoas com menos de 18 anos.

5.4 Os novos serviços residenciais terapêuticos

Os pacientes que viveram institucionalizados no Centro de Convivência Santana e na Casa de Saúde Rio Maina, sem família que os receba, podem ser alvos da política de desinstitucionalização. Poderão voltar à sua região e residir em serviços residenciais terapêuticos (SRT), a serem montados pelas prefeituras, na forma da Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011. Os residenciais tipificam-se pelo grau de dependência de seus moradores. Os de tipo II recebem pessoas que precisam de cuidador ao longo de todo o dia. Os de tipo I recebem pessoas com maior grau de autonomia.

Tabela 32. Incentivo financeiro do Ministério da Saúde para a implantação e a manutenção de serviços residenciais terapêuticos, segundo o tipo.

Modalidade	Incentivo financeiros em R$	
	De implantação (única parcela)	De manutenção (mensal)
tipo I (4 moradores)	20.000,00	5.000,00
tipo I (8 moradores)	20.000,00	10.000,00
tipo II (4 moradores)	20.000,00	8.000,00
tipo II (10 moradores)	20.000,00	20.000,00

Os residenciais devem estar envoltos em programas de integração social e de reabilitação. O componente "Estratégias de Desinstitucionalização", do Plano Operativo Estadual, é constituído por iniciativas que visam a garantir às pessoas em situação de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, garantindo autonomia, cidadania e inclusão social.

A prioridade e as metas das políticas públicas em saúde mental para um país dependem basicamente dos recursos financeiros disponíveis. Thornicroft e Tansella[121] orientam que:

a) *Países com poucos recursos devem focalizar na implementação e melhoria dos serviços de saúde mental no contexto da atenção primária, utilizando serviços de especialistas como retaguarda.*
b) *Países com recursos medianos devem buscar, além disso, a oferta de componentes afins tais como ambulatórios, equipes comunitárias de atenção em saúde mental, atenção a pacientes no episódio agudo, atenção residencial comunitária prolongada e reabilitação profissional.*

[121] THORNICROFT, G..; TANSELLA, M. Quais são os argumentos a favor da atenção comunitária à saúde mental? **Pesquisas e Práticas Psicossociais** 3(1), São João del-Rei, Ag. 2008.

____. **Better Mental Health Care**. Cambridge: Cambridge University Press, 2009.

THORNICROFT, G..; TANSELLA, M., LAW, A. Steps, challenges and lessons in developing community mental health care. **World Psychiatry**. 2008 June; 7(2)87. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2408397/>.

c) *Além de tais medidas, países com muitos recursos devem prover formas mais diferenciadas de atenção tais como ambulatórios especializados e equipes comunitárias de atenção em saúde mental, tratamento assertivo comunitário, e alternativas para a atenção a pacientes no episódio agudo, atenção residencial comunitária prolongada e reabilitação profissional.*

O estado de Santa Catarina dispõe atualmente de uma cobertura média de 72,5% pelas equipes de saúde da família (atenção primária) dos municípios (Santa Catarina, 2011). O estado conta ainda com uma ampla redede Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) disponíveis, que são serviços comunitários especializados em saúde mental, e leitos psiquiátricos em hospitais especializados e em hospitais gerais nas diversas regiões do estado. Falta o componente da atenção residencial comunitária prolongada, que, no âmbito das políticas públicas do Ministério da Saúde, são representados pelos Residenciais Terapêuticos.

O processo de desinstitucionalização dos indivíduos com internações psiquiátricas prolongadas envolve basicamente três componentes:

a) Prevenção de internação em hospitais psiquiátricos por meio da oferta de serviços comunitários;
b) Remanejamento de pacientes internados em longo prazo;
c) Implementação e manutenção de sistemas de apoio comunitário para pacientes não-institucionalizados.

Segundo Benedetto Saraceno, psiquiatra italiano, uma das referências mundiais em saúde pública sobre o processo de desinstitucionalização dos indivíduos em internação psiquiátrica de longa duração,

> O processo chave é o da reconstrução histórica dos internados, a reapropriação de seu passado e presente, a reapropriação do sentido que casa um deles produziu em sua vida, apesar do notável esforço que a instituição faz em matar cada sentido individual, em aniquilar cada diferença, em construir uma falsa identidade coletiva: aquela do doente mental crônico[122].

Os Serviços Residenciais Terapêuticos, como preconizados pelo Ministério da Saúde, são dispositivos ideais para promover a desinstitucionalização de indivíduos de internações psiquiátricas longas. Os SRT, de acordo com a Portaria 106, de 11/02/2000, do Ministério da Saúde, são moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social.

A estes serviços cabe:

---

[122] SARACENO, Benedetto. A Cidadania Como Forma de Tolerância. **Rev. Ter. Ocup**. Univ. São Paulo, v.22, n. 2, p. 93-101, maio/ago, 2011. Disponível em: <http://revistas.usp.br/rto/article/view/14126/15944 >.

LUSSI, I.A.O.; PEREIRA M.A.OL; JUNIOR, A.P. A Proposta de Reabilitação Psicossocial de Saraceno: Um modelo de auto-organização. **Rev. Latino-am Enfermagem**. 2006, maio-junho 14(3): 448-56. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>.

a) garantir assistência aos portadores de transtornos mentais com grave dependência institucional que não tenham possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social e não possuam vínculos familiares e de moradia;

b) atuar como unidade de suporte destinada, prioritariamente, aos portadores de transtornos mentais submetidos a tratamento psiquiátrico em regime hospitalar prolongado;

c) promover a reinserção desta clientela à vida comunitária.

Portanto, tais dispositivos mostram-se adequados para acolher pessoas egressas de internação de longa permanência, seja em hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia.

Quanto ao critério econômico, é esperado que o custo de um paciente interno em hospital psiquiátrico seja maior do que custo de um interno de um residencial terapêutico, onde a infraestrutura física e de recursos humanos é bem menor. Quando comparada aos gastos por interno de Hospitais de Custódia, a diferença pode ser ainda maior, pois no custeio de um interno, além da equipe técnica de saúde, estão incluídos os gastos com segurança e agentes prisionais.

Não foi possível obter o custo médio por interno do HCTP, porém, dever ser maior ao custo médio de um detento no Brasil. Dados mais recentes sugerem um gasto de 2,2 mil reais ao mês por preso, chegando a 3,3 mil reais mensais o custo de um preso federal.

No SRT o custo por morador tende a ficar em torno de R$1.400,00 a R$ 2.000,00, dependendo da cidade e do tipo de acomodação.

Mesmo que haja pouca diferença entre os custos das intervenções hospitalar e comunitária, as avaliações econômicas mais aprofundadas sugerem que a atenção comunitária é melhor em termos de custo-benefício do que a internação psiquiátrica de longa permanência, pois há maior eficácia na atenção residencial comunitária. Estudos sugerem que os pacientes remanejados para estes serviços apresentam ganhos importantes na qualidade de vida, com uma taxa apenas 10% de reinternações[123].

[123] THORNICROFT, G.; TANSELLA, M. Quais são os argumentos a favor da atenção comunitária à saúde mental? **Pesquisas e Práticas Psicossociais** 3(1), São João del-Rei, Ag. 2008.

THORNICROFT, G..; ALEM, A.; ANTUNES DOS SANTOS, R. et al. WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. **World Psychiatry**. 2010 Jun; 9(2)67-77. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2911080/ >.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Psychosocial rehabilitation**: a consensus statement. Geneva: World Health Organization; 1996.

DEVA, P. Psychiatric rehabilitation and its present role in developing countries. **World Psychiatry**. 2006 October; 5(3)164. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1636130/ >.

5.5 Os Serviços Hospitalares de Referência

Os leitos em hospitais gerais deverão ser qualificados e organizados em Serviços Hospitalares de Referência para atenção a pessoas padecendo de transtornos mentais ou com problemas de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas.

Serviços com 10 leitos ou menos, com ou sem psiquiatra, terão interface com a clínica médica ou com a pediatria, devendo qualificar sua equipe. Não havendo psiquiatra, deverá haver um médico com formação ou boa experiência em saúde mental, disponível para fazer cursos e frequentar reuniões a convite da SES.

Serviços com mais de 10 leitos deverão funcionar em uma enfermaria especializada.

Tabela 33. Incentivos financeiros aos Serviços Hospitalares de Referência*, segundo o número de leitos psiquiátricos cadastrados e em atividade.

Número de leitos	Incentivos em R$	
	Para investimento inicial	De custeio anual
Até 5	18.000,00	67.321,32/leito
De 6 a 10	33.000,00	67.321,32/leito
De 11 a 20	66.000,00	67.321,32/leito
De 21 a 30	99.000,00	67.321,32/leito

*Máximo de 15% (quinze por cento) do número total de leitos do Hospital Geral, até 30 (trinta) leitos, fazendo um tempo médio de permanência de 5 dias e meio, com taxa de ocupação de 85%.
Fonte: Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012, do Ministério da Saúde.

A portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012, define as normas para os hospitais gerais que prestarão serviços psiquiátricos no SUS. A portaria define o quantitativo de 1 leito para cada 23 mil habitantes, não podendo exceder o percentual de 15% do numero total de leitos do hospital geral, até o máximo de 30 leitos. Os hospitais aprovados para exercer esta tarefa receberão um incentivo para o investimento inicial.

O gasto com obras, adequação da área física e equipamentos poderá contar com 70% deste incentivo. Os outros 30% deverão ser destinados à qualificação da equipe e da implantação de ponto do telessaúde, para formação continuada.

Tabela 34. Memória de cálculo para o estabelecimento do valor dos incentivos, a partir das diárias dos Serviços Hospitalares de Referência, a serem cobertas pelo Ministério da Saúde, e percentual de leitos segundo faixas de dias de permanência.

Período de internação	Valor da Diária	Proporção de uso
Do 1º. ao 7º. dia	R$ 300,00	60% dos leitos
Do 8º. ao 15º. dia	R$ 100,00	30% dos leitos
A partir do 16º. dia	R$ 57,00	10% dos leitos

Os hospitais que funcionarem adequadamente receberão o incentivo anual de R$67.321,00 para cada leito implantado.

Este valor foi calculado a partir de estimativas de diárias, referentes às internações, segundo critérios que não incentivem a institucionalização e a longa permanência. Os hospitais precisarão aprender a trabalhar, portanto, integrados com o restante da rede, a fim de ter resolutividade durante a crise. Deverão primar por não se confundir com um albergue voltado à solução de problemas sociais, como os de moradia, de fragilidade econômica ou de mau relacionamento doméstico. Deverão colaborar para a continuidade do tratamento fora do hospital.

A distribuição dos leitos psiquiátricos em hospitais gerais é desigual nos vários rincões de Santa Catarina. Caberá às Comissões Intergestores Regionais (CIR) abrandar as diferenças, propondo a qualificação e o cadastramento de serviços que possam assumir a tarefa com resolutividade. Para tanto, precisarão evitar as pressões de hospitais sem capacidade para organizar um serviço adequado, que se interessem apenas pelas possibilidades resolver problemas financeiros crônicos. Vários destes, erroneamente, vêem no atendimento psiquiátrico uma oportunidade de aumento de receita graças à simplicidade da hotelaria e ao pouco gasto com cirurgias, aparelhagem e exames complementares. Este é um engano comum, pois não é fácil montar uma equipe de saúde mental de qualidade. É impossível montá-la no improviso. Ao consegui-la, os conhecimentos e as vivências práticas, requeridos, devem ser preservados pelo empregador, garantindo boas condições de trabalho atraentes. Sem isso, ela tenderá a migrar. Por outro lado, o princípio primordial nos hospitais da rede é o de evitar a repetição de modelos reprovados, de características asilares e pouco resolutivos.

A nota técnica da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, do Ministério da Saúde, sobre leitos de saúde mental, denominada "**Esclarecimento sobre Leito 87**" alerta para o fato de que, após ter o Ministério da Saúde habilitado 615 leitos no Brasil, pela Portaria 148/12, foi identificado um sub-registro das informações, criando a falsa impressão de haver uma baixa taxa de ocupação dos hospitais. O registro da produção é fundamental para que o sistema possa ser monitorado e avaliado. Haverá, pois, exigência severa do registro da produção, por parte dos hospitais, uma vez que o financiamento do leito não depende de AIH, pois é regido por uma forma de pré-pagamento contratual, e precisa ser justificado. A falta de registro poderá incorrer em perda do contrato.

A existência de leitos, no contexto da rede, faz sentido na medida da existência de serviços extra-hospitalares interagindo com eles. A internação desvinculada de um sistema comunitário de acompanhamento do paciente, corre o risco permanente de se esgotar em si mesma, e de passar a se repetir, num círculo vicioso de internação, alta, abandono do tratamento, nova piora e nova internação[124].

Setores técnicos do Ministério da Saúde propuseram um total de 284 leitos de saúde mental, em hospitais gerais, a serem qualificados segundo a Portaria 148/12, para Santa Catarina. As CIR, após debates com a comunidade

[124] MACHADO, Vanessa. **Reinternação psiquiátrica no campo da Atenção Psicossocial**: a perspectiva dos pacientes reinternantes. (Tese doutorado. Orient. Manoel Antônio dos Santos). Ribeirão Preto: USP, 2012. Disponível em:

<http://www.ffclrp.usp.br/imagens_defesas/17_01_2013__15_14_01__61.pdf>.

e os técnicos, têm sugerido o cadastramento, na soma de todas as 16 regiões de saúde, de 472 leitos, o que extrapolaria o limite de 1 leito para cada 23 mil habitantes.

A versão atual da lista de hospitais propostos, em negociação entre as CIR, a SES e o Ministério da Saúde (com a sugestão intermediária, de 377 leitos). Isto representaria um incentivo federal anual de R$25.380.137,64, para custeio. Esta versão consta na tabela seguinte.

Tabela 35. Hospitais tecnicamente indicados como Serviços Hospitalares de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, na Rede de Atenção Psicossocial, Santa Catarina, para instalação no biênio 2014-2015.

Região de Saúde	*Leitos Propostos*	*Município*	*Hospital*	*CNES*	*Total Leitos*	*Leitos psiquiátricos*	
						A incentivar	*Tipo*
Extremo Oeste	16	Mondaí	Sociedade Hospitalar Mondaí	2378108	44	5	Adulto
		Mondaí	Sociedade Hospitalar Mondaí	2378108	44	2	Infantil
		Dionísio Cerqueira	Hospital Municipal de Dionísio Cerqueira	2658372	48	3	Adultos
		Tunápolis	Hospital de Tunápolis	2378140	37	4	Adultos
		Tunápolis	Hospital de Tunápolis	2378140	37	2	Infantil
Xanxerê	10	Abelardo Luz	Hospital N. S. Aparecida	2410834	43	5	Adulto
		Xanxerê	Hospital Regional São Paulo (ASSEC)	2411393	92	5	Adulto
Oeste	28	Palmitos	Hospital Regional de Palmitos	2664984	71	7	Adulto
		São Carlos	Sociedade Hospitalar Pe. João Berthier	2538571	66	5	Adulto
		Quilombo	Hospital São Bernardo (Benef. Camiliana)	2538342	47	6	Adulto
		Chapecó	Hosp. Regional Lenoir Vargas Ferreira	2537788	302	4	Adulto
		Chapecó	Hospital da Criança Augusta M. Bohner	7286082	49	6	Infantil
Alto Uruguai Catarinense	12	Concórdia	Hospital São Francisco	2303892	181	8	Adulto
		Lindóia do Sul	Hospital Isolde Hubner Dalmora	2691876	40	4	Adulto
Meio Oeste	10	Luzerna	Hospital São Roque Sociedade Beneficente	2300184	81	5	Adulto
		Campos Novos	Fund. Hospitalar Dr. José Athanásio	2379767	89	5	Adulto
Alto Vale do Rio do Peixe	14	Fraiburgo	Hospital Divino Espírito Santo	2302330	44	4	Adulto
		Curitibanos	Hosp. Regional Hélio Anjos Ortiz (Fund. Hospitalar Curitibanos)	2302101	126	10	Adulto

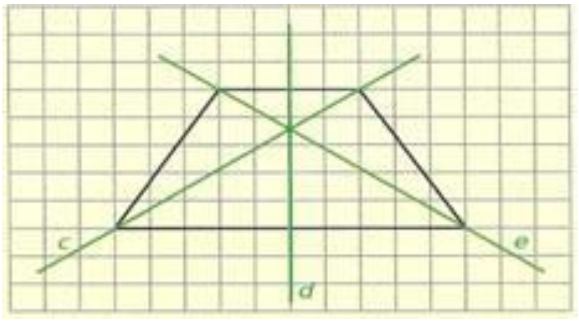
Tabela 35. Hospitais tecnicamente indicados como Serviços Hospitalares de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, na Rede de Atenção Psicossocial, Santa Catarina, para instalação no biênio 2014-2015 (continuação).

Região de Saúde	*Leitos Propostos*	*Município*	*Hospital*	*CNES*	*Total Leitos*	*Leitos psiquiátricos*	
						A incentivar	*Tipo*
Alto Vale do Itajaí	12	Rio do Sul	Hospital Samária (Com. Evangélica Rio do Sul)	2379627	104	12	Adulto
Médio Vale do Itajaí	43	Brusque	Hospital Azambuja (Arq. Cônsul Carlos Reanaux)	2522411	148	4	Adulto
		Gaspar	Hospital N.S. do Perpétuo Socorro	2691485	100	10	Adulto
		Rio dos Cedros	Hospital Dom Bosco	6273874	Em ampliação	10	Infantil
		Rio dos Cedros	Hospital Dom Bosco	6273874	Em ampliação	5	Adulto
		Blumenau	Hospital Santo Antônio	2558254	180	10	Adulto
		Timbó	Hospital e Maternidade Oase	2537192	68	4	Adulto
Foz do Itajaí	26	Balneário Camboriú	Instituto Vida (Hosp. Santa Inês)	2772752	132	15	Adulto
		Balneário Camboriú	Instituto Vida (Hosp. Santa Inês)	2772752	132	5	Infantil
		Itajaí	Hospital Universitário Pequeno Anjo (UNIVALI)	2744937	73	6	Infantil
Grande Florianópolis	53	Florianópolis	Hospital Infantil Joana de Gusmão	2691868	113	16	Infantil
		Florianópolis	Hospital Universitário - HU (UFSC)	3157245	208	7	Adulto
		São José	Hospital Regional Homero M. Gomes	2555646	285	30	Adulto
Laguna	25	Tubarão	SDP Hospital N. S. Conceição	2491710	338	6	Adulto
		Jaguaruna	Hospital de Caridade de Jaguaruna	2550962	39	4	Adulto
		Laguna	Hosp. Caridade Senhor Bom Jesus dos Passos	2558017	106	15	Adulto
Carbonífera	29	Morro da Fumaça	Hosp. de Caridade São Roque	2419378	102	8	Adulto
		Urussanga	Hospital Nossa Senhora da Conceição	2419653	115	8	Adulto
		Orleans	Fund. Hospitalar Santa Otília	2555840	54	5	Adulto
		Lauro Müller	Hosp. Municipal Henrique Lage	2419246	98	8	Adulto

Tabela 35. Hospitais tecnicamente indicados como Serviços Hospitalares de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, na Rede de Atenção Psicossocial, Santa Catarina, para instalação no biênio 2014-2015 (continuação).

Região de Saúde	*Leitos Propostos*	*Município*	*Hospital*	*CNES*	*Total Leitos*	*Leitos psiquiátricos*	
						A incentivar	*Tipo*
Extremo Sul	18	Praia Grande	Hosp. N. S. Fátima	2305623	55	4	Adulto
		Sombrio	Assoc. Hosp. Dom Joaquim	2672839	65	4	Adulto
		Araranguá	ISAS Hospital Regional de Araranguá	2691515	117	10	Adulto
Nordeste	41	S. Francisco do Sul	Hospital Matern. Mun. N.S. das Graças	6757960	35	5	Adulto
		Jaraguá do Sul	Hospital Matern. Jaraguá (Com. Evang. Luterana)	2306344	134	11	Adulto
		Guaramirm	Hosp. Pe. Matias Maria Stein (Benef. Camiliana)	2492342	57	5	Adulto
		Joinville	Hospital Infantil Jeser Amarante	6048692	144	10	Infantil
		Joinville	Hospital Regional Hans Dieter Schmidt	2436450	249	10	Adulto
Planalto Norte	20	Mafra	Hospital São Vicente de Paula	2379333	71	4	Adulto
		Canoinhas	Hospital Santa Cruz	2491249	112	6	Adulto
		Monte Castelo	Soc. Hosp. Com. Pe. Clemente Kampmann	2663422	22	2	Adulto
		Três Barras	Hospital Felix da Costa Gomes (Fund. Hosp. Três Barras)	2490935	51	4	Adulto
		Papanduva	Hospital São Sebastião	2379163	35	4	Adulto
Serra Catarinense	20	Lages	Hospital Infantil Seara do Bem	2662914	72	10	Infantil
		Lages	Sociedade MDP Hospital N. S. Prazeres	2504316	180	10	Adulto
Santa Catarina	377					377	

Fonte: Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina, jan. 2014.



6 O Plano de Ação Estadual idealizado para Santa Catarina

6.1 A rede atual é um sistema aberto necessitando de aportes novos

O debate levantado nas diversas frentes levou à construção de uma imagem objetivo, que poderá nortear a rede, e à concepção de um plano de ação baseado na teoria dos sistemas.[125]

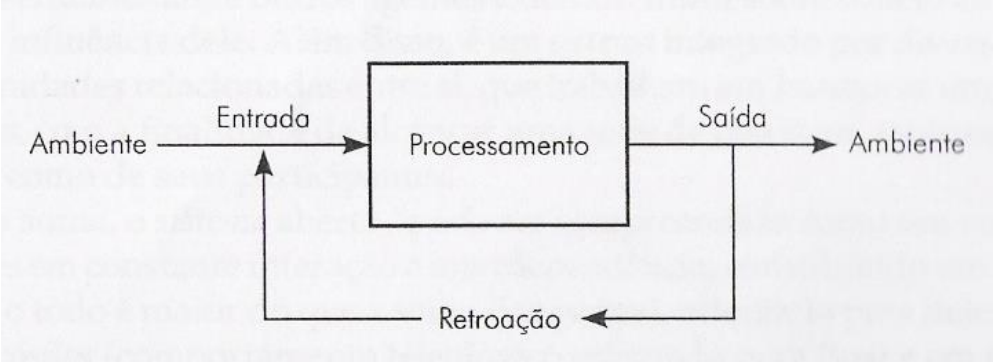


Figura 49. O ambiente externo enviando dados ao sistema da rede, que processa o material entrado, propiciando saídas que poderão ou não retroagir e retornar ao sistema de outro modo.
Fonte: PUC. 8º. Seminário: Teoria de Sistemas. Disponível em:<http://dc428.4shared.com/doc/krGugt2I/preview.html>.

A rede é um sistema aberto, influenciável por fatores externos, necessitando de novas informações. A abertura para receber constante aporte de sugestões, avaliações, críticas e novas propostas de atuação é fundamental

[125] A teoria dos sistemas estuda, de modo interdisciplinar, a organização abstrata de fenômenos, investigando os princípios comuns a todas as entidades complexas, assim como os modelos passíveis de descrevê-las. O sistema pode ser definido como um conjunto de elementos interdependentes que interagem com objetivos comuns formando um todo. Num sistema, o resultado da interação das partes suplanta o resultado que as unidades teriam se funcionassem de forma independente. A teoria de sistemas, cujos primeiros enunciados datam de 1925, foi proposta em 1937 por Ludwig von Bertalanffy, numa reação contra o reducionismo e a fragmentação causada pelas especialidades científicas. Para Niklas Luhmann o centro da teoria dos sistemas é a comunicação. Sistemas sociais são sistemas de comunicação. A sociedade é o sistema social mais abrangente. Um sistema define-se pela fronteira entre si e o ambiente que lhe é alheio. Separa-se, pois, de um exterior amplo e complexo: seu interior sistema é uma zona de redução de complexidade, pois a comunicação no interior do sistema opera selecionando apenas uma quantidade limitada de informação disponível no exterior. O afluxo de informações enviado a um sistema, se for sentido como tendo sentido, será selecionado e processado. Vide:

LUHMANN, N. **Introdução à Teoria dos Sistemas**. Petrópolis: Vozes, 2009.

BERTALANFFY, L. **Teoria Geral dos Sistemas**: Fundamentos, Desenvolvimento e Aplicações. Petrópolis: Vozes, 2008.

para sua concretização. O aporte de novos métodos de trabalho e de gestão, assim como o controle social, são fatores necessários à qualificação da rede.

O plano prevê o aporte de novos insumos[126].

Figura 50. Novas estruturas, outros insumos e novos processos de trabalho chegando à rede, sob controle, monitoramento e avaliação.
Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação, SUR, SES/SC, a partir de Turban et al, 2006 e O'Brien, 2004, adaptados por CARDOSO, R. L.; MENDONCA NETO, O. R. As entidades de P&D e os sistemas de acompanhamento estratégico: uma análise das metodologias utilizadas. ***JISTEM J.Inf.Syst. Technol. Manag.*** *São Paulo, v. 7, n. 1, 2010.*

Os insumos são estruturas de trabalho, com seus recursos humanos, tais como novos CAPS, unidades de acolhimento, serviços residenciais terapêuticos, serviços de referência para saúde mental em hospitais gerais, unidades básicas de saúde, equipes de saúde da família, núcleos de apoio à saúde da família (NASF)[127], estruturas de urgência e emergência capazes de atender problemas de saúde mental (UPA, SAMU,

[126] Segundo o Dicionário Michaelis, o significante insumo é um "neologismo com que se traduz a expressão inglesa ***input***, que designa todas as despesas e investimentos que contribuem para a obtenção de determinado resultado, mercadoria ou produto até o acabamento ou consumo final. Insumo (*input*) é tudo aquilo *que entra;* produto (*output*) é tudo aquilo *que sai* (WEISZFLOG, Walter (org.). **Michaelis** Moderno Dicionário da Língua Portuguesa. São Paulo: Ed. Melhoramentos, 2004). A palavra "insumo", em economia, é corriqueiramente usada para designar um bem ou serviço utilizado na produção de outro bem ou serviço. Inclui cada um dos elementos (matérias-primas, bens intermediários, uso de equipamentos, capital, horas de trabalho etc.) necessários para produzir mercadorias ou serviços. No seu conceito mais amplo insumo é a combinação de fatores de produção, diretos (matérias-primas) e indiretos (mão-de-obra, energia, tributos), que entram na elaboração de certa quantidade de bens ou serviços. A palavra inglesa *throughput* (traduzível, segundo o contexto, como transformação, processo interno, metabolização, vazão ou rendimento) é usada para definir as mudanças causadas sobre os insumos ao interior do sistema. A palavra *output* representa o que sai do sistema, cruzando suas fronteiras e dispersando-se no ambiente circundante. Em saúde pública é comum substitui-la pela palavra *outcome,* traduzida em português como resultado ou produto.

[127] REINALDO, Amanda Márcia dos Santos. Saúde mental na atenção básica como processo histórico de evolução da psiquiatria comunitária. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 1, mar. 2008 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000100027&lng=pt&nrm=iso>.

salas de estabilização, prontos-socorros hospitalares, além de instituições coadjuvantes, como comunidades terapêuticas dentro de normas técnicas, cooperativas sociais, empreendimentos solidários, iniciativas de geração de trabalho e renda, e centros de convivência para usuários dos serviços de saúde mental.

Mas são fundamentais também outros tipos de insumos, como, materiais técnicos e didáticos, instrumentos de avaliação, rotinas oficializadas, protocolos (e talvez linhas guias [*guidelines*]), normas e leis.

Sequer entramos na questão de materiais, mobílias, veículos, combustíveis e logística para o exercício cotidiano do trabalho, que devem ser observados pela administração de cada instituição e seus superiores hierárquicos municipais.

Tabela 36. Insumos previstos na Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina, 2013 – 2015.

Categoria	Tipo	Ação ou material	Principal Ator	Prazo
Estruturas	*Novas estruturas*	Multiplicação dos serviços especializados de saúde mental (CAPS, Unidades de Acolhimento, Serviços Residenciais Terapêuticos, etc.), expandir os NASF e as equipes de saúde da família.	*Municípios*	Contínuo
	Adequação e qualificação de estruturas já existentes	Aprimoramento e troca de modalidade de alguns serviços (CAPS I a serem tranformados em CAPS II, qualificação de leitos de hospitais gerais, etc.)	*Municípios*	Contínuo
Outros insumos	*Protocolos*	Criação e adoção de protocolos clínicos, assistenciais e de acolhimento	*SES*	Dez. 2014
		Definição de protocolos de acesso locais e regionais	*Municípios*	Dez. 2014
	Avaliação clínica de riscos	Criação de material técnico para a atenção primária	*SES (GEABS)*	Jun. 2014
		Criação de material técnico para serviços de urgência e emergência	*SES (SUR)*	Set. 2014
	Plano Estadual de Reabilitação e Desinstitucionalização	Material técnico, científico e educativo	*SES*	Jul. 2014
	Plano Estadual de Apoio à Saúde Mental de Populações Confinadas	Material técnico, científico e educativo	*SES*	Set. 2014
	Plano Estadual de Prevenção do Óbito Autoprovocado	Material técnico, científico e educativo	*SES*	Ag. 2014
	Instrumento de avaliação	Desenvolvimento de instrumento padronizado para avaliações sequenciais, monitoramento e acompanhamento da gestão na rede	*SES*	Nov. 2014
		Implementação de plano piloto de avaliação na Região de Saúde da Gd. Florianópolis	*SES*	Nov. 2014
	Materiais didáticos para uso cotidiano	Material para educação permanente dos recursos humanos	*SES*	Nov. 2014
	Centrais de regulação	Estabelecimento de estruturas macrorregionais de regulação	*SES e CIR*	Dez. 2014
	Módulos permitindo montagem de cursos para educação à distância e presencial	28 módulos de ensino tipo educação à distância (10 voltados à atenção primária e à saúde da família, e 18 voltados à atenção psicossocial), com 108 horas-aula gravadas (70 horas-aula para a atenção primária e a saúde da família e 38 para a atenção psicossocial)	*SES*	Nov. 2014
	Programa Caminhos do Cuidado	Adesão ao programa de formação sobre crack, álcool e outras drogas, para agentes comunitários, auxiliares e técnicos de enfermagem atuando na atenção primária	*COSEMS e SES*	Contínuo
	Normatização do financiamento estadual	Definição de norma (lei, decreto, resolução) sobre as formas de participação do governo estadual no financiamento de serviços da rede.	*SES*	Nov. 2014
	Material orientacional de vigilância	Material sobre Vigilância Sanitária na área de saúde mental	*SES*	Jun. 2014
	Programa Reviver,	Incentivo financeiro e monitoramento da qualidade do atendimento em comunidades terapêuticas, bolsas de programas de pesquisa, pela Secretaria de Ação Social, Habitação e Trabalho, através da FAPESC.	*Grupo Plano Crack:*	Dez. 2014
	Legislação e normatização municipais	Apoio aos municípios para a criação de normas e atos legislativos facilitando a promoção, a prevenção e a assistência em saúde mental, e para a definição de rotinas internas dos serviços	*SES e Municípios*	Contínuo
	Plano piloto de prevenção	Prevenção ao tabaco, crack e outras drogas (através do programa Unplugged em 4 escolas e do jogo Elos em 3 escolas) em Tubarão e em Florianópolis	*MS e Municípios*	2013-15
	Financiamento estadual	Reavaliação das formas de incentivo financeiro estadual, aos serviços montados por prefeituras, fundo a fundo	*SES*	Nov. 2014

Fonte: Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial, SES/SC, 2013.

6.2 Novos insumos para melhorar a qualidade da atenção psicossocial

Para se ampliar e qualificar, a Rede de Atenção Psicossocial catarinense poderá dispor de diversos componentes planejados ao longo de 2013 e preparados durante o ano de 2014, para utilização posterior:

1. Plano Estadual de **Reabilitação e Desinstitucionalização** (voltado ao convencimento técnico das prefeituras para a criação de programas de reabilitação e inserção sócio laborativa e de serviços residenciais terapêuticos).
2. Plano Estadual de Apoio à **Saúde Mental de Populações Confinadas** (voltado à orientação das equipes básicas de saúde que atendem em estabelecimentos prisionais[128]).
3. Plano Estadual de Prevenção do **Óbito Autoprovocado** (voltado a equipes especializadas de atenção psicossocial, com material e treinamentos sobre a abordagem de comportamentos suicidas e para-suicidas e sua promoção e prevenção).
4. **Instrumento técnico de avaliação** e monitoramento dos serviços da

[128] Inovações no matriciamento de equipes de saúde da família que atendem presidiários estão sendo pensadas, inclusive a partir de telemedicina. O trabalho precisará ser desenvolvido de forma a respeitar os parâmetros da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). Um diagnóstico preliminar da situação do atendimento em saúde mental no sistema prisional catarinense já existe. Vide:

CHEDID, Gibran Busatto; SANTOS, João Armando de Castro. **Saúde mental nas prisões**: como os agentes prisionais observam e abordam os sintomas psiquiátricos dos reclusos em estabelecimentos penais, Santa Catarina, 2009. (TCC Curso de Medicina. Orient.: Alan Índio Serrano). Itajaí: UNIVALI, 2009.

DAMAS, Fernando Balvedi. Assistência e Condições de Saúde nas Prisões de Santa Catarina, Brasil. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, Vol. 5, No 3 (2012). Disponível em: <http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewArticle/148>.

DAMAS, Fernando Balvedi; OLIVEIRA, Walter Ferreira. A saúde mental nas prisões de Santa Catarina, Brasil**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. v. 5, n. 12 (2013). Disponível em: <http://www.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1758>.

ROSAR, Pedro Affonso. **Suporte Psiquiátrico à Equipe de Saúde de uma Unidade Prisional de Santa Catarina**: proposta para um projeto piloto de Telepsiquiatria. [Monografia especializ. Orient: Geder Grohs]. São José: Residência Médica em Psiquiatria do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina, jan. 2014.

CONASS. **Nota técnica 33/2013**. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional e normas para suaoperacionalização. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2013. Disponível em: <http://www.conass.org.br/Notas%20t%C3%A9cnicas%202013/NT%2033-%202013%20Poli%CC%81tica%20Sau%CC%81de%20Prisional.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Portaria interministerial n$^{o.}$ 1, de 2 de janeiro de 2014. (Institui a Política Nacional de Atenção Integralà Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde). Brasília: MS, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html>.

Rede de Atenção Psicossocial, capaz de produzir avaliações sequenciais cíclicas, com indicadores que permitam comparações ao longo do tempo.

5. Estabelecimento de **processos de regulação**, com estruturas macrorregionais e municipais regulatórias, utilizando o sistema informatizado SISREG, e montagem de diretrizes de regulação de serviços de saúde mental, com participação dos CAPS.
6. Disponibilização de **materiais didáticos** sobre saúde mental e administração de serviços da Rede de Atenção Psicossocial para uso cotidiano das equipes em serviços e em Secretarias Municipais de Saúde, voltado à realidades locais.
7. Organização de materiais técnicos e operacionais sobre **avaliação de riscos** em saúde mental (voltados à atenção primária e a serviços especializados).
8. **Protocolos clínicos e de acolhimento**, para uso cotidiano nos serviços de saúde, com possibilidade de aplicação no esclarecimento de problemas forenses e administrativos envolvendo polêmicas sobre condutas profissionais.
9. Desenvolvimento de vinte e oito **módulos de ensino tipo educação à distância** (10 voltados à atenção primária e à saúde da família, e 18 voltados à atenção psicossocial), com 108 horas-aula gravadas (70 horas-aula para a atenção primária e a saúde da família e 38 horas-aula para a atenção psicossocial)
10. Divulgação e estímulo à participação dos municípios no programa "**Caminhos do Cuidado**", de formação sobre crack, álcool e outras drogas, para **agentes comunitários**, auxiliares e técnicos de enfermagem atuando na atenção primária
11. Definição de **normas** (quiçá implicando lei, decreto, e resolução) sobre as formas mais adequadas de participação do governo estadual no financiamento de serviços da rede.
12. Apoio aos municípios para a criação de **normas e atos legislativos** facilitando a promoção, a prevenção e a assistência **em saúde mental**, inclusive no espírito dos espaços saudáveis e das cidades saudáveis[129], começando pelo tabagismo.

---

[129] OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Políticas Integradas em Rede e a Construção de Espaços Saudáveis**: boas práticas para a Iniciativa do Rostos, Vozes e Lugares. / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.

MOYSES, Samuel Jorge; MOYSES, Simone Tetu; KREMPEL, Márcia Cristina. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 9, n. 3, Sept. 2004 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300015&lng=en&nrm=iso>.

GALLO, Edmundo; SETTI, Andréia Faraoni Freitas. Abordagens ecossistêmica e comunicativa na implantação de agendas territorializadas de desenvolvimento sustentável e promoção da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 6, jun. 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000600008&lng=pt&nrm=iso>.

WESTPHAL, Marcia Faria et al . Práticas democráticas participativas na construção de agendas sociais de desenvolvimento em municípios do sudeste brasileiro. **Ambient. soc.**, São Paulo , v. 16, n. 2, Jun

13. Desenvolvimento de **sistema de acreditação**, regulação, monitoramento da qualidade e auditoria para **comunidades terapêuticas** credenciadas pelo governo estadual, através do Projeto Reviver, no âmbito do Plano Crack: É Possível Vencer.
14. Participação no **programa de pesquisas** na área de crack, álcool e outras drogas, através da Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (FAPESC).
15. Apoio aos **projetos pilotos de prevenção** ao tabaco, crack e outras drogas (através do programa Unplugged[130] em 4 escolas e do jogo Elos em 3 escolas), testados por iniciativa do Ministério da Saúde em Tubarão e em Florianópolis.
16. **Multiplicação dos serviços** especializados de saúde mental (CAPS, Unidades de Acolhimento, Serviços Residenciais Terapêuticos, etc.), expandir os NASF e as equipes de saúde da família com capacitação para a abordagem de temas de saúde mental.
17. Aprimoramento e troca de modalidade de alguns serviços (CAPS I a serem transformados em CAPS II, qualificação de leitos de hospitais gerais já existentes enquadrando-os na Portaria 148, de 31 de janeiro de 2012, etc.).
18. Definição de **protocolos de acesso locais e regionais**, pelos municípios, regionais de saúde e CIR.
19. Desenvolvimento de **cursos** e criação de material técnico sobre saúde mental específicos para serviços de **urgência e emergência**.

.

2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-753X2013000200007&lng=en&nrm=iso>.

GARCIA, Adir Valdemar et al. Concepções de promoção da saúde que permeiam o ideário de equipes da Estratégia Saúde da Família da Grande Florianópolis. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, v. 3, n. 1, p. 42-56, 2010. Disponível em: <http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewArticle/68>.

[130] CARIA, M. P., FAGGIANO, F.; BELLOCCCO, R.; GALLANTI, M.R. Classroom characteristics and implementation of a substance use prevention curriculum in European countries **Eur J Public Health** (2013). Online January 18, 2013. doi: 10.1093/eurpub/cks191. Disponível em: <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/early/2013/01/18/eurpub.cks191.abstract>.

MIOVSKY, M. et al. Resultados del programa de prevención escolar Unplugged sobre el uso del tabaco en la República Checa. **Adicciones**: Revista de socidrogalcohol, ISSN 0214-4840, Vol. 24, Nº. 3, 2012 , pp. 211-218. Disponível em:<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4062204>.

6.3 Insumos tipo "estrutura"

Está planejada a criação de novas estruturas e a transformação de algumas já existentes, qualificando-as. As matrizes dos Planos de Ação Regionais, de cada uma das 16 regiões de saúde apresentam o conjunto de sugestões e planos para as estruturas.

O diagnóstico feito indica estarem funcionando, hoje, 86 CAPS no Estado de Santa Catarina. Indica haver necessidade de ampliação da oferta, criando outros 102 novos serviços deste tipo, se possível, nos próximos dois anos.

Dentre os 102 novos CAPS, 49 foram pensados na modalidade I. Os valores a serem pleiteados, pelas prefeituras, junto ao Ministério da Saúde, para construção, implantação e custeio, para os novos CAPS I planejados estão na tabela seguinte.

Tabela 37. Necessidade de CAPS I e valores dos incentivos federais possíveis, por região de saúde, segundo os Planos de Ação Regionais, Santa Catarina, biênio 2014-2015.

	CAPS	Incentivos Federais (R$)		
	I	Construção	Implantação	Custeio /ano
Alto Uruguai	1	800.000,00	20.000,00	339.660,00
Alto Vale Itajaí	2	1.600.000,00	40.000,00	679.320,00
Alto V. Rio Peixe		0,00	0,00	0,00
Carbonífera	4	3.200.000,00	80.000,00	1.358.640,00
Extremo Oeste	5	4.000.000,00	100.000,00	1.698.300,00
Extremo Sul	3	2.400.000,00	60.000,00	1.018.980,00
Foz do Itajaí**	4	3.200.000,00	80.000,00	1.358.640,00
Gr. Florianópolis	3	2.400.000,00	60.000,00	1.018.980,00
Laguna	4	3.200.000,00	80.000,00	1.358.640,00
Médio Vale Itajaí	2	1.600.000,00	40.000,00	679.320,00
Meio Oeste	2	1.600.000,00	40.000,00	679.320,00
Nordeste	8	6.400.000,00	160.000,00	2.717.280,00
Oeste	2	1.600.000,00	40.000,00	679.320,00
Planalto Norte	2	1.600.000,00	40.000,00	679.320,00
Serra	4	3.200.000,00	80.000,00	1.358.640,00
Xanxerê	3	2.400.000,00	60.000,00	1.018.980,00
Santa Catarina	49	39.200.000,00	980.000,00	16.643.340,00

** Segundo a Portaria 615, de 15 de abril de 2013, do Ministério da Saúde.*
*** Segundo a Portaria 3.089, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde, dando 33.086,25 mensais.*
Fonte: Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina, 2013.

Cada CAPS II receberá R$30.000, como incentivo federal de instalação, além dos valores para construção e para custeio.

Tabela 38. Necessidade de CAPS II e valores dos incentivos federais possíveis, por região de saúde, segundo os Planos de Ação Regionais, Santa Catarina, biênio 2014-2015.

Região de Saúde	CAPS II	Incentivos federais (R$)	
		Construção*	Custeio / ano**
Alto Uruguai		0,00	0,00
Alto Vale do Itajaí		0,00	0,00
Alto Vale Rio do Peixe		0,00	0,00
Carbonífera		0,00	0,00
Extremo Oeste	1	800.000,00	397.035,00
Extremo Sul		0,00	0,00
Foz do Itajaí**		0,00	0,00
Grande Florianópolis	1	800.000,00	397.035,00
Laguna		0,00	0,00
Médio Vale do Itajaí	5	4.000.000,00	1.985.175,00
Meio Oeste		0,00	0,00
Nordeste		0,00	0,00
Oeste		0,00	0,00
Planalto Norte	1	800.000,00	397.035,00
Serra		0,00	0,00
Xanxerê	1	800.000,00	397.035,00
Santa Catarina	9	7.200.000,00	3.573.315,00

*** Segundo a Portaria 3.089, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde, dando 33.086,25 mensais.*
Fonte: Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina, 2013.

Os CAPS i, infanto-juvenis, têm um incentivo federal de instalação de R$30.000,00. No caso dos CAPS AD e dos CAPS III este incentivo é de R$50.000,00. Já os CAPS ADIII novos terão um incentivo de instalação bem maior, de R$170.000,00. Os CAPS AD III que forem resultantes de uma requalificação e ampliação de CAPS II (ou AD comum), receberão um incentivo de instalação de R$75.000,00.

Para construção é indicado que as prefeituras consultem o Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento, do Ministério da Saúde[131] e consultem a Vigilância Sanitária, antes de fazerem os projetos arquitetônicas.

Na sequência estão as planilhas referentes a estas modalidades de CAPS, às unidades de acolhimento e aos residenciais terapêuticos, segundo o planejamento pactuado nas CIR.

[131] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento**: Orientações para Elaboração de Projetos de Construção de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/DAB/docs/sistemas/sismob/manual_ambientes_caps_ua.pdf>.

Tabela 39. Necessidade de CAPS i e valores dos incentivos federais possíveis, por região de saúde, segundo os Planos de Ação Regionais, Santa Catarina, biênio 2014-2015.

Região de Saúde	CAPS i	Incentivos federais (R$)	
		Construção*	Custeio / ano**
Alto Uruguai		0,00	0,00
Alto Vale do Itajaí		0,00	0,00
Alto Vale Rio do Peixe	1	800.000,00	385.560,00
Carbonífera	2	1.600.000,00	771.120,00
Extremo Oeste		0,00	0,00
Extremo Sul	1	800.000,00	385.560,00
Foz do Itajaí**	1	800.000,00	385.560,00
Grande Florianópolis	1	800.000,00	385.560,00
Laguna	1	800.000,00	385.560,00
Médio Vale do Itajaí	3	2.400.000,00	1.156.680,00
Meio Oeste	1	800.000,00	385.560,00
Nordeste	1	800.000,00	385.560,00
Oeste	1	800.000,00	385.560,00
Planalto Norte	2	1.600.000,00	771.120,00
Serra		0,00	0,00
Xanxerê	1	800.000,00	385.560,00
Santa Catarina	16	12.800.000,00	6.168.960,00

*** Segundo a Portaria 3.089, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde, dando 33.086,25 mensais.*
Fonte: Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina, 2013.

Tabela 40. Necessidade de CAPS AD e valores dos incentivos federais possíveis, por região de saúde, segundo os Planos de Ação Regionais, Santa Catarina, biênio 2014-2015.

Região de Saúde	CAPS AD	Incentivos federais (R$)	
		Construção*	Custeio / ano**
Alto Uruguai	1	800.000,00	477.360,00
Alto Vale do Itajaí		0,00	0,00
Alto Vale Rio do Peixe		0,00	0,00
Carbonífera		0,00	0,00
Extremo Oeste		0,00	0,00
Extremo Sul	1	800.000,00	477.360,00
Foz do Itajaí**	3	2.400.000,00	1.432.080,00
Grande Florianópolis		0,00	0,00
Laguna		0,00	0,00
Médio Vale do Itajaí	2	1.600.000,00	954.720,00
Meio Oeste	2	1.600.000,00	954.720,00
Nordeste	1	800.000,00	477.360,00
Oeste		0,00	0,00
Planalto Norte	1	800.000,00	477.360,00
Serra		0,00	0,00
Xanxerê	1	800.000,00	477.360,00
Santa Catarina	12	9.600.000,00	5.728.320,00

** Segundo a Portaria 615, de 15 de abril de 2013, do Ministério da Saúde.*
*** Segundo a Portaria 3.089, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde, dando R$39.780,00 mensais.*
Fonte: Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina, 2013.

Tabela 41. Necessidade de CAPS III e valores dos incentivos federais possíveis, por região de saúde, segundo os Planos de Ação Regionais, Santa Catarina, biênio 2014-2015.

Região de Saúde	CAPS III	Incentivos federais (R$)	
		Construção*	Custeio / ano**
Alto Uruguai		0,00	0,00
Alto Vale do Itajaí		0,00	0,00
Alto Vale Rio do Peixe		0,00	0,00
Carbonífera		0,00	0,00
Extremo Oeste		0,00	0,00
Extremo Sul		0,00	0,00
Foz do Itajaí**		0,00	0,00
Grande Florianópolis		0,00	0,00
Laguna		0,00	0,00
Médio Vale do Itajaí		0,00	0,00
Meio Oeste		0,00	0,00
Nordeste	1	800.000,00	757.732,56
Oeste	1	800.000,00	757.732,56
Planalto Norte		0,00	0,00
Serra	1	800.000,00	757.732,56
Xanxerê		0,00	0,00
Santa Catarina	3	2.400.000,00	2.273.197,68

** Segundo a Portaria 615, de 15 de abril de 2013, do Ministério da Saúde.*
*** Segundo a Portaria 3.089, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde, dando R$63.144,38 mensais.*
Fonte: Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina, 2013.

Tabela 42. Necessidade de CAPS ADIII e valores dos incentivos federais possíveis, por região de saúde, segundo os Planos de Ação Regionais, Santa Catarina, biênio 2014-2015.

Região de Saúde	CAPS ADIII	Incentivos federais (R$)	
		Construção*	Custeio / ano**
Alto Uruguai		0,00	0,00
Alto Vale do Itajaí		0,00	0,00
Alto Vale Rio do Peixe	1	800.000,00	945.600,00
Carbonífera	2	1.600.000,00	1.891.200,00
Extremo Oeste	1	800.000,00	945.600,00
Extremo Sul		0,00	0,00
Foz do Itajaí**	1	800.000,00	945.600,00
Grande Florianópolis	4	3.200.000,00	3.782.400,00
Laguna	1	800.000,00	945.600,00
Médio Vale do Itajaí	1	800.000,00	945.600,00
Meio Oeste		0,00	0,00
Nordeste	1	800.000,00	945.600,00
Oeste		0,00	0,00
Planalto Norte		0,00	0,00
Serra	1	800.000,00	945.600,00
Xanxerê		0,00	0,00
Santa Catarina	13	10.400.000,00	12.292.800,00

** Segundo a Portaria 615, de 15 de abril de 2013, do Ministério da Saúde.*
*** Segundo a Portaria 3.089, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde, dando R$63.144,38 mensais.*
Fonte: Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina, 2013.

Tabela 43. Necessidade de unidades de acolhimento (UA) tipo infanto-juvenil, e valores dos incentivos federais possíveis, por região de saúde, segundo os Planos de Ação Regionais, Santa Catarina, biênio 2014-2015.

Região de Saúde	Novas UA infanto-juvenis	Incentivos federais	
		Implantação	Custeio anual (R$)
Alto Uruguai	1	70.000,00	360.000,00
Alto Vale do Itajaí	1	70.000,00	360.000,00
Alto Vale Rio do Peixe	1	70.000,00	360.000,00
Carbonífera	2	140.000,00	720.000,00
Extremo Oeste	1	70.000,00	360.000,00
Extremo Sul	1	70.000,00	360.000,00
Foz do Itajaí	1	70.000,00	360.000,00
Grande Florianópolis	3	210.000,00	1.080.000,00
Laguna	1	70.000,00	360.000,00
Médio Vale do Itajaí	2	140.000,00	720.000,00
Meio Oeste	1	70.000,00	360.000,00
Nordeste	2	140.000,00	720.000,00
Oeste	2	140.000,00	720.000,00
Planalto Norte	1	70.000,00	360.000,00
Serra	1	70.000,00	360.000,00
Xanxerê	1	70.000,00	360.000,00
Santa Catarina	22	1.540.000,00	7.920.000,00

* Segundo a Portaria 121, de 25 de janeiro de 2012, do Ministério da Saúde, dando R$30.000,00 mensais.

Fonte: Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina, 2013.

Tabela 44. Necessidade de unidades de acolhimento (UA) tipo adulto, e valores dos incentivos federais possíveis, por região de saúde, segundo os Planos de Ação Regionais, Santa Catarina, biênio 2014-2015.

Região de Saúde	Novas UA para adultos	Incentivos federais	
		Implantação	Custeio anual (R$)
Alto Uruguai	1	70.000,00	300.000,00
Alto Vale do Itajaí	1	70.000,00	300.000,00
Alto V. Rio do Peixe	1	70.000,00	300.000,00
Carbonífera	3	210.000,00	900.000,00
Extremo Oeste	1	70.000,00	300.000,00
Extremo Sul	1	70.000,00	300.000,00
Foz do Itajaí	3	210.000,00	900.000,00
Grande Florianópolis	5	350.000,00	1.500.000,00
Laguna	2	140.000,00	600.000,00
Médio Vale do Itajaí	3	210.000,00	900.000,00
Meio Oeste	1	70.000,00	300.000,00
Nordeste	3	210.000,00	900.000,00
Oeste	2	140.000,00	600.000,00
Planalto Norte	2	140.000,00	600.000,00
Serra	1	70.000,00	300.000,00
Xanxerê	1	70.000,00	300.000,00
Santa Catarina	31	2.170.000,00	9.300.000,00

* Segundo a Portaria 121, de 25 de janeiro de 2012, do Ministério da Saúde, dando R$25.000,00 mensais.

Fonte: Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina, 2013.

Tabela 45. Necessidade de serviços residenciais terapêuticos (SRT) tipo I, e valores dos incentivos federais possíveis, por região de saúde, segundo os Planos de Ação Regionais, Santa Catarina, biênio 2014-2015.

Região de Saúde	Novos SRT tipo I	Incentivos federais (R$)	
		Instalação	Custeio anual
Alto Uruguai		0,00	0,00
Alto Vale do Itajaí		0,00	0,00
Alto V. Rio do Peixe		0,00	0,00
Carbonífera	2	40.000,00	240.000,00
Extremo Oeste		0,00	0,00
Extremo Sul	2	40.000,00	240.000,00
Foz do Itajaí	1	20.000,00	120.000,00
Grande Florianópolis*	7	140.000,00	840.000,00
Laguna	2	40.000,00	240.000,00
Médio Vale do Itajaí	2	40.000,00	240.000,00
Meio Oeste	1	20.000,00	120.000,00
Nordeste		0,00	0,00
Oeste	1	20.000,00	120.000,00
Planalto Norte	1	20.000,00	120.000,00
Serra	1	20.000,00	120.000,00
Xanxerê	1	20.000,00	120.000,00
Santa Catarina	21	420.000,00	2.520.000,00

* Segundo a Portaria 3.090, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde, dando R$20.000,00 para a instalação e R$10.000,00 mensais para o tipo I que contenha 8 moradores.
Fonte: Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina, 2013.

Tabela 46. Necessidade de serviços residenciais terapêuticos (SRT) tipo II, e valores dos incentivos federais possíveis, por região de saúde, segundo os Planos de Ação Regionais, Santa Catarina, biênio 2014-2015.

Região de Saúde	Novos SRT tipo II	Incentivos federais (R$)	
		Instalação	Custeio anual
Alto Uruguai		0,00	0,00
Alto Vale do Itajaí		0,00	0,00
Alto V. Rio do Peixe		0,00	0,00
Carbonífera	1	20.000,00	240.000,00
Extremo Oeste		0,00	0,00
Extremo Sul		0,00	0,00
Foz do Itajaí		0,00	0,00
Grande Florianópolis*	2	40.000,00	480.000,00
Laguna		0,00	0,00
Médio Vale do Itajaí		0,00	0,00
Meio Oeste		0,00	0,00
Nordeste		0,00	0,00
Oeste		0,00	0,00
Planalto Norte		0,00	0,00
Serra		0,00	0,00
Xanxerê		0,00	0,00
Santa Catarina	3	60.000,00	720.000,00

* Segundo a Portaria 3.090, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde, dando R$20.000,00 para a instalação e R$10.000,00 mensais para o tipo I que contenha 8 moradores.
Fonte: Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina, 2013.

6.3 Novos processos de trabalho, de gestão do trabalho e de governança

Na atenção básica, incorporar um estilo de trabalho sob a ótica do matriciamento[132], com um grau maior de regulação[133] sobre os encaminhamentos e as internações, será já uma revolução na forma de organizar o cotidiano dos serviços de saúde mental. As resistências serão grandes, tanto pela novidade, quanto pelo custo. Contudo, os novos processos, numa gestão do trabalho orientada, garantirão um avanço em qualidade, já comprovado nos países em que que os adotam e preconizados pela Organização Mundial da Saúde[134].

Boas práticas, adequadas à saúde pública, muitas vezes são distintas das condutas tidas em clínicas privadas. A descoberta de práticas mais condizentes com o serviço público, coerentes com o princípio da equidade, merecem estudo e debate[135]. A relação entre as tecnologias biomédicas e o processo comunicacional precisa constantemente reavaliada[136], especialmente quando se está trabalhando com pessoas que apresentem transtornos mentais e comportamentais.

Os insumos que não representam estruturas são fatores fundamentais para o estabelecimento de novos processos de trabalho, sua gestão e como auxiliares na facilitação da governança.

---

[132] DOMITTI, Ana Carla Pereira; CAMPOS, G. W. S. Um possível diálogo com a teoria a partir das práticas de apoio especializado matricial na atenção básica de saúde. **Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp**, 2006. Disponível em: <http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_888_possiveldialogocomateoria.pdf>.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 2, Feb. 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=en&nrm=iso>.

[133] FERREIRA. Ana Sofia. Do que falamos quando falamos de regulação em saúde? **Análise Social**, vol. XXXIX (171), 2004, 313-337. Disponível em: <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1218705541T1vTG4xh0Gk67XU7.pdf>.

CASTRO, Janice Dornelles. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 4, nº 7, jan/jun 2002, p. 122-135. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/soc/n7/a05n7.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Regulação & Saúde**: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1520.pdf#page=197>.

[134] PIERANTONI, Célia Regina; VARELLA, Thereza Christina; FRANÇA, Tania. **Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde**: da teoria para a prática. Disponível em: <http://www.obsnetims.org.br/uploaded/16_5_2013__0_Recursos_Humanos_e_gestao.pdf>.

[135] WEINSTEIN, Milton et al. Principles of Good Practice for Decision Analytic Modeling in Health-Care Evaluation: Report of the ISPOR Task Force on Good Research Practices—Modeling Studies. **Value in Health**. Volume 6, Issue 1, pages 9-17, January 2003. Disponível em: <http://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015%2810%2960128-3/abstract >.

[136] DESLANDES, Suely Ferreira; MITRE, Rosa Maria de Araújo. Processo comunicativo e humanização em saúde. **Interface**, Botucatu , v. 13, supl. 1, 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500015&lng=en&nrm=iso>.

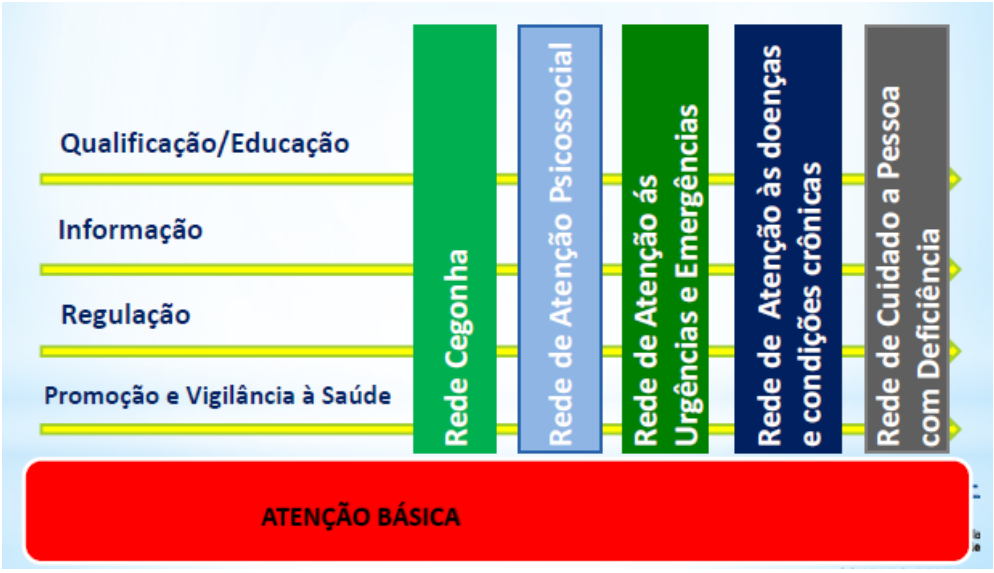


Figura 51. Disposição das redes temáticas sobre a atenção básica, com processos transversais.
Fonte: Ministério da Saúde, 2012.

O plano para o Estado de Santa Catarina compreende um conjunto de propostas incidindo sobre os processos de trabalho:

1) Aprimoramento do monitoramento, do acompanhamento, da avaliação e da fiscalização sobre os serviços públicos e contratualizados;
2) Aprendizado do trabalho em rede;
3) Intersetorialidade;
4) Estudo e organização das interfaces entre redes de saúde;
5) Incentivo a uma cultura de educação continuada
6) Dar nova conformação ao Grupo Condutor Estadual da RAPS, garantindo a participação de todas as regiões de saúde e subdividindo-o em câmaras técnicas temáticas (infância e adolescência, indígena, desinstitucionalização, matriciamento, populações vulneráveis, vigilância sanitária e monitoramento da qualidade, educação continuada, etc.);
7) Introdução gradual de processo regulador para as internações psiquiátricas no nível regional, com participação dos CAPS;
8) Orientação sobre a prática municipal em saúde mental a todas as prefeituras;
9) Aprimoramento de políticas de atenção à saúde mental na atenção primária;
10) Montagem de apoio matricial;
11) Estabelecimento e afirmação de critérios para encaminhamento, estruturando e hierarquizando o sistema;
12) Instituição de triagem classificatória de riscos em saúde mental na atenção básica;
13) Adoção de sistema de acreditação, regulação e auditoria para comunidades terapêuticas credenciadas ou contratualizadas com o SUS;
14) Incentivo a uma cultura de trabalho que inclua planejamento, regulação e avaliação;

15) Incentivo a uma cultura sustentável, baseada na integralidade e na equidade (contra a cultura do improviso, do desperdício, da carência e do encaminhamento sem responsabilização);
16) Incentivo ao trabalho com uma cultura de valorização das evidências científicas;
17) Fiscalização da qualidade e da adequação às normas técnicas, dos hospitais contratualizados e das estruturas comunitárias municipais, pela Saúde Mental estadual e federal e pela Vigilância Sanitária;
18) Oficinas interdisciplinares e intermunicipais para debate, voltadas aos técnicos de ponta;
19) Implementação do diálogo com as áreas de serviço social, educação e segurança pública, e com os conselhos de entorpecentes, nos municípios;
20) Trabalhar as interfaces com a Rede de Doenças Crônicas, a Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência, a Rede Cegonha e a Rede de Atenção a Urgências e Emergências;
21) Montar um projeto reforçando o setor interno da SES que coordena a Saúde Mental;
22) Reforçar as câmaras técnicas regionais nas 16 regiões de saúde;

Tabela 47. Propostas incidindo sobre processos de trabalho, previstas na Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina, 2013 – 2015.

Categoria	Tipo	Ação ou material	Principal Ator	Prazo
Novos processos de trabalho, gestão do trabalho e governança	Matriciamento	Orientação sobre a prática municipal a todas as prefeituras	SES	Jun. 2015
		Estabelecimento de política de atenção à saúde mental na atenção primária	*Municípios*	Dez. 2015
		Montagem de apoio matricial	*Municípios*	Dez. 2015
	Organização dos fluxos	Estabelecimento e afirmação de critérios para encaminhamento, estruturando e hierarquizando o sistema.	*Municípios*	Dez. 2015
		Instituição de triagem classificatória de riscos em saúde mental na atenção básica	*SES*	Jun. 2014
		Instituição de triagem classificatória de riscos para urgências e emergências psiquiátricas	*SES*	Jun. 2014
	Intervenção sobre a cultura organizacional dos serviços	Incentivo a uma cultura de trabalho que inclua planejamento, regulação e avaliação	*SES e COSEMS*	Dez. 2015
		Incentivo a uma cultura sustentável, baseada na integralidade e na equidade (contra a cultura do improviso, do desperdício, da carência e do encaminhamento sem responsabilização)	*SES e COSEMS*	Dez. 2015
		Incentivo ao trabalho com uma cultura de valorização das evidências científicas	*SES e COSEMS*	Dez. 2015
	Fiscalização	Fiscalização da qualidade e da adequação às normas técnicas, dos hospitais e das estruturas comunitárias municipais, pela Saúde Mental estadual e federal e pela Vigilância Sanitária	*SES*	Contínuo
	Aprendizado do trabalho em rede	Oficinas interdisciplinares e intermunicipais para debate, voltadas aos técnicos de ponta	*SES e Municípios*	Dez. 2014
	Intersetorialidade	Implementar diálogo com as áreas de serviço social, educação e segurança pública, e com os conselhos de entorpecentes, nos municípios.	*SES e Municípios*	Dez. 2014
	Elaboração das interfaces entre redes de saúde	Trabalhar as interfaces com a Rede de Doenças Crônicas, a Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência, a Rede Cegonha e a Rede de Atenção a Urgências e Emergências.	*SES e Municípios*	Dez. 2014
	Atualizar a condução da Rede	Montar um projeto reforçando o setor interno da SES que coordena a Saúde Mental.	*SES*	Dez. 2014
		Reforçar as câmaras técnicas regionais nas 16 regiões de saúde.	*CIR*	Abr. 2014
		Dar nova conformação ao Grupo Condutor Estadual da RAPS, garantindo a participação de todas as regiões de saúde e subdividindo-o em câmaras técnicas temáticas (infância e adolescência, indígena, desinstitucionalização, matriciamento, populações vulneráveis, vigilância sanitária e monitoramento da qualidade, educação continuada, etc.)	*SES e COSEMS*	Abr. 2014
	Educação continuada	Incentivo a uma cultura de educação continuada	*SES e Municípios*	Dez. 2015
	Regulação	Introdução gradual de processo regulador para as internações psiquiátricas no nível regional, com participação dos CAPS	*SES e CIR*	Mar. 2015

Fonte: Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina, 2013.

6.4 Qualificação dos recursos humanos através de atividades educativas

A educação continuada, por cursos presenciais ou por cursos a distância, de fácil acesso pela internet, poderá lançar novos debates e estimular os técnicos ao hábito do estudo em áreas de interesse do serviço público. A educação no SUS é, por si, finalística, e não apenas um meio momentâneo para resolver problemas pontuais[137]. As atividades planejadas abrangem treinamentos em urgência e emergência psiquiátricas, educação continuada, cursos para profissionais de atenção primária (rede básica) e cursos para técnicos de atenção psicossocial especializada. O cronograma implica a concepção e gravação dos módulos ao longo do ano de 2014, para início de aplicação em 2015. São elas:

1) Duas oficinas pedagógicas para conteudistas, coordenadores de módulos e técnicos da SES envolvidos com as redes, com a duração de 8 horas cada uma;
2) Cursos do módulo "núcleo introdutório comum para cursos sobre o trabalho em redes", de 10 horas-aula, abordando os temas: princípios e diretrizes da atenção básica no SUS, avanços e empecilhos atuais no SUS, questões epidemiológicas prementes, necessidades estruturais e logísticas para um sistema integrado, planejamento em saúde, integralidade, RENASES, RENAME, regionalização, tratamento fora de domicílio, qualidade da atenção, conceito de rede de atenção à saúde, estrutura das redes, legislação, financiamento, sustentabilidade do sistema, otimização de recursos públicos, gestão (municipal, regional e estadual), judicialização, controvérsias em saúde pública;
3) Cursos do módulo "núcleo progressivo comum para cursos sobre o trabalho em redes", de 10 horas-aula, abordando os temas: acolhimento, classificação de risco, fluxos de acesso, linhas de cuidado, gestão da clínica, cuidado baseado em evidências científicas, protocolos, apoio matricial, pactuação do apoio, clínica ampliada, projeto terapêutico singular, projeto de saúde no território, regulação, auditoria, monitoramento, avaliação;
4) Cursos do módulo "papel da atenção básica em cuidados à pessoa com deficiência, para técnicos de nível médio na atenção básica", de 5 horas-aula;

[137] CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 4, dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400020&lng=pt&nrm=iso>.

ALVES, V. S. A health education model for the Family Health Program: towards comprehensive health care and model reorientation, **Interface - Comunic., Saúde, Educ**., v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04.pdf >.

5) Cursos do módulo “papel da atenção básica em urgências e emergências, para técnicos de nível médio na atenção básica”, de 5 horas-aula;
6) Cursos do módulo “papel da atenção básica em cuidados na Rede Cegonha, para técnicos de nível médio na atenção básica”, de 5 horas-aula;
7) Cursos do módulo “papel da atenção básica em atenção psicossocial, para técnicos de nível médio na atenção básica”, de 5 horas-aula;
8) Cursos do módulo “papel da atenção básica em cuidados à pessoa com deficiência, para profissionais de nível superior na atenção básica”, de 5 horas-aula;
9) Cursos do módulo “papel da atenção básica em urgência e emergência, para profissionais de nível superior na atenção básica”, de 5 horas-aula;
10) Cursos do módulo “papel da atenção básica em cuidados na Rede Cegonha, para profissionais de nível superior na atenção básica”, de 5 horas-aula;
11) Cursos do módulo “papel da atenção básica em atenção psicossocial, para profissionais de nível superior na atenção básica”, de 5 horas-aula, abordando a estrutura da rede psicossocial e bases diagnósticas e terapêuticas para os transtornos mentais e comportamentais comuns;

12 Cursos do módulo “planejamento e gestão em saúde mental coletiva” de 2 horas-aula, abordando dimensões geográficas e temporais no planejamento da atenção psicossocial para a região de saúde, sua sistêmica, topologia e gestão do trabalho;

13 Cursos do módulo “vigilância em saúde mental” de 2 horas-aula, abordando aspectos sanitários, epidemiológicos, ambientais, ergonômicos, de segurança, de disposição de espaços e de arquitetura em serviços de saúde mental;

14 Cursos do módulo “supervisão matriciada” de 2 horas-aula, abordando temas sobre supervisão clínica e organização de ambientes de matriciamento;

15 Cursos do módulo “psiquiatria pediátrica e hebiátrica” de 2 horas-aula, abordando temas de psiquiatria da infância e da adolescência voltados a ambulatórios, CAPS e hospitais da rede pública de saúde (voltado a médicos psiquiatras e médicos com interesse na área);

16 Cursos do módulo “saúde mental da criança e do adolescente” de 2 horas-aula, abordando, de um ponto de vista intersetorial, o acolhimento, a avaliação e a conduta nos pontos de acolhimento da rede pública;

17 Cursos do módulo “grupos e equipes” de 2 horas-aula, abordando o trabalho com grupos de usuários e o trabalho em equipes multiprofissionais na área da saúde mental;

18 Cursos do módulo “documentos oficiais” de 2 horas-aula, abordando

implicações éticas e legais de documentos, laudos e prontuários no âmbito do SUS e outros temas correntes de deontologia e de direito sanitário, na área da saúde mental;

19 Cursos do módulo “terapêutica psicofarmacológica, para clínicos gerais” de 2 horas-aula, abordando aplicações terapêuticas e efeitos colaterais de fármacos psicoativos (voltado a médicos);

20 Cursos do módulo “uso, abuso e dependência de drogas” de 2 horas-aula, abordando abuso de substâncias químicas em cenários de atenção primária, com as repercussões intersetoriais em que a equipe de saúde se envolve;

21 Cursos do módulo “psicologia na rede” de 2 horas-aula, abordando temas específicos de psicologia relacionados ao atendimento em saúde pública (voltado a psicólogos);

22 Cursos do módulo “enfermagem em saúde mental” de 2 horas-aula, abordando temas específicos de enfermagem em saúde mental relacionados ao atendimento em saúde pública (voltado a enfermeiros);

23 Cursos do módulo “terapia ocupacional” de 2 horas-aula, abordando temas conexos ao desempenho ocupacional, à arteterapia, à ludoterapia, à laborterapia, à praxiterapia, à musicoterapia e a outros instrumentos de socialização, inserção e reabilitação psicossocial;

24 Cursos do módulo “reabilitação psicossocial e socioterapia” de 2 horas-aula, abordando residenciais terapêuticos, desinstitucionalização, programas de criação de emprego e renda, intervenção socioeducativa e socioterapêutica, inclusão social, prevenção de preconceitos e legislação pertinente;

25 Cursos do módulo “saúde mental e justiça” de 2 horas-aula, abordando aspectos da legislação em saúde mental, problemas forenses, internações involuntárias e compulsórias, imputabilidade, medidas de segurança, criminologia e saúde mental nas prisões;

26 Cursos do módulo “saúde mental do trabalhador” de 2 horas-aula, abordando aspectos de promoção e prevenção em saúde ocupacional, de segurança no trabalho, de doenças relacionadas ao trabalho, discapacidade, incapacidade, invalidez, aspectos reabilitacionais, previdenciários e forenses;

27 Cursos do módulo “transtornos mentais graves” de 2 horas-aula, sobre o cuidado integral ao paciente grave, abordando a confecção de projetos terapêuticos singulares e a atenção à sua família

28 Cursos do módulo “práticas em saúde mental e evidência científica” de 2 horas-aula sobre intervenções racionais, diretrizes e protocolos;

29 Cursos do módulo “aspectos semiológicos, psicopatológicos,

psicodinâmicos e de manejo" de 4 horas-aula sobre a semiologia dos fenômenos e estados psíquicos aplicada ao cotidiano da assistência.

Tabela 48. Atividades educativas planejadas, para qualificação de recursos humanos, Rede de Atenção Psicossocial, Santa Catarina, 2014-2015.

Categoria	Tipo	Ação ou material	Principal Ator	Prazo
Qualificação de Recursos Humanos	Emergência	Treinamentos em urgência e emergência em saude mental	SES	Out. 2014
	Educação continuada	Início de programa de educação continuada voltado a técnicos de ponta	SES	Mar. 2014
		2 oficinas pedagógicas para conteudistas, coordenadores de módulos e técnicos da SES envolvidos com as redes, com a duração de 8 horas cada uma	SES	Abr. 2014
	Cursos para a atenção básica (10 módulos, 70 horas-aula)	Cursos do módulo "núcleo introdutório comum para cursos sobre o trabalho em redes", de 10 horas-aula, abordando os temas: princípios e diretrizes da atenção básica no SUS, avanços e empecilhos atuais no SUS, questões epidemiológicas prementes, necessidades estruturais e logísticas para um sistema integrado, planejamento em saúde, integralidade, RENASES, RENAME, regionalização, tratamento fora de domicílio, qualidade da atenção, conceito de rede de atenção à saúde, estrutura das redes, legislação, financiamento, sustentabilidade do sistema, otimização de recursos públicos, gestão (municipal, regional e estadual), judicialização, controvérsias em saúde pública	SES	Contínuo
		Cursos do módulo "núcleo progressivo comum para cursos sobre o trabalho em redes", de 10 horas-aula, abordando os temas: acolhimento, classificação de risco, fluxos de acesso, linhas de cuidado, gestão da clínica, cuidado baseado em evidências científicas, protocolos, apoio matricial, pactuação do apoio, clínica ampliada, projeto terapêutico singular, projeto de saúde no território, regulação, auditoria, monitoramento, avaliação.	SES	Contínuo
		Cursos do módulo "papel da atenção básica em cuidados à pessoa com deficiência, para técnicos de nível médio na atenção básica", de 5 horas-aula	SES	Contínuo
		Cursos do módulo "papel da atenção básica em urgências e emergências, para técnicos de nível médio na atenção básica", de 5 horas-aula	SES	Contínuo
		Cursos do módulo "papel da atenção básica em cuidados na Rede Cegonha, para técnicos de nível médio na atenção básica", de 5 horas-aula	SES	Contínuo
		Cursos do módulo "papel da atenção básica em atenção psicossocial, para técnicos de nível médio na atenção básica", de 5 horas-aula	SES	Contínuo
		Cursos do módulo "papel da atenção básica em cuidados à pessoa com deficiência, para profissionais de nível superior na atenção básica", de 5 horas-aula	SES	Contínuo
		Cursos do módulo "papel da atenção básica em urgência e emergência, para profissionais de nível superior na atenção básica", de 5 horas-aula	SES	Contínuo
		Cursos do módulo "papel da atenção básica em cuidados na Rede Cegonha, para profissionais de nível superior na atenção básica", de 5 horas-aula	SES	Contínuo
		Cursos do módulo "papel da atenção básica em atenção psicossocial, para profissionais de nível superior na atenção básica", de 5 horas-aula, abordando a estrutura da rede psicossocial e bases diagnósticas e terapêuticas para os transtornos mentais e comportamentais comuns	SES	Contínuo
Qualificação de Recursos Humanos	Cursos para técnicos de atenção psicossocial (18 módulos, 38 horas-aula)	Cursos do módulo "planejamento e gestão em saúde mental coletiva" de 2 horas-aula, abordando dimensões geográficas e temporais no planejamento da atenção psicossocial para a região de saúde, sua sistêmica, topologia e gestão do trabalho	SES	Contínuo
		Cursos do módulo "vigilância em saúde mental" de 2 horas-aula, abordando aspectos sanitários, epidemiológicos, ambientais, ergonômicos, de segurança, de disposição de espaços e de arquitetura em serviços de saúde mental	SES	Contínuo
		Cursos do módulo "supervisão matriciada" de 2 horas-aula, abordando temas sobre supervisão clínica e organização de ambientes de matriciamento	SES	Contínuo
		Cursos do módulo "psiquiatria pediátrica e hebiátrica" de 2 horas-aula, abordando temas de psiquiatria da infância e da adolescência voltados a ambulatórios, CAPS e hospitais da rede pública de saúde (voltado a médicos psiquiatras e médicos com interesse na área)	SES	Contínuo
		Cursos do módulo "saúde mental da criança e do adolescente" de 2 horas-aula, abordando, de um ponto de vista intersetorial, o acolhimento, a avaliação e a conduta nos pontos de acolhimento da rede pública	SES	Contínuo
		Cursos do módulo "grupos e equipes" de 2 horas-aula, abordando o trabalho com grupos de usuários e o trabalho em equipes multiprofissionais na área da saúde mental	SES	Contínuo
		Cursos do módulo "documentos oficiais" de 2 horas-aula, abordando implicações éticas e legais de documentos, laudos e prontuários no âmbito do SUS e outros temas correntes de deontologia e de direito sanitário, na área da saúde mental	SES	Contínuo
		Cursos do módulo "terapêutica psicofarmacológica, para clínicos gerais" de 2 horas-aula, abordando aplicações terapêuticas e efeitos colaterais de fármacos psicoativos (voltado a médicos)	SES	Contínuo
		Cursos do módulo "uso, abuso e dependência de drogas" de 2 horas-aula, abordando abuso de substâncias químicas em cenários de atenção primária, com as repercussões intersetoriais em que a equipe de saúde se envolve	SES	Contínuo
		Cursos do módulo "psicologia na rede" de 2 horas-aula, abordando temas específicos de psicologia relacionados ao atendimento em saúde pública (voltado a psicólogos)	SES	Contínuo
		Cursos do módulo "enfermagem em saúde mental" de 2 horas-aula, abordando temas específicos de enfermagem em saúde mental relacionados ao atendimento em saúde pública (voltado a enfermeiros)	SES	Contínuo
		Cursos do módulo "terapia ocupacional" de 2 horas-aula, abordando temas conexos ao desempenho ocupacional, à arteterapia, à ludoterapia, à laborterapia, à praxiterapia, à musicoterapia e a outros instrumentos de socialização, inserção e reabilitação psicossocial.	SES	Contínuo
		Cursos do módulo "reabilitação psicossocial e socioterapia" de 2 horas-aula, abordando residenciais terapêuticos, desinstitucionalização, programas de criação de emprego e renda, intervenção socioeducativa e socioterapêutica, inclusão social, prevenção de preconceitos e legislação pertinente	SES	Contínuo
		Cursos do módulo "saúde mental e justiça" de 2 horas-aula, abordando aspectos da legislação em saúde mental, problemas forenses, internações involuntárias e compulsórias, imputabilidade, medidas de segurança, criminologia e saúde mental nas prisões	SES	Contínuo
		Cursos do módulo "saúde mental do trabalhador" de 2 horas-aula, abordando aspectos de promoção e prevenção em saúde ocupacional, de segurança no trabalho, de doenças relacionadas ao trabalho, discapacidade, incapacidade, invalidez, aspectos reabilitacionais, previdenciários e forenses	SES	Contínuo
		Cursos do módulo "transtornos mentais graves" de 2 horas-aula, sobre o cuidado integral ao paciente grave, abordando a confecção de projetos terapêuticos singulares e a atenção à sua família	SES	Contínuo
		Cursos do módulo "práticas em saúde mental e evidência científica" de 2 horas-aula sobre intervenções racionais, diretrizes e protocolos	SES	Contínuo
		Cursos do módulo "aspectos semiológicos, psicopatológicos, psicodinâmicos e de manejo" de 4 horas-aula sobre a semiologia dos fenômenos e estados psíquicos aplicada ao cotidiano da assistência	SES	Contínuo

Fonte: Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina, 2013.

6.5 Controle social

Apesar de a lei definir as conferências de saúde e os conselhos de saúde como as formas reconhecidas de exercer o controle social sobre o SUS, o controle social pode ser feito individualmente, por qualquer cidadão, ou por grupos organizados de pessoas. Entidades e setores públicos fiscalizadores, como as Promotores de Justiça estaduais e as Procuradorias de Justiça da União o fazem, regularmente.

As ouvidorias, da Secretaria de Estado da Saúde e dos municípios, são mecanismos que colaboram no sentido de colher queixas e dúvidas e repassá-las aos gestores.

Divulgar os direitos do usuário[138], esclarecer seus deveres, explicitar os princípios dos SUS e facilitar o combate à discriminação[139], ao preconceito[140] e ao estigma[141] são ações que ajudam a melhorar a qualidade do controle social.

O controle social está, também, vinculado a aspectos educacionais[142], tanto por parte de quem trabalha no SUS, quanto por parte dos usuários e da comunidade[143].

A informação é elemento fundamental para a gestão e o controle social, mas se apresenta, em regra, como um processo inacabado e em construção[144].

---

[138] SILVA, Alessandra Ximenes da; CRUZ, Eliane Aparecida; MELO, Verbena. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 3, June 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000300018&lng=en&nrm=iso>.

[139] CFM. Conselho Federal de Medicina (Brasil). **Resolução CFM nº 1.407**, de 8 de junho de 1994. (Adota os "princípios para a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e para a melhoria da assistência à saúde mental", aprovados pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 17 de dezembro de 1991, como guia a ser seguido pelos médicos do Brasil). In: Resoluções. Brasília: CFM, 1994. V.15: 90-105. Disponível em: <http://www.mpba.mp.br/atuacao/cidadania/legislacao/saude/mental/resolucao_1407_94.asp>.

[140] FÉ, Ivan de Araújo Moura. Doença Mental e Autonomia. **Revista Bioética**, Brasília, v.6, n.1, nov. 2009. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/327/395>.

[141] THORNICROFT, Graham; ROSE, Daiana; KASSAN, Aliya; SARTORIUS, Norman. **Psychiatry** (2007) *190: 192-193.* doi: 10.1192/bjp.bp.106.025791. Disponível em: <http://bjp.rcpsych.org/content/190/3/192.full>.

[142] CECCIM, Ricardo Burg; ARMANI, Teresa Borgert; ROCHA, Cristianne Famer. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo , v. 7, n. 2, 2002 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000200016&lng=pt&nrm=iso>.

[143] BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/diretrizes_miolo.pdf >.

As atividades de controle social sobre a Rede de Atenção Psicossocial podem se dar na forma de debates, sabatinas, audiências públicas, consultas populares e pela comunicação social.

Ficam previstas as possibilidades de atos com caráter de controle social na Rede:

1) Reuniões com as CIR das regiões de saúde, com associações de usuários, prestadores contratualizados, vereadores, entidades comunitárias;
2) Encontros com entidades técnicas, científicas e profissionais;
3) Encontros com grupos de técnicos de instituições específicas;
4) Reuniões sobre judicialização com o Comitê Executivo sobre Demandas Judiciais em Saúde de Santa Catarina (COMESC), criado pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ);
5) Reuniões com CES, COSEMS, conselhos municipais de saúde, na forma da Lei 8.142 de 28/12/90;
6) Reuniões com o Legislativo, com representações do Ministério Público, da Magistratura, da Defensoria Pública, do Tribunal de Contas e de outras instituições;
7) Criação de espaços para manifestação popular sobre a implementação dos serviços da rede;
8) Fazer as informações circularem entre as pessoas envolvidas no controle social.

Tabela 49. Tipos de atividades, voltadas ao controle social, previstas, Rede de Atenção Psicossocial, Santa Catarina, 2014-2015.

Categoria	Tipo	Ação ou material	Principal Ator	Prazo
Controle social	Debates	Reuniões com as CIR das regiões de saúde, associações de usuários, prestadores contratualizados, vereadores, entidades comunitárias	Câm. Téc. Reg.	Contínuo
		Encontros com entidades técnicas, científicas e profissionais	Câm. Téc. Reg.	Contínuo
		Encontros com grupos de técnicos de instituições específicas	Câm. Téc. Reg.	Contínuo
		Reuniões sobre judicialização com o COMESC (do CNJ)	Grupo Condutor	Contínuo
	Sabatinas	Reuniões com CES, COSEMS, conselhos municipais de saúde, na forma da Lei 8.142 de 28/12/90.	Grupo Condutor	Contínuo
	Audiências públicas	Reuniões com o Legislativo, com Ministério Público, Magistratura, Defensoria Pública, Tribunal de Contas e outras instituições	Grupo Condutor	Contínuo
	Consulta popular	Criação de espaço para manifestação popular sobre a implementação dos serviços da rede	SES	Jun. 2014
	Comunicação	Fazer as informações circularem entre as pessoas envolvidas no controle social	SES e CIR	Contínuo

Fonte: Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina, jan. 2014.

[144] ASSIS, Marluce Maria Araújo; VILLA, Tereza Cristina Scatena. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.l.], v. 11, n. 3, p. 376-382, jun. 2003. ISSN 1518-8345. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/1779>.

6.6 As quatro principais incidências do plano de ação da Rede Psicossocial de Santa Catarina

A atenção psicossocial a ser prestada ao cidadão será melhorada a partir do estímulo aos quatro pontos planejados pela Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina:

(a) imputs: novas estruturas (equipamentos) e outros insumos;

(b) novos processos de trabalho, de gestão do trabalho e de governança;

(c) qualificação dos recursos humanos pela educação continuada;

(d) aprimoramento e facilitação do controle social.

A atenção ao cidadão será direta e positivamente afetada pelas intervenções planejadas.

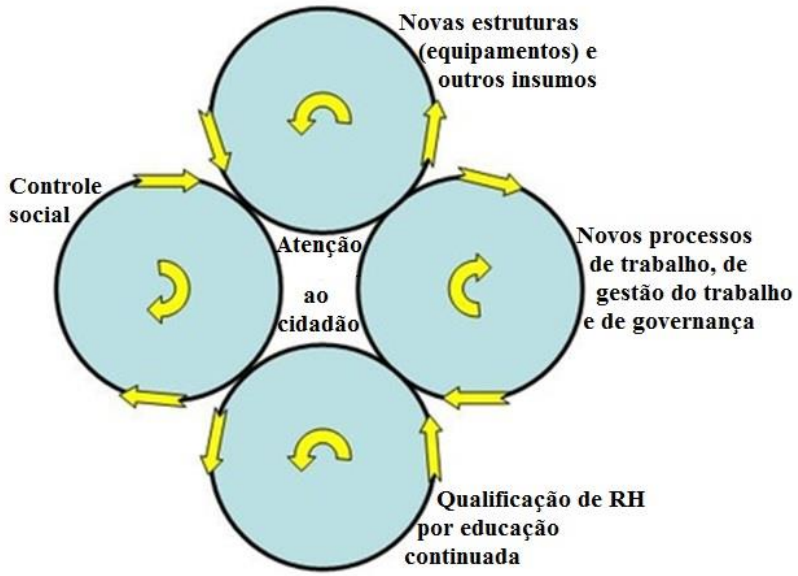


Figura 52. As quatro principais categorias de intervenções planejadas no Plano da Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina.
Fonte: Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina; Comissão Médica Estadual de Regulação/SUR, SES/SC, 2013.

7 - Consolidado da proposta de nova conformação das principais estruturas da Rede Psicossocial

Tabela 50. Serviços existentes em 2014 e serviços a implantar, planejados para a RAPS em Santa Catarina no biênio 2014-2015.

Região de Saúde	NASF		Equipes de consutório na rua		Comunididades Terapêuticas Credenciada		Leitos Hosp. Gerais (Port. 148/12)	
	2013	2014-15	2013	2014-15	2013	2014-15	2013	2014-15
Alto Uruguai	11	4				1		12
Alto Vale Itajaí	24	4				2		12
Alto V. Rio Peixe	6	7				2		14
Carbonífera	12	2		1		3		29
Extremo Oeste	22	8				1		16
Extremo Sul	11	4						18
Foz do Itajaí	6	8		1				26
Gr. Florianópolis	22		1	2				53
Laguna	15	3				1		25
Médio Vale Itajaí	7	11		2		2		43
Meio Oeste	9	11				1		10
Nordeste	6	21		4		2		41
Oeste	11	4				1		28
Planalto Norte	9	4				2		20
Serra	9	1				1		20
Xanxerê	19	3				1		10
Santa Catarina	199	104	1	10	0	20	0	377
Crescimento (%)	52,3		1000					

Fonte: Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina, jan. 2014.

Tabela 51. Serviços existentes em 2013 e serviços a implantar, planejados para a RAPS em Santa Catarina no biênio 2014-2015 (cont.).

Região de Saúde	CAPS											
	I		II		i		AD		III		ADIII	
	2013	2014-15	2013	2014-15	2013	2014-15	2013	2014-15	2013	2014-15	2013	2014-15
Alto Uruguai	1	1						1				
Alto Vale Itajaí	2	2										
Alto V. Rio Peixe	4		1		1	1						1
Carbonífera	6	4	1		1	2	1		1			2
Extremo Oeste	4	5		1								1
Extremo Sul	1	3				1		1				
Foz do Itajaí**	4	4	2		1	1	1	3				1
Gr. Florianópolis	2	3	2	1	1	1	2					4
Laguna	2	4	1			1	1					1
Médio Vale Itajaí	5	2	1	5	1	3	2	2				1
Meio Oeste	5	2				1		2				
Nordeste	1	8	2		1	1	2	1	1	1		1
Oeste	3	2	1		1	1				1	1	
Planalto Norte	8	2		1		2		1				
Serra	1	4	1		1		1			1		1
Xanxerê	4	3		1		1		1				
Santa Catarina	53	49	12	9	8	16	10	12	2	3	1	13
Crescimento (%)	92,4		75		200		120		150		1300	

Fonte: Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina, jan. 2014.

Tabela 52. Serviços existentes em 2013 e serviços a implantar, planejados para a RAPS em Santa Catarina no biênio 2014-2015 (cont.).

Região de Saúde	Unidade de Acolhimento				Serv. Residencial Terapêutico			
	Infanto-juv.		Adulto		tipo I		tipo II	
	2013	2014-15	2013	2014-15	2013	2014-15	2013	2014-15
Alto Uruguai		1		1		1		
Alto Vale Itajaí		1		1		1		
Alto V. Rio Peixe		1		1		2		
Carbonífera		2		3		2		1
Extremo Oeste		1		1		1		
Extremo Sul		1		1		2		
Foz do Itajaí**		1		3		2		
Gr. Florianópolis		3		5	3	7		2
Laguna		1		2		2		
Médio Vale Itajaí		2		3		2		
Meio Oeste		1		1		1		
Nordeste		2		3	1	1		2
Oeste		2	1	2		1		
Planalto Norte		1		2		1		
Serra		1		1		1		
Xanxerê		1		1		1		
Santa Catarina	0	22	1	31	4	28	0	5
Crescimento (%)			3100		700			

Fonte: Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina, jan. 2014.

8 - Matriz diagnóstica da Rede de Atenção Psicossocial do Estado de Santa Catarina

Cada uma das 16 regiões de saúde de Santa Catarina, no seu Plano de Ação Regional (PAR), apresenta sua matriz diagnóstica específica. A matriz seguinte é um consolidado das matrizes regionais.

MATRIZ DIAGNÓSTICA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL					
Estado de Santa Catarina					
Municípios: 295					
População: 6 634 254 habitantes (estimativa IBGE, 2013)					
COMPO-NENTE	**Ponto de Atenção**	**Necessidade**	**Existentes**	**Déficit**	**Parâme-tro**
I. Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde	2.456	1.486	970	Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica, de 21 de outubro de 20 11
	Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas	10	1	9	Portaria que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família	318	219	99	Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica - 2011
	Centro de Convivência	16	1	15	

COMPO-NENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Parâme-tro
II. Atenção Psicossocial Especiali-zada	Centro de Atenção Psicossocial				
	CAPS I	102	53	49	Municípios ou regiões com pop. acima de 20 mil hab.
	CAPS II	16	12	4	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS III	7	2	3	Municípios ou regiões com pop. acima de 200 mil hab
	CAPS AD	22	10	12	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS ADIII	14	1	13	Municípios ou regiões com pop. acima de 200 mil hab
	CAPS i	24	8	16	Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab
III. Atenção de Urgência e Emergência	UPA / SAMU Sala de Estabilização Portas Hospitalares de Atenção à Urgência Pronto Socorro	Conforme o plano da Rede de Atenção às Urgências e Emergências	Conforme o plano da Rede de Atenção às Urgências e Emergências	Conforme o plano da Rede de Atenção às Urgências e Emergências	Conforme orientações da Portaria da Rede de Atenção às Urgências, de 7 de julho de 2011.

MATRIZ DIAGNÓSTICA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
Estado de Santa Catarina

COMPO-NENTE	**Ponto de Atenção**	**Necessidade**	**Existentes**	**Déficit**	**Parâme-tro**
IV. Atenção Residencial de Caráter Transitório	UA ADULTO	31	2	29	1 UA (com 15 vagas) para cada 10 leitos de enferma-rias em hospital geral por município.
	UA INFANTO-JUVENIL	22	0	22	Municípios crianças e adolescen-tes em potencial para uso de drogas ilícitas ou em potencial para uso de drogas ilícitas.
	COMUNI-DADE TERAPÊU-TICA	21	0	21	
V. Atenção Hospitalar	LEITOS	200	0	200	Portarias MS 1.615/12, 148/12, 953/12, 2.035/13; 1 leito para cada 23 mil habitantes Portaria nº 1.101/02.
	ENFERMA-RIA ESPECIA-LIZADA	14 enfermarias (com um total de177 leitos)	0	14 enfermarias (com um total de177 leitos)	Portarias MS 1.615/12, 148/12, 953/12, 2.035/13; 1 leito para cada 23 mil habitantes Portaria nº 1.101/02.

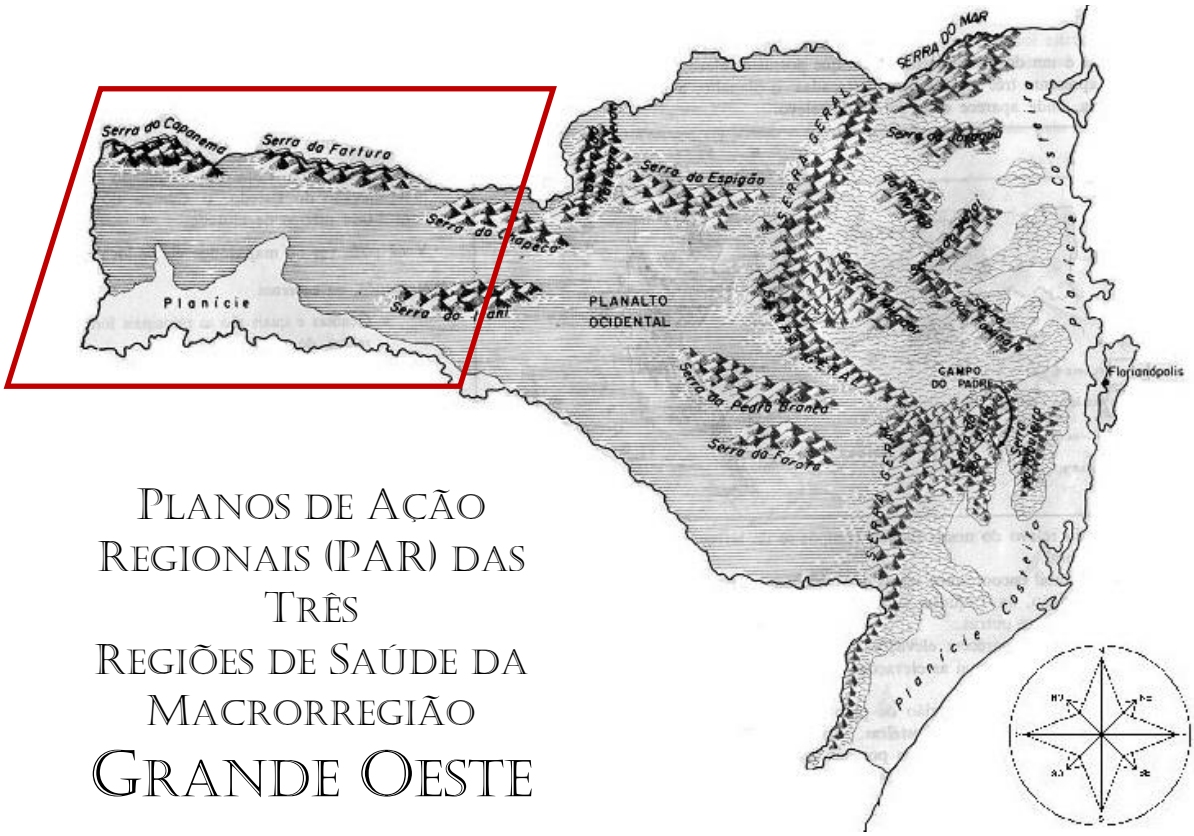
MATRIZ DIAGNÓSTICA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
Estado de Santa Catarina

COMPO-NENTE	**Ponto de Atenção**	**Necessidade**	**Existentes**	**Déficit**	**Parâme-tro**
VI. Estratégias de Desinstituci-onalização	SRT	37	4 (sendo 1 municipal e 3 estaduais, todos tipo I)	33 (sendo 28 tipo I e 5 tipo II, a cargo de municípios)	A depender do nº de munícipes longa-mente internados
	PVC	251 beneficiários	51 beneficiários	200	A depender do nº de munícipes longa-mente internados
VII. Reabilitação Psicossocial	Cooperativas sociais, empreendi-mentos solidários e iniciativas de geração de trabalho e renda	34	2	32	

Parte II

Os Planos de Ação Regionais

Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina



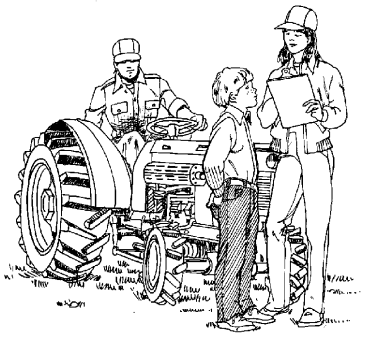
Planos de Ação Regionais (PAR) das Três Regiões de Saúde da Macrorregião Grande Oeste

Rede de Atenção Psicossocial
de Santa Catarina

PAR

- Plano de Ação Regional -

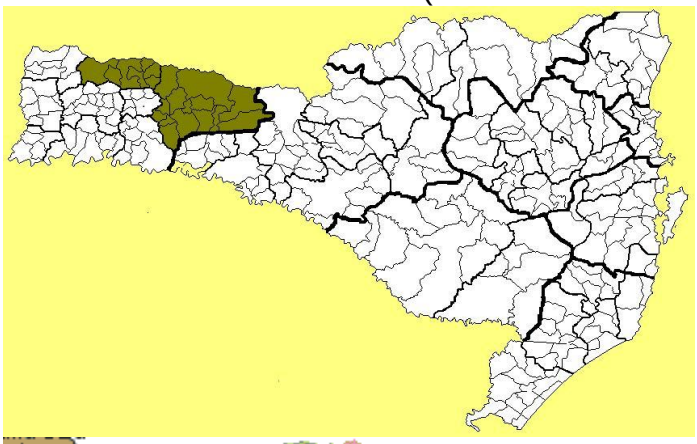
Região de Saúde de Xanxerê



Região de Saúde de Xanxerê: Plano de Ação Regional para a Rede Psicossocial

1 Características básicas do território

A região abriga 3% da população do Estado de Santa Catarina, somando 190.660 habitantes (estimativa do IBGE, de 1° de julho de 2012).



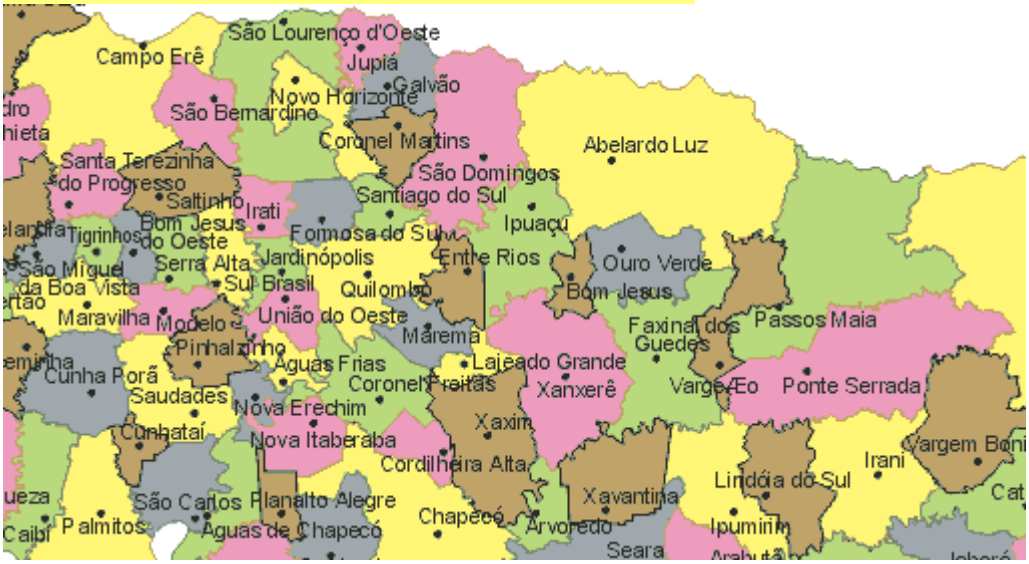


Figura XA-1. Mapa da área de Santa Catarina compreendendo a Região de Saúde de Xanxerê, com seus municípios. Acima, a localização da Região no mapa estadual.
Fonte: CIASC, 2012.

É uma das regiões que teve pouco aumento populacional na última década. Compõe-se de 21 municípios. Conta com duas Secretarias de Desenvolvimento Regional, uma em Xanxerê e a outra em São Lourenço do Oeste. As outras duas cidades mais populosas são Abelardo Luz e Ponte Serrada.

Pode-se inferir que cerca de um quarto da população, ao longo de um ano, poderá apresentar queixas de ordem psíquica[145].

Tabela XA-1. Estimativa do número de pessoas com manifestação de novas queixas de ordem psíquica e comportamental, no ano, segundo categorias de sintomas, por municípios, Região de Saúde de Xanxerê, 2015.

Município	População	Por drogas	Psicoses orgânicas e funcionais	Transtornos do humor	Neuroses, stress, somatoformes	Outros	Demanda	Total
Campo Erê	9.222	369	92	646	738	277	848	2.121
Coronel Martins	2.469	99	25	173	198	74	227	568
Galvão	3.452	138	35	242	276	104	318	794
Jupiá	2.138	86	21	150	171	64	197	492
Novo Horizonte	2.697	108	27	189	216	81	248	620
São Bernardino	2.676	107	27	187	214	80	246	615
São Lourenço d'Oeste	22.062	882	221	1.544	1.765	662	2.030	5.074
Abelardo Luz	17.200	688	172	1.204	1.376	516	1.582	3.956
Bom Jesus	2.599	104	26	182	208	78	239	598
Entre Rios	3.043	122	30	213	243	91	280	700
Faxinal dos Guedes	10.645	426	106	745	852	319	979	2.448
Ipuaçu	6.901	276	69	483	552	207	635	1.587
Lajeado Grande	1.478	59	15	103	118	44	136	340
Marema	2.136	85	21	150	171	64	196	491
Ouro Verde	2.259	90	23	158	181	68	208	520
Passos Maia	4.374	175	44	306	350	131	402	1.006
Ponte Serrada	11.102	444	111	777	888	333	1.021	2.553
São Domingos	9.389	376	94	657	751	282	864	2.159
Vargeão	3.533	141	35	247	283	106	325	813
Xanxerê	45.140	1.806	451	3.160	3.611	1.354	4.153	10.382
Xaxim	26.145	1.046	261	1.830	2.092	784	2.405	6.013
Região de Xanxerê	190.660	7.627	1.906	13.346	15.254	5.719	17.540	43.850

**Inclui álcool etílico e outras substâncias, exceto nicotina e cafeína.* ***Inclui queixas relacionáveis a psicoses orgânicas (F0) e funcionais (F2).* ****Inclui queixas relacionáveis a neuroses, estresse e somatoformes (F4).*

Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação, SUR, SES/SC, 2013.

Tais queixas, geralmente, não representam doenças, mas apenas sintomas avulsos passageiros, que se resolvem espontaneamente, por atitudes e práticas individuais, ou por mecanismos sociais (como os mantidos por instituições religiosas e os de entidades de autoajuda, tipo Alcoólicos Anônimos, por exemplo).

Contudo, cerca de um décimo da população levará tais queixas aos serviços de saúde, demandando deles alguma conduta. Eventualmente eles representam sinais e sintomas de transtornos mentais e comportamentais importantes. Uma fração menor da população (cerca de 1%) demandará assistência especializada.

[145] Para Goldberg e Huxley, cerca de 23% da população apresenta, em algum momento, sintomas positivos de ordem psíquica. Mário Teixeira, em amostras no município de Florianópolis, encontrou 25% da população nesta situação. Vide:

GOLDBERG, D. (1995) Epidemiology of mental disorders in primary care settings. **Epidemiologic Reviews**, 17, 182 -190.

TEIXEIRA, Mário Aurélio Aguiar. **Estudo de Morbidade Psiquiátrica em Duas Localidades da Ilha de Santa Catarina** (Florianópolis).(Tese). São Paulo: Escola Paulista de Medicina. São Paulo (UFSP), 1998.

Tabela XA-2. Estimativa do número de pessoas demandando assistência por transtornos psíquicos e comportamentais, no período de um ano, por município, Região de Saúde de Xanxerê, 2015.

Município	Demanda	
	À rede básica	Especializada
Abelardo Luz	1.582	172
Bom Jesus	239	26
Campo Erê	848	92
Coronel Martins	227	25
Entre Rios	280	30
Faxinal dos Guedes	979	106
Galvão	318	35
Ipuaçu	635	69
Jupiá	197	21
Lajeado Grande	136	15
Marema	196	21
Novo Horizonte	248	27
Ouro Verde	208	23
Passos Maia	402	44
Ponte Serrada	1.021	111
São Bernardino	246	27
São Domingos	864	94
São Lourenço d'Oeste	2.030	221
Vargeão	325	35
Xanxerê	4.153	451
Xaxim	2.405	261
Região de Xanxerê	17.540	1.907

Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação, SUR, SES/SC, 2013.

2 A rede existente hoje

A rede básica regional tem 19 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Somente dois municípios não têm NASF. Destes núcleos, 14 contavam com psicólogo à época em que se iniciou o diagnóstico e o debate sobre o plano.

Tabela XA-3. Número de NASF e de psicólogos em NASF, por município, Região de Saúde de Xanxerê, 2013.

Município	População	NASF	Psicólogos
Campo Erê	9.222	1	
Coronel Martins	2.469	1	1
Galvão	3.452	1	
Jupiá	2.138	1	1
Novo Horizonte	2.697		
São Bernardino	2.676	1	1
S. Lourenço do Oeste	22.062		
Abelardo Luz	17.200	1	
Bom Jesus	2.599	1	1
Entre Rios	3.043	1	1
Faxinal dos Guedes	10.645	1	1
Ipuaçu	6.901	1	1
Lajeado Grande	1.478	1	1
Marema	2.136	1	1
Ouro Verde	2.259	1	1
Passos Maia	4.374	1	1
Ponte Serrada	11.102	1	1
São Domingos	9.389	1	1
Vargeão	3.533	1	1
Xanxerê	45.140	1	
Xaxim	26.145	1	
Total		19	14

Fonte: Coord. de Saúde Mental. GEABS. SES/SC, 2013.

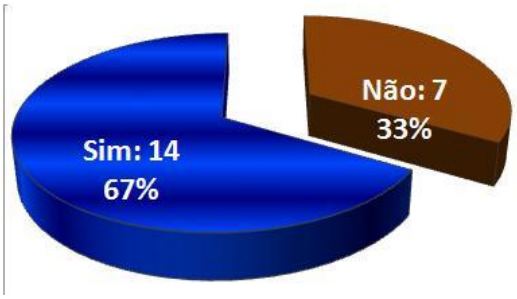


Figura XA-2.Número absoluto e percentual de municípios da Região que tem e que não têm NASF voltado à saúde mental, Região de Xanxerê, 2013.
Fonte: GEABS, SES/SC.

Apesar de ter um bom potencial na atenção primária, a região, atualmente, tem uma fraca assistência especializada em saúde mental, representada por 4 CAPS, tipo I. Não há outras modalidades disponíveis.

Tabela XA-4. Disponibilidade de CAPS, segundo a modalidade, na Região de Xanxerê, 2014.

Município	População	I	II	AD	i	III	Total
Abelardo Luz	17.200	1					1
Bom Jesus	2.599						0
Campo Erê	9.222						0
Coronel Martins	2.469						0
Entre Rios	3.043						0
Faxinal dos Guedes	10.645						0
Galvão	3.452						0
Ipuaçu	6.901						0
Jupiá	2.138						0
Lajeado Grande	1.478						0
Marema	2.136						0
Novo Horizonte	2.697						0
Ouro Verde	2.259						0
Passos Maia	4.374						0
Ponte Serrada	11.102						0
São Bernardino	2.676						0
São Domingos	9.389						0
São Lourenço d'Oeste	22.062	1					1
Vargeão	3.533						0
Xanxerê	45.140	1					1
Xaxim	26.145	1					1
Região de Xanxerê	190.660	4					4

Fonte: Coord. de Saúde Mental. GEABS. SES/SC, 2013.

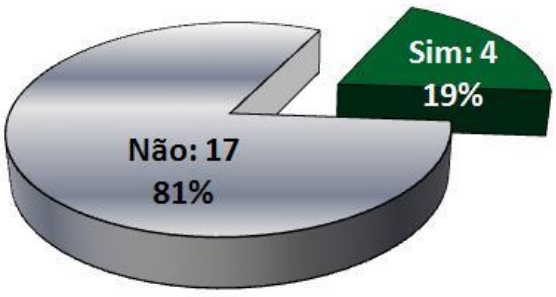


Figura XA-3. Número e percentual de municípios que têm e que não têm CAPS, Região de Xanxerê, 2013.

Os CAPS estão, coerentemente, nas quatro cidades mais populosas. Estas populações somam pouco mais de 110.500 pessoas. Outros 80.000 moradores da região, distribuídos nos municípios de menor porte, não têm acesso a tal modalidade de atenção. A regionalização é uma forma de colocá-los em outra escala, maior que a municipal, e proporcionar-lhes acesso.

A região tem, atualmente, três hospitais gerais que aceitam internar transtornos psíquicos. Perfazem um total de 32 leitos disponíveis. O maior deles é o de Ponte Serrada, cidade que não tem CAPS, o que leva o hospital a servir, em muitos casos, de porta de entrada do sistema. Esta distorção pode ser corrigida pela qualificação da atenção primária (através de matriciamento),

pela criação de CAPS e pela organização de um sistema de referência ao hospital, selecionando os casos que extrapolem as possibilidades ambulatoriais.

Tabela XA-5. Hospitais da Região de Saúde de Xanxerê com leitos psiquiátricos, 2014.

Município	CNES - Hospital	Leitos
CAMPO ERÊ	2626632 – HOSPITAL N. SRA APARECIDA	1
PONTE SERRADA	24111164 - HOSPITAL SANTA LUZIA,	30
XAXIM	2411415 - HOSPITAL FREI BRUNO	1

Fonte: CNES, 2013.

O hospital de Ponte Serrada demonstrou pouca capacidade para se transformar em Serviço Hospitalar de Referência regional para transtornos mentais e decorrentes de álcool, crack e outras drogas, nos termos da Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012. Não era vinculado a um CAPS ou a outro serviço capaz de integrá-lo num contexto de linha de cuidado, enquanto referência, com mecanismos reais de contrarreferência.

Para alguns doentes o hospital servia como porta de entrada ao sistema, de casos sem atendimento precoce e de falta de adesão a terapias na rede básica e em serviços ambulatoriais especializados. Tendia a afirmar riscos de se assemelhar a um aspirante de hospital especializado singelo, tendendo a práticas pontuais, pouco resolutivas e, quiçá, asilares.

O hospital realizou, em todas as especialidades, em 2012, um total de 1.054 internações. Destas, 313 (29,6%) foram na especialidade psiquiátrica. Em média, no último quinquênio (2008 a 2012), aquele hospital realizou 313 internações psiquiátricas anuais, com uma média de permanência de 31,8 dias.

Tabela XA-6. Número de internações psiquiátricas pelo SUS, no Hospital Santa Luiza, Ponte Serrada, de 2008 a 2012.

Ano	2008	2009	2010	2011	2012	Média
Internações	309	342	302	300	313	313,2

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

O valor médio das internações (valor médio da AIH, autorização de internação hospitalar) foi de R$1.584,90. O valor total médio da internações psiquiátricas foi de R$496.390,79 por ano, mas vem mostrando uma tendência de crescimento, apesar de o número de ingressos ter variado pouco. Em 2012 o valor das internações foi de R$531.802,00.

Contudo, o número geral de internações de moradores da região, em 2012, foi de 399. Logo, 86 pessoas procuraram outras regiões para se internar. Alguns municípios que não têm CAPS mostraram número relativamente elevado de internações, como Campo Erê (13 internações no ano de 2012), Coronel Martins (12 internações em 2012), Passos Maia (14), Ponte Serrada (47), São Domingos (33), Vargeão (12).

A desmobilização da região em torno do hospital, enquanto porta de entrada e de manutenção de hábitos de tratamento pouco efetivos é uma meta regional.

3 Imagem objetivo idealizada pelo Grupo Condutor Estadual

Os temas técnicos em debate encaminhado à CIR incluíram:

a) a implantação de um CAPS I microrregional em Ponte Serrada; a conversão do CAPS I de São Lourenço do Oeste em microrregional; a implantação de um CAPS I microrregional em São Domingos; a criação de um CAPS i regional e um CAPS AD II regional em Xanxerê; construção de contatos e vínculos intersetoriais, especialmente com o Sistema Único de Assistência Social; definição, em protocolo, de um fluxo intersetorial entre instituições da educação, da segurança pública, da assistência social e da saúde; montagem de um programa de qualificação e de educação continuada na atenção psicossocial, por parte da Secretaria de Estado da Saúde, abrangendo as equipes de saúde mental e de saúde da família, da região; montagem de um programa de divulgação de protocolos assistenciais, a cargo da Secretaria de Estado da Saúde, capacitando as equipes da região para seu uso; montagem de um programa de prevenção do óbito autoprovocado, a cargo da Secretaria de Estado da Saúde, voltado às equipes da região; implantação ou qualificação de trabalho de matriciamento; incentivo à intensificação de supervisão de equipes de CAPS; estabelecimento de NASF em todos os municípios que tenham 3 ou mais equipes de saúde da família e, de forma mais premente, em São Lourenço do Oeste; a criação de uma unidade de acolhimento para adultos (10 vagas) e uma infanto-juvenil (5 vagas), como referências regionais (podendo-se localizá-las em Xanxerê ou Xaxim, ou outro município definido pela CIR); estabelecimento de 10 novos leitos em hospitais gerais, mediante projetos técnicos dos hospitais[146], distribuídos na região, para atendimento a transtornos mentais e a transtornos resultantes do abuso de álcool, crack e outras drogas psicoativas, sob apoio e regulação de um CAPS, de forma integrada aos serviços comunitários (tecnicamente são indicados, preliminarmente, os hospitais Nossa Senhora Aparecida (de Abelardo Luz) e o Hospital Regional São Paulo – ASSEC (de Xanxerê) com 6 leitos no primeiro e 4 no segundo); organizar, com a Secretaria de Estado da Saúde, programa de capacitação em urgências e emergências psiquiátricas para pessoal vinculado a prontos-socorros, SAMU, UPA, CAPS e outros serviços.

4 A Rede pactuada pela CIR da região de Saúde de Xanxerê

A população regional se aproxima de 200 mil habitantes – e logo ultrapassará. Sendo assim, a Região de Saúde de Xanxerê aprovou as seguintes solicitações municipais e intermunicipais para compor os serviços desta Rede, registradas em ata da Reunião da CIR:

a) Criação de um CAPS i e um CAPS AD, em Xanxerê, regionais, para atender a todos os municípios.

[146] Adaptados integralmente aos termos do Art. 10 da Portaria 3.088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, à Portaria nº 148/GM/MS, de 31 de janeiro de 2012 (alterada pela Portaria 1.615/GM/MS, de 26 de julho de 2012) e à Portaria 952/SAS/MS, de 12 de setembro de 2012.

Figura XA-4. Mapa rodoviário com os acessos a São Domingos e Abelardo Luz.

b) São Domingos (com 9.389 habitantes), planejou construir um CAPS I, microrregional, atendendo também os municípios de Galvão (3.452 habitantantes) e Coronel Martins (2.469 habitantes).

c) Entre Rios (com 3.043 habitantes) planejou criar um CAPS I microrregional, atendendo também os municípios de Ipuaçu (6.901 habitantes), Lageado Grande (1.478 habitantes) e Marema (2.136 habitantes). A justificativa para a criação do CAPS sediado em Entre Rios emerge de necessidades próprias da população da Reserva Indígena Xapecó, que ocupa boa parte do território, onde estão ocorrendo grandes problemas vinculados ao abuso de álcool e de outras drogas.

Figura XA-5. Acessos rodoviários a Ponte Serrada.

d) Criação de um CAPS I microrregional em Ponte Serrada (11.102 habitantes), para atender à população de Passos Maia (4.374 habitantes) e Vargeão (3.533). Este CAPS fará, além do trabalho rotineiro, trabalhos de regulação e garantia da continuidade da linha de cuidado para as pessoas que porventura sejam encaminhadas ao município com proposta de internação, fazendo o contato com a rede dos municípios de origem e referenciamento, caso o hospital local não tenha fechado seu setor de internação psiquiátrica em tempo.

e) Criação de um CAPS I microrregional, em Campo Erê (com 9.222 habitantes) já efetivada ao final de 2014, pensado para atender os municípios de Anchieta (6.172), Saltinho (3.926), São Bernardino (2.676 habitantes) e Santa Teresinha do Progresso (2.818), da área de confluência, na Região de Saúde do Extremo Oeste. O CAPS foi inaugurado em 2014 e vem apresentando bom desempenho.

Figura XA-6. Acessos rodoviários a São Lourenço do Oeste.

f) O CAPS I de São Lourenço do Oeste (22.062 habitantes) poder-se-á transformar em CAPS II microrregional e atender, Novo Horizonte (2.697 habitantes), Coronel Martins (2.469 habitantes), Jupiá (2.138 habitantes) e Galvão (3.452 habitantes).

g) Os municípios da região deverão melhorar os contatos e vínculos intersetoriais, especialmente com o Sistema Único de Assistência Social para desenvolverem um trabalho em rede.

h) Construção de um protocolo, que gerencie o fluxo intersetorial entre instituições da educação, da segurança pública, da assistência social e da saúde.

i) Elaborar e executar um programa de qualificação e de educação continuada na atenção psicossocial, por parte da Secretaria de Estado da Saúde, abrangendo as equipes de saúde mental e de saúde da família, da região.

j) A criação de duas unidades de acolhimento regional no município de Xanxerê , para liberar o hospital de referência de cumprir funções sociais que não lhe cabem, onde solicitamos 10 vagas para adulto e 5 vagas para infanto-juvenil em unidades de acolhimento, para atender a região.

Tabela XA-7. Estimativa da necessidade de vagas em unidades de acolhimento para adultos e para menores de 18 anos, Região de Saúde de Xanxerê, 2015.

Município	População	Adulto	Infanto-Juvenil
Abelardo Luz	17.200	0,9	0,4
Bom Jesus	2.599	0,1	0,1
Campo Erê	9.222	0,5	0,2
Coronel Martins	2.469	0,1	0,1
Entre Rios	3.043	0,2	0,1
Faxinal dos Guedes	10.645	0,5	0,2
Galvão	3.452	0,2	0,1
Ipuaçu	6.901	0,3	0,2
Jupiá	2.138	0,1	0,0
Lajeado Grande	1.478	0,1	0,0
Marema	2.136	0,1	0,0
Novo Horizonte	2.697	0,1	0,1
Ouro Verde	2.259	0,1	0,1
Passos Maia	4.374	0,2	0,1
Ponte Serrada	11.102	0,6	0,2
São Bernardino	2.676	0,1	0,1
São Domingos	9.389	0,5	0,2
São Lourenço do Oeste	22.062	1,1	0,5
Vargeão	3.533	0,2	0,1
Xanxerê	45.140	2,3	1,0
Xaxim	26.145	1,3	0,6
Região de Xanxerê	190.660	10	5

Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação. GECOR. SUR. SES/SC, 2014.

k) Montagem de um programa de divulgação de protocolos assistenciais, a cargo da Secretaria de Estado da Saúde, capacitando as equipes da região para seu uso.

l) Montagem de um programa de prevenção do óbito autoprovocado, a cargo da Secretaria de Estado da Saúde, voltado às equipes da região.

m) Implantação ou qualificação de trabalho de matriciamento em toda a região.

n) Incentivo técnico à intensificação de supervisão de equipes de CAPS.

o) Reivindicação de ampliação do incentivo que possibilite a intensificação do serviço de supervisão nas equipes dos CAPS, e criação de NASF em todos os municípios da região que tenham 3 ou mais equipes de saúde da família.

p) Criação de 6 novos leitos de saúde mental em hospital geral, no Hospital Nossa Senhora Aparecida, de Abelardo Luz, sob regulação do CAPS I de Abelardo Luz, de forma integrada aos serviços comunitários. Este hospital ficaria então com um total de 49 leitos, distribuídos entre clínica geral, cirurgia, obstetrícia, pediatria e reabilitação.

q) Criação de 4 novos leitos de saúde mental no Hospital Regional São Paulo (ASSEC), de Xanxerê, que tem 151 leitos, atualmente.

5 A aprovação da Rede de Atenção Psicossocial na Comissão Intergestores Regional (CIR) da Região de Saúde de Xanxerê

Ata CIR n° 28/2013

Aos vinte e oito dias do mês de agosto de dois mil e treze, reuniram-se n a sala de reuniões da AMAI de Xanxerê- SC, os representantes dos municípios que compõem a Comissão Intergestores Regional- CIR da Região de Xanxerê, às 14 horas para discutir as seguintes pautas: **Primeira pauta:** Apresentação da nova Diretoria CIR-A Presidente Elieze Comachio de São Domingos apresentou os demais membros da Comissão. Joseane Sampaio (Xaxim) Vice-presidente (não estava presente). Inelve T.M. Dierings (Lajeado Grande)-Secretária. Jocimar Antonio Lopes de Lima (Entre Rios)-Tesoureiro. Os membros se colocaram a disposição do Colegiado, solicitaram o apoio de todos os secretários para maior fortalecimento do grupo enquanto região. **Segunda Pauta**: Apresentação da Rede da Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção Psicossocial Carla realizou uma explanação sobre essas duas redes de Atenção Psicossocial e da Pessoa com Deficiência; após explicações comentários do grupo ficou aprovado pela CIR de Xanxerê, a Rede de Atenção Psicossocial, com as seguintes propostas: Implantação de um CAPS I microrregional com local sede em Ponte Serrada, para atender os Municípios de Vargeão e Passos Maia, implantação de um CAPS I microrregional em São Domingos, para atender os Municípios de Ipuaçu e Entre Rios, conversão do CAPS I de São Lourenço do Oeste, em CAPS II para incluir no atendimento os municípios de Coronel Martins, Galvão, Jupiá e Novo Horizonte. Criação de um CAPS I Microrregional, com sede em Campo Erê, para atender os municípios de Saltinho, São Bernardino, Santa Teresinha do Progresso, Anchieta e Palma Sola. Criação de um CAPS i Regional e um CAPS ad II regional em Xanxerê. Estruturação do Hospital Santa Luzia em Ponte Serrada e qualificação de sua equipe, construção de contatos e vínculos intersetoriais, especialmente com o Sistema Único de Assistência Social, definição de um protocolo que organize o fluxo instersetorial entre as instituições de educação, da segurança pública, da assistência social e da saúde. Criação de um Programa de qualificação e de educação continuada na atenção psicossocial, por parte da Secretaria de Estado da Saúde, abrangendo as equipes de Saúde Mental e de Saúde da Família da região, criação de um programa de divulgação de protocolos assistenciais, a cargo da Secretaria de Estado da Saúde, capacitando as equipes da região. Criação de um programa de prevenção do óbito auto provocado, a cargo da Secretaria de Estado da Saúde, voltado às equipes da região, implantação do trabalho de matriciamento na atenção Básica e na rede Psicossocial. Ampliar o incentivo que possibilite a intensificação do serviço de supervisão nas equipes dos CAPS, criação do NASF em todos os municípios que tenham acima de 3 ESF. Criação de uma Unidade de Acolhimento para adultos com 10 vagas e uma infanto- juvenil com 5 vagas em Xanxerê. Incentivo para a região ter 10 novos leitos de Saúde Mental no Hospital Geral Nossa Senhora Aparecida em Abelardo Luz. Salete Sabadim também explica a portaria número mil setecentos e oitenta e um de vinte e seis de agosto de dois mil e treze que aprova Etapa dois do Plano de Ação da Rede Cegonha do Estado de Santa Catarina e Municípios e aloca recursos financeiros para sua implementação-Bloco da Atenção Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, ressaltando que para o município de Xanxerê foi aprovado o repasse de um milhão e cinquenta e cinco mil, quatrocentos e quatro reais e oitenta centavos oriundos do Ministério da Saúde para serem investidos ao Plano de Ação da Rede Cegonha. **Terceira Pauta:** Criação de uma Câmara Técnica de Compensação de medicamentos e insumos Adriana Gava- Diretora do Departamento de Saúde de Xanxerê também fez algumas

coloções aos secretários sugerindo aos presentes que coletivamente criássemos um Núcleo de Capacitação para os Médicos dos ESFs e uma Câmara Técnica de Compensação de medicamentos e insumos. Alguns municípios demonstraram interesse e ficaram para se reunir numa outra oportunidade para amadurecer as ideias sobre esta capacitação, ficando também agendado o dia dezessete de setembro um encontro dos farmacêuticos das Unidades para iniciarem a elaboração de protocolos também para os farmacêuticos assim como fazem os enfermeiros. **Quarta e Quinta Pauta**: Adriana falou ainda sobre as cotas de mamografias agendamentos via on-line com datas determinadas devido à falta de pacientes de alguns Municípios com objetivo de reaproveitar melhor as cotas de região, falou ainda sobre os demais exames como endoscopia que o Dr. Célio Pancera diminuiu a realização destes exames por isso foi diminuído as cotas de cada Município. **Sexta Pauta:** Cirurgias Eletivas de Ortopedia Eliéze falou também que a Clinica Demarco já está credenciada pelo Cis Amosc para realizar cirurgias eletivas de ortopedia sendo esta uma importante oportunidade para diminuir as filas de espera de cada Município. **Sétima Pauta:** Aprovação do termo de adesão dos Municípios da CIR Região de Saúde de Xanxerê no Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS) Abelardo Luz, Bom Jesus, Campo Erê, Coronel Martins, Entre Rios, Faxinal dos Guedes, Galvão, Ipuaçu, Lajeado Grande, Marema, Novo Horizonte, Ouro Verde, Passos Maia, Ponte Serrada, São Bernardino, São Domingos, São Lourenço do Oeste, Vargeão, Xanxerê e Xaxim. Todos os termos foram aprovados por consenso. Espaço CIB com relação à participação de alguns Secretários que estavam presentes estes sugeriram que se encaminhe oficio ao Presidente da CIB Luiz Antonio sugerindo a descentralização das reuniões para que haja uma maior participação dos Secretários de Saúde de nossa Região. José Leonir de Ipuaçu falou de sua ida à reunião da CIB em Florianópolis e da importância de nossa participação enquanto colegiado para fortalecimento de nossa região nestas oportunidades. **Oitava Pauta:** Curso de Urgência e Emergência e outras capacitações para a região. Aprovou-se também que se faça um curso introdutório para agentes de saúde e equipes do ESF e outro curso de Urgência e Emergência para motoristas com aula inaugural ainda neste ano e término no ano que vem. Luciana da secretaria de Saúde de Xanxerê falou do novo Programa E SUS e colocou Marizangela, funcionária da secretaria a disposição dos municípios que tivessem alguma dúvida sobre o mesmo. **Nona Pauta**: Espaços CIES Salete Sabadin e Elieze falaram do andamento do curso Cuidar de quem Cuida, sendo que cada município ficou responsável para buscar e levar de volta uma das professoras que está ministrando o curso. **Décima Pauta:** Assuntos Diversos Recebimento do ofício n º 83/2013 encaminhado para a CIR e CIB do município de São Lourenço do Oeste com propostas cadastradas com respectivos valores para reformas e aquisição de equipamentos e materiais permanentes referente as ESFS e relatório do técnico e Termo de Compromisso Municipal do Distrito Federal do Programa Saúde na Escola. Após a leitura na integra o ofício foi aprovado por todos os presentes. Registrou-se também conforme determinação da Assembleia de Prefeitos do mês de julho ficou determinada a volta da prática de valores tabela SUS para as ressonâncias magnéticas. As clínicas CDIPSUL-Chapecó e Pato Branco não aceitaram este valor, por tanto estarão descredenciando este procedimento. O CIS-AMOSC informou aos secretários via e-mail que estão em processo de credenciamento com uma clínica em SMO, com um novo valor de duzentos e sessenta e oito reais e setenta e cinco centavos para ressonâncias, passando vigorar a partir da competência dez. Sem mais para o momento a reunião foi encerrada, eu Inelve Tereza Maraschim Dierings lavro a presente ata em que a lista de presença segue anexa.

-//- // - -//- //-

Após a devolutiva do Ministério da Saúde à versão original do Plano, a CIR, em conjunto com a Associação dos Municípios do Alto Irani, novamente reavaliou a questão, manifestando sua preocupação com o financiamento da Rede. Os incentivos federais cobrem aproximadamente um terço das despesas, havendo necessidade de definir a participação estadual. Eis o documento gerado na reunião de 25 de novembro de 2014:

Ofício Pres. Nº. 011/2014 Xanxerê, SC, 26 de novembro de 2014

A Sua Excelência o Senhor
ALAN ÍNDIO SERRANO
Coordenador da Rede de Atenção Psicossocial
Secretaria de Estado de Saúde.
Rua Esteves Junior, 160, centro.
Florianópolis/SC - CEP: 88115-030

Referente: Posicionamento da região acerca da instalação da Rede de Atenção Psicossocial (CAPS Regional)

1. A Associação dos Municípios do Alto Irani (AMAI) vem respeitosamente manifestar posicionamento da região acerca da instalação da Rede de Atenção Psicossocial (CAPS Regional) - Parecer Técnico nº 08/2014 do Ministério da Saúde.

2. Em atenção ao Parecer Técnico, os 14 (quatorze) municípios que compõem a região da AMAI, reuniram-se em Assembleia realizada no dia 25 de novembro deste ano e, em unânime decisão, deliberaram manifestando a intenção da instalação do CAPS Regional, porém, com ressalvas.

3. É de notório conhecimento que os municípios vêm enfrentando dificuldades financeiras, principalmente os de menor porte, como é o caso da maioria destes que compõem a região da AMAI. A dificuldade financeira dá-se pela escassa arrecadação própria, bem como pelo pequeno retorno do ICMS e do FPM, que ora é repassado aos municípios.

4. Diante desse quadro, os municípios somam uma elevada despesa com folhas de pagamento para poderem manter os programas já existentes, haja vista que a transferência de recursos para sua manutenção é sempre aquém do efetivo desembolso gasto para o seu custeio.

5. Neste ínterim, constatou-se mediante estudos realizados pela AMAI, que o repasse de valores para a manutenção do CAPS custeará apenas metade das despesas. Cita-se por exemplo, a instalação de um CAPS ad, pelo qual, constatou-se uma despesa mensal de aproximadamente R$ 105.000,00 (cento e cinco mil reais), valor esse que engloba os profissionais de nível superior e técnico, aluguel, imóvel, alimentação, limpeza entre outros. Todavia, o repasse para a manutenção oferecido é de apenas R$ 39.780,00 (trinta e sete mil

setecentos e oitenta reis), ou seja, apenas a referida unidade geraria um *déficit* a ser bancado pelos municípios de aproximadamente R$ 65.000,00 (sessenta e cinco mil reais), conforme demonstrativo anexo.

6. Ademais, teriam ainda de ser suportados pelos municípios a contratação dos profissionais, gerando assim um elevado custo e onerando os cofres públicos municipais, tornando insustentável a mantença do CAPS nessa região, somados ainda aqueles programas que os municípios já executam e enfrentam dificuldades para geri-los.

7. Cumpre destacar de outro lado, que a instalação do CAPS é de fundamental importância para a região, contudo, sua instalação esbarra no poder econômico dos municípios, considerando o elevado custo de manutenção.

8. Sendo assim e pelos motivos expostos, a região dos municípios que compõem a AMAI, reitera a intenção na instalação do CAPS Regional, mas, como já dito, futuramente.

9. Portanto, conta a AMAI com a presteza do governo Estadual e da União, para que sejam revistos os valores de repasse para a instalação e manutenção dos CAPS no sentido de que os recursos possam no mínimo dar condições de funcionamento, gerando de tal forma uma assistência à saúde de qualidade e eficiência.

Atenciosamente,

Amarildo Paglia
Prefeito de Vargeão
Presidente da AMAI

6 A matriz diagnóstica da Rede de Atenção Psicossocial para a Região de Saúde de Xanxerê, em Santa Catarina, na forma da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde

MATRIZ DIAGNÓSTICA - REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL					
Região de Saúde: **Xanxerê**					
21 Municípios: Abelardo Luz, Bom Jesus, Campo Erê, Coronel Martins, Entre Rios, Faxinal dos Guedes, Galvão, Ipuaçu, Jupiá, Lajeado Grande, Marema, Novo Horizonte, Ouro Verde, Passos Maia, Ponte Serrada, São Bernardino, São Domingos, São Lourenço do Oeste, Vargeão, **Xanxerê** e Xaxim.					
População: 190.660 habitantes					
COMPO-NENTE	**Ponto de Atenção**	**Necessidade**	**Existentes**	**Déficit**	**Parâme-tro**
I. Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde	79 equipes de Saúde da Família (ESF). Supervisão e apoio matricial organizado, regulação do acesso, protocolos assistenciais.	64 ESF (93,66% de cobertura)	15 ESF. Supervisão e o apoio matricial organizado sobre as equipes de saúde da família, estabelecer regulação do acesso e protocolos assistenciais.	Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica, de 21 de outubro de 20 11
	Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas	0	0	0	Portaria que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família	22 NASF	19 (14 deles com psicólogo)	3 NASF. Incorporação de psiquiatras e de psicólogo em NASF. Organização do matriciamento.	Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica - 2011
	Centro de Convivência	1	0	1	

COMPO-NENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Parâme-tro
II. Atenção Psicossocial Especiali-zada	Centro de Atenção Psicossocial				
	CAPS I	7	5 (Abelardo Luz, São Lourenço do Oeste, Xanxerê, Xaxim, Campo Erê)	3 (Ponte Serrada, São Domingos, Entre Rios)	Municípios ou regiões com pop. acima de 15 mil hab.
	CAPS II	1	0	1 (São Lourenço do Oeste)	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS III	0	0	0	Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab
	CAPS AD	1	0	1 (regional, em Xanxerê)	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS ADIII	0	0	0	Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab
	CAPS i	1	0	1 (regional, em Xanxerê)	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
III. Atenção de Urgência e Emergência	UPA / SAMU Sala de Estabilização Portas Hospitalares de Atenção à Urgência Pronto Socorro	1 unidade de suporte avançado (USA) e 3 unidades de suporte básico	1 USA (Xanxerê), 3 USB (Xanxerê, São Lourenço do Oeste, Ponte Serrada)	0	Conforme orientações da Portaria da Rede de Atenção às Urgências, de 7 de julho de 2011.

COMPO-NENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Parâme-tro
IV. Atenção Residencial de Caráter Transitório	UA ADULTO	1 (com 10 vagas)	0	1	1 UA (com 15 vagas) para cada 10 leitos de enferma-rias em hospital geral por município.
	UA INFANTO-JUVENIL	1 (com 5 vagas)	0	1	Municípios crianças e adolescen-tes em potencial para uso de drogas ilícitas ou em potencial para uso de drogas ilícitas.
	COMUNI-DADE TERAPÊU-TICA	1	0	1	
V. Atenção Hospitalar	LEITOS	10 leitos	0	6 leitos para adultos em Abelardo Luz (Hospital N. S. Aparecida) e 4 em Xanxerê (Hospital Regional São Paulo)	Portarias MS 1.615/12, 148/12, 953/12, 2.035/13; 1 leito para cada 23 mil habitantes Portaria nº 1.101/02.
	ENFERMA-RIA ESPECIA-LIZADA				Portarias MS 1.615/12, 148/12, 953/12, 2.035/13; 1 leito para cada 23 mil habitantes Portaria nº 1.101/02.

COMPO-NENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Parâme-tro
VI. Estratégias de Desinstituci-onalização	SRT	1 Serviço Residencial Terapêutico tipo I (com até 8 moradores).	0	1	A depender do nº de munícipes longamente internados
	PVC	8	0	8	A depender do nº de munícipes longamente internados
VII. Reabilitação Psicossocial	Cooperativas sociais, empreendi-mentos solidários e iniciativas de geração de trabalho e renda	2	0	2	

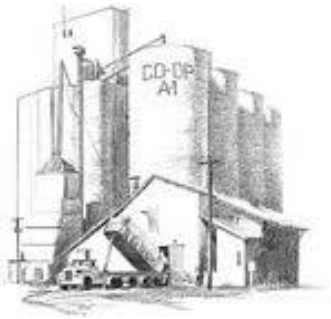
Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina

PAR

- Plano de Ação Regional -

Região de Saúde do Extremo Oeste Catarinense

Região de Saúde do Extremo Oeste: Plano de Ação Regional para a Rede Psicossocial



1 Características básicas do território

A região abriga 3,5% da população do Estado de Santa Catarina, somando 224.607 habitantes (IBGE, 2012). Tem 30 municípios e 4 Secretarias de Desenvolvimento Regional (Dionísio Cerqueira, São Miguel do Oeste, Itapiranga e Maravilha).

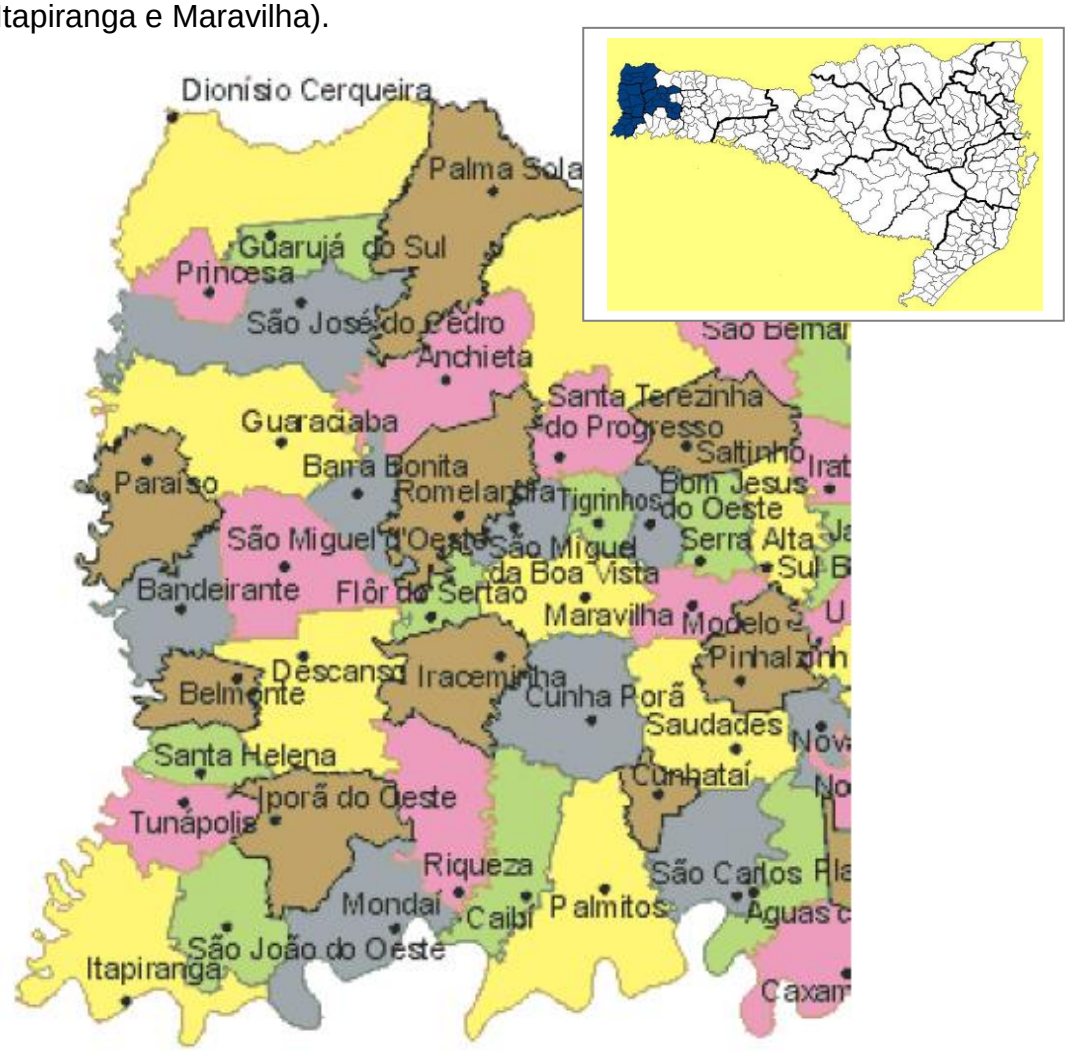


Figura EO-1. Mapa da área de Santa Catarina compreendendo a Região de Saúde do Extremo Oeste, com seus municípios. Acima, a localização da Região no mapa estadual.
Fonte: CIASC, 2012.

Pode-se inferir que cerca de um quarto da população, ao longo de um ano, apresentará queixas de ordem psíquica[147].

Tabela EO-1. Estimativa do número de pessoas com manifestação de novas queixas de ordem psíquica e comportamental, ao ano, segundo categorias de sintomas, por municípios, Região de Saúde do Extremo Oeste Catarinense, 2015.

Município	Queixas do espectro de					Total
	Drogas*	Psicoses**	Humor	Neuroses***	Outros	
Anchieta	247	62	432	494	185	1.420
B. Jesus Oeste	85	21	149	170	64	490
Bandeirante	115	29	201	229	86	659
Barra Bonita	74	19	130	148	56	426
Belmonte	106	26	185	211	79	608
Descanso	342	86	599	685	257	1.969
Dionísio Cerqueira	596	149	1.043	1.192	447	3.426
Flor Sertão	63	16	111	127	48	365
Guaraciaba	417	104	729	833	313	2.396
Guarujá Do Sul	198	49	346	395	148	1.136
Iporã do Oeste	340	85	594	679	255	1.953
Iraceminha	168	42	294	336	126	966
Itapiranga	625	156	1.094	1.250	469	3.593
Maravilha	906	226	1.585	1.811	679	5.208
Modelo	163	41	284	325	122	934
Mondaí	418	105	732	837	314	2.405
Palma Sola	308	77	539	616	231	1.771
Paraíso	159	40	278	318	119	914
Princesa	111	28	195	222	83	639
Romelândia	220	55	385	440	165	1.264
S. João do Oeste	243	61	425	486	182	1.397
S. Miguel da Boa Vista	75	19	132	151	57	434
S. Terezinha do Progresso	113	28	197	225	85	648
Saltinho	157	39	275	314	118	903
Santa Helena	94	24	165	188	71	541
São José do Cedro	547	137	958	1.095	411	3.148
São Miguel do Oeste	1.476	369	2.584	2.953	1.107	8.489
Saudades	365	91	638	730	274	2.098
Tigrinhos	70	17	122	139	52	400
Tunápolis	184	46	323	369	138	1.061
Região Extremo Oeste	8.985	2.247	15.724	17.968	6.741	51.661

**Inclui álcool etílico e outras substâncias, exceto nicotina e cafeína.* ***Inclui queixas relacionáveis a psicoses orgânicas (F0) e funcionais (F2).* ****Inclui queixas relacionáveis a neuroses, estresse e somatoformes (F4).*

Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação, SUR, SES/SC, 2013.

[147] Para Goldberg e Huxley, cerca de 23% da população apresenta, em algum momento, sintomas positivos de ordem psíquica. Mário Teixeira, em amostras no município de Florianópolis, encontrou 25% da população nesta situação. Vide:

GOLDBERG, D. (1995) Epidemiology of mental disorders in primary care settings. **Epidemiologic Reviews**, 17, 182 -190.

TEIXEIRA, Mário Aurélio Aguiar. Estudo de Morbidade Psiquiátrica em Duas Localidades da Ilha de Santa Catarina (Florianópolis).(Tese). São Paulo: Escola Paulista de Medicina. São Paulo (UFSP), 1998.

Tabela EO-2. Estimativa do número de pessoas demandando assistência por transtornos psíquicos e comportamentais, no período de um ano, por município, Região de Saúde do Extremo Oeste Catarinense, 2015.

Município	Demanda	
	À rede básica	Especializada
Anchieta	568	62
B. Jesus Oeste	196	21
Bandeirante	264	29
Barra Bonita	170	19
Belmonte	243	26
Descanso	788	86
Dionísio Cerqueira	1.370	149
Flor Sertão	146	16
Guaraciaba	958	104
Guarujá Do Sul	454	49
Iporã do Oeste	781	85
Iraceminha	386	42
Itapiranga	1.437	156
Maravilha	2.083	226
Modelo	374	41
Mondaí	962	105
Palma Sola	708	77
Paraíso	366	40
Princesa	256	28
Romelândia	506	55
S. João do Oeste	559	61
S. Miguel da Boa Vista	174	19
S. Terezinha do Progresso	259	28
Saltinho	361	39
Santa Helena	216	24
São José do Cedro	1.259	137
São Miguel do Oeste	3.396	369
Saudades	839	91
Tigrinhos	160	17
Tunápolis	424	46
Região Extremo Oeste	20.664	2.246

Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação, SUR, SES/SC, 2013.

Tais queixas, geralmente, não representam doenças, mas apenas sintomas avulsos passageiros, que se resolvem espontaneamente, por atitudes e práticas individuais, ou por mecanismos sociais (como os religiosos e os de

entidades de autoajuda, tipo Alcoólicos Anônimos, por exemplo). Contudo, cerca de um décimo da população levará tais queixas aos serviços de saúde, demandando deles alguma conduta. Eventualmente eles representam sinais e sintomas de transtornos mentais e comportamentais importantes. Uma fração menor da população (cerca de 1%) demandará assistência especializada.

Se a rede básica funcionar como filtro, de forma precoce e eficiente, evitar-se-á que os sintomas se agravem e que os serviços especializados fiquem sobrecarregados, fiquem mais caros e percam sua qualidade.

2 A rede existente hoje

Os núcleos de apoio à saúde da família (NASF) existem em 63% dos municípios da região de saúde do Extremo Oeste Catarinense. Contudo, só 46% dos municípios mantêm NASF atuando em saúde mental, com a presença de psicólogos no núcleo.

Tabela EO-3. Número de NASF e de psicólogos trabalhando em NASF nos municípios da Região do Extremo Oeste, 2013.

Município	População	NASF	Psicólogo
Anchieta	6.172		
Bandeirante	2.866		
Barra Bonita	1.853		
Belmonte	2.643	1	1
Bom Jesus do Oeste	2.130	1	1
Descanso	8.560		
Dionísio Cerqueira	14.896		
Flor do Sertão	1.585	1	1
Guaraciaba	10.417	1	
Guarujá do Sul	4.941		
Iporã do Oeste	8.490	1	1
Iraceminha	4.202	1	1
Itapiranga	15.623		
Maravilha	22.642	1	
Modelo	4.063	1	1
Mondaí	10.458		
Palma Sola	7.699	1	1
Paraíso	3.972	1	1
Princesa	2.780		
Romelândia	5.494	1	1
Saltinho	3.926	1	
Santa Helena	2.351	1	1
S.Terezinha do Progresso	2.818	1	1
São João do Oeste	6.074	1	1
São José do Cedro	13.685	1	1
São Miguel da Boa Vista	1.887		
São Miguel do Oeste	36.908	1	
Saudades	9.121		
Tigrinhos	1.739	1	1
Tunápolis	4.612	1	
Região Extremo Oeste	224.607	19	14

Fonte: GEABS / SES / SC, 2013.

Há 4 CAPS na região. Dois deles, o de Mondaí e o de Dionísio Cerqueira, são microrregionais e atendem mais de um município.

Tabela EO-4. Distribuição dos CAPS, por modalidade, Região do Extremo Oeste Catarinense, 2014.

Município	População	I	II	AD	i	III	Total
Anchieta	6.172						0
Bandeirante	2.866						0
Barra Bonita	1.853						0
Belmonte	2.643						0
Bom Jesus do Oeste	2.130						0
Descanso	8.560						0
Dionísio Cerqueira	14.896	1*					1
Flor do Sertão	1.585						0
Guaraciaba	10.417						0
Guarujá do Sul	4.941						0
Iporã do Oeste	8.490						0
Iraceminha	4.202						0
Itapiranga	15.623						0
Maravilha	22.642	1					1
Modelo	4.063						0
Mondaí	10.458	1**					1
Palma Sola	7.699						0
Paraíso	3.972						0
Princesa	2.780						0
Romelândia	5.494						0
Saltinho	3.926						0
Santa Helena	2.351						0
S.Terezinha do Progresso	2.818						0
São João do Oeste	6.074						0
São José do Cedro	13.685						0
São Miguel da Boa Vista	1.887						0
São Miguel do Oeste	36.908	1					1
Saudades	9.121						0
Tigrinhos	1.739						0
Tunápolis	4.612						0
Região Extremo Oeste	224.607	4					4

*Dionísio Cerqueira, Guarujá do Sul, São José do Cedro, Palma Sola, Anchieta.
**Iporã do Oeste, São João do Oeste e Mondaí.

Portanto, 30% dos municípios da Região de Saúde dão acesso a CAPS para sua população, faltando uma disponibilização deste serviço especializado aos demais municípios.

O indicador de cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial (número de CAPS por cem mil habitantes[148]), ao redor de 3,01 por cem mil,

[148] O índice de cobertura dos CAPS é considerado bom quando a cobertura está acima de 0,70 para cada cem mil habitantes.

para a região, teoricamente seria bom, mas as distâncias e as divisões municipais estabelecem necessidades de maior número de CAPS, pois vários municípios ficam com suas populações descobertas.

Apesar do indicador de cobertura, nos últimos 5 anos um pouco menos de 124 mil atendimentos de saúde mental foram feitos na Região. Isto a coloca em 13º. lugar no ranking das 16 regiões de saúde de Santa Catarina.

Este volume pequeno de atendimentos justificar-se-ia caso houvessem poucas consultas e atividades nos CAPS, mas houvessem atividades de apoio matricial dos CAPS sobre a rede básica. Não há, contudo, matriciamento. Portanto, a região merece uma reflexão sobre o tipo de atendimento que está sendo feito e sobre como aprimorar sua efetividade.

Tabela EO-5. Valor apresentado, em reais, dos "atendimentos e acompanhamentos psicossociais" pelo SUS, efetuados na Região de Saúde, por ano, janeiro de 2008 a novembro de 2012.

Município	2008	2009	2010	2011	2012	Total
.... Anchieta	-	-	2.561,67	634,24	2,55	3.198,46
.... Bandeirante	-	-	1.490,46	1.149,12	2.753,02	5.392,60
.... D. Cerqueira	159.928,25	185.326,50	252.892,40	254.903,65	248.643,90	1.101.694,70
.... Flor do Sertão	-	270,97	402,5	487,14	507,58	1.668,19
.... Guaraciaba	58,54	87,81	168,23	-	-	314,58
.... Iporã do Oeste	1.621,70	1.843,25	1.375,01	943,69	1.621,80	7.405,45
.... Iraceminha	299,03	36,92	-	-	-	335,95
.... Itapiranga	561,63	4.621,96	2.855,39	4.528,51	6.352,08	18.919,57
.... Maravilha	1.987,10	22.458,65	53.195,70	144.779,65	129.655,50	352.076,60
.... Modelo	1.496,25	1.413,95	607,25	-	-	3.517,45
.... Mondaí	-	263,43	140,24	-	-	403,67
.... Palma Sola	-	292,7	204,89	-	-	497,59
.... São João Oeste	1.343,37	526,16	393,31	-	-	2.262,84
.... São José Cedro	309,61	269,54	146,35	-	-	725,5
.... S. Miguel B. Vista	1.555,50	-	783,41	1.115,19	786,76	4.240,86
.... São Miguel Oeste	2.541,81	27.837,68	226.478,22	323.517,38	252.569,70	832.944,79
.... Tunápolis	439,92	-	-	-	-	439,92
Extremo Oeste	172.142,71	245.249,52	543.695,03	732.058,57	642.892,89	2.336.038,72

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

Programas de matriciamento, a partir de NASF que tenham psiquiatras e psicólogos, uma vez instituídos, poderão dar qualidade aos atendimentos feitos na rede básica.

O número de internações psiquiátricas de habitantes da Região foi de 436 no ano de 2013, o que gerou um custo de R$688.304,82. A média de permanência hospitalar para transtornos psiquiátricos foi de 28,7 dias.

Ao todo, 17 pessoas residentes na Região, faleceram em função de transtornos derivados do abuso de substâncias psicoativas, a quase todas por complicações ligadas ao abuso de bebidas alcoólicas e de cigarro.

Outro dado de mortalidade é o dos óbitos autoprovocados, que chegaram a 39 no ano de 2010. Observa-se uma tendência de discreto aumento do número bruto de suicídios, nos últimos 15 anos.

Tabela EO-6. Morbidade hospitalar para transtornos mentais e comportamentais (CID-10 F), Região de Saúde do Extremo Oeste, Santa Catarina, janeiro a novembro de 2012.

Município	N. Internações
.... Anchieta	10
.... Bandeirante	4
.... Barra Bonita	6
.... Belmonte	4
.... Bom Jesus do Oeste	7
.... Descanso	20
.... Dionísio Cerqueira	22
.... Flor do Sertão	5
.... Guaraciaba	12
.... Guarujá do Sul	22
.... Iporã do Oeste	19
.... Iraceminha	9
.... Itapiranga	19
.... Maravilha	37
.... Modelo	17
.... Mondaí	25
.... Palma Sola	9
.... Paraíso	9
.... Princesa	6
.... Romelândia	6
.... Saltinho	5
.... Santa Helena	6
.... Santa Terezinha do Progresso	5
.... São João do Oeste	8
.... São José do Cedro	32
.... São Miguel da Boa Vista	5
.... São Miguel do Oeste	74
.... Saudades	12
.... Tigrinhos	10
.... Tunápolis	11
Região Extremo Oeste	436

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

3 Imagem objetivo (a rede ideal)

O CAPS microrregional de Dionísio Cerqueira poderia atender também o município de Princesa, que fica a 24 km. Isto manteria todo o quadrante superior esquerdo do mapa geográfico da região sob cobertura assistencial em saúde mental.

Figura EO-2. O quadrante superior esquerdo do mapa regional, com os acessos a Dionísio Cerqueira, na tríplice fronteira de Santa Catarina com o Paraná e a Argentina.

Guaraciaba (com 10.417 habitantes) e Anchieta (6.172 habitantes), separadas por apenas 24 km, têm condições de montar um CAPS I para atendimento de ambos os municípios.

Paraíso, Barra Bonita, Romelândia, Bandeirante, Descanso e Belmonte podem ser incorporados ao CAPS I de São Miguel do Oeste, que seria convertido em microrregional.

Figura EO-3. Acessos rodoviários a São Miguel do Oeste.

São Miguel do Oeste pode estabelecer também um CAPS i e um AD, ambos com funções regionais de avaliações a pedido dos CAPS I, emissão de pareceres e supervisão de casos complexos tratados pelos CAPS I.

São Miguel da Boa Vista, Tigrinhos, Bom Jesus do Oeste, Santa Terezinha do Progresso e Modelo poderiam ser integrados ao CAPS I de Maravilha, a ser também convertido em microrregional.

O município de Saudades (com 9.121 habitantes), precisará montar um bom serviço de NASF, pois fica difícil integrá-lo em algum CAPS de sua região de saúde, em função de sua localização.

Figura EO-4. Quadrante inferior esquerdo do mapa regional, mostrando os acessos a Itapiranga.

Faz-se necessária a criação de um CAPS I microrregional em Itapiranga, para atender também Santa Helena e Tunápolis.

Há possibilidade de tentar buscar incentivos à criação ou qualificação de dez leitos psiquiátricos em hospitais gerais[149]. Tais leitos precisar-se-ão conformar às exigência do Ministério da Saúde, que incluem atendimento efetivo nas clínicas básicas, equipe de saúde mental permanente.

Tabela EO-7. Sugestão técnica de incentivo para qualificação de novos leitos psiquiátricos em hospitais gerais, Região do Extremo Oeste Catarinense, 2014.

Município	*Hospital*	*CNES*	*Total de Leitos*	*Leitos psiquiátricos*	
				A criar	*Tipo*
Mondaí					
	Soc. Hospitalar Mondaí	2378108	44	4	Adulto
				3	Infantil
Tunápolis	Hospital de Tunápolis	2378140	37	4	Adulto

Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação, SUR, SES/SC, 2014.

Os leitos de psiquiatria não poderão exceder 15% do total de leitos do hospital, para serem aprovados pelo Ministério da Saúde, na forma da Portaria 148, de 31 de janeiro de 2012:

[149] Adaptados integralmente aos termos do Art. 10 da Portaria 3.088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, à Portaria nº 148/GM/MS, de 31 de janeiro de 2012 (alterada pela Portaria 1.615/GM/MS, de 26 de julho de 2012) e à Portaria 952/SAS/MS, de 12 de setembro de 2012.

Art. 9º A distribuição dos leitos hospitalares para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas observará os seguintes parâmetros e critérios:

I - 1 (um) leito de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas para cada 23 mil habitantes, tendo como base a Portaria nº 1.101/GM/MS, de 12 de junho de 2002;

II - o número de leitos de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas não deverá exceder o percentual de 15% (quinze por cento) do número total de leitos do Hospital Geral, até o máximo de 30 (trinta) leitos;

Os hospitais de Maravilha e de São Miguel do Oeste não manifestaram interesse em tais leitos. A ideia de atender crianças no hospital de Mondaí, caso se mantenha, implicará equipe especializada, sem a qual não haverá condições de fornecer este tipo de atendimento, que é complexo.

Tabela EO-8. Estimativa da necessidade de vagas em unidades de acolhimento, Região do Extremo Oeste Catarinense, 2015.

Município	População	Adulto	Infanto-Juvenil
Anchieta	6.172	0,3	0,1
Bandeirante	2.866	0,1	0,1
Barra Bonita	1.853	0,1	0,0
Belmonte	2.643	0,1	0,1
Bom Jesus do Oeste	2.130	0,1	0,0
Descanso	8.560	0,4	0,2
Dionísio Cerqueira	14.896	0,7	0,3
Flor do Sertão	1.585	0,1	0,0
Guaraciaba	10.417	0,5	0,2
Guarujá do Sul	4.941	0,2	0,1
Iporã do Oeste	8.490	0,4	0,2
Iraceminha	4.202	0,2	0,1
Itapiranga	15.623	0,8	0,3
Maravilha	22.642	1,1	0,5
Modelo	4.063	0,2	0,1
Mondaí	10.458	0,5	0,2
Palma Sola	7.699	0,4	0,2
Paraíso	3.972	0,2	0,1
Princesa	2.780	0,1	0,1
Romelândia	5.494	0,3	0,1
Saltinho	3.926	0,2	0,1
Santa Helena	2.351	0,1	0,1
S. Terezinha Progresso	2.818	0,1	0,1
São João do Oeste	6.074	0,3	0,1
São José do Cedro	13.685	0,7	0,3
São Miguel da Boa Vista	1.887	0,1	0,0
São Miguel do Oeste	36.908	1,8	0,8
Saudades	9.121	0,5	0,2
Tigrinhos	1.739	0,1	0,0
Tunápolis	4.612	0,2	0,1
Região Extremo Oeste	224.607	11	5

Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação, SUR, SES/SC, 2013.

A região carece de uma unidade de acolhimento (residenciais transitórias) para adultos, com pelo menos 10 vagas, assim como uma infanto juvenil, com 5 vagas. A cidade de Guaraciaba dista apenas 14 km de São Miguel do Oeste, que é a maior da região. Pela facilidade de acesso e disponibilidade, poderá sediar as unidades de acolhimento, sob a supervisão dos CAPS de São Miguel do Oeste.

Os debates técnicos na CIR da Região de Saúde do Extremo Oeste priorizaram:

a) a conversão do CAPS I de São Miguel do Oeste em CAPS I microrregional.

b) a conversão do CAPS I de Maravilha em CAPS I microrregional.

c) a criação de 5 novos CAPS I microrregionais, com sede em São José do Cedro, Palma Sola, Tunápolis, Itapiranga e Modelo.

d) a criação de um novo CAPS AD microrregional em São Miguel do Oeste.

e) a criação de 1 unidade de acolhimento para adultos, com 10 ou 11 vagas, em Guaraciaba, sob supervisão do CAPS de São Miguel do Oeste.

f) a criação de 1 unidade de acolhimento infanto-juvenil, com 5 vagas, em Guaraciaba, sob supervisão do CAPS de São Miguel do Oeste.

g) montagem de um programa de qualificação e de educação continuada na atenção psicossocial, por parte da Secretaria de Estado da Saúde, abrangendo as equipes de saúde mental e de saúde da família, da região.

h) montagem de um programa de divulgação de protocolos assistenciais, a cargo da Secretaria de Estado da Saúde, capacitando as equipes da região para seu uso.

i) montagem de um programa de prevenção do óbito autoprovocado, a cargo da Secretaria de Estado da Saúde, voltado às equipes da região.

j) implantação ou qualificação de trabalho de matriciamento de saúde mental à rede básica.

k) incentivo à intensificação de supervisão de equipes de CAPS.

l) estabelecimento de equipes de NASF em todos os municípios, com psicólogos.

m) continua em negociação a possibilidade de criação de um serviço residencial terapêutico tipo I, para desinstitucionalização e reabilitação de moradores do Centro de Vivência Santana, em São José, procedentes da região, que estão em alta médica.

n) fica em discussão, para amadurecimento a questão da localização de um CAPS AD III regional. O Ministério da Saúde indica a cidade de São Miguel do Oeste e a CIR indica a cidade de Iporã do Oeste, pela disposição da prefeitura local e pela proximidade com os hospitais que têm leitos de saúde mental.

4 A Rede pactuada pela CIR da região de Saúde do Extremo Oeste Catarinense

Foram aprovados, como objetivos e prioridades regionais:

a) Criar um CAPS AD microrregional com sede em São Miguel do Oeste que poderia atender os municípios de Paraíso, Bandeirante, Barra Bonita, Guaraciaba, São Miguel do Oeste e Descanso;

b) Criar um CAPS i microrregional em São Miguel do Oeste.

c) Converter o CAPS I de São Miguel do Oeste em CAPS I microrregional que poderia atender os municípios de São Miguel do Oeste, Barra Bonita, Bandeirante, Descanso, Paraíso e Guaraciaba.

d) Converter o CAPS I de Maravilha em microrregional, para atender os munícipios de Maravilha, Flor do Sertão, Romelândia, Iraceminha.

e) Por questões de distância geográfica entre os demais municípios regionais, dificultando deslocamentos, criar um CAPS I microrregional em Palma Sola para atender os municípios de Palma Sola (população 7.699) e Anchieta (população de 6.172).

f) Criar CAPS I microrregional com sede em Tunápolis que possui projeto para construção física encaminhado ao Ministério da Saúde que atenderá a demanda de Iporã do Oeste, Tunápolis, Santa Helena e Belmonte.

g) Implantar um CAPS I em Itapiranga (população de 15.623) que possui projeto para construção física encaminhado ao Ministério da Saúde, para atender a demanda do município.

h) Criar CAPS I microrregional com sede em Modelo (população de 4.063) que atenderá Tigrinhos (população 1.739), Bom Jesus do Oeste (população 2.130), Santa Terezinha do Progresso (população 2.718), Modelo (população 4.063) Saudades (população 9.121) e São Miguel da Boa Vista (população de 1.887).

i) Criar CAPS AD III com sede em Iporã do Oeste para atender todos os municípios da regional CIR do Extremo Oeste;

j) Os municípios de Anchieta, Bandeirante, Barra Bonita, Descanso, Dionísio Cerqueira, Guarujá do Sul, Princesa e Saudades poderão implantar equipes do NASF com a presença de psicólogos para atribuir qualidade aos serviços da rede básica e servir como referência e contra referência aos demais serviços de atenção psicossocial;

k) Os novos leitos de saúde mental em hospital geral ficarão em Mondaí e em Tunápolis. Estes são os locais que possuem infraestrutura física adequada e recursos humanos habilitados. Tais leitos seriam para casos graves, necessitando de atendimento médico intensivo.

l) A região carece de uma unidade de acolhimento (residenciais transitórios ligados a um CAPS) para adultos, com pelo menos 10 vagas, assim como uma infanto-juvenil, com cinco vagas, que poderão ser criadas no município de Guaraciaba.

Mediante a implantação e implementação dos serviços para a organização da rede serão necessários os seguintes encaminhamentos:

a) montagem de um programa de qualificação e de educação permanente na atenção psicossocial, por parte da Secretaria de Estado da

Saúde, abrangendo as equipes de saúde mental e de saúde da família, da região;

b) montagem de um programa de divulgação de protocolos assistenciais, a cargo da Secretaria de Estado da Saúde, capacitando as equipes da região para seu uso;

c) montagem de um programa de prevenção do óbito autoprovocado, a cargo da Secretaria de Estado da Saúde, voltado às equipes da região;

d) implantação gradativa de trabalho de matriciamento;

e) incentivo à intensificação de supervisão de equipes de CAPS;

f) estabelecimento de equipes de NASF em todos os municípios, com psicólogos;

g) Formalizar parcerias para a implantação e implementação dos CAPS Microrregionais e Regionais viabilizadas através dos Consórcios Intermunicipais das Associações dos Municípios AMEOSC e AMERIOS.

5 A aprovação da Rede de Atenção Psicossocial na Comissão Intergestores Regional (CIR) da Região de Saúde do Extremo Oeste Catarinense

MACRORREGIÃO DE SAÚDE- EXTREMO OESTE DE SANTA CATARINA
COMISSÃO INTERGESTORA REGIONAL – CIR do EXTREMO OESTE

ATA 10/2013

Aos três dias do mês de outubro de dois mil e treze, reuniram-se os membros da Comissão Intergestora Regional do Extremo Oeste, com sede em São Miguel do Oeste, SC, nas dependências da Associação dos Municípios do Estremo Oeste - AMEOSC, nesta cidade, com a participação dos Gestores dos Municípios: **Bandeirante, Barra Bonita, Bom Jesus do Oeste, Descanso, Dionísio Cerqueira, Flor do Sertão, Guaraciaba, Iporã do Oeste**, **Itapiranga**, **Iraceminha, Mondaí, Paraíso, Palma Sola, Princesa**, **São João do Oeste, Saudades, Tunápolis.** Dos Gerentes da Saúde do Estado de Santa Catarina: **Eila Labres, Paulo José Massing e Paula Corrêa;** Técnicos da Gerência de Saúde**: Cássia Cunico, Sirlei Cetolin.** (...)

(...) Em seguida apresentou-se o Plano de Ação Regional para a Rede Psicossocial da Região de Saúde de São Miguel do Oeste. O referido Plano foi elaborado pelos membros da Câmara Técnica de Atenção Psicossocial da Região de Saúde de São Miguel do Oeste, em vários encontros e reuniões realizadas e também a partir de orientações do Dr. Alan Índio Serrano em reunião com a participação dos membros da CIR, da Câmara Técnica e do CIES Regional realizada no dia 12/09/203. Assim, foram elencados como objetivos e prioridades regionais: Os municípios de São Jose do Cedro (população de 13.685), Princesa (população de 2.780) e Guarujá do Sul (população de 4.941) por se tratar de municípios limítrofes poderiam implantar um CAPS I Microrregional; Criar um CAPS AD com sede em São Miguel do Oeste que poderia atender os municípios de Paraíso, Bandeirante, Barra Bonita, Guaraciaba, São Miguel do Oeste e Descanso; Converter o CAPS I de São Miguel do Oeste em CAPS I Microrregional que poderia atender os municípios de São Miguel do Oeste, Barra Bonita, Bandeirante, Descanso, Paraíso e Guaraciaba; Por questões de distância geográfica entre os demais munícipios regionais, dificultando deslocamentos, criar um CAPS I microrregional em Palma Sola para atender os munícipios de Palma Sola(população 7.699) e Anchieta (população de 6.172); Criar CAPS I Microrregional com sede em Tunápolis que possui projeto para construção física encaminhado ao Ministério da Saúde que atenderá a demanda de Iporã Do Oeste, Tunápolis, Santa Helena e Belmonte; Implantar um CAPS I em Itapiranga (população de 15.623) que possui projeto para construção física encaminhado ao Ministério da Saúde, para atender a demanda do município; Criar CAPS I Microrregional com sede em Modelo (população de 4.063) que atenderá Tigrinhos (população 1.739), Bom Jesus do Oeste (população 2.130), Santa Terezinha do Progresso (população 2.718), Modelo (população 4.063) Saudades (população 9.121) e São Miguel da boa Vista (população de 1.887). Converter o CAPS I de Maravilha em CAPS I Microrregional que atenderá os munícipios de Maravilha, Flor do Sertão, Romelândia, Iraceminha; Criar CAPS AD III com sede em Iporã do Oeste para atender todos os municípios da regional CIR do Extremoeste; Estabelecer um CAPS I Regional com sede em São Miguel do Oeste para atender todos os municípios da região CIR do Extremoeste. Com funções regionais de avaliações a pedido dos CAPS I, emissão de pareceres e supervisão de casos complexos tratados pelos CAPS I dos municípios; Os municípios de Anchieta, Bandeirante, Barra Bonita, Descanso, Dionísio Cerqueira, Guarujá do Sul, Princesa e Saudades deverão implantar equipes do NASF com a presença de psicólogos que poderão atribuir qualidade aos serviços da rede básica e servir como referência e contra referência aos demais serviços de atenção psicossocial; Existe carência de

leitos psiquiátricos, pela distância da região a outros polos, é necessária a implantação de um maior número de leitos, na razão de 06 leitos para adultos e 02 leitos infantis em Mondaí e 4 leitos para adultos e 02 leitos infantis em Tunápolis. Locais estes que possuem infraestrutura física adequada e recursos humanos habilitados, Tunápolis inclusive com a presença de médico psiquiatra residindo no município, tais leitos seriam para casos graves, necessitando de atendimento médico intensivo; A região carece de uma unidade de acolhimento (residênciais transitórias) para adultos, com pelo menos 10 vagas, assim como uma infanto juvenil, com cinco vagas que poderão ser criadas no município de Guaraciaba; Mediante a implantação e implementação dos serviços para a organização da rede serão necessários os seguintes encaminhamentos: a) construção de contatos e vínculos intersetoriais, especialmente com o Sistema Único de Assistência Social; b) definição, em protocolo, de um fluxo intersetorial entre instituições da educação, da segurança pública, da assistência social e da saúde; c) montagem de um programa de qualificação e de educação permanente na atenção psicossocial, por parte da Secretaria de Estado da Saúde, abrangendo as equipes de saúde mental e de saúde da família, da região; d) montagem de um programa de divulgação de protocolos assistenciais, a cargo da Secretaria de Estado da Saúde, capacitando as equipes da região para seu uso; e) montagem de um programa de prevenção do óbito autoprovocado, a cargo da Secretaria de Estado da Saúde, voltado às equipes da região; f) implantação ou qualificação de trabalho de matriciamento; g) incentivo à intensificação de supervisão de equipes de CAPS; h) estabelecimento de equipes de NASF em todos os municípios, com psicólogos; i) definição de pontos para o incentivo de 10 novos leitos em hospitais gerais, mediante projetos técnicos dos hospitais, observando-se que para a implantação dos referidos leitos hospitalares será necessário atender integralmente aos termos do Art. 10 da Portaria 3.088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, à Portaria nº 148/GM/MS, de 31 de janeiro de 2012 (alterada pela Portaria 1.615/GM/MS, de 26 de julho de 2012) e à Portaria 952/SAS/MS, de 12 de setembro de 2012; Os leitos deverão ser distribuídos pela região, para atendimento a transtornos mentais e a transtornos resultantes do abuso de álcool, crack e outras drogas psicoativas, sob regulação de CAPS, de forma integrada aos serviços comunitários. Tecnicamente são indicados, preliminarmente, a Sociedade Hospitalar de Mondaí e a Sociedade Hospitalar de Tunapolis; j) Formalizar parcerias para a implantação e implementação dos CAPS Microrregionais e Regionais viabilizadas através dos Consórcios Intermunicipais das Associações dos Municípios AMEOSC e AMERIOS; l) organizar, com a Secretaria de Estado da Saúde, programa de capacitação em urgências e emergências psiquiátricas para pessoal vinculado a prontos-socorros, SAMU, UPA, CAPS e outros serviços. **O Plano de Ação Regional para a Rede Psicossocial da Região de Saúde de São Miguel do Oeste foi APROVADO por unanimidade pelos presentes**. (...).

-/-/-/-

Após a devolutiva do Ministério da Saúde a CIR voltou a discutir o tema, firmando posições colocadas na ata seguinte.

COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAIS EXTREMO OESTE - MACRORREGIÃO DE SAÚDE- EXTREMO OESTE DE SANTA CATARINA

ATA 008/2014

Aos oito dias do mês de Outubro de 2014, reuniram-se os membros da Comissão Intergestores Regionais Extremo Oeste, sede em São Miguel do Oeste, SC, nas dependências do auditório da AMEOSC de São Miguel do Oeste, com a participação de gestores dos seguintes municípios: **Anchieta, Barra Bonita, Bandeirante, Dionísio Cerqueira, Flor do Sertão, Guaraciaba, Guarujá do Sul, Iporã do Oeste, Itapiranga, Iraceminha, Mondaí, Modelo, Paraíso, Palma Sola, Princesa, Romelândia, São Miguel do Oeste, São Miguel da Boa Vista, Bom Jesus do Oeste, Saltinho, Saudades, e Tunápolis.** Estiveram presentes os Gerentes das Gerências Regionais de Saúde de Itapiranga: Sra. Marcieli e São Miguel do Oeste: Sra. Paula Corrêa, Dionísio Cerqueira: Sra. Eila Labres e de Maravilha: Zenaide Borra Kunhardt. Inicialmente a vice-presidente da Comissão Intergestores Regionais Extremo Oeste, Sra. Celani Bruch, abriu os trabalhos cumprimentando os presentes, e justificando a ausência do presidente Sr. Janir Bach. A seguir colocou em aprovação a Ata da reunião anterior, tendo sido aprovada por unanimidade. Aproveitou o início da reunião para apresentar os novos gestores que se faziam presentes: Marilde Banchi de Palma Sola e Vandecir Dorigon de Guaraciaba. Dando seqüência passou a palavra para Servidora da Regional de Saúde de SMO, Sirlei Fávero Cetolin que informou que no 06/10/2014 foi realizada uma reunião com os membros da Câmara Técnica Regional para a análise da Devolutiva de Avaliação do Plano da Rede de Atenção Psicossocial da Região de Saúde de São Miguel do Oeste. A referida devolutiva encontra-se no site da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina no endereço: http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=1157&Itemid=82 e pode ser acessada pelos gestores e população interessada no assunto. A servidora apresentou a devolutiva e as propostas foram colocadas para a aprovação dos presentes, sendo que dentre as mesmas encontram-se contemplados: 05 novos CAPS I microrregionais (municípios sede: São José do Cedro, Palma Sola, Tunápolis, Itapiranga e Modelo); Conversão dos CAPS I de São Miguel do Oeste e de Maravilha em CAPS I microrregional; 01 novo CAPS AD microrregional em São Miguel do Oeste; 01 novo CAPS i microrregional em São Miguel do Oeste; 01 nova Unidade de Acolhimento Adulto em Guaraciaba; 01 nova Unidade de Acolhimento infanto-juvenil em Guaraciaba; 04 novos leitos em saúde mental adulto em Tunápolis; 04 novos leitos em saúde mental adulto em Mondaí; 03 novos leitos em saúde mental infanto-juvenil em Mondaí; Dentre os municípios contemplados, destaca-se que todos aceitaram a implantação dos serviços mediante a aprovação e liberação de recursos financeiros de acordo com a

Portaria Nº 615, DE 15 DE ABRIL DE 2013, além de que, para que o serviços sejam implantados deverão posteriormente ser estabelecidas parcerias entre as três esferas de governo referentes a gestão financeira e humana para a manutenção das atividades. Na devolutiva do Ministério da Saúde houve a sugestão de que o CAPS AD III solicitado pela região, fosse implantado no município de São Miguel do Oeste, todavia, os presentes sugeriram que o mesmo fosse implantado, conforme havia sido pensado no Plano Regional enviado ao Ministério, no município de Iporã do Oeste, devido à proximidade com o município de Tunápolis e Mondaí que possuem de leitos psiquiátricos, ou seja, aprovou-se a implantação do serviço no município de Iporã do Oeste. Na sequência a vice-presidente Celani passou a palavra aos representantes do Hospital Regional Terezinha Gaio Basso que esclareceu sobre o fluxo de atendimento, o qual foi reorganizado de maneira que os pacientes devem procurar a atenção básica quando necessitarem de atendimentos que não sejam urgências ou emergências, ou então procurar a UPA 24H quando for caracterizado uma urgência a qual não comprometerá a vida do paciente, ou então quando for encaminhado da atenção básica. Já o Hospital Regional fará tão somente os atendimentos de emergência, os quais caracterizam risco eminente a vida do paciente, ou casos encaminhados da atenção básica ou UPA24h, mediante encaminhamento médico ou contato telefônico. Na seqüência a gerente de saúde de São Miguel do Oeste Paula Corrêa colocou sobre a Linha do Trauma, a qual veio para formar um conjunto de hospitais que atenderá a ortopedia com um incentivo de 80% a mais nos procedimentos listados na portaria n°880 de 16 de maio de 2013. Dentre os hospitais sugeridos pela gerência de planejamento do estado, estão o Hospital Regional Terezinha Gaio Basso de São Miguel do Oeste e o Hospital São José de Maravilha, sendo assim ficou aprovado por unanimidade pelos gestores. Na seqüência foi lido ofícios encaminhados a este CIR, aonde foi aprovado a implantação de Unidade Odontológica Móvel em Guaraciaba, bem como foi solicitado pelo município de Tunápolis e também solicitado verbalmente pelos gestores, a possibilidade do serviço de aplicação da Toxina Butolínica (*Butox*) ser feito em Chapecó, devido a proximidade e ao grande quantitativo de pacientes especiais na região, além da dificuldade dos mesmos em se deslocar até Florianópolis para tanto. Nada mais havendo a tratar, encerrou-se a reunião que passa a ser assinada por mim Paula Corrêa (secretária), e por todos os presentes.

6 A matriz diagnóstica da Rede de Atenção Psicossocial para a Região de Saúde do Extremo, em Santa Catarina, na forma da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde

MATRIZ DIAGNÓSTICA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL					
Região de Saúde: **Extremo Oeste Catarinense**					
30 Municípios: Anchieta, Bandeirante, Barra Bonita, Belmonte, Bom Jesus do Oeste, Descanso, Dionísio Cerqueira, Flor do Sertão, Guaraciaba, Guarujá do Sul, Iporã do Oeste, Iraceminha, Itapiranga, Maravilha, Modelo, Mondai, Palma Sola, Paraíso, Princesa, Romelândia, Saltinho, Santa Helena, Santa Terezinha do Progresso, São João do Oeste, São José do Cedro, São Miguel da Boa Vista, São Miguel do Oeste, Saudades, Tigrinhos e Tunápolis.					
População: 224.607 habitantes					
COMPO-NENTE	**Ponto de Atenção**	**Necessidade**	**Existente**	**Déficit**	**Parâme-tro**
I. Atenção Básica em Saúde	Unidades básica de saúde com ESF	96 equipes de saúde da família (ESF).	76 ESF (95,28% de cobertura)	20 ESF. Expandir e qualificar a supervisão e o apoio matricial organizado sobre as equipes de saúde da família, estabelecer regulação do acesso e adotar protocolos assistenciais.	Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica, de 21 de outubro de 2001
	Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas	0	0	0	Portaria que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família	30 NASF	22 NASF (19 com psicólogo)	8 NASF	Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica - 2011
	Centro de Convivência	1	0	1	

COMPO-NENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Parâme-tro
II. Atenção Psicossocial Especiali-zada	Centro de Atenção Psicossocial				
	CAPS I	9	4 (Dionísio Cerqueira, Mondaí, Maravilha, São Miguel do Oeste)	5 (Modelo, São José do Cedro, Palma Sola, Itapiranga, Tunápolis)	Municípios ou regiões com pop. acima de 15 mil hab.
	CAPS II	0	0	0	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS III	0	0	0	Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab
	CAPS AD	0	0	0	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS ADIII	1 (regional)	0	1 (regional, em Iporã do Oeste)	Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab
	CAPS i	1	0	1 (regional em São Miguel do Oeste)	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
III. Atenção de Urgência e Emergência	UPA / SAMU Sala de Estabilização Portas Hospitalares de Atenção à Urgência Pronto Socorro	1 unidade de suporte avançado (USA) e 6 unidades de suporte básico (USB)	1 USA (São Miguel do Oeste), 6 USB (São Miguel do Oeste, Maravilha, Dionísio Cerqueira, Itapiranga, Santa Helena, Saudades)	0	Conforme orientações da Portaria da Rede de Atenção às Urgências, de 7 de julho de 2011.

COMPO-NENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Parâme-tro
IV. Atenção Residencial de Caráter Transitório	UA ADULTO	1 (regional com 10 vagas)	0	1 (regional em Guaraciaba)	1 UA (com 15 vagas) para cada 10 leitos de enferma-rias em hospital geral por município.
	UA INFANTO-JUVENIL	1 (regional com 5 vagas)	0	1 (regional em Guaraciaba)	Municípios crianças e adolescen-tes em potencial para uso de drogas ilícitas ou em potencial para uso de drogas ilícitas.
	COMUNI-DADE TERAPÊU-TICA	1 (regional)	0	1 (regional)	
V. Atenção Hospitalar	LEITOS	11 leitos	0	11 leitos (4 tipo adulto e 3 infantojuvenil em Mondaí, e 4 adulto em Tunápolis)	Portarias MS 1.615/12, 148/12, 953/12, 2.035/13; 1 leito para cada 23 mil habitantes Portaria nº 1.101/02.
	ENFERMA-RIA ESPECIA-LIZADA				Portarias MS 1.615/12, 148/12, 953/12, 2.035/13; 1 leito para cada 23 mil habitantes Portaria nº 1.101/02.

COMPO-NENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Parâme-tro
VI. Estratégias de Desinstituci-onalização	SRT	1 Serviço Residencial Terapêutico tipo I (com até 8 moradores)	0	1	A depender do nº de munícipes longa-mente internados
	PVC	8	0	8	A depender do nº de munícipes longa-mente internados
VII. Reabilitação Psicossocial	Cooperativas sociais, empreendi-mentos solidários e iniciativas de geração de trabalho e renda	2	0	2	

Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina

PAR

- Plano de Ação Regional -

Região de Saúde do Oeste Catarinense

Região de Saúde do Oeste Catarinense: Plano de Ação Regional para a Rede Psicossocial

1 Características básicas do território

A região abriga 5,1% da população do Estado de Santa Catarina, somando 325.706 habitantes (IBGE, 2012). Tem 25 municípios e 3 Secretarias de Desenvolvimento Regional (Quilombo, Palmitos e Chapecó).

Figura OE-1. Mapa da área de Santa Catarina compreendendo a Região de Saúde do Oeste Catarinense. Ao lado, a localização da Região no mapa estadual.
Fonte: CIASC, 2012.

Pode-se inferir que cerca de um quarto da população, ao longo de um ano, apresentará queixas de ordem psíquica[150].

Tabela OE-1. Estimativa do número de pessoas com manifestação de novas queixas de ordem psíquica e comportamental, ao ano, segundo categorias de sintomas, por municípios, Região de Saúde do Oeste Catarinense, 2014.

Município	Queixas do espectro de					Total
	Drogas*	Psicoses**	Humor	Neuroses***	Outros	
Águas de Chapecó	246	62	431	493	185	1.417
Águas Frias	96	24	169	193	72	554
Caibi	248	62	434	496	186	1.426
Caxambu Do Sul	171	43	300	343	128	985
Chapecó	7.562	1.891	13.234	15.124	5.672	43.482
Cordilheira Alta	155	39	271	310	116	890
Coronel Freitas	407	102	712	813	305	2.338
Cunha Porã	427	107	747	854	320	2.454
Cunhataí	76	19	132	151	57	435
Formosa Do Sul	103	26	181	207	77	594
Guatambu	187	47	327	374	140	1.075
Irati	83	21	145	165	62	475
Jardinópolis	69	17	121	139	52	398
Nova Erechim	175	44	307	351	132	1.009
Nova Itaberaba	171	43	299	342	128	982
Palmitos	641	160	1.121	1.281	481	3.684
Pinhalzinho	677	169	1.185	1.355	508	3.895
Planalto Alegre	107	27	188	215	81	618
Quilombo	407	102	712	814	305	2.340
Riqueza	192	48	335	383	144	1.101
Santiago Do Sul	57	14	100	114	43	329
São Carlos	417	104	730	834	313	2.399
Serra Alta	131	33	230	262	98	754
Sul Brasil	109	27	190	217	81	624
União Do Oeste	114	28	199	227	85	653
Região Oeste	13.028	3.259	22.800	26.057	9.771	74.911

**Inclui álcool etílico e outras substâncias, exceto nicotina e cafeína.* ***Inclui queixas relacionáveis a psicoses orgânicas (F0) e funcionais (F2).* ****Inclui queixas relacionáveis a neuroses, estresse e somatoformes (F4).*

Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação, SUR, SES/SC, 2013.

Tais queixas, geralmente, não representam doenças, mas apenas sintomas avulsos passageiros, que se resolvem espontaneamente, por atitudes e práticas individuais, ou por mecanismos sociais (como os religiosos e os de entidades de auto-ajuda, tipo Alcoólicos Anônimos, por exemplo).

[150] Para Goldberg e Huxley, cerca de 23% da população apresenta, em algum momento, sintomas positivos de ordem psíquica. Mário Teixeira, em amostras no município de Florianópolis, encontrou 25% da população nesta situação. Vide:

GOLDBERG, D. (1995) Epidemiology of mental disorders in primary care settings. **Epidemiologic Reviews**, 17, 182 -190.

TEIXEIRA, Mário Aurélio Aguiar. Estudo de Morbidade Psiquiátrica em Duas Localidades da Ilha de Santa Catarina (Florianópolis).(Tese). São Paulo: Escola Paulista de Medicina. São Paulo (UFSP), 1998.

Tabela OE-2. Estimativa do número de pessoas demandando assistência por transtornos psíquicos e comportamentais, no período de um ano, por município, Região de Saúde do Oeste Catarinense, 2014.

Município	Demanda	
	À rede básica	Especializada
Águas de Chapecó	567	62
Águas Frias	222	24
Caibi	570	62
Caxambu Do Sul	394	43
Chapecó	17.393	1.891
Cordilheira Alta	356	39
Coronel Freitas	935	102
Cunha Porã	982	107
Cunhataí	174	19
Formosa Do Sul	238	26
Guatambu	430	47
Irati	190	21
Jardinópolis	159	17
Nova Erechim	404	44
Nova Itaberaba	393	43
Palmitos	1.474	160
Pinhalzinho	1.558	169
Planalto Alegre	247	27
Quilombo	936	102
Riqueza	440	48
Santiago Do Sul	132	14
São Carlos	960	104
Serra Alta	302	33
Sul Brasil	250	27
União Do Oeste	261	28
Região Oeste	29.964	3.257

Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação, SUR, SES/SC, 2013.

Contudo, cerca de um décimo da população levará tais queixas aos serviços de saúde, demandando deles alguma conduta. Eventualmente eles representam sinais e sintomas de transtornos mentais e comportamentais importantes. Uma fração menor da população (cerca de 1%) demandará assistência especializada.

Se a rede básica funcionar como filtro, de forma precoce e eficiente, evitar-se-á que os sintomas se agravem e que os serviços especializados fiquem sobrecarregados, fiquem mais caros e percam sua qualidade.

2 A rede existente hoje

São 17 os municípios da Região de Saúde do Oeste que mantêm núcleos de apoio à saúde da família (NASF). Os núcleos são em número de 21, pois Chapecó tem 4 deles. Destes núcleos, 15 são voltados à saúde mental e têm psicólogo. Os municípios que ainda não têm NASF são 10.

Tabela OE-3. Populações municipais, existência de NASF e de psicólogos em NASF, Região de Saúde do Oeste Catarinense, 2014.

Município	População	NASF	Psicólogo no NASF
Águas de Chapecó	6.160	1	1
Águas Frias	2.409		
Caibi	6.199	1	1
Caxambu do Sul	4.283	1	1
Chapecó	189.052	4	
Cordilheira Alta	3.869	1	1
Coronel Freitas	10.165	1	1
Cunha Porã	10.671	1	1
Cunhataí	1.892	1	
Formosa do Sul	2.583	1	1
Guatambu	4.676		
Irati	2.067		
Jardinópolis	1.732	1	1
Nova Erechim	4.386		
Nova Itaberaba	4.269	1	1
Palmitos	16.018	1	1
Pinhalzinho	16.933		
Planalto Alegre	2.685		
Quilombo	10.175	1	1
Riqueza	4.789	1	1
Santiago do Sul	1.431	1	1
São Carlos	10.431	1	1
Serra Alta	3.279	1	
Sul Brasil	2.714		
União do Oeste	2.838	1	1
Região Oeste	325.706	21	15

Fonte: GEABS, SUG, SES/SC, 2013.

A região é uma das mais bem servidas de psicólogos atuando em NASF, no Estado de Santa Catarina. Contudo, ainda não trabalha com apoio matricial, que seria o método eficaz. Os NASF da região ainda não contam com a participação de psiquiatras.

Dos 25 municípios, somente 4 sediam CAPS. Em função de 3 destes CAPS serem microrregionais, 14 municípios estão cobertos pelo dispositivo especializado.

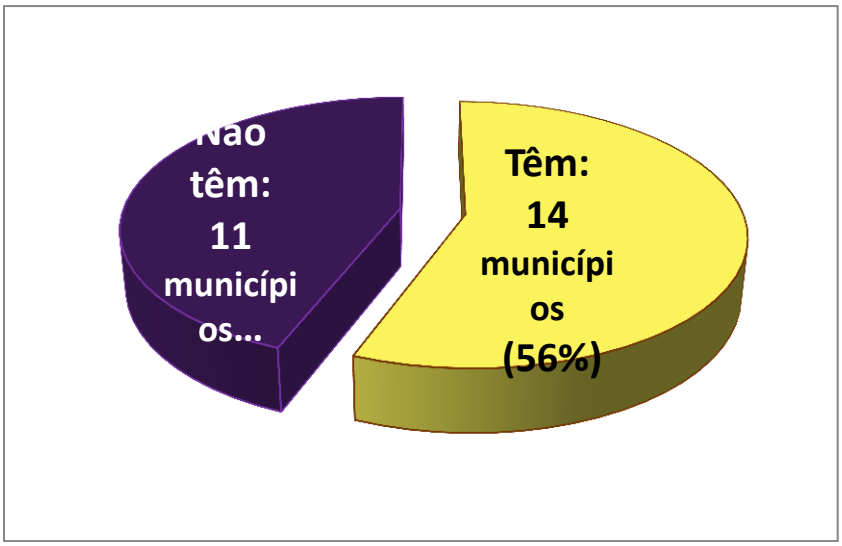
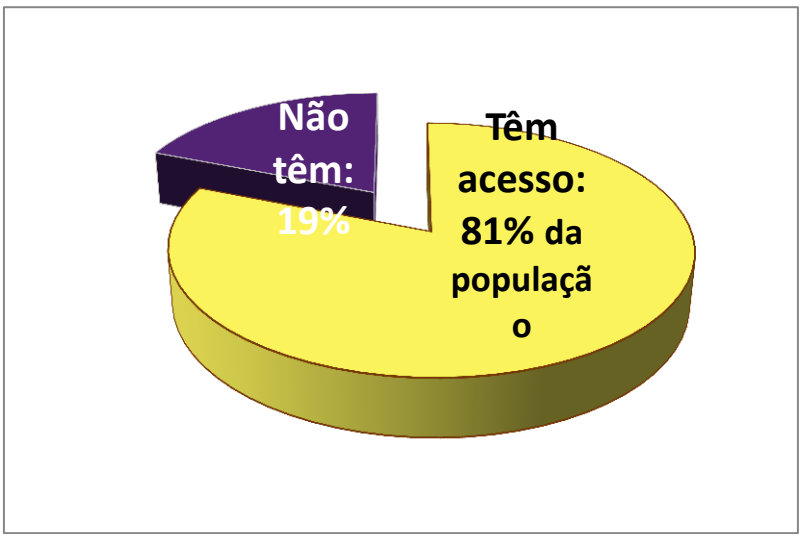


Figura OE-2. Número absoluto e relativo de municípios que têm e que não têm CAPS, Região de Saúde do Oeste Catarinense, 2014.

Figura OE-3. Percentual da população regional que têm e que não tem acesso a CAPS, Região de Saúde do Oeste Catarinense, 2014.



Nos 11 municípios carentes de CAPS vivem 63.203 pessoas sem qualquer possibilidade de acesso a este tipo de serviço de saúde.

Estas pessoas representam 19,4% dos habitantes da Região de Saúde do Oeste Catarinense. Tal iniquidade é fácil de resolver, através da criação de consórcios microrregionais para atendimento de mais de um município em um mesmo CAPS.

Tabela OE-4. Presença de CAPS, segundo a modalidade, por município, Região de Saúde do Oeste Catarinense, 2014.

Município	População	I	II	AD	i	III	Total
Águas de Chapecó	6.160						0
Águas Frias	2.409						0
Caibi	6.199						0
Caxambu do Sul	4.283						0
Chapecó	189.052		1	1	1		3
Cordilheira Alta	3.869						0
Coronel Freitas	10.165						0
Cunha Porã	10.671						0
Cunhataí	1.892						0
Formosa do Sul	2.583						0
Guatambu	4.676						0
Irati	2.067						0
Jardinópolis	1.732						0
Nova Erechim	4.386						0
Nova Itaberaba	4.269						0
Palmitos	16.018	1*					1
Pinhalzinho	16.933						0
Planalto Alegre	2.685						0
Quilombo	10.175	1**					1
Riqueza	4.789						0
Santiago do Sul	1.431						0
São Carlos	10.431	1***					1
Serra Alta	3.279						0
Sul Brasil	2.714						0
União do Oeste	2.838						0
Região Oeste	325.706	3	1	1	1		6

*Palmitos, Caibi, Cunha Porã e Cunhataí.
**Quilombo, Formosa, Irati, Jardinópolis, Santiago do Sul e União do Oeste.
***São Carlos, Água de Chapecó e Planalto Alegre.

As necessidades de vagas em unidades de acolhimento foram calculadas em 16 para adultos e 7 infantojuvenis. As unidades de acolhimento poderiam resolver muitos problemas sociais conexos aos transtornos mentais e de comportamento.

As unidades de acolhimento são extensões dos CAPS. A indicação de internação em uma unidade de acolhimento não deve ser feita pelo serviço social, pelo Judiciário, pela rede de atenção primária ou por hospitais. A indicação é uma prerrogativa clínica da equipe dos CAPS, em especial do CAPS AD III. Faz parte do plano terapêutico singular de usuários com necessidades específicas, como parte do tratamento que fazem no CAPS.

Tabela OE-5. Estimativa da necessidade de vagas em unidades de acolhimento, por município, Região de Saúde do Oeste Catarinense, 2014.

Município	População	Adulto	Infanto-Juvenil
Águas de Chapecó	6.160	0,3	0,1
Águas Frias	2.409	0,1	0,1
Caibi	6.199	0,3	0,1
Caxambu do Sul	4.283	0,2	0,1
Chapecó	189.052	9,5	4,2
Cordilheira Alta	3.869	0,2	0,1
Coronel Freitas	10.165	0,5	0,2
Cunha Porã	10.671	0,5	0,2
Cunhataí	1.892	0,1	0,0
Formosa do Sul	2.583	0,1	0,1
Guatambu	4.676	0,2	0,1
Irati	2.067	0,1	0,0
Jardinópolis	1.732	0,1	0,0
Nova Erechim	4.386	0,2	0,1
Nova Itaberaba	4.269	0,2	0,1
Palmitos	16.018	0,8	0,4
Pinhalzinho	16.933	0,8	0,4
Planalto Alegre	2.685	0,1	0,1
Quilombo	10.175	0,5	0,2
Riqueza	4.789	0,2	0,1
Santiago do Sul	1.431	0,1	0,0
São Carlos	10.431	0,5	0,2
Serra Alta	3.279	0,2	0,1
Sul Brasil	2.714	0,1	0,1
União do Oeste	2.838	0,1	0,1
Região Oeste	325.706	16	7

Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação. GECOR. SUR. SES/SC, 2013.

Há, no Hospital de Custódia e Tratamento, em Florianópolis, alguns pacientes crônicos, institucionalizados, procedentes da Região de Saúde do Oeste Catarinense. Também no Centro de Convivência Santana há pacientes nesta condição, já avaliados e em alta, em lista regional para desinstitucionalização.

Um residencial terapêutico poderia repatriá-los a Chapecó ou a algum outro município vizinho que tenha CAPS e se disponha a recebê-los.

Para estes pacientes, o CAPS que os acolhesse precisaria montar um programa de reabilitação e reinserção social.

A região, nos cinco anos de 2008 e 2012 precisou encaminhar para internação pelo SUS, por diagnósticos psiquiátricos, uma média de 503 casos por ano, perfazendo um total de 2.517 admissões hospitalares.

Tabela OE-6. Internações, por município de procedência dos pacientes, de habitantes da Região de Saúde do Oeste Catarinense, quinquênio 2008 a 2012.

Município	2008	2009	2010	2011	2012	Média	Total
.... Águas de Chapecó	5	4	9	6	6	6	30
.... Águas Frias	3	8	8	8	9	7,2	36
.... Caibi	18	9	15	11	14	13,4	67
.... Caxambu do Sul	8	12	7	8	8	8,6	43
.... Chapecó	179	193	188	153	178	178,2	891
.... Cordilheira Alta	1	9	3	6	8	5,4	27
.... Coronel Freitas	13	17	20	22	21	18,6	93
.... Cunha Porã	22	18	28	22	28	23,6	118
.... Cunhataí	3	5	-	2	-	2	10
.... Formosa do Sul	5	8	8	8	3	6,4	32
.... Guatambú	3	8	5	7	7	6	30
.... Irati	7	9	11	14	9	10	50
.... Jardinópolis	3	6	5	5	6	5	25
.... Nova Erechim	15	10	4	11	11	10,2	51
.... Nova Itaberaba	5	4	5	3	9	5,2	26
.... Palmitos	64	74	63	46	62	61,8	309
.... Pinhalzinho	28	34	30	22	26	28	140
.... Planalto Alegre	14	11	8	3	7	8,6	43
.... Quilombo	31	27	41	42	45	37,2	186
.... Riqueza	23	15	22	21	20	20,2	101
.... Santiago do Sul	3	6	5	6	9	5,8	29
.... São Carlos	24	19	16	15	16	18	90
.... Serra Alta	7	10	7	4	7	7	35
.... Sul Brasil	3	6	6	3	2	4	20
.... União do Oeste	7	8	4	8	8	7	35
Região Oeste	494	530	518	456	519	503,4	2.517

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Tabela OE-7. Internações, por município de internação, de pacientes residentes na Região de Saúde do Oeste Catarinense, quinquênio 2008 a 2012.

Município	2008	2009	2010	2011	2012	Média	Total
.... Chapecó	7	14	19	15	17	14,4	72
.... Coronel Freitas	-	-	-	1	1	0,4	2
.... Cunha Porã	-	2	5	4	10	4,2	21
.... Palmitos	257	312	323	311	349	310,4	1.552
.... Pinhalzinho	-	-	-	1	3	0,8	4
.... Quilombo	228	350	343	318	340	315,8	1.579
Região Oeste	492	678	690	650	720	646	3.230

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

O Oeste Catarinense, pois, tem sido palco de, em média, 646 internações por motivos psiquiátricos, no último quinquênio. Praticamente

metade delas ocorreu em Palmitos e metade em Quilombo. O Hospital Regional atendeu casos de emergência ou de gravíssimas comorbidades.

O Hospital São Bernardo, de Quilombo, tem sido o ponto de procura, para internação, não só para os moradores da região, como também para os de outras regiões. Com 55 leitos, muitas vezes ultrapassou o número de leitos para saúde mental previstos em portaria ministerial. Um trabalho de aprimoramento de seus processos de trabalho precisa ser desenvolvido, para evitar que a instituição tenda a assumir características asilares, ou de pouca estrutura e de processos simplificados.

Não há local, atualmente, para internação de crianças e adolescentes, em toda a macrorregião do Grande Oeste.

Figura OE-4. A abertura do CAPS ADIII de Chapecó, em 16 de agosto de 2013.

Figura OE-5. O Município de Chapecó inaugurou em 20 de agosto de 2013 a primeira unidade de Acolhimento do Estado, à rua Lauro Müller, 84-E, no centro.

3 Imagem objetivo (a rede idealizada)

A área circunvizinha a Palmitos está parcialmente coberta por seu CAPS I microrregional (atendendo Palmitos, Caibi, Cunha Porã e Cunhataí). Porém seria importante que o município de Riqueza fosse incluído no mesmo grupo.

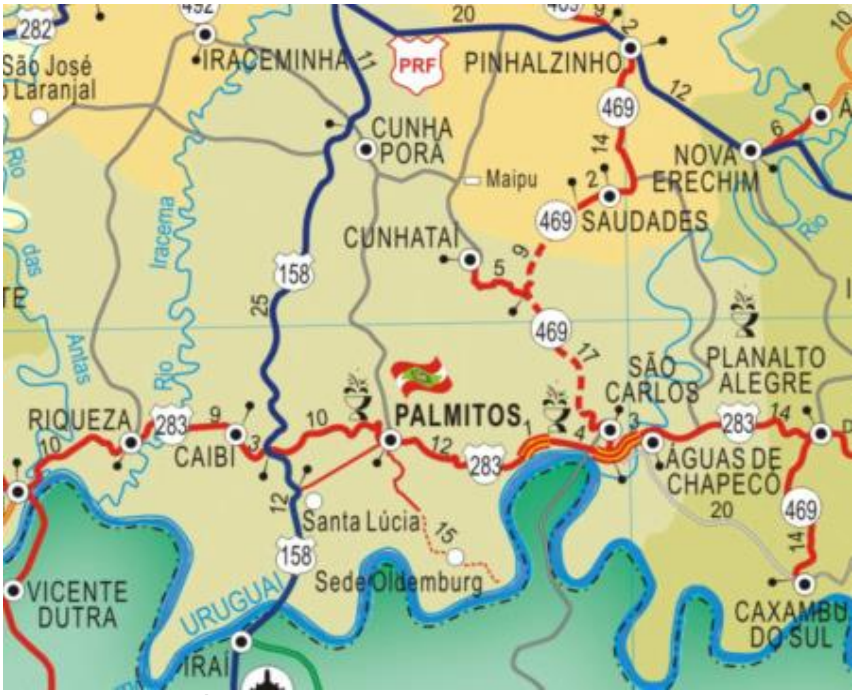


Figura OE-2. Mapa rodoviário mostrando os acessos a Pinhalzinho e a Palmitos.

Pinhalzinho tem população suficiente para ter um CAPS I por si, mas poderia atender também Nova Erechim (a 12 km) e Águas Frias (a 18 km), por pactuação microrregional.

Nova Itaberaba, Cordilheira Alta e Coronel Freitas, pela proximidade e facilidade de transporte pela rodovia BR 282, podem se consorciar para montar um novo CAPS I microrregional.

Quilombo, Formosa, Irati, Jardinópolis, Santiago do Sul e União do Oeste já trabalham de forma consorciada.

Serra Alta (3.279 habitantes) e Sul Brasil (2.714 habitantes) terão que investir em um bons programas de qualificação da rede básica. Outra possibilidade seria a de receberem supervisão do CAPS I de Pinhalzinho.

São Carlos já atende os municípios de Cunhataí, Águas de Chapecó e Planalto Alegre. Poderia incluir também Caxambu do Sul, garantindo-se, assim, uma cobertura microrregional perfeita.

Figura OE-3. Mapa rodoviário mostrando os acessos a São Carlos e a Chapecó.

Guatambu (com 4.676 habitantes) é próximo a Chapecó, podendo montar um acordo para o atendimento de sua população naquela cidade.

Um residencial terapêutico para os egressos de longas internações no Instituto de Psiquiatria (na Colônia Santana, município de São José), com 8 a 10 vagas, propiciaria a desinstitucionalização destas pessoas, procedentes da região.

Um CAPS III, assim como um CAPS ADIII em Chapecó são necessidades típicas de uma cidade daquele porte.

Chapecó, por ser pólo de atração regional, tem problemas sociais importantes com populações de rua. Um consultório na rua ajudaria a abordá-los de uma forma moderna e eficiente.

Duas unidades de acolhimento para adultos, com 8 a 10 vagas cada uma, poderiam auxiliar muito na solução de tais problemas, assim como de crises de pacientes dos CAPS, que precisem se afastar temporariamente de casa. Um unidade de acolhimento infanto-juvenil com, no mínimo 7 ou 8 vagas se faz necessária.

A região pode reivindicar o incentivo federal para vinte vagas em hospitais gerais voltadas à psiquiatria, na forma da Portaria 148, de 31 de janeiro de 2012. Há hospitais com boas condições técnicas atuais, como o Regional de Palmitos e o da Sociedade Hospitalar Padre Berthier, de São Carlos.

Num planejamento técnico, contudo, não deveria ficar de fora o Hospital Regional Lenoir Vargas Ferreira, de Chapecó, referência necessária para o maior núcleo urbano regional. Este hospital precisa ser incentivado a instalar de 5 a 10 leitos para atendimento de doenças mentais e para o atendimento de transtornos de comportamento decorrentes do abuso de drogas psicoativas.

Também seria fundamental aparelhar o Hospital Materno Infantil Municipal de Chapecó para instalar pelo 6 leitos psiquiátricos infantojuvenis.

Os temas em debate que deverão motivar a CIR incluem:

a) criar um serviço residencial terapêutico tipo I, de pelo mentos 8 vagas em Chapecó, para moradia de pacientes crônicos em processo de desinstitucionalização.

b) estabelecer um consultório na rua, em Chapecó, com equipes preparadas para dar atenção a populações vulneráveis.

c) implantação de 15 vagas de unidade de acolhimento para adultos e 10 vagas infantojuvenis, regionais, em Chapecó ou outra cidade a pactuar, nos termos da Portaria 121, de 25 de janeiro de 2012, do Ministério da Saúde[151].

d) estabelecimento de 15 a 20 novos leitos psiquiátricos para adultos e de 6 infantis, em hospitais gerais, mediante projeto técnico do hospital[152], distribuídos na região, como serviço de referência a transtornos mentais e a transtornos resultantes do abuso de álcool, crack e outras drogas psicoativas, sob apoio de CAPS, de forma integrada aos serviços comunitários. Tecnicamente são indicados, preliminarmente, o Hospital Regional de Palmitos (4 leitos), o Hospital Pe. João Berthier de São Carlos (4 leitos), o Hospital Lenoir Vargas Ferreira - Regional - de Chapecó (8 leitos), o Hospital São Bernardo de Quilombo (4 leitos, requalificando-se). No setor infantil, propõe-se o estabelecimento de 6 leitos no Hospital Materno Infantil de Chapecó.

e) construção de contatos e vínculos intersetoriais, especialmente com o Sistema Único de Assistência Social.

f) definição, em protocolo, de um fluxo intersetorial entre instituições da educação, da segurança pública, da assistência social e da saúde.

g) montagem de um programa de qualificação e de educação continuada na atenção psicossocial, por parte da Secretaria de Estado da Saúde, abrangendo as equipes de saúde mental e de saúde da família, da região.

h) montagem de um programa de divulgação de protocolos assistenciais, a cargo da Secretaria de Estado da Saúde, capacitando as equipes da região para seu uso.

i) montagem de um programa de prevenção do óbito autoprovocado, a cargo da Secretaria de Estado da Saúde, voltado às equipes da região.

j) implantação e qualificação de trabalho de matriciamento nos municípios.

k) intensificação de supervisão de equipes de CAPS.

l) estabelecimento de NASF em todos os municípios que tenham 3 ou mais equipes de saúde da família.

m) montagem de um programa regional de reabilitação psicossocial, com enquadramento de egressos de longa permanência em hospitais especializados no Programa De Volta Para Casa, sempre que possível, e criação de dispositivos de reabilitação e de geração de emprego e renda.

---

[151] Para a implantação de uma unidade de acolhimento há incentivo financeiro do Ministério da Saúde no valor de R$ 70.000,00 (setenta mil reais), havendo prazo para começar a funcionar em até 90 dias após a Prefeitura ter recebido o dinheiro. Há, também, um incentivo de custeio mensal, no valor de R$ 25.000,00 (vinte e cinco mil reais) para Unidade de Acolhimento Adulto e R$ 30.000,00 (trinta mil reais) para Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil.

[152] Adaptado integralmente aos termos do Art. 10 da Portaria 3.088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, à Portaria nº 148/GM/MS, de 31 de janeiro de 2012 (alterada pela Portaria 1.615/GM/MS, de 26 de julho de 2012) e à Portaria 952/SAS/MS, de 12 de setembro de 2012.

n) Incluir o atendimento da população referenciada de Riqueza no CAPS I de Palmitos.

o) Criar um CAPS I microrregional em Pinhalzinho, atendendo também Serra Alta e Sul Brasil.

p) Incluir o atendimento da população referenciada de Guatambu do Sul nos CAPS de Chapecó.

q) criar um CAPS I microrregional para o atendimento da população de Nova Itaberaba, Coronel Freitas, Águas Frias e Nova Erechim. Se possível, incluir Cordilheira Alta no mesmo projeto.

r) qualificar o CAPS II de Chapecó como CAPS III.

s) criar um CAPS AD III em Chapecó.

t) Dependendo das necessidades locais, os municípios poderão abrir edital para comunidades terapêuticas que queiram se credenciar para atender o SUS, desde que elas possam ter uma equipe e uma estrutura compatíveis com os requisitos da Portaria 121, de 25 de janeiro de 2012, do Ministério da Saúde[153].

u) Estender o prontuário eletrônico aos serviços de saúde mental de Chapecó.

v) Montar acordo imediato entre a Prefeitura de Chapecó (Secretaria Municipal da Saúde e serviços de saúde mental) com o Hospital Regional de Chapecó, a fim de organizar um fluxo de diálogo com os CAPS, definir a internação de emergências psiquiátricas e de casos com comorbidades graves, e abrir possibilidades de trabalho integrado com os CAPS, através de interconsultas e de integração de médicos dos CAPS no corpo clínico do hospital, para aprimorar a assistência em saúde mental.

w) organizar, com a Secretaria de Estado da Saúde, programa de capacitação em urgências e emergências psiquiátricas para pessoal vinculado a prontos-socorros, SAMU, UPA, CAPS e outros serviços.

4 A Rede pactuada pela CIR da Região de Saúde do Oeste Catarinense

Em reunião do Colegiado Intergestores Regional (CIR), realizada no dia 16 de setembro de 2013, em Chapecó, foi apresentada a proposta de implantação da Rede de Atenção Psicossocial para os municípios pertencentes ao CIR Oeste/SC, ficando pactuados entre os presentes os seguintes pontos:

a) CAPS de Palmitos será considerado microrregional e atenderá Palmitos, Caibi, Cunha Porã e Riqueza;
b) CAPS de São Carlos atenderá São Carlos, Cunhataí, Planalto Alegre, Águas de Chapecó e Caxambu do Sul;
c) CAPS de Quilombo continuará atendendo conforme organização atual;

[153] A equipe técnica deverá contar com a presença mínima de um profissional (de experiência comprovada ou pós-graduado) de educação e um de saúde (assistente social, educador físico, enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional ou médico), presentes todos os dias da semana (das 7 às 19 horas), e de quatro profissionais de nível médio, presentes em todos os dias da semana (24 horas por dia).

d) Será implantado um CAPS I em Pinhalzinho que atenderá Pinhalzinho, Serra Alta e Sul Brasil;
e) Será implantado um CAPS I em Nova Itaberaba, que atenderá Nova Itaberaba, Coronel Freitas, Águas Frias, Nova Erechim e Cordilheira Alta.
f) O município de Chapecó pactuará atendimento de CAPS para o município de Guatambu;
g) O CAPS II de Chapecó fica requalificado para a modalidade de CAPS III;
h) Ficou acordado entre os presentes que neste momento não há como criar um CAPS i, III ou ADIII Regional, e isso será reavaliado posteriormente;
i) O CETER (Centro Terapêutico Dilso Cecchin) de Chapecó será incrementado para contar com um serviço residencial terapêutico;
j) Quanto a possibilidade de adesão ao programa de consultório na rua em Chapecó o município já tem um serviço de resgate social através do CRAS;
k) Foram aprovados 17 novo leitos Psiquiátricos: no Hospital da Criança, em Chapecó, serão habilitados 6 leitos; no Hospital Regional do Oeste, em Chapecó, serão habilitados 4 leitos; no Hospital Regional de Palmitos, serão habilitados 7 leitos.
l) A unidade de acolhimento para adultos já está funcionando em Chapecó.

5 A aprovação da Rede de Atenção Psicossocial pela Comissão Intergestores Regional (CIR) da Região de Saúde do Oeste Catarinense

ESTADO DE SANTA CATARINA
COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL OESTE

ATA Nº 06

Ao décimo sexto dia do mês de setembro de dois mil e treze, às quatorze horas, reuniram-se na sala de reuniões da Secretaria de Desenvolvimento Regional de Chapecó gerentes regionais de saúde de Chapecó, Palmitos e Quilombo e representantes das Secretarias Municipais de Saúde de abrangência destas gerências. Sr. Sidnei Bellé coordenador da CIR Oeste deu as boas vindas a todos e iniciou a reunião falando do Encontro de Secretários – COSEMS e Reunião da CIB que acontecerá em Forquilha nos dias 26 e 27 de setembro do corrente ano, ficou acordado que a AMERIOS pagaria o ônibus e cederia vagas para o CIR Oeste no encontro deste ano, e que no ano de 2014 a CIR Oeste pagará o ônibus e cederá vagas a AMERIOS, por este motivo o CIR Oeste não irá pagar a inscrição dos secretários, os municípios interessados em participar em do Encontro em Forquilha deverão ligar para Angelita na AMERIOS, o ônibus saíra de São Miguel do Oeste na quarta-feira dia vinte e cinco de setembro as 07:30 horas da manhã, retornando na sexta-feira após o evento. Sr. Sidnei passou a palavra para Sra. Marlene Amaral, servidora do setor de Controle, Avaliação e Auditoria da Gerência Regional de Saúde de Chapecó, a Sra. Marlene falou sobre a Comissão de Acompanhamento e Avaliação dos hospitais contratualizados no SUS, conforme portaria SES nº 1368 de 10/12/2009, a qual estabelece que em cada comissão deve participar um representante da CIR. Foram aprovados os seguintes representantes: o Sr Sidnei Bellé, secretário de saúde de Caibi, continua representando a CIR na Comissão de Avaliação do HRO de Chapecó; o Sr. Leo, Secretário de Formosa do Sul, para a Comissão de Avaliação do Hospital São Bernardo de Quilombo; Sra Leocádia, Secretaria de Riqueza ficou na comissão do Hospital de Caibi com reunião agendada para o dia 20/09 as 09:00 horas, Hospital de Palmitos ficou Evandro de São Carlos com reunião agendada para o dia 30 de setembro as 09:30 horas, Hospital de São Carlos fica Secretária Tânia de palmitos com reunião agendada para o dia 18 de setembro as 09:00 horas. Sr. Sidnei Bellé passou a palavra para a Sra. Otilia Cristina da Atenção Básica, que falou sobre o SISCAN, solicitou aos secretários que atualizem no CNES o cadastro dos profissionais e de todos os prestadores, assim como que reforcem com os técnicos a necessidade de solicitar acesso ao programa para que sejam solicitados os exames de mamografia, cito e histo de colo de útero e mama através dos sistema. Reforçou que para todos os municípios deverá ser solicitado acesso ao sistema como Coord. Municipal Master. Quanto ao PMAQ reforçou que a partir do dia 20 começa a avaliação externa dos municípios e todas as equipes devem ter em mãos o termo de adesão/recontratualização assinado, cópia da ata do Conselho Municipal de Saúde aprovando a adesão/recontratualização no PMAQ assim como o questionário do AMAQ respondido e as matrizes de intervenção. Reforçou que todos os municípios que aderiram ao PSE na Semana Saúde na Escola devem digitar as informações no E-SUS, no módulo prontuário eletrônico simplificado, onde os atendimentos devem ser digitados como atividade coletiva e caso alguma criança tenha sido encaminhada para atendimento deverá ser realizado o cadastro e preenchida a ficha de atendimento individual. Reforçou que todos os municípios que possuem NASF SC devem solicitar migração pra o NASF Federal, assim como os municípios que não possuem NASF devem escrever projeto e juntamente com os demais documentos (entregou informes), solicitar a implantação.

Informou que para o Encontro Macrorregional foram inscritos 13 trabalhos. O evento será realizado no dia 23 de outubro, todas as equipes que inscreveram trabalho poderão inscrever todos os profissionais da equipe, os que não escreveram trabalho podem inscrever 2 profissionais por equipe, sendo que as inscrições devem ser enviadas para a Regional de Saúde de Chapecó até dia 10/10/2013. Quanto ao curso para os agentes comunitários de saúde, informou que contará com 12 encontros com turmas para até 40 profissionais, uma turma em cada região, os municípios deverão arcar com os custos de deslocamento, cada agente participará de um curso de 4 horas; serão encaminhados informes referentes a agenda, horários e local; na programação não foram incluídos os agentes dos municípios de Chapecó pois a equipe deste município tem feito capacitações contínuas com seus agentes. Informou que foi ofertado pela EFOS novas turmas do curso Cuidar de Quem Cuida, questionou se os gestores tem interesse em ter mais turmas; a Gestora de Águas de Chapecó levantou que o curso não foi muito interessante. Quanto ao Curso Técnico de Enfermagem informou que os monitores já foram selecionados e estamos aguardando o termo de acordo assinado pelo HRO que deverá ser repassado para o Conselho Estadual de Educação; assim que for aprovado será dado início ao curso. Sr. Sidnei Bellé falou que visitou Dr. Delson Bonfante referente às consultas de oftalmologia que não está acontecendo disse que o valor pago esta muito abaixo do custo e que é necessário um reajuste. Sr. Tito, secretário de Saúde de Caxambu do Sul falou que não tem vaga no centro cirúrgico no HRO, que o problema não é a falta de AIH mas de Centro Cirúrgico. Cleidenara falou que na próxima reunião da CIR trará a produção do HRO que cada município utilize e sugeriu que a regional convide a direção do Hospital para participar da reunião. Sra. Lucila secretária de Coronel Freitas colocou que o Dr. Amauri está conseguindo fazer as cirurgias no HRO, mas os outros médicos não, Cleidenara falou que para a CIR Oeste as cirurgias de eletivas de ortopedia serão realizadas no Hospital da Criança, que está sendo finalizado o estudo para fazer o contrato regionalizado da ortopedia se pode ser ou não da PPI. Cleidenara falou também que a partir do mês de outubro começará ser realizado no Hospital Regional as biópsias da hepatite com o Dr. Almiro, a consulta deverá ser feita por cada município, Cleidenara falou que Gilvana vai organizar os fluxos de hepatite e enviar os municípios. Cleidenara falou que o HRO ficou em primeiro colocado em atendimento de oncologia no Estado. Secretária Aida de Pinhalzinho coloca que o HRO não consegue fazer cirurgias de média complexidade porque atende a alta de todo o grande Oeste. Sr. Sidnei Bellé falou que para cada cirurgia de alta tem que fazer 12 de média e está se diluindo as urgências com a produção da média. Sr. Sidnei Bellé falou sobre a nova eleição da CIR e solicitou os nomes das pessoas que tivessem interesse em fazer parte da coordenação da CIR Oeste, por unanimidade a coordenação do CIR Oeste ficou composta por: Cleidenara secretária de Chapecó, como coordenadora, Ainda secretaria de Pinhalzinho como Vice-coordenadora, Caroline Constanci Gerente de Saúde de Chapecó como secretária e tesoureiro Sr. Rudimar Breda secretário de Nova Itaberaba. Sr. Sidnei Bellé passou a palavra para Sra. Cleidenara, esta falou que Bellé sempre soube conduzir com afinco as questões de região e que está a disposição para ajudar a região no que for necessário, inclusive do contrato regionalizado da ortopedia que provavelmente deverá sair após a análise da procuradoria do município, pretende chegar até o final do mês de outubro sem nenhuma biopsia atrasada, questões de pediatria com o hospital da criança, falou que está preocupada com a Rede de Urgência, que saiu uma nova portaria que não haverá mais pagamento de

ESTADO DE SANTA CATARINA
COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL OESTE

produção, pediu calma aos municípios quanto a rede de urgência, hospital com menos de 30 leitos não será mais hospital de urgência. A Sra. Otilia falou sobre a Rede Psicossocial, informou quanto as sugestões feitas pela Coordenação Estadual, sendo a inclusão do município de Riqueza para atendimento no CAPS de Palmitos; Gestor de Cunhataí informou que já está em atendimento no CAPS de São Carlos. Aprovado o primeiro item CAPS de Palmitos atenderá Palmitos, Caibi, Cunha Porá e Riqueza; CAPS de São Carlos atenderá: São Carlos, Cunhataí, Planalto Alegre, Águas de Chapecó e Caxambu do Sul; CAPS Quilombo continua atendendo como está. Foi sugerida a implantação de um CAPS I em Pinhalzinho que atenderá Pinhalzinho, Serra Alta e Sul Brasil; CAPS I Nova Itaberaba que atenderá Nova Itaberaba, Coronel Freitas, Águas Frias, Nova Erechim e Cordilheira Alta. Ficou acordado que o município de Chapecó vai verificar a possibilidade de pactuar atendimento de CAPS para o município de Guatambu. A requalificação CAPS II de Chapecó em CAPS III já está qualificado. Ficou acordado entre os presentes que neste momento não tem como criar um CAPS Regional, e isso será reavaliado posteriormente. Foi informado que o CETER de Chapecó para fazer o residencial terapêutico. Quanto a possibilidade de adesão para 01 consultório de rua em Chapecó, a gestora municipal informou que o município já tem um serviço de resgate social através do CRAS, a mesma informou também que a Unidade de acolhimento já está funcionando em Chapecó. Foram aprovados os seguintes leitos Psiquiátricos: Hospital da Criança/Chapecó, serão habilitados 6 leitos; Hospital Regional do Oeste/Chapecó, serão habilitados 4 leitos; Hospital São Bernado/Quilombo, serão habilitados 6 leitos; Hospital Regional de Palmitos, serão habilitados 7 leitos; Hospital Pe. João Berthier/São Carlos, serão habilitados 5 leitos. Sra Cleidenara passou a palavra para o CEREST Regional que realizou apresentação sobre sua função na região. Sr. Sidnei deu por encerrada a reunião. Nada mais havendo a tratar, eu, Caroline Constanci lavrei a presente Ata, assinada pelos presentes, conforme lista anexa.

ATA_CIR Chapecó SETEMBRO 2013

Após a devolutiva do Ministério da Saúde a CIR debateu novamente e referendou o plano de ação regional, acatando a sugestão ministerial de um número menor de leitos de saúde mental em hospitais gerais. A ata da reunião de 7 de novembro de 2014 é anexada, na sequência.

ATA Nº 07

Ao sétimo dia do mês de novembro de dois mil e quatorze, às quatorze horas, reuniram-se no auditório da Secretaria do Desenvolvimento Regional de Chapecó, Secretários Municipais de Saúde e Gerentes Regionais de Saúde das Gerências de Quilombo, Palmitos e Chapecó. Sra. Caroline Constanci, Gerente de Saúde de Chapecó deu as boas vindas a todos e iniciou a reunião colocando em aprovação a ata da última reunião da CIR ocorrida em outubro, por unanimidade a ata foi aprovada. Dando sequência a reunião foi colocada para aprovação a devolutiva do Ministério da Saúde quanto a Rede Psicossocial da Região de Saúde Oeste sendo: 06 leitos infanto juvenis para Hospital da Criança, 04 leitos no Hospital Regional do Oeste e 07 leitos no Hospital em Palmitos, 02 novos CAPS microrregionais (município sede Pinhalzinho que atenderá Pinhalzinho, Serra Alta e Sul Brasil e Nova Itaberaba que atenderá Nova Itaberaba, Coronel Freitas, Águas Frias, Nova Erechim e Cordilheira Alta); Conversão do CAPS I de Palmitos e de São Carlos em CAPS I microrregional (Palmitos atenderá: Palmitos Caibi, Cunha Porã e Riqueza) (São Carlos atenderá: São Carlos; Cunhataí, Planalto Alegre, Águas de Chapecó e Caxambu do Sul); Qualificação do CAPS II em CAPS III em Chapecó e passando a atender Guatambu; 01 novo Serviço de Residencial Terapêutico em Chapecó; Colocado em aprovação o Plano original da Rede Psicossocial da Região de Saúde Oeste foi mantido e aprovado pela CIR. Sra. Caroline Constanci explanou sobre a Linha de

(...)

presença de todos e da por encerrada a reunião. Nada mais havendo a tratar, eu, Geiza Micheli Rodrigues lavrei a presente Ata, assinada pelos presentes, conforme lista anexa.

6 A matriz diagnóstica da Rede de Atenção Psicossocial para a Região de Saúde do Oeste Catarinense, na forma da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde

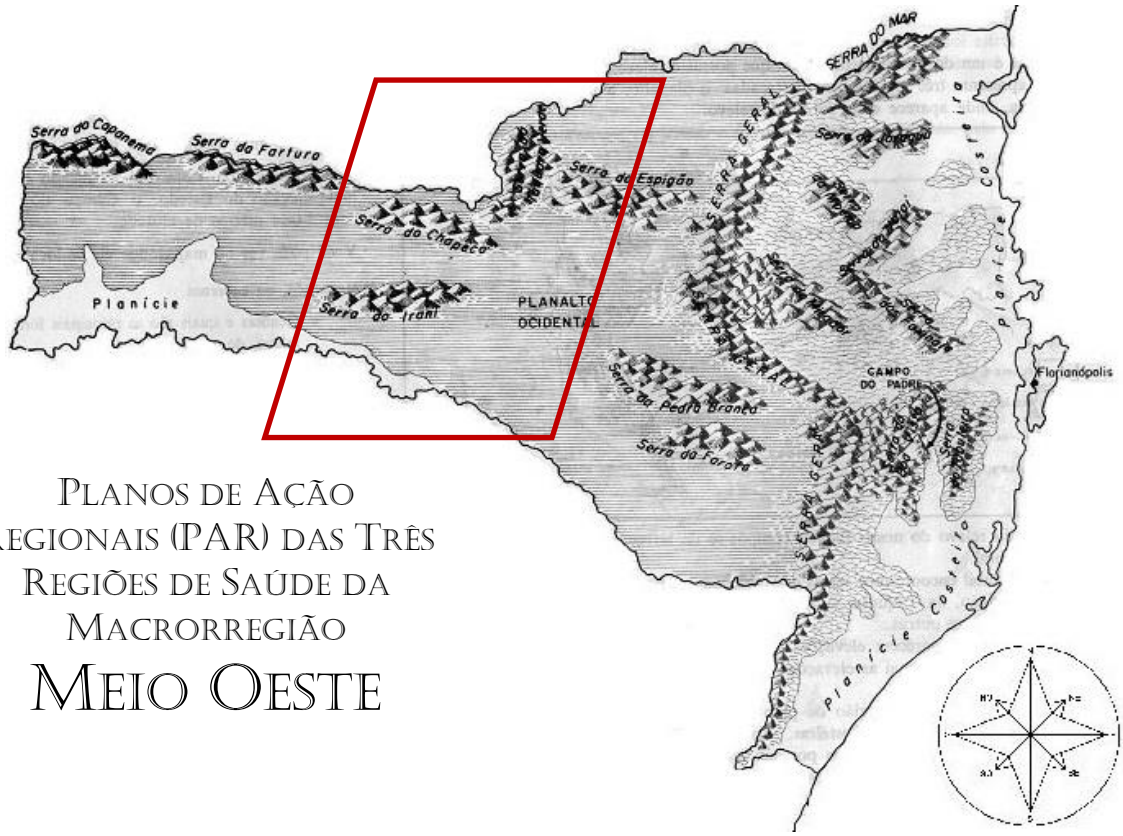
MATRIZ DIAGNÓSTICA - REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL					
Região de Saúde: **Oeste Catarinense**					
25 Municípios: Águas de Chapecó, Águas Frias, Caibi, Caxambu do Sul, **Chapecó**, Cordilheira Alta, Coronel Freitas, Cunha Porã, Cunhataí, Formosa do Sul, Guatambu, Irati, Jardinópolis, Nova Erechim, Nova Itaberaba, Palmitos, Pinhalzinho, Planalto Alegre, Quilombo, Riqueza, Santiago do Sul, São Carlos, Serra Alta, Sul Brasil e União do Oeste.					
População: 325.706 habitantes					
COMPO-NENTE	**Ponto de Atenção**	**Necessidade**	**Existentes**	**Déficit**	**Parâme-tro**
I. Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde	137 equipes de saúde da família (ESF)	89 ESF (83,91% de cobertura)	48 ESF, supervisão e apoio matricial organizado, regulação do acesso, protocolos assistenciais.	Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica, de 21 de outubro de 2011
	Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas	0	0	0	Portaria que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família	25 NASF	21 NASF (15 deles com psicólogo)	4	Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica - 2011
	Centro de Convivência	1	0	1	

COMPO-NENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Parâme-tro
II. Atenção Psicossocial Especiali-zada	Centro de Atenção Psicossocial				
	CAPS I	5	3 (microrregionais, em Palmitos, Quilombo e São Carlos)	2 (Pinhalzinho e Nova Itaberaba)	Municípios ou regiões com pop. acima de 15 mil hab.
	CAPS II	0	1 (em Chapecó)	0	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS III	1 (em Chapecó, a partir da qualificação do II)	0	1	Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab
	CAPS AD	0	0	0	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS ADIII	1	1 (em Chapecó)	0	Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab
	CAPS i	2	1 (em Chapecó)	1	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
III. Atenção de Urgência e Emergência	UPA / SAMU Sala de Estabilização Portas Hospitalares de Atenção à Urgência Pronto Socorro	1 USA, 5 USB.	1 unidade de suporte avançado (Chapecó), 5 unidades de suporte básico (1 em Palmitos, Quilombo, e São Carlos e 2 em Chapecó)	0	Conforme orientações da Portaria da Rede de Atenção às Urgências, de 7 de julho de 2011.

COMPO-NENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Parâme-tro
IV. Atenção Residencial de Caráter Transitório	UA ADULTO	3 (somando um total de 45 vagas)	1	2	1 UA (com 15 vagas) para cada 10 leitos de enfermarias em hospital geral por município.
	UA INFANTO-JUVENIL	2 (somando um total de 20 vagas)	0	2	Municípios crianças e adolescen-tes em potencial para uso de drogas ilícitas ou em potencial para uso de drogas ilícitas.
	COMUNI-DADE TERAPÊU-TICA	1	0	1	
V. Atenção Hospitalar	LEITOS	17 leitos	0	6 tipo infantojuvenil no Hospital da Criança (Chapecó), 4 adulto no Hospital Regional do Oeste (Chapecó), 7 adulto no Regional de Palmitos.	Portaria 1.615/12, 148/12, 953/12. 1 leito para cada 23 mil habitantes Portaria nº 1.101/02
	ENFERMA-RIA ESPECIA-LIZADA				

COMPO-NENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Parâme-tro
VI. Estratégias de Desinstituci-onalização	SRT	1 serviço residencial terapêutico tipo I (com até 8 moradores)	0	1	A depender do nº de munícipes longamente internados
	PVC	8	0	8	A depender do nº de munícipes longamente internados
VII. Reabilitação Psicossocial	Cooperativas sociais, empreendi-mentos solidários e iniciativas de geração de trabalho e renda	1	0	1	

Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina



Planos de Ação Regionais (PAR) das Três Regiões de Saúde da Macrorregião

Meio Oeste

Rede de Atenção Psicossocial
de Santa Catarina

PAR

- Plano de Ação Regional -

Região de Saúde do
Alto Uruguai Catarinense

Região de Saúde do
Alto Uruguai Catarinense:

Plano de Ação Regional para a Rede Psicossocial

1 Características básicas do território

A região abriga apenas 2,2% da população do Estado de Santa Catarina, somando 142.634 habitantes (estimativa do IBGE, de 1° de julho de 2012). Tem bom nível de desenvolvimento humano, mesmo em cidades pequenas.

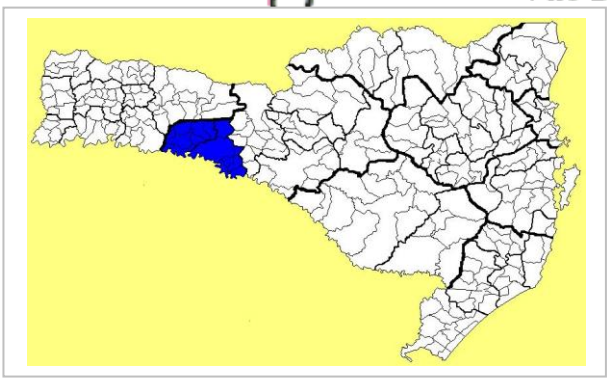


Figura UR-1. Mapa da área de Santa Catarina compreendendo a Região de Saúde do Alto Uruguai Catarinense, com seus municípios. Ao lado, a localização da Região no mapa estadual.
Fonte: CIASC, 2012.

Pode-se inferir que cerca de um quarto da população, ao longo de um ano, apresentará queixas de ordem psíquica[154].

Tabela UR-1. Estimativa do número de pessoas com manifestação de novas queixas de ordem psíquica e comportamental, ao ano, segundo categorias de sintomas, por municípios, Região de Saúde do Alto Vale do Rio Uruguai, 2013.

Município	Queixas do espectro de					Total
	Drogas*	Psicoses**	Humor	Neuroses***	Outros	
Alto Bela Vista	80	20	139	159	60	458
Arabutã	168	42	294	336	126	966
Arvoredo	90	23	158	180	68	518
Concórdia	2.778	695	4.862	5.557	2.084	15.976
Ipira	188	47	329	376	141	1.081
Ipumirim	291	73	509	581	218	1.672
Irani	386	97	676	772	290	2.221
Ita	255	64	446	510	191	1.466
Lindóia Do Sul	185	46	324	370	139	1.063
Paial	69	17	120	138	52	396
Peritiba	118	30	207	236	89	679
Piratuba	185	46	324	371	139	1.065
Pres. Castelo Branco	68	17	119	136	51	390
Seara	680	170	1.190	1.360	510	3.911
Xavantina	164	41	287	328	123	944
Região Alto Uruguai	5.705	1.428	9.984	11.410	4.281	32.806

**Inclui álcool etílico e outras substâncias, exceto nicotina e cafeína.* ***Inclui queixas relacionáveis a psicoses orgânicas (F0) e funcionais (F2).* ****Inclui queixas relacionáveis a neuroses, estresse e somatoformes (F4).*

Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação, SUR, SES/SC, 2013.

Tais queixas, geralmente, não representam doenças, mas apenas sintomas avulsos passageiros, que se resolvem espontaneamente, por atitudes e práticas individuais, ou por mecanismos sociais (como os religiosos e os de entidades de auto-ajuda, tipo Alcoólicos Anônimos, por exemplo). Contudo, cerca de um décimo da população levará tais queixas aos serviços de saúde, demandando deles alguma conduta.

Eventualmente eles representam sinais e sintomas de transtornos mentais e comportamentais importantes. Uma fração menor da população (cerca de 1%) demandará assistência especializada.

Tabela UR-2. Estimativa do número de pessoas demandando assistência por transtornos psíquicos e comportamentais, no período de um ano, por município, Região de Saúde do Alto Vale do Rio Uruguai, 2013.

[154] Para Goldberg e Huxley, cerca de 23% da população apresenta, em algum momento, sintomas positivos de ordem psíquica. Mário Teixeira, em amostras no município de Florianópolis, encontrou 25% da população nesta situação. Vide:

GOLDBERG, D. (1995) Epidemiology of mental disorders in primary care settings. **Epidemiologic Reviews**, 17, 182 -190.

TEIXEIRA, Mário Aurélio Aguiar. Estudo de Morbidade Psiquiátrica em Duas Localidades da Ilha de Santa Catarina (Florianópolis).(Tese). São Paulo: Escola Paulista de Medicina. São Paulo (UFSP), 1998.

Município	Demanda	
	À rede básica	Especializada
Alto Bela Vista	183	20
Arabutã	386	42
Arvoredo	207	23
Concórdia	6.390	695
Ipira	432	47
Ipumirim	669	73
Irani	888	97
Ita	586	64
Lindóia Do Sul	425	46
Paial	158	17
Peritiba	272	30
Piratuba	426	46
Pres. Castelo Branco	156	17
Seara	1.564	170
Xavantina	378	41
Região Alto Uruguai	13.122	1.426

Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação, SUR, SES/SC, 2013.

2 A rede existente hoje

Dos 15 municípios da região, 11 possuem NASF e 10 deles têm atividades de saúde mental, com psicólogo compondo a equipe. Seara, cidade agroindustrial com demanda, é a exceção importante, sem NASF voltado à saúde mental.

Tabela UR-3. Número de NASF e de psicólogos em NASF, por município, Região de Saúde do Alto Vale do Rio Uruguai, 2013.

Município	População	NASF	Psicólogo
Alto Bela Vista	1.991	1	1
Arabutã	4.198		
Arvoredo	2.254	1	1
Concórdia	69.462		
Ipira	4.699	1	1
Ipumirim	7.268	1	1
Irani	9.656	1	1
Itá	6.375	1	1
Lindóia do Sul	4.622		
Paial	1.720	1	1
Peritiba	2.952	1	1
Piratuba	4.632	1	1
Presidente Castelo Branco	1.697		
Seara	17.005	1	
Xavantina	4.103	1	1
Reg. Alto Vale do Uruguai	142.634	11	10

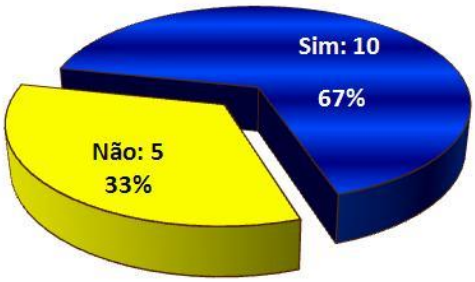


Figura UR-2. Número absoluto e relativo de municípios que têm e que não têm psicólogo em NASF, Alto Uruguai, 2012.
Fonte: GEABS, SES, 2013.

Figura UR-3. Número absoluto e relativo de habitantes da região que têm possibilidade de acesso a CAPS, Alto Uruguai, 2013. .
Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação, GECOR, SUR, SES/SC, 2013.

Existe apenas um CAPS I em toda a região, na principal cidade, Concórdia. As populações municipais são pequenas, o que tem dificultado a instalação de serviços especializados.

Tabela UR-4. Disponibilidade de CAPS, segundo a modalidade, na Região do Alto Vale do Rio Uruguai, 2013.

Município	População	I	II	AD	i	III	Total
Alto Bela Vista	1.991						0
Arabutã	4.198						0
Arvoredo	2.254						0
Concórdia	69.462	1					1
Ipira	4.699						0
Ipumirim	7.268						0
Irani	9.656						0
Itá	6.375						0
Lindóia do Sul	4.622						0
Paial	1.720						0
Peritiba	2.952						0
Piratuba	4.632						0
Presidente Castelo Branco	1.697						0
Seara	17.005						0
Xavantina	4.103						0
Reg. Alto Vale do Uruguai	142.634	1					1

A carência de CAPS tem levado pacientes a agravarem seus quadros e necessitarem de socorro hospitalar, por falta de diagnóstico e de tratamento precoce. O Hospital São Francisco, de Concórdia, tem uma ala para atendimento psiquiátrico. O Hospital São Jorge, de Irani, também tem uma pequena ala. Além deste, há, na região outros 7 hospitais que promovem internações psiquiátricas eventuais.

Tabela UR-5. Hospitais gerais que atendem casos de psiquiatria, Região de Saúde do Alto Vale do Rio Uruguai, 2013.

Município	CNES – Hospital	Leitos
CONCÓRDIA	2303892 - HOSPITAL SÃO FRANCISCO	20
IPIRA	2691507 - HOSPITAL PIRATUBA IPIRA	1
IRANI	2557975 - HOSPITAL SÃO JORGE LTDA	5
PERITIBA	2689863 - ASSOC. BENEF. HOSP. PERITIBA	1
ARABUTÃ	2691493 - HOSPITAL OSVALDO CRUZ	1
ITA	2691566 - HOSP. SÃO PEDRO ITÁ	1
LINDÓIA DO SUL	2691876 - HOSP. IZOLDE H. DALMORA	1
SEARA	2304155 - HOSPITAL SÃO ROQUE	1
XAVANTINA	2666138 - HOSP. SÃO LUCAS	1

Fonte: CNES, 2013.

Os dois hospitais maiores, em Concórdia e Irani, promoveram uma média de 462 internações por transtornos mentais e por abuso de drogas, em 2011 e 2012.

Tabela UR-6. Número de internações psiquiátricas realizadas em hospitais gerais, pelo SUS, segundo o tipo de transtorno, em Concórdia e Irani, 2011 e 2012.

Município	2011	2012	Média (2 anos)
Concórdia	326	337	331,5
Irani	104	157	130,5
Ambos	430	494	462

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Tabela UR-7. Valor total das internações realizadas em hospitais gerais, pelo SUS, em reais, em Concórdia e Irani, 2011 e 2012.

Município	2011	2012
Concórdia	222.386,85	224.634,95
Irani	165.436,44	319.558,29
Ambos	387.823,29	544.193,24

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Tabela UR-8. Número de internações psiquiátricas realizadas em hospitais gerais, pelo SUS, segundo o tipo de transtorno, em Concórdia e Irani, 2011 e 2012.

Transtorno (CID-10)	2011	2012
.. Demências	1	2
.. Transt. por uso de álcool	87	193
.. Transt. por uso de outras subst. psicoativas	107	78
.. Esquizofrenia, esquizotípicos e delirantes	55	56
.. Transtornos de humor [afetivos]	155	148
.. Transt neuróticos, de stress e somatoformes	18	13
.. Retardo mental	7	4
Internações códigos F0-F9 (CID-10)	430	494

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Nota-se que a média de permanência no hospital de Irani é alta (mais de um mês), o que pode indicar uma tendência a queda da qualidade e ao asilamento, no sentido de resolver problemas sociais superpostos ao problema de saúde.

Tabela UR-9. Média de permanência em dias, em internações psiquiátricas, hospitais gerais, Concórdia e Irani, 2011 e 2012.

Município	2011	2012	Total
Concórdia	11,6	11,4	11,5
Irani	29	36,3	33,4
Ambos	15,8	19,3	17,7

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Alguns habitantes da região buscam internamento em outras regiões. A média do número geral de internações, em qualquer local, de moradores da região, foi de 548 no quinquênio de 2008 a 2012.

Tabela UR-10. Internações psiquiátricas de moradores da Região de Saúde do Alto Vale do Uruguai, 2008 a 2012.

Município	2008	2009	2010	2011	2012	Média	Total
.... Alto Bela Vista	9	-	11	10	3	7	33
.... Arabutã	5	7	4	10	10	7	36
.... Arvoredo	1	1	3	2	2	2	9
.... Concórdia	395	396	327	313	313	349	1744
.... Ipira	12	5	11	11	22	12	61
.... Ipumirim	30	22	27	27	28	27	134
.... Irani	28	25	33	47	34	33	167
.... Itá	10	15	16	20	24	17	85
.... Lindóia do Sul	17	19	10	14	16	15	76
.... Paial	3	3	2	1	3	2	12
.... Peritiba	5	9	8	10	8	8	40
.... Piratuba	35	30	24	34	23	29	146
.... P. Castello Branco	15	5	10	3	6	8	39
.... Seara	22	31	20	21	34	26	128
.... Xavantina	7	5	5	6	6	6	29
Vale Alto Uruguai	594	573	511	529	532	548	2739

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

3 Imagem objetivo (a rede idealizada pelo Grupo Condutor Estadual)

A criação de um CAPS I microrregional em Seara propiciaria não só o atendimento daquela cidade agroindustrial, cujo contingente operário, é importante, como também o atendimento dos municípios rurais de Arvoredo e Xavantina, e o município turístico de Itá, ao sul.

Figura UR-4. Mapa rodoviário com os acessos a Seara.

Irani (com 9.656 habitantes) fica a 34 km de Concórdia. Presidente Castelo Branco (1.697 habitantes) fica também a 34 km de Concórdia. Apesar da distância poderiam se integrar ao CAPS de Concórdia.

Figura UR-5. Mapa rodoviário mostrando o trajeto da rodovia SC283 e da BR153, Alto Vale do Rio Uruguai, 2013.

Lindóia do Sul (com 4.622 habitantes), Ipumirim (com 7.268) e Arabutã (com 4.198) poderiam montar um CAPS I microrregional próprio, ou se integrar ao CAPS de Concórdia, a ser convertido em regional.

Poder-se-ia organizar um CAPS I microrregional em Piratuba (4.632 habitantes), atendendo pelo menos Alto Bela Vista (1.991), Ipira (4.699),

Peritiba (2.952), montado com matriciamento, com equipe volante, capaz de monitorar e supervisionar o atendimento na rede de atenção primária.

Figura UR-5. Mapa rodoviário das imediações de Ipira e Piratuba.

A região teria demanda para uma unidade de acolhimento de adultos, de 7 a 10 vagas, e uma infanto-juvenil, de 4 a 5 vagas.

Os temas em debate que foram encaminhados ao debate da CIR incluíram:

a) a criação de CAPS AD regional em Concórdia.

b) a criação de um CAPS i regional.

c) a criação de um CAPS I microrregional em Irani, atendendo pelo menos Irani e Lindóia do Sul.

d) a criação de um CAPS I microrregional para atender Piratuba, Alto Bela Vista, Ipira e Peritiba.

e) a adequação do hospital São Francisco, de Concórdia, para se transformar em serviço de referência regional qualificado, com 8 vagas.

f) avaliação dos processos de trabalho desenvolvidos no Hospital São Jorge, de Irani.

g) construção de contatos e vínculos intersetoriais, especialmente com o Sistema Único de Assistência Social.

h) estabelecimento de NASF voltado à saúde mental em todos os municípios que tenham 3 ou mais equipes de saúde da família.

i) a criação de 1 unidade de acolhimento para adultos (com 8 vagas) e uma infanto-juvenil (4 vagas), como referências regionais.

Tabela UR-11. Estimativa da necessidade de vagas em unidades de acolhimento para adultos e para menores de 18 anos, Região de Saúde do Alto Vale do Rio Uruguai, 2013.

Município	População	Adulto	Infanto-Juvenil
Alto Bela Vista	1.991	0,1	0,0
Arabutã	4.198	0,2	0,1
Arvoredo	2.254	0,1	0,1
Concórdia	69.462	3,5	1,5
Ipira	4.699	0,2	0,1
Ipumirim	7.268	0,4	0,2
Irani	9.656	0,5	0,2
Itá	6.375	0,3	0,1
Lindóia do Sul	4.622	0,2	0,1
Paial	1.720	0,1	0,0
Peritiba	2.952	0,1	0,1
Piratuba	4.632	0,2	0,1
Presidente Castelo Branco	1.697	0,1	0,0
Seara	17.005	0,9	0,4
Xavantina	4.103	0,2	0,1
Região Alto Uruguai	142.634	7	4

Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação. GECOR. SUR. SES/SC, 2013.

j) montagem de um programa de qualificação e de educação continuada na atenção psicossocial, por parte da Secretaria de Estado da Saúde, abrangendo as equipes de saúde mental e de saúde da família, da região.

k) montagem de um programa de divulgação de protocolos assistenciais, a cargo da Secretaria de Estado da Saúde, capacitando as equipes da região para seu uso.

l) montagem de um programa de prevenção do óbito autoprovocado, a cargo da Secretaria de Estado da Saúde, voltado às equipes da região.

m) implantação ou qualificação de trabalho de matriciamento.

n) incentivo à intensificação de supervisão de equipes de CAPS.

o) definição, em protocolo, de um fluxo intersetorial entre instituições da educação, da segurança pública, da assistência social e da saúde.

4 A Rede pactuada pela CIR da região de Saúde do Alto Uruguai Catarinense, em Concórdia

Pactua-se organizar um CAPS I microrregional para atender Piratuba (4.632 habitantes), Alto Bela Vista (1.991), Ipira (4.699), Peritiba (2.952), Presidente Castelo Branco (1.697 habitantes) montado com matriciamento, com equipe volante, capaz de monitorar e supervisionar o atendimento na rede de atenção primária. Poder-se-á localizar em Peritiba.

A proposta da região inclui uma Unidade de Acolhimento para adultos em Concórdia e um Unidade de Acolhimento infanto-juvenil em Xavantina.

Inclui também um CAPS AD em Concórdia, atendendo só aquele município.

A Região tem como proposta vincular uma Clínica de Reabilitação para dependências químicas, bem como uma Comunidade Terapêutica da macrorregião Meio Oeste, já que na região do Alto Uruguai Catarinense não houve disponibilização por parte dos municípios.

Também deverão incorporar a Rede Psicossocial os leitos aprovados na Rede de Urgência Emergência, segundo a Portaria 148, de 31 de janeiro de 2012: 8 leitos no Hospital São Francisco de Concórdia, e dentro da possibilidade defender uma proposta enviada ao Ministério da Saúde para implantação de mais 4 leitos no Hospital Izolde Dalmora de Lindoia do Sul.

As portas de entrada da Região aprovadas na Rede de Urgência Emergência,

Figura UR-6. Mapa esquemático da região ressaltando o hospital de Concórdia como porta de entrada, as salas de estabilização em Irani e Seara, e a UPA de Concórdia.
Fonte: CIR Alto Uruguai Catarinense, 2013.

Esta portas de entrada terão atendimento 24 horas para dar suporte à região na rede psicossocial. Salas de estabilização e unidades de pronto-atendimento (UPA) deverão ser preparadas para atendimento de urgências e emergências psiquiátricas.

O trabalho dos CAPS da região será facilitado pelo apoio que os NASF darão à rede básica na área de saúde mental.

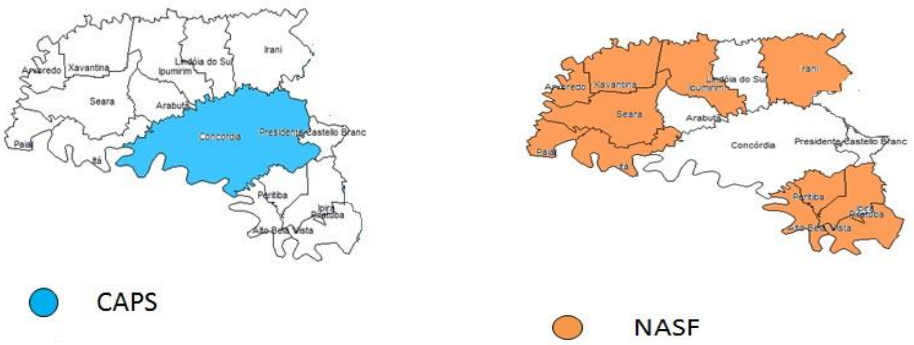


Figura UR-7. Mapa esquemático da região destacando o município atualmente com CAPS (Concórdia) e os que têm NASF.
Fonte: CIR Alto Uruguai Catarinense, 2013.

A região tem como proposta inicial a adesão de todos os municípios ao NASF para apoio matricial na melhoria do processo de trabalho na Estratégias Saúde da Família nos programas de saúde mental.

Concluímos neste processo que a maioria dos municípios está com seus limites financeiros extrapolados em relação aos recursos humanos. O financiamento do custeio por parte do Ministério é baixo, o que faz com que os prefeitos não estejam com muito interesse na construção de instalações físicas para novos serviços, devido ao custeio após a abertura de mais uma porta.

Há dificuldades de encontrar profissionais habilitados na região, apesar do aumento da demanda por estes serviços, mas os municípios poderão trabalhar a saúde mental na Estratégia da Saúde da Família.

Fica inconclusa a discussão sobre a montagem de um CAPS microrregional em Ipumirim para atender também Lindóia do Sul, Arabutã e Irani. Fica inconclusa a discussão sobre a montagem de um CAPS microrregional em Seara, para atender também Xavantina, Arvoredo, Itá e Paial. Havendo majoração dos incentivos estaduais os municípios terão maior facilidade para enfrentar suas dificuldades de contratação de pessoal e terão, então, possibilidade de ampliar a rede, conforme o plano idealizado.

5 A aprovação da Rede de Atenção Psicossocial na Comissão Intergestores Regional (CIR) da Região de Saúde do Alto Uruguai Catarinense, em Concórdia, Santa Catarina

COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL

MACRORREGIÃO MEIO-OESTE - CONCÓRDIA

Reunião Ordinária Ata nº 054.006.2013

Às treze horas e quarenta e cinco, do dia oito de agosto de dois mil e treze, tendo como local a Sala de Reuniões da Universidade Aberta do Brasil, sito à Rua Lauro Müller, Centro, Município Concórdia, Estado de Santa Catarina, reuniram-se os Secretários Municipais de Saúde e técnicos da Gerência de Saúde de Concórdia, que assinaram o Livro de Presença nº 02 na Fl. 06 – frente, sob a coordenação do Sr. Névio Mortari, Secretário de Saúde de Itá e Vice-coordenador da CIR, para a reunião mensal da Comissão Intergestores Regional – CIR. Sr. Alessandro Vernize – Coordenador da CIR deverá chegar mais tarde em função de outros compromissos. O Vice-Coordenador saudou a todos, deu as boas vindas a Sra. Ivanice Peccin, Gerente de Saúde da SDR de Joaçaba e Coordenadora do processo de construção da Redes e passou de imediato para os assuntos da pauta, conforme segue: **1.** Apreciação da ata da reunião do dia 16 de julho de 2013, a qual após lida, foi aprovada por unanimidade. **2 – Informes das Gersas: 2.1 – Gersa Seara:** Sr. Piccoli – Gerente da Gersa de Seara, informou que esteve em reunião com a SES em Florianópolis, onde foi analisada a solicitação dos municípios de Itá, Paial e Xavantina para passarem a pertencer à região de saúde de Chapecó, conforme ofício enviado à SES e CIB no mês de maio. A solicitação foi negada com a justificativa de que as regiões de saúde foram definidas ainda em 2012, ocasião em que os municípios que tivessem interesse em mudar puderam se manifestar. **2.2** – Enfermeiras Terezinha Sulenta e Edi Sperandio repassaram as seguintes informações: Tere Sulenta: **2.2.1 - Relatório de Gestão de 2012**: os municípios de Arabutã, Arvoredo, Irani e Itá devem acessar o sistema para verificar o problema que houve em relação a postagem do relatório de gestão, pois o relatório não está disponível. **2.2.2 –CIES**: informou que amanhã dia 9, a Câmara Técnica da CIES vai reunir-se para refazer o PAREPS, ocasião em que serão incluídos mais cursos para a região. Alguns secretários solicitam sobre o curso de Sala de Vacina. Enf. Tere diz que segundo informações este curso não pode ser realizado com recurso da CIES . Sra. Mariza vai solicitar na reunião da CIES no dia 20 de agosto, a viabilidade de realizar o Curso de Sala de Vacinas na região, tendo em vista a necessidade deste curso para os profissionais de nossos municípios. A CIR aprova por unanimidade que sejam incluídos novos cursos no planejamento da educação permanente da região, bem como aprovam a solicitação de mais recursos para que efetivamente se realizem os cursos neste ano de 2013. **2.2.3 – Curso Instrumentos de Gestão e Planejamento:** A CIES Estadual enviou proposta para a realização deste curso em nossa região a exemplo do que foi organizado em Campos Novos, com o diferencial de ser o dia todo e estar incluso na programação um item de Educação Permanente – CIES. Os Gestores aprovam a realização do curso desde que tenha foco mais operacional na elaboração do Plano, seja mais produtivo e mais dinâmico do que o realizado em Campos Novos. **2.2.4** - Reforçou convite para o Encontro Macrorregional de Saúde Bucal, que se realizará no dia 22 agosto, no Auditório da Prefeitura de Chapecó. **2.2.5 – Curso ACS**: informou que 2ª feira, dia 12, inicia o curso para Agente Comunitário de Saúde, na Universidade Aberta do

Brasil, com carga horária de 400 horas/aula, para 35 participantes, através da EFOS. Sr. Osmar – Xavantina, diz que tem 5 profissionais para contratar, que assinou o TAC junto ao Ministério Público e as mesmas não estão capacitadas. Outros gestores manifestam-se de que tem mais agentes para capacitar. Sra. Tere sugere que os municípios se organizem para formar mais turmas, sendo que devem custear a hora/aula dos professores, transporte e alimentação dos alunos e professores com o recurso do co-financiamento. Os interessados devem informar para a Gersa o número de alunos para a formação de novas turma, bem como os locais de realização.Os gestores da SDR de Seara(33ª) já se manifestaram para ser realizado em Seara. A solicitação será levada para a EFOS. **2.2.6** – Solicitou que os municípios de Lindóia do Sul e Ipira enviem com urgência a relação e diagnóstico dos acamados solicitada anteriormente. **2.2.7 – Campanha de Vacinação**: informou da campanha nacional de vacinação, sendo que o Dia D será em 22 de agosto. Solicitou aos secretários que ofereçam as condições para que a campanha se concretize com força total nos municípios, pois recebem recursos para estas campanhas. No mês de setembro será realizado o levantamento de cobertura vacinal através do Monitoramento Rápido. **2.2.8 – Campanha de Tabagismo:** informou que os municípios vão receber mais material da Campanha contra o tabagismo, via atenção básica. Diversos municípios solicitaram mais materiais. **3 - Rede Psicossocial:** Sr. Névio passou os trabalhos para a Sra. Ivanice Peccin (Gersa Joaçaba) a qual está orientando voluntariamente à pedido da CIR para construção da Rede de Atenção Psicossocial. Sra. Ivanice apresentou um histórico da construção das redes e focou principalmente no esclarecimento de dúvidas dos gestores em relação à Rede Psicossocial. Falou que CAPS pode ser atendido com médico com capacitação em Saúde Mental, cujo atendimento se realize com apoio dos Nasf e Equipe de Saúde da Família, através de equipe multidisciplinar com Assistente Social, Psicólogo, etc. Salientou que os municípios devem ter NASF implantado, pois os mesmos podem atuar no apoio do atendimento ao paciente pós-internamento psicossocial. Frisou que no projeto pode-se solicitar 100% de cobertura de Nasf. Salientou as dificuldades da área psicossocial, principalmente na contratação de médicos. Após sanadas as dúvidas, passou-se para a avaliação do Plano de Ação para Implantação da Rede Psicossocial. Feitas as alterações e adaptações necessárias, o Plano de Ação ficou APROVADO conforme Anexo 1 desta ata. Retomando os trabalhos Sr. Névio fez um pedido aos Gerentes de Saúde das SDRs de Concórdia e Seara para que busquem, juntamente com as equipes de trabalho, um melhor atendimento aos municípios em relação às orientações e esclarecimentos de dúvidas. Sra. Mariza justifica que estão com equipe reduzida, pois o Estado não contratou os profissionais que foram aprovados no concurso público ainda em 2010 e que a CIR já solicitou a SES a recomposição do quadro de funcionários para a Gersa, através de ofício em maio de 2012. Sr. Névio passou a condução da reunião para o Sr. Alessandro Vernize. **4 – Central de Regulação**: Sr. Alessandro explanou que esteve em reunião em Florianópolis, na quarta-feira, dia 31, para tratar sobre a Central de Regulação da Rede de Urgência e Emergência. Na ocasião foi

apresentada para a SES a proposta das CIRs para que o Estado assuma 50% do custo que ficaria com os municípios, sendo 25% do custo total da Central. O Estado ofereceu 5% de auxílio, proposta que foi rejeitada. Sr. Alessandro relata que foi unânime o discurso dos gestores de que nenhum município tem como assumir mais esta despesa e que surgiram algumas sugestões como o Samu assumir a regulação ou implantar o sistema SUS Fácil que unifica as Centrais de Regulação, como já acontece nos Estados de Minas Gerais e Paraná. No dia 21 de agosto, será realizada nova reunião com apresentação de outra proposta do Estado, a qual será levada para a reunião da CIB no dia 22. Sra. Ivanice questiona sobre a responsabilidade de transporte do paciente até o hospital de referência, após atendimento em uma Sala de Estabilização. Após algumas considerações chegou-se a conclusão de que existem muitas dúvidas referentes à operacionalização das redes, as quais serão sanadas no decorrer do processo. **5 – Prestação de Contas:** Devido ao horário, a prestação de contas da Secretária de Saúde de Concórdia, referente PPI Hospitalar do 1º semestre de 2013, ficou para a próxima reunião. **6 – Assuntos Gerais: 6.1** – Foi reforçado o convite para que todos os secretários participem da Assembleia Geral do CIS Amauc no dia 13 de agosto. **6.2 – Negociação Ortopedia:** Sr. Alessandro informou que o Hospital São Francisco esteve reunido com os ortopedistas referente aos atendimentos desta referência, e que estão chegando a um planejamento, sendo que será apresentado no dia da reunião com a SES, a qual será marcada pelo Jocélio. Esta reunião deveria ter acontecido no dia 7, ontem, mas o Jocélio teve um imprevisto e não conseguiu cumprir com esta agenda. **6.3 – Hospital São Francisco:** Sr. Edio – Administrador do hospital confirmou a informação repassada pelo Alessandro referente plano de ação de atendimento em ortopedia. Informou também que esteve reunido com os médicos obstetras do hospital para informá-los de que o hospital será referência para a macrorregião em gestação de alto risco dentro da Rede Cegonha. Informou que vai estruturar um consultório médico dentro do hospital para atendimento exclusivo às gestantes oriundas da macrorregião e que serão encaminhadas através da rede cegonha. Sr. Alessandro agradeceu a todos pela participação e solicitou a redação desta ata que será assinada por quem de direito.

Alessandro Vernize	Lurdes Mariza Foscarini
Coordenador da CIR	Gerente de Saúde da SDR Concórdia
Gimar Piccoli	Roberto Kurtz Pereira
Gerente de Saúde da SDR Seara	Diretor Administrativo do CIS Amauc

O Anexo I da ata contém os itens 1 a 4 do presente Plano de Ação Regional.

6 A matriz diagnóstica da Rede de Atenção Psicossocial para a Região de Saúde do Alto Uruguai Catarinense, na forma da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde

MATRIZ DIAGNÓSTICA - REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL					
Região de Saúde: **Alto Uruguai Catarinense**					
15 Municípios: Alto Bela Vista, Arabutã, Arvoredo, **Concórdia**, Ipira, Ipumirim, Irani, Itá, Lindóia do Sul, Paial, Peritiba, Piratuba, Presidente Castello Branco, Seara e Xavantina.					
População: 142.634 habitantes					
COMPO-NENTE	**Ponto de Atenção**	**Necessidade**	**Existentes**	**Déficit**	**Parâme-tro**
I. Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde	61 equipes de Saúde da Família (ESF). Supervisão e apoio matricial organizado, regulação do acesso, protocolos assistenciais.	38 ESF (74,14% de cobertura)	23 ESF. Supervisão e apoio matricial organizado, regulação do acesso, protocolos assistenciais.	Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica, de 21 de outubro de 20 11
	Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas	0	0	0	Portaria que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família	15	11 NASF (10 com psicólogo)	4	Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica - 2011
	Centro de Convivência	1	0	1	

COMPO-NENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Parâme-tro
II. Atenção Psicossocial Especiali-zada	Centro de Atenção Psicossocial				
	CAPS I	3	1 (em Concórdia)	2 (em Seara e em Piratuba)	Municípios ou regiões com pop. acima de 15 mil hab.
	CAPS II	0	0	0	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS III	0	0	0	Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab
	CAPS AD	1	0	1	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS ADIII	0	0	0	Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab
	CAPS i	1	0	1 (em Concórdia)	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
III. Atenção de Urgência e Emergência	UPA / SAMU Sala de Estabilização Portas Hospitalares de Atenção à Urgência Pronto Socorro	2 unidades de suporte básico (USB), 2 salas de estabilização, 1 UPA.	2 USB (Concórdia e Seara)	2 salas de estabilização, 1 UPA.	Conforme orientações da Portaria da Rede de Atenção às Urgências, de 7 de julho de 2011.

COMPO-NENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Parâme-tro
IV. Atenção Residencial de Caráter Transitório	UA ADULTO	1 (com um total de 8 vagas)	0	1	1 UA (com 15 vagas) para cada 10 leitos de enferma-rias em hospital geral por município.
	UA INFANTO-JUVENIL	1 (com um total de 4 vagas)	0	1	Municípios crianças e adolescen-tes em potencial para uso de drogas ilícitas ou em potencial para uso de drogas ilícitas.
	COMUNI-DADE TERAPÊU-TICA	1	0	1	
V. Atenção Hospitalar	LEITOS	8 leitos	0	4 leitos tipo adulto no Hospital São Francisco (de Concórdia) e 4 adulto no Hosp. Izolde Dalmora (de Lindóia do Sul)	Portaria 1.615/12, 148/12, 953/12. 1 leito para cada 23 mil habitantes Portaria nº 1.101/02.
	ENFERMA-RIA ESPECIA-LIZADA				

COMPO-NENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Parâme-tro
VI. Estratégias de Desinstituci-onalização	SRT	1 (com 8 vagas)	0	1	A depender do nº de munícipes longamente internados
	PVC	8	0	8.	A depender do nº de munícipes longamente internados
VII. Reabilitação Psicossocial	Cooperativas Sociais, empreendi-mentos solidários e iniciativas de geração de trabalho e renda	1	0	1	

Rede de Atenção Psicossocial
de Santa Catarina

PAR

- Plano de Ação Regional -

Região de Saúde do
Alto Vale do Rio do Peixe

Região de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe: Plano de Ação Regional para a Rede Psicossocial

1 Características básicas do território

A região abriga 4,3% da população do Estado de Santa Catarina, somando 277.125 habitantes (estimativa do IBGE, de 1° de julho de 2012). Compõe-se de 21 municípios. Conta com três Secretarias de Desenvolvimento Regional, em Videira, Caçador e Curitibanos.

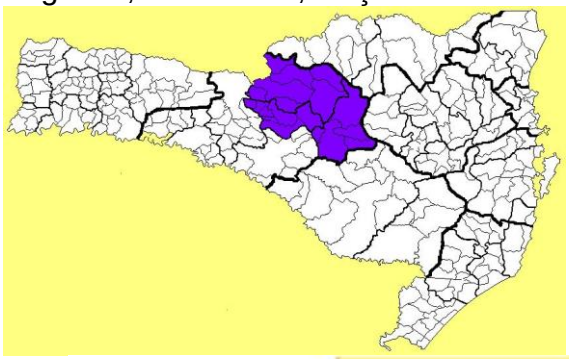
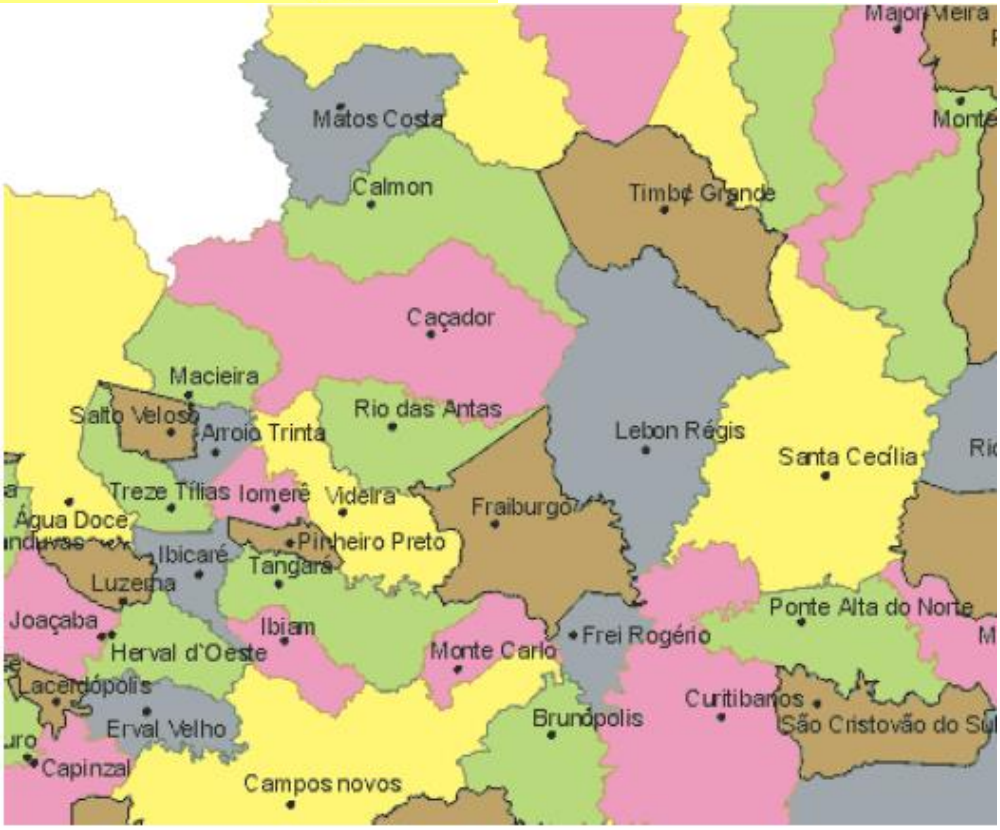


Figura RP-1. Mapa da área de Santa Catarina compreendendo a Região de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe, com seus municípios. Ao lado, a localização da Região no mapa estadual.
Fonte: GECOR, SUR, SES/SC, a partir de CIASC, 2012.



Pode-se inferir que cerca de um quarto da população, ao longo de um ano, apresentará queixas de ordem psíquica[155].

Tabela RP-1. Estimativa do número de pessoas com manifestação de novas queixas de ordem psíquica e comportamental, ao ano, segundo categorias de sintomas, por municípios, Região de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe, 2014.

Município	Queixas do espectro de					Total
	Drogas*	Psicoses**	Humor	Neuroses***	Outros	
Arroio Trinta	140	35	245	280	105	806
Caçador	2.875	719	5.032	5.751	2.157	16.534
Calmon	135	34	236	270	101	776
Curitibanos	1.520	380	2.660	3.040	1.140	8.741
Fraiburgo	1.392	348	2.436	2.784	1.044	8.003
Frei Rogério	96	24	168	192	72	552
Ibiam	78	19	136	156	58	447
Iomerê	111	28	194	221	83	637
Lebon Regis	474	119	830	949	356	2.728
Macieira	73	18	127	145	54	417
Matos Costa	111	28	195	223	84	640
Pinheiro Preto	128	32	223	255	96	734
Ponte Alta do Norte	133	33	232	265	99	763
Rio Das Antas	246	61	430	492	184	1.414
Salto Veloso	174	44	305	349	131	1.003
Santa Cecília	636	159	1.113	1.272	477	3.657
São Cristovão Do Sul	204	51	356	407	153	1.170
Tangará	346	87	606	692	260	1.990
Timbó Grande	291	73	509	581	218	1.672
Videira	1.923	481	3.364	3.845	1.442	11.055
Região Alto Vale Rio Peixe	11.086	2.773	19.397	22.169	8.314	63.739

**Inclui álcool etílico e outras substâncias, exceto nicotina e cafeína.* ***Inclui queixas relacionáveis a psicoses orgânicas (F0) e funcionais (F2).* ****Inclui queixas relacionáveis a neuroses, estresse e somatoformes (F4).*

Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação, SUR, SES/SC, 2013.

Tais queixas, geralmente, não representam doenças, mas apenas sintomas avulsos passageiros, que se resolvem espontaneamente, por atitudes e práticas individuais, ou por mecanismos sociais (como os religiosos e os de entidades de auto-ajuda, tipo Alcoólicos Anônimos, por exemplo). Contudo, cerca de um décimo da população levará tais queixas aos serviços de saúde, demandando deles alguma conduta. Eventualmente eles representam sinais e sintomas de transtornos mentais e comportamentais importantes. Uma fração menor da população (cerca de 1%) demandará assistência especializada.

[155] Para Goldberg e Huxley, cerca de 23% da população apresenta, em algum momento, sintomas positivos de ordem psíquica. Mário Teixeira, em amostras no município de Florianópolis, encontrou 25% da população nesta situação. Vide:

GOLDBERG, D. (1995) Epidemiology of mental disorders in primary care settings. **Epidemiologic Reviews**, 17, 182 -190.

TEIXEIRA, Mário Aurélio Aguiar. Estudo de Morbidade Psiquiátrica em Duas Localidades da Ilha de Santa Catarina (Florianópolis).(Tese). São Paulo: Escola Paulista de Medicina. São Paulo (UFSP), 1998.

Tabela RP-2. Estimativa do número de pessoas demandando assistência por transtornos psíquicos e comportamentais, no período de um ano, por município, Região de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe, 2014.

Município	Demanda	
	À rede básica	Especializada
Arroio Trinta	322	35
Caçador	6.614	719
Calmon	310	34
Curitibanos	3.496	380
Fraiburgo	3.201	348
Frei Rogério	221	24
Ibiam	179	19
Iomerê	255	28
Lebon Regis	1.091	119
Macieira	167	18
Matos Costa	256	28
Pinheiro Preto	294	32
Ponte Alta do Norte	305	33
Rio Das Antas	566	61
Salto Veloso	401	44
Santa Cecília	1.463	159
São Cristovão Do Sul	468	51
Tangará	796	87
Timbó Grande	669	73
Videira	4.422	481
Região Alto Vale Rio Peixe	25.496	2.771

Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação, SUR, SES/SC, 2013.

2 A rede existente hoje

Há, na rede básica dos municípios da região, 6 núcleos de apoio à saúde da família (NASF), todos eles com psicólogos. Todavia, os municípios sem NASF são 15.

Tabela RP-3. Número de NASF e de psicólogos em NASF, por município, Região de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe, 2013.

Município	População	NASF	Psicólogo
Arroio Trinta	3.504	1	1
Caçador	71.886		
Calmon	3.375		
Curitibanos	38.003		
Fraiburgo	34.796		
Frei Rogério	2.399		
Ibiam	1.944		
Iomerê	2.768	1	1
Lebon Régis	11.862		
Macieira	1.815	1	1
Matos Costa	2.784		
Pinheiro Preto	3.190		
Ponte Alta do Norte	3.316		
Rio das Antas	6.146	1	1
Salto Veloso	4.361	1	1
Santa Cecília	15.902		
S. Cristovão Sul	5.089		
Tangará	8.653		
Timbó Grande	7.268	1	1
Videira	48.064		
Alto Vale do Rio do Peixe	277.125	6	6

Fonte: GEABS. SES/SC, 2013.

Figura RP-2. Número absoluto e percentual, de municípios que tem e que não têm psicólogo em NASF, Região do Alto Vale do Rio do Peixe, 2013.

O município de Caçador mantém um CAPS i e um AD. Há, na região, outros 5 CAPS I. Um deles, o de São Cristóvão do Sul, é microrregional e atende também Ponte Alta do Norte.

Tabela RP-4. Disponibilidade de CAPS, segundo a modalidade, na Região do Alto Vale do Rio do Peixe, 2014.

Município	População	I	II	AD	i	III	Total
Arroio Trinta	3.504						0
Caçador	71.886		1	1			2
Calmon	3.375						0
Curitibanos	38.003	1					1
Fraiburgo	34.796	1					1
Frei Rogério	2.399						0
Ibiam	1.944						0
Iomerê	2.768						0
Lebon Régis	11.862						0
Macieira	1.815						0
Matos Costa	2.784						0
Pinheiro Preto	3.190						0
Ponte Alta do Norte	3.316						0
Rio das Antas	6.146						0
Salto Veloso	4.361						0
Santa Cecília	15.902	1					1
São Cristovão do Sul	5.089	1*					1
Tangará	8.653						0
Timbó Grande	7.268						0
Videira	48.064	1					1
Alto Vale do Rio do Peixe	277.125	5	1	1			7

*São Cristovão do Sul e Ponte Alta do Norte

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

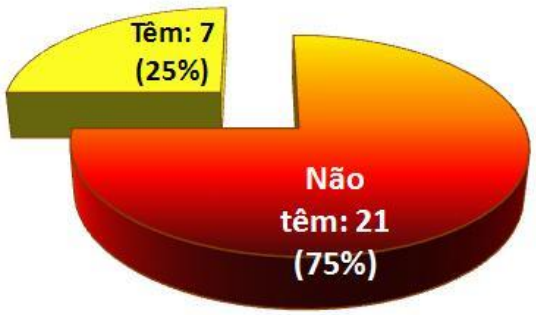
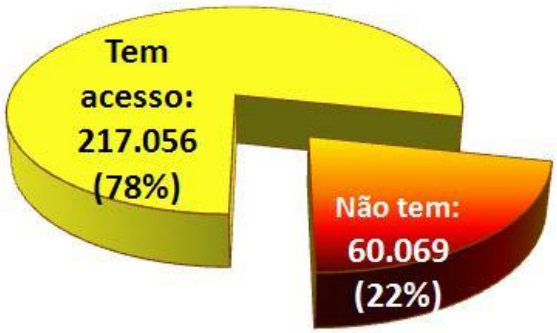


Figura RP-3. Número absoluto e relativo de municípios que têm e que não têm serviços de CAPS disponíveis à população, Região do Alto Vale do Rio do Peixe, 2014.

O percentual de municípios que não disponibilizam serviços de CAPS é alto: 75%. Contudo, estes municípios carentes em relação à saúde mental são os de menor população e contam com apenas 22% dos habitantes da região.

Figura RP-4. Número absoluto e relativo da população com e sem acesso a serviços de CAPS, Região do Alto Vale do Rio do Peixe, 2014.



Há, na região, quatro hospitais que atendem casos psiquiátricos. Dois deles têm alas psiquiátricas formais. O Hospital Regional Hélio dos Anjos Ortiz, de Curitibanos, é público, estadual, e mantém uma enfermaria de 20 leitos.

Tabela RP-5. Disponibilidade de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, em municípios da Região do Alto Vale do Rio do Peixe, 2013.

Município	CNES - Hospital	Leitos
VIDEIRA	2302500 - HOSP.SALVATORIANO DIVINO SALVADOR	1
LEBON REGIS	2691833 - HOSPITAL E MATERNIDADE STO ANTONIO	1
CURITIBANOS	2302101 - HOSP. HÉLIO ANJOS ORTIZ	20
SANTA CECÍLIA	2302748 - HOSP. E MATERNIDADE STA CECÍLIA	30

Fonte: CNES, 2013.

O Hospital Regional de Curitibanos (Hospital Hélio dos Anjos Ortiz) tem feito uma média de 385 internações psiquiátricas pelo SUS, ao ano, no quinquênio 2008 a 2012.

Tabela RP-6. Número de internações psiquiátricas pelo SUS, Hospital Regional de Curitibanos, 2008 a 2012.

Transtornos	2008	2009	2010	2011	2012	Média
Demência	2	11	9	5	4	6,2
Transt. por álcool	100	104	102	119	134	111,8
Transt. por outras drogas	2	5	22	42	58	25,8
Esquizofrenia e conexos	158	94	102	100	103	111,4
Transtornos afetivos	83	134	106	125	103	110,2
Transt. neurót icos	4	9	3	-	3	3,8
Retardo mental	1	-	8	9	6	4,8
Outros	8	16	11	7	15	11,4
Total (F0 a F9 da CID-10)	358	373	363	407	426	385,4

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

O valor anual destas internações tem sido, em média, um pouco superior a R$252.000,00, no quinquênio.

Tabela RP-7. Valor total das internações psiquiátricas pelo SUS, em reais, Hospital Regional de Curitibanos, 2008 a 2012.

Transtornos	2008	2009	2010	2011	2012	Média
Demência	1.530,31	6.085,71	6.072,55	3.398,02	3.108,46	4.039,01
Transt. por álcool	50.213,06	55.896,80	72.186,15	87.946,43	84.350,75	70.118,64
Transt. por outras drogas	943,44	1.953,62	14.906,85	25.163,00	43.281,24	17.249,63
Esquizofrenia e conexos	92.894,01	55.471,65	82.311,29	84.307,74	84.721,54	79.941,25
Transtornos afetivos	39.359,10	72.765,98	74.031,13	90.650,56	66.191,79	68.599,71
Transt. neurót icos	1.092,97	4.146,43	1.539,98	-	1.928,25	1.741,53
Retardo mental	353,79	-	6.810,55	6.589,58	3.940,16	3.538,82
Outros	3.586,69	7.646,98	5.799,47	5.520,42	12.098,34	6.930,38
Total (F0 a F9 da CID-10)	189.973,37	203.967,17	263.657,97	303.575,75	299.620,53	252.158,96

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

A média de permanência tem sido breve, ao redor de 12 dias, o que mostra estar, o Hospital Regional de Curitibanos, trabalhando as crises e dando alta em seguida. Se for integrado a um trabalho de rede, o Hospital Regional poderá contribuir muito para com a qualidade da assistência. Precisaria, para tanto, ter a ajuda de um CAPS que fizesse os contatos com os municípios dos pacientes em alta, organizasse a regulação, e supervisionasse a continuidade imediata da linha de cuidados. Os casos de pacientes buscando reinternações frequentes seriam também alvo deste trabalho.

Tabela RP-8. Média de permanência, em dias, nas internações psiquiátricas pelo SUS, Hospital Regional de Curitibanos, 2008 a 2012.

Transtornos	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Demência	18,5	13,2	10,8	10,4	11,5	12,2
Transt. por álcool	12,2	12,1	11,6	11,9	10,2	11,5
Transt. por outras drogas	13,5	9,2	11,5	10	11,4	10,9
Esquizofrenia e conexos	15	13,4	13,3	14	13,7	14
Transtornos afetivos	12,3	12,1	11,4	11,8	10,6	11,6
Transt. neurót icos	6,8	9,6	8,3	...	10,3	8,9
Retardo mental	9	...	14	11,7	11,2	12,2
Outros	11,6	10	8,3	12,7	12,7	10,9
Total (F0 a F9 da CID-10)	13,4	12,3	11,9	12,2	11,4	12,2

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Ocorre, na região, um volume grande de internações típicas da fragilidade da rede comunitária especializada.

Este volume foi incrementado pela criação de uma unidade psiquiátrica avantajada, montada em moldes pouco técnicos, no município de Santa Cecília, pouco resolutiva. O hospital de Santa Cecília, oficialmente com 123 leitos, registra 30 leitos psiquiátricos no CNES. Contudo, há indícios de que, na prática, nos últimos anos, tem trabalhado com mais.

Tabela RP-9. Número de internações psiquiátricas pelo SUS, Hospital e Maternidade Santa Cecília, 2008 a 2012.

Transtornos	2009	2010	2011	2012	Média
Demência	-	-	9	15	6
Transt. por álcool	10	180	227	243	165
Transt. por outras drogas	3	61	193	263	130
Esquizofrenia e conexos	2	165	136	124	106,75
Transtornos afetivos	13	96	273	292	168,5
Transt. neurót icos	-	-	2	-	0,5
Retardo mental	-	-	1	4	1,25
Outros	11	40	1	-	13
Total (F0 a F9 da CID-10)	39	542	842	941	591

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Em Santa Cecília, o hospital iniciou as atividades do setor de psiquiatria em 2009, ano em que realizou poucas internações. O numero foi aumentando. Chegou a fazer quase mil internações ao longo do ano de 2012. Caso efetivamente tenha dedicado 30 leitos à psiquiatria, teria usado o mesmo leito 30 vezes no ano, ou seja, aproximadamente 2,5 vezes por mês. A média de permanência deveria, então, estar ao redor de 12 dias. Os registros mostram uma média de permanência duas vezes maior, o que leva a crer que o hospital tenha usado um número maior de leitos, próximo a 50 ou 60.

Tabela RP-10. Média de permanência, em dias,nas internações psiquiátricas pelo SUS, Hospital e Maternidade Santa Cecília, 2008 a 2012.

Transtornos	2009	2010	2011	2012	Total
Demência	...	...	33,6	29,4	31
Transt. por álcool	30,1	20,4	27,2	26,9	25,3
Transt. por outras drogas	17,3	16,3	22	26,4	23,5
Esquizofrenia e conexos	26,5	18,8	27,7	26,3	23,9
Transtornos afetivos	19,2	20,3	23,9	24,9	23,7
Transt. neurót icos	...	...	35	...	35
Retardo mental	...	...	6	29,3	24,6
Outros	28,4	19,4	18	...	21,3
Total (F0 a F9 da CID-10)	24,8	19,4	25,1	26,1	24,2

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

A taxa de mortalidade hospitalar nas internações psiquiátricas em Santa Cecília, foi 0,37 no ano de 2010 e foi 0,71 no ano de 2011, um pouco maior do que a média catarinense. Baixou para 0,21 em 2012, ano em que, coincidentemente, algumas reformas no processo de trabalho foram implementadas[156].

[156] A taxa de mortalidade hospitalar é a .relação percentual entre o número de óbitos ocorridos em pacientes internados durante um determinado período, e o número de pacientes saídos (altas e óbitos), no mesmo período. A fórmula para o cálculo é: (n° de óbitos em determinado período X 100)/n° de saídas no mesmo período.

Tabela RP-11. Número de óbitos em internações psiquiátricas, no Hospital de Santa Cecília, 2010 a 2012.

Transtornos	2010	2011	2012	Total
Transt. por álcool	2	1	1	4
Transt. por outras drogas	-	2	-	2
Esquizofrenia e conexos	-	1	1	2
Transtornos afetivos	-	2	-	2
Total	2	6	2	10

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

O valor total das internações, recebido pelo Hospital Santa Cecília, pago por autorizações de internação hospitalar (AIH), no ano de 2012, foi de R$1.368.783,95.

Tabela RP-12. Valor total das internações psiquiátricas pelo SUS, Hospital e Maternidade Santa Cecília, 2008 a 2012.

Transtornos	2009	2010	2011	2012	Média
Demência	-	-	16.856,00	24.741,00	20.798,50
Transt. por álcool	16.688,00	205.240,00	344.176,00	366.732,00	233.209,00
Transt. por outras drogas	2.632,00	55.720,00	234.080,00	385.693,95	169.531,49
Esquizofrenia e conexos	2.856,00	172.592,00	211.064,00	182.244,00	142.189,00
Transtornos afetivos	13.675,28	108.528,00	364.896,00	402.821,00	222.480,07
Transt. neurót icos	-	-	3.920,00	-	3.920,00
Retardo mental	-	-	336,00	6.552,00	3.444,00
Outros	16.940,57	43.400,00	1.008,00	-	20.449,52
Total	52.791,85	585.480,00	1.176.336,00	1.368.783,95	795.847,95

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Para garantir qualidade o Hospital de Santa Cecília precisará de melhoras no tocante a aspectos de vigilância sanitária, quanto à qualificação da equipe, e quanto à qualidade dos processos de trabalho. Há indícios de que a instituição encontre dificuldades próprias do sistema ambulatorial dos municípios e tenha, também, relutâncias para evitar readmissões sequenciais, ao estilo "porta giratória" hospitalar (*revolving door*)[157]. O fenômeno do

[157] O fenômeno do reingresso frequente no hospital, sem uma assistência seqüencial nos intervalos é característica de sistemas de saúde pouco organizados. Nos Estados Unidos a situação tem sido estudada e há uma luta do governo contra esta tendência, punindo os hospitais que a incentivam. O fenômeno é mais intenso diante de quadros crônicos, de qualquer tipo, não só psiquiátricos. Em alguns estados norte-americanos as contas hospitalares dos pacientes que se reospitalizam num prazo de 30 dias deixam de ser pagas. Vide:

ASQ. **Penalties Spur Hospitals to Slow Revolving Door**. American Society for Quality, 12 abr. 2013. Disponível em: <http://asq.org/qualitynews/qnt/execute/displaySetup?newsID=15780 >.

Hospitals Face Pressure to Avert Readmissions. **The New York Times**, 26 nov 2012. Disponível em: <http://www.nytimes.com/2012/11/27/health/hospitals-face-pressure-from-medicare-to-avert-readmissions.html?_r=0 >.

GREENE, J. Penalties spurMichigan hospitals. Crain's Detroit Business, 9 abr. 2013. Disponível em: <http://www.modernhealthcare.com/article/20130409/INFO/304099991>.

reingresso seqüenciado, ou porta giratória, vem sendo debatido e diminuído na Europa e no Canadá[158]. É decorrência de dificuldades familiares, de falhas no serviço social, de falhas no sistema de saúde e da cultura institucional dos hospitais e dos ambulatórios.

RWJF. **The Revolving Door**: a Report on U.S. Hospital Readmissions. An Analysis of Medicare Data by the Dartmouth Atlas Project. Robert Wood Johnson Foundation, fev. 2013. Disponível em: <http://www.rwjf.org/content/dam/farm/reports/reports/2013/rwjf404178>.

[158] Vide:

GARRIDO, P.; SARAIVA, C. Revolving door syndrome: A new meaning for an old concept? **European Psychiatry**. Vol. 26, Sup. 1, 2011, p. 1114.

MADI N, ZHAO H, LI JF: Hospital readmissions for patients with mental illness in Canada. **Healthcare Quarterly** 10:30–32, 2007. Disponível em: <http://scholar.google.com/scholar_url?hl=en&q=https://www.longwoods.com/product/download/code/18818&sa=X&scisig=AAGBfm07ROMfw2xcbHe9zPBiXS7RvyfmIw&oi=scholarr>.

3 Imagem objetivo (a rede idealizada pelo Grupo Condutor Estadual)

Um CAPS AD II microrregional, em Videira, poderiam atender Ibiam, Tangará, Pinheiro Preto, Iomerê, Arroio Trinta, Salto Veloso e Macieira, perfazendo uma população de aproximadamente 72 mil pessoas.

Figura RP-5. Acessos rodoviários aos municípios de Videira e Caçador.
Fonte: DEINFRA/SC, 2012. Disponível: < http://www.infoescola.com/mapas/mapa-rodoviario-de-santa-catarina/>.

Converter o CAPS AD II de Caçador em microrregional, permitiria atender Matos Costa e Calmon, o que ampliaria sua população atendida, de aproximadamente 72 mil, a cerca de 77 mil habitantes.

Figura RP-6. Acessos rodoviários de Timbó Grande e Lebon Régis a Santa Cecília
Fonte: DEINFRA/SC, 2012.

Lebon Régis e Timbó Grande poderiam ser atendidos no CAPS I de Santa Cecília. Curitibanos poderia atender Frei Rogério, em seu CAPS I. Ponte Alta do Norte já está sendo atendida em São Cristóvão do Sul. Desta forma, praticamente toda a população teria um centro especializado de referência, que poderia trabalhar com a rede básica, através de matriciamento.

Figura RP-7. Acessos de Frei Rogério e Lebon Régis a Curitibanos, vendo-se a rodovia BR470, que corta o Estado de leste a oeste, e a BR116, no sentido norte-sul, passando por Ponte Alta e São Cristóvão do Sul.
Fonte: DEINFRA/SC, 2012.

Tabela RP-13. Estimativa da necessidade de vagas em unidades de acolhimento para adultos e para menores de 18 anos, Região de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe, 2013.

Município	População	Adulto	Infanto-Juvenil
Arroio Trinta	3.504	0,2	0,1
Caçador	71.886	3,6	1,6
Calmon	3.375	0,2	0,1
Curitibanos	38.003	1,9	0,8
Fraiburgo	34.796	1,7	0,8
Frei Rogério	2.399	0,1	0,1
Ibiam	1.944	0,1	0,0
Iomerê	2.768	0,1	0,1
Lebon Régis	11.862	0,6	0,3
Macieira	1.815	0,1	0,0
Matos Costa	2.784	0,1	0,1
Pinheiro Preto	3.190	0,2	0,1
Ponte Alta do Norte	3.316	0,2	0,1
Rio das Antas	6.146	0,3	0,1
Salto Veloso	4.361	0,2	0,1
Santa Cecília	15.902	0,8	0,4
São Cristovão do Sul	5.089	0,3	0,1
Tangará	8.653	0,4	0,2
Timbó Grande	7.268	0,4	0,2
Videira	48.064	2,4	1,1
Alto Vale Rio do Peixe	277.125	14	6

Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação, SUR, SES/SC, 2013.

Os cálculos para a necessidade de vagas em unidades de acolhimento resultam em 14 para adultos e 6 infanto-juvenis.

Há, no Hospital de Custódia e Tratamento, em Florianópolis, 2 moradores crônicos, procedentes do Alto Vale do Rio do Peixe, à espera de um programa de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. Com outros 6 do Centro de Convivência Santana, pode-se-ia instalar um residencial terapêutico tipo I, regional.

Os temas em debate que motivaram a CIR incluem:

a) a criação de um CAPS i regional.
b) a criação de um CAPS AD II em Videira, microrregional.
c) a conversão do CAPS AD II de Caçador em microrregional.
d) a conversão do CAPS I de Curitibanos em microrregional.
e) a conversão do CAPS I de Santa Cecília em microrregional.
f) a criação de 2 unidades de acolhimento para adultos, de 7 vagas cada uma (num total de 14 vagas regionais) e de uma unidade de acolhimento infanto-juvenil, de 6 vagas, como referências regionais.
g) apoiar a adequação e a qualificação da unidade psiquiátrica do Hospital Regional de Curitibanos, mediante projeto técnico do hospital[159], como serviço de referência a transtornos mentais e a transtornos resultantes do abuso de álcool, crack e outras drogas psicoativas, sob regulação de um CAPS, de forma integrada aos serviços comunitários. O mesmo para o Hospital Divino Salvador, de Videira, incentivando a criação de 4 novos leitos.
h) avaliar e monitorar o Hospital de Santa Cecília, montando um plano de revisão dos processos de trabalho e de melhora das condições técnicas e da equipe terapêutica.
i) construção de contatos e vínculos intersetoriais, especialmente com o Sistema Único de Assistência Social.
j) definição, em protocolo, de um fluxo intersetorial entre instituições da educação, da segurança pública, da assistência social e da saúde.
k) montagem de um programa de qualificação e de educação continuada na atenção psicossocial, por parte da Secretaria de Estado da Saúde, abrangendo as equipes de saúde mental e de saúde da família, da região.
l) montagem de um programa de divulgação de protocolos assistenciais, a cargo da Secretaria de Estado da Saúde, capacitando as equipes da região para seu uso.
m) montagem de um programa de prevenção do óbito autoprovocado, a cargo da Secretaria de Estado da Saúde, voltado às equipes da região.
n) implantação ou qualificação de trabalho de matriciamento.
o) incentivo à intensificação de supervisão de equipes de CAPS.
p) estabelecimento de equipes de NASF em todos os municípios, com psicólogos.
q) instalação de um serviço residencial terapêutico, de 8 vagas, com programa de desinstitucionalização e reabilitação supervisionado por um CAPS.

[159] Adaptado integralmente aos termos do Art. 10 da Portaria 3.088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, à Portaria nº 148/GM/MS, de 31 de janeiro de 2012 (alterada pela Portaria 1.615/GM/MS, de 26 de julho de 2012) e à Portaria 952/SAS/MS, de 12 de setembro de 2012.

4 A Rede pactuada pela CIR da região de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe

Em 9 de agosto de 2013, a CIR da Região do Alto Vale do Rio do Peixe aprovou a Rede de Atenção Psicossocial.

Pactuou a ampliação do número de NASF e de equipes de Saúde da Família na região.

Especificamente no componente da Atenção Psicossocial ficou aprovada a implantação de um CAPS AD Regional no município de Videira e outro no município de Curitibanos, como referência aos municípios que compreendem as áreas das respectivas Gerências Regionais de Saúde.

Também foi aprovada a implantação de um CAPS AD III Regional e um CAPS i Regional no município de Caçador, sendo que estes serviços serão referência para os vinte municípios que compreendem esta Região de Saúde.

No componente Atenção Residencial de Caráter Transitório ficou aprovado a implantação de uma Unidade de Acolhimento tipo adulto e, em um segundo momento, uma Unidade de Acolhimento infanto-juvenil no município de Caçador, para dar suporte aos vinte municípios desta Região de Saúde.

Quanto a comunidades terapêuticas conveniadas ao SUS, ficou aprovada a habilitação de dois módulos de quinze vagas na Comunidade Terapêutica São Francisco em Videira, tendo como suporte o CAPS I de Videira e o CAPS I de Fraiburgo e um módulo de quinze vagas na Casa de Recuperação Água da Vida – CRAVI em Curitibanos, sendo o CAPS I de Curitibanos o suporte para este serviço.

No componente hospitalar, com base nos parâmetros da Portaria 148 foi aprovada a habilitação de 10 (dez) leitos psiquiátricos no Hospital Hélio Anjos Ortiz e implantados 4 (quatro) leitos psiquiátricos novos no Hospital de Fraiburgo.

No componente estratégia de reabilitação psicossocial ficou aprovada a implantação de iniciativas de trabalho e geração de renda em todos os municípios que possuem CAPS atualmente, sendo que no município de Fraiburgo este trabalho já é desenvolvido, possuindo inclusive uma Associação de Pais e Pacientes do CAPS já instituída formalmente. Encerrada a apresentação foi aprovada por unanimidade o Plano de Ação para a Rede Psicossocial, o qual será encaminhado ao grupo condutor macrorregional das redes.

5 A aprovação da Rede de Atenção Psicossocial pela Comissão Intergestores Regional (CIR) da Região de Saúde do Alto Vale do Rio Peixe

CIR da Região do Alto Vale do Rio do Peixe

ATA Nº 082013

Aos nove dias (09) do mês de agosto do ano de dois mil e treze (2013), as nove (09:00) horas, reuniram-se no Auditório da Associação do Alto Vale do Rio do Peixe - AMARP (SC) para reunião ordinária, os Secretários Municipais de Saúde e técnicos das Secretarias de Saúde integrantes da CIR - Comissão Intergestores Regional da Região do Alto Vale do Rio do Peixe. Iniciando os trabalhos, a Sra. Beatriz Perotto Pretto fez uso da palavra dando as boas vindas a todos os presentes, em seguida passou a palavra ao Presidente da CIR Sr. Selmir Paulo Bodanese. Sr. Selmir colocou aos colegas secretários sobre as dificuldades encontradas nestes últimos sessenta dias que esteve afastado de suas funções da CIR, pois estava em trâmite jurídico a sua permanência como secretário, tendo em vista que o seu irmão é prefeito do município de Rio das Antas, no entanto agora que este impasse já teve resolução, retomará as atividades. Em seguida solicitou que a secretária da CIR, Sra. Nilce Pinz fizesse a leitura da ata da reunião anterior, sendo a mesma aprovada por todos. Posteriormente seguindo a pauta da reunião, a Secretária Nilce Pinz e Srta. Indiara Viero, apresentaram a proposta do Plano de Ação da Rede de Atenção Psicossocial, da Região do Alto Vale do Rio do Peixe, o qual será integrado a rede macrorregional do Meio Oeste Catarinense. Iniciou sua apresentação relatando que não pertence ao grupo condutor das redes, no entanto participou de todas as discussões sobre a implantação das redes na região e então estaria apresentando o consolidado que cada Regional de Saúde encaminhou, após reunião com os municípios, deixando a palavra em aberto para alterações necessárias. A metodologia de apresentação utilizada foi uma planilha semelhante a utilizada na Rede de Atenção às Urgências, com todos os componentes pertencentes a Rede Psicossocial. No componente atenção básica, a Secretária de Saúde de Tangará Sra. Clarice solicitou a inclusão de mais uma equipe de saúde da família, pois o município ampliou sua cobertura da Estratégia de Saúde da Família para três equipes. No que tange ao NASF, manifestaram-se os seguintes municípios: Calmon que solicitou a inclusão do NASF Federal tipo 3, o município de Tangará solicitou inclusão do NASF Federal tipo 2 e os municípios de Macieira, Rio das Antas, Arroio Trinta e Salto Veloso estão em processo de migração do NASF SC para o NASF Federal tipo 3. Com relação a Atenção de Urgência e Emergência não houve nenhuma alteração, pois foi uma discussão já realizada na construção da Rede de Atenção às Urgências. Especificamente no componente da Atenção Psicossocial ficou aprovado a implantação de um CAPS AD Regional no município de Videira e outro no município de Curitibanos, sendo referência os municípios que compreendem cada Gerência de Saúde respectivamente. Também houve a aprovação da implantação de um CAPS AD III Regional e um CAPS i Regional no município de Caçador, sendo que estes serviços serão referência para os vinte municípios que compreendem esta Região de Saúde. No componente Atenção Residencial de Caráter Transitório ficou aprovado a implantação de uma Unidade de Acolhimento Adulto e em um segundo momento uma Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil no município de Caçador, para dar suporte aos vinte municípios desta Região de Saúde. Com relação ao serviço residencial em caráter transitório ficou aprovado a habilitação de dois módulos de quinze vagas na Comunidade Terapêutica São Francisco em Videira, tendo como suporte o CAPS I de Videira e o CAPS I de Fraiburgo e um módulo de quinze vagas na Casa de Recuperação Água da Vida – CRAVI em Curitibanos, sendo o CAPS I de Curitibanos o suporte para este serviço. No componente hospitalar houve a manifestação da Sra. Leila, Secretária de Saúde de Santa Cecília, pois no seu município o Hospital e Maternidade Santa Cecília conta atualmente com 30 leitos psiquiátricos e após uma reunião com técnicos da Secretaria de Estado da Saúde teve a orientação de incluir o hospital na Rede de Atenção Psicossocial, tendo em vista que esta instituição também carece de recursos e investimentos. A Sra. Nilce colocou que foi realizada a tentativa de solicitar uma ampliação do número de leitos psiquiátricos na região, na reunião macrorregional, no entanto, com base nos parâmetros da

Portaria 148 não seria possível, pois conforme foi aprovado na Rede de Atenção às Urgências seria habilitados 10 (dez) leitos psiquiátricos no Hospital Hélio Anjos Ortiz e implantados quatro leitos psiquiátricos novos no Hospital de Fraiburgo. Também relatou que no momento que foi apresentada a proposta de habilitação de 10 (dez) leitos psiquiátricos no Hospital e Maternidade Santa Cecília foi colocado pela Sra. Ivanice dos problemas enfrentados no hospital no que tange a estruturação do serviço e regularidades. A Sra. Leila relatou que o Hospital está procurando sanar e adequar as irregularidades, inclusive com contratação de novos médicos e a liberação do alvará sanitário. Sendo assim, foi deliberado pelos presentes que o prestador encaminhe um documento a CIR solicitando a habilitação de leitos psiquiátricos com a sua devida justificativa, para que seja encaminhado para o grupo condutor das redes. A solicitação para ampliação de leitos, foi argumentada pelos secretários, devido a grande demanda de pacientes usuários de álcool e outras drogas e a dificuldade de garantia de acesso e vagas disponíveis para internação, principalmente nas situações em que há requisição do Ministério Público, o que acaba onerando os municípios, pois devido ao prazo, se obrigam a pagar pela internação. No componente estratégia de reabilitação psicossocial ficou aprovado a implantação de iniciativas de trabalho e geração de renda em todos os municípios que possuem CAPS atualmente, sendo que no município de Fraiburgo este trabalho já é desenvolvido, possuindo inclusive uma Associação de Pais e Pacientes do CAPS já instituída formalmente. Encerrada a apresentação foi aprovada por unanimidade o Plano de Ação para a Rede Psicossocial, o qual será encaminhado ao grupo condutor macrorregional das redes. Na sequência a Sra. Nilce Pinz, realizou a apresentação da Rede de Atenção às Urgências e os passos para habilitação dos serviços aprovados no Plano de Ação, de acordo com as portarias federais específicas para cada serviço, sendo este material posteriormente encaminhado a todos os secretários de saúde como material de apoio. Seguindo a pauta a Sra. Nilce Pinz falou sobre o recurso da Educação Permanente, o qual já foi descentralizado para o Fundo Municipal de Saúde de Fraiburgo, sendo que o mesmo será utilizado para realizar as capacitações promovidas pelo CIES. O curso de Controle/Avaliação e Auditoria terá uma carga horária de 180 horas, sendo disponibilizadas duas turmas de 30 (trinta) alunos. Sendo deliberado pelos presentes como pólo para realização os municípios de Fraiburgo e Caçador. Tendo em vista a grande importância deste curso foi sugerido pelo Sr Ricardo Stanguerli, do município de São Cristóvão do Sul) para que seja verificada a possibilidade de ampliação no número de vagas, para duas turmas de quarenta alunos. Outro curso que será realizado é o de Capacitação em Saúde Mental para trabalhadores da atenção básica, com carga horária de 48 horas, sendo definido os pólos de Caçador, Videira e Curitibanos para realização do curso. Em seguida foi aberto espaço para manifestação das gerências de saúde e dos municípios. O Gerente de Saúde de Videira, Sr. Vilmar Comby, solicitou a aprovação desta CIR para o remanejamento de 50 (cinqüenta) AIHs do município de Timbó Grande, sendo 10 (dez) AIHs para o município de Pinheiro Preto e 40 (quarenta) AIHs para o município de Salto Veloso. Também colocou sobre o desconhecimento das dificuldades que o Sr. Selmir Bodanese vinha enfrentando, que por vezes questionou a sua ausência, mas que deseja sucesso no seu retorno as atividades. Encerrando sua fala, solicitou que os municípios que estiverem com dificuldades no TFD devem oficializar a Gerência de Saúde para que tome as devidas providências para resolução do caso. A Sra. Leila, Secretária de Santa Cecília relatou que vem enfrentando muitos problemas com relação a falta de insulina. Justificando seu questionamento o Sr. Vilmar Comby colocou que vai verificar com os técnicos da Gerência de Saúde, no entanto o grande problema está no transporte, haja visto que devido a dificuldade de carro, tem solicitado a colaboração dos municípios para trazer os materiais e insumos de Florianópolis. Já a Sra. Clarice, Secretária de Saúde de Tangará colocou que seu município está com dificuldades com relação ao serviço de oxigenoterapia domiciliar do Estado, pois os processos encaminhados a SES são aprovados rapidamente, no entanto a empresa vencedora do certame para realizar a instalação, manutenção e desinstalação dos equipamentos, no caso a White Martins, tem tido muita demora, existem processos aprovados no mês de março pela SES e até o momento a empresa não compareceu no município para instalação. Em contato com os técnicos da SES, os mesmos orientam que os

municípios mantenham contato telefônico com a referida empresa, no entanto é de entendimento dos secretários que está é uma função da SES. Sendo assim, ficou aprovado o encaminhamento de um documento a área técnica da SES solicitando agilidade na sequência da aprovação dos processos, bem como a instalação imediata após a aprovação do processo. Posteriormente, foi repassado a palavra a Sra. Luciana, administradora do Hospital de Fraiburgo, a qual informou que o hospital esta se organizando para iniciar o mutirão de cirurgias eletivas, neste primeiro momento realizando cirurgias nas áreas de otorrinolaringologia (adenóide e amígdala), laqueadura tubária e alguns procedimentos de ortopedia, sendo assim solicita que os municípios encaminhem via e-mail a sua demanda reprimida para que o hospital possa organizar a agenda. Em reação a ortopedia os profissionais solicitam o envio com antecedência dos processos de TFD para avaliar se é possível realizar o procedimento cirúrgico no hospital; a previsão para início do mutirão é para o mês de setembro. A Sra. Tarciana, Gerente de Saúde de Caçador solicitou a palavra e colocou aos presentes que informalmente ficou sabendo que a Gerente de Saúde de Joaçaba esteve no Hospital Divino Salvador de Videira para realizar vistoria nas instalações para implantação do serviço de alta complexidade em cardiovascular e que por razões desconhecidas, chegou-se a conclusão da inviabilidade de implantação deste serviço, ainda incentivando a implantação do serviço de alta complexidade em ortopedia. Também colocou que o Hospital Maice de Caçador também tem interesse em estar implantando este serviço e que em virtude de já possuir implantado o serviço de neurologia de alta complexidade teria mais facilidade na aprovação, mas que conforme discussão antigas nesta CIR, é a SES quem deve se manifestar tecnicamente em qual hospital será possível implantar o serviço. Com relação a cardiovascular relatou que houve uma mobilização de secretários, prefeitos e a imprensa da região apoiando o hospital de Videira e que agora sem justificativa houve desistência na impantação, cabendo a direção do Hospital de Videira uma explicação acerca do assunto. A Sra. Tarciana também solicitou a CIR que seja encaminhado um documento ao Estado para que a Gerente de Saúde de Joaçaba não interfira em municípios que não pertençam a sua jurisdição e outro documento ao Hospital Divino Salvador solicitando um posicionamento e justificativa da desistência da cardiovascular de alta complexidade. Ainda com relação a cardiovascular a Sra. Tarciana relatou que a equipe interessada na implantação do serviço procurou o Hospital Maice para uma conversa e apresentação da proposta para possível implantação do serviço nesta instituição. O Sr. Caetano, Secretário de Saúde de Videira, colocou que sempre que houve manifestação na imprensa por parte do município foi relatado que se fosse possível estaria sendo implantado o serviço de cardiovascular e que segundo o Sr. Flamariom a equipe já havia avaliado o centro cirúrgico e constatado que o mesmo é inadequado. A Sra. Luciana falou que não pode se manifestar em nome do hospital, no entanto no período que esteve atuando nesta instituição confirma que houve uma mobilização da região e que a equipe da cardiologia e a Philips avaliaram o centro cirúrgico como viável para o serviço. A Sra. Beatriz também relatou a respeito da cardiovascular, pois o primeiro contato da equipe foi feito com ela e a mesma intermediou com o Hospital Divino Salvador pois acreditava que seria importante para a instituição e para a região, inclusive o diretor do hospital, Sr. Flamariom havia colocado que iniciaria a realização dos procedimentos no mês de fevereiro e futuramente seria referência para outros municípios além dos municípios que compreendem a região de saúde. No entanto, nesta semana o Dr. Robson da equipe da cardiologia entrou em contato telefônico e relatou que havia sido feita uma vistoria pela Sra. Ivanice e que a mesma colocou que não seria possível a habilitação da cardiovascular e que se fosse de interesse do hospital a ortopedia poderia ser habilitada de imediato. A Sra. Beatriz citou que o Dr. Robson relatou também que os equipamentos estão sendo adquiridos e os mesmos permanecem disponíveis para a região e caso não seja possível em Videira, estarão conversando com Caçador. A Sra. Nilce Pinz comentou que em contato telefônico com o diretor do Hospital Divino Salvador, o mesmo colocou que estaria desistindo da cardiovascular, sendo convidado para participar da reunião da CIR e apresentar as justificativas referentes à desistência do serviço já que houve uma movimentação grande de Prefeitos, Secretários de Saúde e Técnicos na região para a implantação do Serviço.

A Sra. Beatriz leu o ofício encaminhado pelo Hospital Maicê, para a CIR, solicitando apoio para implantação do Serviço de Traumato-Ortopedia neste Hospital. A Sra. Elizabeth de Fátima Lima, Diretora do Hospital Maicê de Caçador, informou que segundo a Portaria 90/2009 para implantação do serviço de ortopedia é pré-requisito possuir o serviço de neurologia alta complexidade. Momento em que foi aprovado pelos presentes pelo encaminhamento de deliberação de apoio. Da mesma forma foi exposto que se o Hospital Divino Salvador de Videira, fizer a mesma solicitação, esta CIR também estará deliberando pelo apoio para implantação do serviço. Em seguida houve algumas manifestações em relação ao serviço de neurocirurgia junto ao Hospital Maicê de Caçador, o qual apresenta problemas. A Sra. Leiá, Secretária de Saúde de Santa Cecília, colocou que este serviço só aceita ressonância realizada na clínica Digimax, a qual o profissional médico do hospital é sócio. Como sugestão, ficou definido que o assunto seja colocado em pauta para discussão na próxima reunião da CIR, para tanto os Municípios devem trazer suas dificuldades para o colegiado. A Sra. Juliana, técnica da Secretaria de Saúde de Salto Veloso colocou sobre a importância da garantia de acesso aos municípios dos serviços implantados, principalmente no Hospital Maice de Caçador que já enfrentam problemas. O Sr. Vilmar Comby informou que nos dias quinze e dezesseis de agosto será feita uma vistoria pelo Estado na Clinica de Saúde Auditiva de Videira para posterior contratualização e implantação do serviço, não havendo mais a necessidade de deslocamento a Florianópolis. Encerrando a reunião o Sr. Selmir Bodanesi convidou a todos para a inauguração de uma Unidade de Saúde e Pronto Atendimento no município de Rio das Antas, a realizar-se no dia dezessete de agosto. Nada mais havendo a tratar, encerrou-se a presente reunião, e esta ata que após lida e aprovada, será pelos presentes assinada. Videira, 09 (nove) de agosto de dois mil e treze (2013).

6 A matriz diagnóstica da Rede de Atenção Psicossocial para a Região de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe, em Santa Catarina, na forma da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde

MATRIZ DIAGNÓSTICA - REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL					
Região de Saúde: **Alto Vale do Rio do Peixe**					
20 Municípios: Arroio Trinta, Caçador, Calmon, Curitibanos, Fraiburgo, Frei Rogério, Ibiam, Iomerê, Lebon Régis, Macieira, Matos Costa, Pinheiro Preto, Ponte Alta do Norte, Rio das Antas, Salto Veloso, Santa Cecília, São Cristovão do Sul, Tangará, Timbó Grande e Videira.					
População: 277.125 habitantes					
COMPO-NENTE	**Ponto de Atenção**	**Necessidade**	**Existentes**	**Déficit**	**Parâme-tro**
I. Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde	115 equipes de Saúde da Família (ESF). Supervisão e apoio matricial organizado, regulação do acesso, protocolos assistenciais.	48 ESF (53,39% de cobertura)	67 ESF. Supervisão e apoio matricial organizado, regulação do acesso, protocolos assistenciais.	Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica, de 21 de outubro de 2011
	Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas	0	0	0	Portaria que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família	13 NASF	6 NASF (todos com psicólogo)	7 NASF	Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica - 2011
	Centro de Convivência	1	0	1	

COMPONENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Parâmetro
II. Atenção Psicossocial Especializada	Centro de Atenção Psicossocial				
	CAPS I	1	4 (Fraiburgo, Videira, Curitibanos, Santa Cecília)	0	Municípios ou regiões com pop. acima de 15 mil hab.
	CAPS II	1	1 (Caçador)	0	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS III	0	0	0	Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab
	CAPS AD	2	1 (Caçador)	2 (Videira, Curitibanos)	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS ADIII	1 (Caçador)	0	1 (regional, em Caçador)	Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab
	CAPS i	1	0	1 (regional em Caçador)	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
III. Atenção de Urgência e Emergência	UPA / SAMU Sala de Estabilização Portas Hospitalares de Atenção à Urgência Pronto Socorro	2 unidades de suporte avançado com UTI móvel (USA) e 6 unidades se suporte básico (USB). 3 salas de estabilização	0	2 USA (Curitibanos e Caçador), 6 USB (Iomerê, Videira, Fraiburgo, Tangará, Santa Cecília, Matos Costa), 3 salas de estabilização (Salto Veloso, Timbó Grande e Santa Cecília)	Conforme orientações da Portaria da Rede de Atenção às Urgências, de 7 de julho de 2011.

COMPO-NENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Parâme-tro
IV. Atenção Residencial de Caráter Transitório	UA ADULTO	2 (com um total de 14 vagas)	0	2	1 UA (com 15 vagas) para cada 10 leitos de enferma-rias em hospital geral por município.
	UA INFANTO-JUVENIL	1 (com um total de 6 vagas)	0	1	Municípios crianças e adolescen-tes em potencial para uso de drogas ilícitas ou vulneráveis
	COMUNI-DADE TERAPÊU-TICA	2	0.	2 (30 vagas em Videira [São Francisco] e 15 vagas em Curitibanos [Água da Vida CRAVI]).	
V. Atenção Hospitalar	LEITOS	14	0	10 tipo adulto em Curitibanos (Hospital Regional Hélio A. Ortiz), 4 adulto em Fraiburgo (Hospital Divino Espírito Santo)	Portarias MS 1.615/12, 148/12, 953/12, 2.035/13; 1 leito para cada 23 mil habitantes Portaria nº 1.101/02.
	ENFERMA-RIA ESPECIA-LIZADA				Portarias MS 1.615/12, 148/12, 953/12, 2.035/13; 1 leito para cada 23 mil habitantes Portaria nº 1.101/02.

COMPO-NENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Parâme-tro
VI. Estratégias de Desinstituci-onalização	SRT	2 Serviços Residenciais Terapêuticos tipo I (com até 8 moradores cada).	0	2	A depender do nº de munícipes longamente internados
	PVC	15	0	15	A depender do nº de munícipes longamente internados
VII. Reabilitação Psicossocial	Cooperativas Sociais, empreendi-mentos solidários e iniciativas de geração de trabalho e renda	5	1	4	

Rede de Atenção Psicossocial
de Santa Catarina

PAR

- Plano de Ação Regional -

Região de Saúde do
Meio Oeste Catarinense

Região de Saúde do Meio Oeste:
Plano de Ação Regional para a
Rede Psicossocial

1 Características básicas do território

A região abriga 2,8% da população do Estado de Santa Catarina, somando 181.521 habitantes (IBGE, 2012). Tem 20 municípios e duas Secretarias de Desenvolvimento Regional, uma em Campos Novos e outra em Joaçaba.

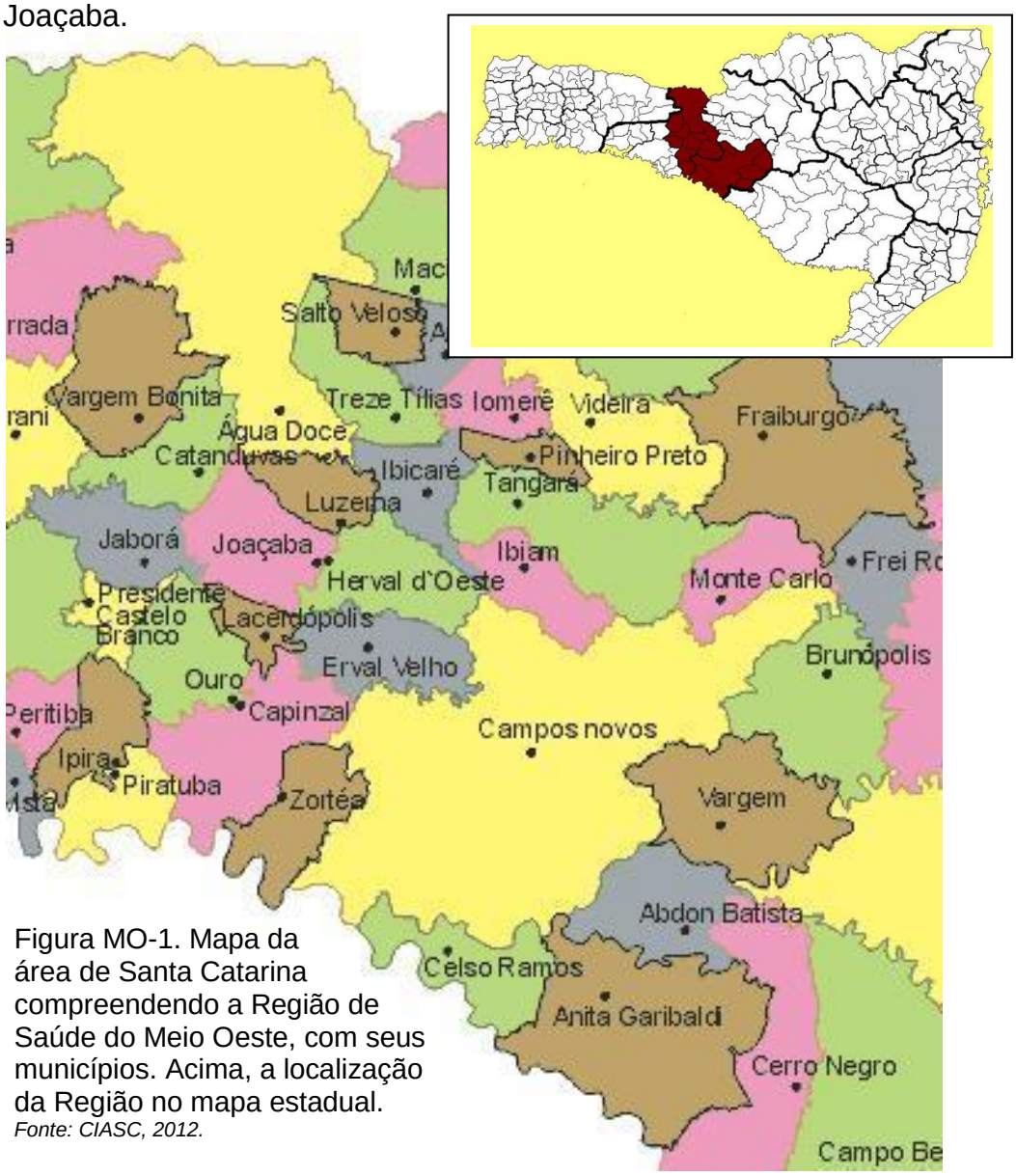


Figura MO-1. Mapa da área de Santa Catarina compreendendo a Região de Saúde do Meio Oeste, com seus municípios. Acima, a localização da Região no mapa estadual.
Fonte: CIASC, 2012.

Pode-se inferir que cerca de um quarto da população, ao longo de um ano, apresentará queixas de ordem psíquica[160].

Tabela MO-1. Estimativa do número de pessoas com manifestação de novas queixas de ordem psíquica e comportamental, ao ano, segundo categorias de sintomas, por municípios, Região de Saúde do Meio Oeste Catarinense, 2014.

Município	Queixas do espectro de					Total
	Drogas*	Psicoses**	Humor	Neuroses***	Outros	
Abdon Batista	105	26	184	211	79	606
Agua Doce	279	70	489	558	209	1.605
Brunópolis	111	28	194	222	83	639
Campos Novos	1.333	333	2.332	2.665	999	7.662
Capinzal	843	211	1.474	1.685	632	4.845
Catanduvas	390	97	682	780	292	2.242
Celso Ramos	110	28	193	221	83	635
Erval Velho	175	44	306	349	131	1.004
Herval D'oeste	857	214	1.499	1.714	643	4.927
Ibicaré	134	33	234	267	100	768
Jaborá	161	40	281	321	121	924
Joaçaba	1.099	275	1.923	2.197	824	6.317
Lacerdópolis	88	22	154	176	66	507
Luzerna	224	56	392	448	168	1.289
Monte Carlo	375	94	657	750	281	2.158
Ouro	294	73	514	588	220	1.690
Treze Tílias	263	66	460	525	197	1.511
Vargem	110	27	192	220	82	632
Vargem Bonita	190	47	332	379	142	1.090
Zortéa	122	30	213	244	91	701
Região Meio Oeste	7.263	1.814	12.705	14.520	5.443	41.752

**Inclui álcool etílico e outras substâncias, exceto nicotina e cafeína.* ***Inclui queixas relacionáveis a psicoses orgânicas (F0) e funcionais (F2).* ****Inclui queixas relacionáveis a neuroses, estresse e somatoformes (F4).*

Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação, SUR, SES/SC, 2013.

Tais queixas, geralmente, não representam doenças, mas apenas sintomas avulsos passageiros, que se resolvem espontaneamente, por atitudes e práticas individuais, ou por mecanismos sociais (como os religiosos e os de entidades de auto-ajuda, tipo Alcoólicos Anônimos, por exemplo). Contudo, cerca de um décimo da população levará tais queixas aos serviços de saúde, demandando deles alguma conduta. Eventualmente eles representam sinais e sintomas de transtornos mentais e comportamentais importantes. Uma fração menor da população (cerca de 1%) demandará assistência especializada.

[160] Para Goldberg e Huxley, cerca de 23% da população apresenta, em algum momento, sintomas positivos de ordem psíquica. Mário Teixeira, em amostras no município de Florianópolis, encontrou 25% da população nesta situação. Vide:

GOLDBERG, D. (1995) Epidemiology of mental disorders in primary care settings. **Epidemiologic Reviews**, 17, 182 -190.

TEIXEIRA, Mário Aurélio Aguiar. Estudo de Morbidade Psiquiátrica em Duas Localidades da Ilha de Santa Catarina (Florianópolis).(Tese). São Paulo: Escola Paulista de Medicina. São Paulo (UFSP), 1998.

Tabela MO-2. Estimativa do número de pessoas demandando assistência por transtornos psíquicos e comportamentais, no período de um ano, por município, Região de Saúde do Meio Oeste Catarinense, 2014.

Município	Demanda	
	À rede básica	Especializada
Abdon Batista	242	26
Agua Doce	642	70
Brunópolis	256	28
Campos Novos	3.065	333
Capinzal	1.938	211
Catanduvas	897	97
Celso Ramos	254	28
Erval Velho	402	44
Herval D'oeste	1.971	214
Ibicaré	307	33
Jaborá	370	40
Joaçaba	2.527	275
Lacerdópolis	203	22
Luzerna	516	56
Monte Carlo	863	94
Ouro	676	73
Treze Tílias	604	66
Vargem	253	27
Vargem Bonita	436	47
Zortéa	280	30
Região Meio Oeste	16.701	1.815

Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação, SUR, SES/SC, 2013.

Se a rede básica funcionar como filtro, de forma precoce e eficiente, evitar-se-á que os sintomas se agravem e que os serviços especializados fiquem sobrecarregados, fiquem mais caros e percam sua qualidade.

2 A rede existente hoje

Dos 20 municípios da região, 9 têm Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Destes núcleos, 8 têm psicólogo e se voltam a temas da saúde mental. Os maiores municípios (Campos Novos, Capinzal, Herval do Oeste, Joaçaba e Monte Carlo figuram entre os que não têm um NASF.

Tabela MO-3. Número de NASF e de psicólogos em NASF, por município, Região de Saúde do Meio Oeste, 2014.

Município	População	NASF	Psicólogo
Abdon Batista	2.635		
Água Doce	6.979	1	1
Brunópolis	2.778	1	1
Campos Novos	33.313		
Capinzal	21.064		
Catanduvas	9.746	1	1
Celso Ramos	2.760	1	1
Erval Velho	4.365		
Herval d'Oeste	21.420		
Ibicaré	3.341		
Jaborá	4.018	1	
Joaçaba	27.467		
Lacerdópolis	2.203		
Luzerna	5.605	1	1
Monte Carlo	9.381		
Ouro	7.348		
Treze Tílias	6.568	1	1
Vargem	2.746	1	1
Vargem Bonita	4.738		
Zortéa	3.046	1	1
Meio Oeste	181.521	9	8

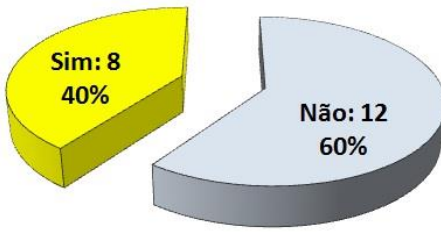


Figura MO-2.Número absoluto e relativo de municípios da Região que tem e que não têm NASF voltado à saúde mental, Região do Meio Oeste, 2014.

Figura MO-3. Número absoluto e relativo de habitantes da região que têm e que não têm possibilidade de acesso a CAPS, Meio Oeste, 2014.

Há, na região, 5 CAPS I, dirigidos a 67% da população regional. Os outros 33% da população estão completamente descobertos. O CAPS I de Água Doce é microrregional e atende também Catanduvas e Treze Tílias. Não

há sequer um CAPS AD ou um CAPS i como referência para a população dos 20 municípios da região.

Tabela MO-4. Disponibilidade de CAPS, segundo a modalidade, na Região de Saúde do Meio Oeste Catarinense, 2014.

Município	População	I	II	AD	i	III	Total
Abdon Batista	2.635						0
Água Doce	6.979	1*					1
Brunópolis	2.778						0
Campos Novos	33.313	1					1
Capinzal	21.064	1					1
Catanduvas	9.746						0
Celso Ramos	2.760						0
Erval Velho	4.365						0
Herval d'Oeste	21.420	1					1
Ibicaré	3.341						0
Jaborá	4.018						0
Joaçaba	27.467	1					1
Lacerdópolis	2.203						0
Luzerna	5.605						0
Monte Carlo	9.381						0
Ouro	7.348						0
Treze Tílias	6.568						0
Vargem	2.746						0
Vargem Bonita	4.738						0
Zortéa	3.046						0
Região Meio Oeste	181.521	5					5

*Água Doce, Catanduvas e Treze Tílias

Os hospitais gerais da região apresentam 46 leitos dedicados ao atendimento psiquiátrico. Além destes, há mais 30 leitos da Clínica Reviver, de Ibicaré, entidade privada e contratualizada pelo SUS, fundada para funcionar, inicialmente, como hospital-dia isolado[161]. Assumiu uma feição específica e pouco definida, com alguns pacientes em regime hospitalar e outros em regime de unidade de acolhimento ou de comunidade terapêutica supervisionada. A vocação desta entidade precisará ser delineada, dando-lhe um papel, na rede de atenção psicossocial, coerente com as normas ministeriais. É possível que venha a se transformar em comunidade terapêutica. A Clínica Reviver faturou, pelo SUS, R$437.403,84 no ano de 2012. Os incentivos federais para uma comunidade terapêutica de 30 vagas chegam a R$360.000,00 ao ano. Para uma unidade de acolhimento de 15 leitos chegam a R$300.000,00.

[161] Os hospitais dia se destinariam ao atendimento de pacientes psiquiátricos que esivessem sendo reintegrados ao convívio social. Os pacientes frequentariam a unidade hospitalar cotidianamente, durante o período diurno, passando a noite com a família, na comunidade onde reside. A proposição de hospitais dia para saúde mental existe desde 1960 mas não vingou, no Brasil, pois poucos foram criados e destes, muito poucos tiveram sobrevivência por tempo longo.

Tabela MO-5. Serviços hospitalares cadastrados para atendimento psiquiátrico na Região de Saúde do Meio Oeste, 2013.

Município	CNES - Hospital	Leitos
CAPINZAL	2380331 – HOSP. NOSSA SRA DAS DORES - 1 2380315 – HOSP. SÃO JOSÉ – 1	2
ERVAL VELHO	2707470 – HOSP. NOSSA SRA DE FÁTIMA	15
IBICARÉ	2379953 CLÍNICA REVIVER – Hospital-Dia	30
JABORÁ	2665964 – HOSP. BENEFICIENTE STO ANTÔNIO	1
LUZERNA	2300184 - HOSPITAL SÃO ROQUE	27
CAMPOS NOVOS	2379767 – FUND. HOSP. DR. JOSÉ ATHANÁSIO	1
Região Meio Oeste		76

Fonte: CNES, 2013.

Tabela MO-6. Número de internações psiquiátricas por local de residência, Região de Saúde do Meio Oeste, período 2008 a 2012.

Região /Município	2008	2009	2010	2011	2012	Total
.... Abdon Batista	15	12	5	2	4	38
.... Água Doce	18	18	6	21	37	100
.... Brunópolis	25	26	22	13	9	95
.... Campos Novos	56	74	77	101	121	429
.... Capinzal	123	105	95	111	93	527
.... Catanduvas	27	46	38	48	51	210
.... Celso Ramos	11	8	9	11	9	48
.... Erval Velho	35	32	38	41	44	190
.... Herval d'Oeste	118	162	137	144	165	726
.... Ibicaré	11	14	17	26	16	84
.... Jaborá	26	18	14	17	16	91
.... Joaçaba	112	118	125	153	236	744
.... Lacerdópolis	17	18	17	26	16	94
.... Luzerna	26	35	26	23	30	140
.... Monte Carlo	28	30	37	53	47	195
.... Ouro	25	31	28	36	28	148
.... Treze Tílias	13	7	7	16	25	68
.... Vargem	13	17	15	17	11	73
.... Vargem Bonita	22	26	20	34	24	126
.... Zortéa	11	14	16	18	15	74
Total	732	811	749	911	997	4.200

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2013.

A região tem apresentado um número estável de internações por problemas psiquiátricos. Ao longo do quinquênio de 2008 a 2012, as internações por problemas psiquiátricos de habitantes da região somaram 4.200 casos. Foram 997 internações psiquiátricas realizadas no ano de 2012 para pessoas procedentes da região (morbidade hospitalar por local de residência).

Tabela MO-7. Número de internações psiquiátricas por local de internação, Região de Saúde do Meio Oeste, período 2008 a 2012.

Região /Município	2008	2009	2010	2011	2012	Total
.... Água Doce	-	-	-	10	7	17
.... Campos Novos	2	4	27	27	14	74
.... Capinzal	6	5	6	2	6	25
.... Erval Velho	226	257	210	251	303	1.247
.... Ibicaré	456	426	362	463	494	2.201
.... Jaborá	-	-	-	1	-	1
.... Joaçaba	-	-	2	3	3	8
.... Luzerna	417	379	341	370	412	1.919
Total	1.107	1.071	948	1.127	1.239	5.492

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

As instituições locais, contudo, recebem encaminhamentos de cidades distantes. Os hospitais e a Clínica Reviver recebem não só pacientes da região, mas de regiões distantes. Ao longo do quinquênio 2008 a 2012, a região do Meio Oeste Catarinense foi palco de 1.292 internações de pessoas procedentes de fora da região[162].

Tabela MO-8. Valor total das internações psiquiátricas, por local de internação, Região de Saúde do Meio Oeste, período 2008 a 2012.

Região/Munic.	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Água Doce	-	-	-	2.944,00	1.880,00	4.824,00
C. Novos	198,02	180,34	2.163,43	4.722,34	1.590,72	8.854,85
Capinzal	432,41	318,75	811,19	368,00	805,54	2.735,89
Erval Velho	237.279,11	313.348,49	257.643,04	291.708,73	312.785,78	1.412.765,15
Ibicaré	337.969,78	352.977,88	313.416,92	403.346,32	437.403,84	1.845.114,74
Jaborá	-	-	-	56,00	-	56,00
Joaçaba	-	-	423,20	751,16	1.004,15	2.178,51
Luzerna	504.192,22	611.412,77	625.446,94	636.036,89	574.664,00	2.951.752,82
Total	1.080.071,54	1.278.238,23	1.199.904,72	1.339.933,44	1.330.134,03	6.228.281,96

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

No ano de 2012 o valor total das internações psiquiátricas foi de R$ 1.330.134,03 e a cifra total para os cinco anos (2008 a 2012) chegou a R$6.228.281. O valor médio de uma autorização de internação hospitalar (AIH), em 2012, foi de 1.073,55 e no período de cinco anos, foi de R$ 1.134,06.

Tecnicamente, o tempo médio de permanência no hospital, para tratamento psiquiátrico, tem baixado, no Hospital de Erval Velho, chegando a 18,3 dias, em 2012. O de Luzerna, em 2012, com a média alta, de 31 dias, no quinquênio, baixou para 24 no ano de 2012.

[162] O cálculo foi feito descontando a morbidade hospitalar por local de residência da morbidade hospitalar por local de internação.

Tabela MO-9. Média de permanência nas internações psiquiátricas, por local de internação, Região de Saúde do Meio Oeste, 2008 a 2012.

Reg Saúde/Municip	2008	2009	2010	2011	2012	Total
.... Água Doce	...	...	...	5,2	5,7	5,4
.... Campos Novos	10	3	3,2	4,1	4,6	3,9
.... Capinzal	1,8	1,4	2,2	2,5	2,2	2
.... Erval Velho	26,8	27,7	21,9	20,5	18,3	22,8
.... Ibicaré	26,9	27,7	28,2	28,6	29,1	28,1
.... Jaborá	...	...	...	1	...	1
.... Joaçaba	...	...	2,5	1,7	5,3	3,3
.... Luzerna	31,3	36,2	32,7	30,7	24,8	31
Total	28,4	30,5	27,5	26,5	24,4	27,4

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

3 Imagem objetivo (a rede idealizada)

A instituição localizada em Ibicaré, a Clínica Reviver, aparentemente tem como regra manter o paciente internado por um período de quase um mês. Aquela instituição nasceu sob o signo de hospital-dia (uma vocação nunca efetivamente realizada a contento), mas vem se transformando, gradualmente, em uma instituição que tende a apresentar características residenciais transitórias, ao estilo das comunidades terapêuticas. Trouxe, sempre, um ponto positivo: ela nunca tendeu à institucionalização asilar de seus internos. A vocação da Clínica Reviver deve ser rediscutida com seus proprietários, pois a estrutura médica propriamente dita é improvisada e os casos atendidos geralmente não exigem tecnologia hospitalar. A instituição pode ter um papel importante no sistema de saúde regional, quiçá não mais como hospital, mas como serviço de atenção em regime residencial temporário (comunidade terapêutica), de ótima qualidade.

Figura MO-4. Mapa rodoviário com os acessos de Joaçaba.

A cidade de Ibicaré dista apenas 19 km de Joaçaba, 14 km de Luzerna, 15 km de Treze Tílias, 35 km de Água Doce e 59 de Campos Novos, por estradas pavimentadas.

A região precisa de um CAPS AD III regional. Este CAPS AD III poderia estar em Joaçaba, a maior cidade da região, ou em Luzerna, a 6 km de Joaçaba, ou em Herval do Oeste. Leve-se em conta que as cidades de Joaçaba e Herval do Oeste são um mesmo núcleo urbano, apenas divididas pelo Rio do Peixe.

Um CAPS i regional poderia dar cobertura a situações problemáticas da região, envolvendo crianças e adolescentes, e poderia ser ponto de orientação e de apoio a outros CAPS e aos NASF dos vários municípios. Os riscos de um CAPS i regional são os de desviar os CAPS I de atender crianças. Os CAPS I devem atender também crianças, e contar com o apoio do CAPS i para avaliações, pareceres e, se possível, supervisão eventual sobre temas especializados.

Água Doce, Catanduvas e Treze Tílias já têm um CAPS microrregional, montado em parceria. Vargem Bonita poderia integrar o mesmo grupo.

Figura MO-5. Mapa rodoviário com os acessos a Joaçaba e a Campos Novos, vendo-se a rodovia federal BR282 e estradas estaduais.

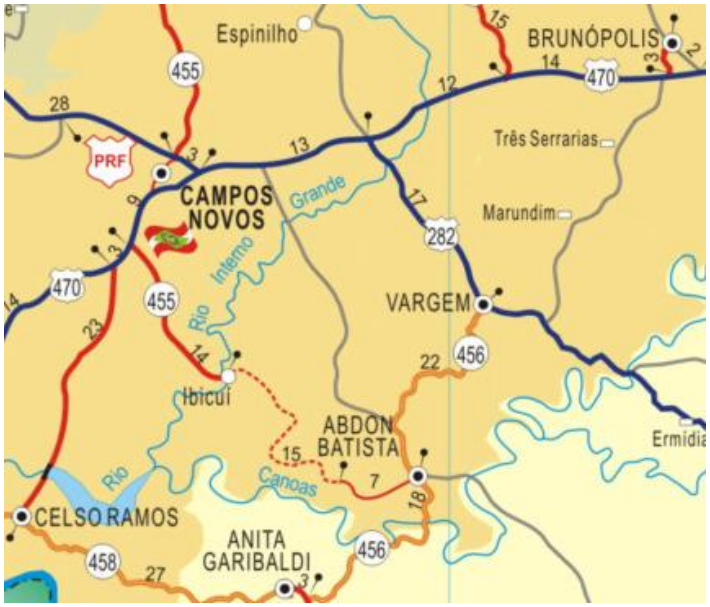


Figura MO-6. Mapa rodoviário com os acessos a Campos Novos, Brunópolis e Vargem.

A conversão do CAPS I de Joaçaba ou o de Herval do Oeste em microrregional possibilitaria que o município de Lacerdópolis, a 12 km, o de Luzerna, a 6 km, o de Herval Velho, há 14 km, e o de Ibicaré, a 20 km, pudessem utilizá-lo.

Outra possibilidade seria Lacerdópolis passar a integrar o CAPS de Capinzal, distante 17 km. O município de Ouro, conurbado com Capinzal, definitivamente precisa pactuar participação em seu CAPS, a ser microrregionalizado.

Monte Carlo, com mais de 9 mil habitantes, pela distância, precisará desenvolver bom atendimento na rede básica, a partir de um NASF atuante, capaz de realizar matriciamento. Vargem, Abdon Batista e Celso Ramos e Brunópolis têm situações semelhantes.

As referências para leitos hospitalares seriam o Hospital São Roque, de Luzerna e a Fundação Dr. José Athanásio, de Campos Novos, cada um a castrar 5 novos leitos incentivados, na forma da Portaria 148, de 31 de janeiro de 2012, como referências regionais para adultos.

Não há, no momento, dados que impliquem em criação imediata de residenciais terapêuticos (vitalícios) para crônicos institucionalizados, porém um levantamento mais apurado, no futuro, a partir do Centro de Convivência Santana e do Hospital de Custódia e Tratamento, poderá trazer o tema.

Tabela MO-10. Estimativa da necessidade de vagas em unidades de acolhimento, Região de Saúde do Meio Oeste, 2014.

Município	População	Adulto	Infanto-Juvenil
Abdon Batista	2.635	0,1	0,1
Água Doce	6.979	0,3	0,2
Brunópolis	2.778	0,1	0,1
Campos Novos	33.313	1,7	0,7
Capinzal	21.064	1,1	0,5
Catanduvas	9.746	0,5	0,2
Celso Ramos	2.760	0,1	0,1
Erval Velho	4.365	0,2	0,1
Herval d'Oeste	21.420	1,1	0,5
Ibicaré	3.341	0,2	0,1
Jaborá	4.018	0,2	0,1
Joaçaba	27.467	1,4	0,6
Lacerdópolis	2.203	0,1	0,0
Luzerna	5.605	0,3	0,1
Monte Carlo	9.381	0,5	0,2
Ouro	7.348	0,4	0,2
Treze Tílias	6.568	0,3	0,1
Vargem	2.746	0,1	0,1
Vargem Bonita	4.738	0,2	0,1
Zortéa	3.046	0,2	0,1
Região do Meio Oeste	181.521	9	4

Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação, GECOR, SUR, 2013.

Estima-se que a região necessite de 9 vagas em uma unidade de acolhimento para adultos[163] e 4 vagas infanto-juvenis.

Os temas em debate enviados à CIR incluíram:

a) a criação de um CAPS i regional em Joaçaba.

b) a criação de um CAPS AD III 24 horas regional em Herval do Oeste.

c) a conversão dos CAPS já existentes em Joaçaba, Ouro e Água Doce em microrregionais, para incluir outros municípios menores.

d) a criação de uma unidade de acolhimento para adultos, com 9 a 10 vagas regionais.

e) a criação de uma unidade de acolhimento infanto-juvenil, com pelo menos 4 vagas regionais.

f) construção de contatos e vínculos intersetoriais, especialmente com o Sistema Único de Assistência Social.

g) definição, em protocolo, de um fluxo intersetorial entre instituições da educação, da segurança pública, da assistência social e da saúde.

h) montagem de um programa de qualificação e de educação continuada na atenção psicossocial, por parte da Secretaria de Estado da Saúde, abrangendo as equipes de saúde mental e de saúde da família, da região.

i) montagem de um programa de divulgação de protocolos assistenciais, a cargo da Secretaria de Estado da Saúde, capacitando as equipes da região para seu uso.

j) montagem de um programa de prevenção do óbito autoprovocado, a cargo da Secretaria de Estado da Saúde, voltado às equipes da região.

k) implantação ou qualificação de trabalho de matriciamento.

l) incentivo à intensificação de supervisão de equipes de CAPS.

m) estabelecimento de equipes de NASF em todos os municípios, com psicólogos e psiquiatras.

n) a criação de um serviço residencial terapêutico tipo I, com 8 vagas, para desinstitucionalizar e reabilitar os moradores crônicos do Centro de Vivência Santana procedentes da região.

[163] As Portarias nº 131, de 26 de janeiro de 2012 e nº 856, de 22 de agosto de 2012, criam incentivo financeiro de custeio anual, para um módulo de 15 vagas de unidade de acolhimento, no valor de R$ 180.000,00 (ou R$15.000,00 por mês) e dois módulos (perfazendo 30 pacientes) no valor de R$ 360.000,00 (ou R$30.000,00 por mês). A unidade de acolhimento, segundo a Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012, com 10 a 15 vagas, faz juz a incentivo de custeio de R$ 70.000,00 (para reforma predial, aquisição de material de consumo e capacitação de equipe técnica, dentre outras ações) e custeio mensal no valor de R$ 25.000,00 (o que resulta em R$300.000,00 por ano).

4 A rede pactuada pela CIR da Região de Saúde do Meio Oeste Catarinense

A reunião de 30 de julho de 2013, em Luzerna, pactuou os seguintes pontos:

a) Implantação de NASF com participação de psicólogo em todos os municípios;

b) Promoção de capacitações para as diversas categorias de profissionais nos diversos níveis de atenção;

c) Integração de Vargem Bonita ao CAPS I Microrregional de Agua Doce;

d) Implantação de um CAPS I microrregional em Vargem para atender: Monte Carlo, Brunópolis, Celso Ramos e Abdon Batista;

e) Conversão do CAPS de Capinzal em microrregional para também atender Zortea e Ouro;

f) Conversão do CAPS de Herval d'Oeste em microrregional para também atender Herval Velho e Lacerdópolis;

g) Conversão do CAPS de Joaçaba em microrregional para também atender Lacerdópolis, Luzerna, Ibicaré, Jaborá e Tangará;

h) Implantação de 1 Unidade de Acolhimento Adulto (15 leitos) em Herval d'Oeste (ou em Campos Novos) para atender a região;

i) Implantação de 1 Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil (10 leitos) em Erval Velho (ou em Campos Novos) para atender a região;

j) Implantação de 1 CAPS AD em Campos Novos, como referência para os municípios da 8ª GERSA (apesar de não chegar aos 70.000hab. Conforme a portaria prevê, o MS já sinalizou a possibilidade);

k) Implantação de 1 CAPS AD em Ibicaré, como referência para os municípios da 7ª GERSA;

l) Implantação de 1 CAPS i em Luzerna para atender a região;

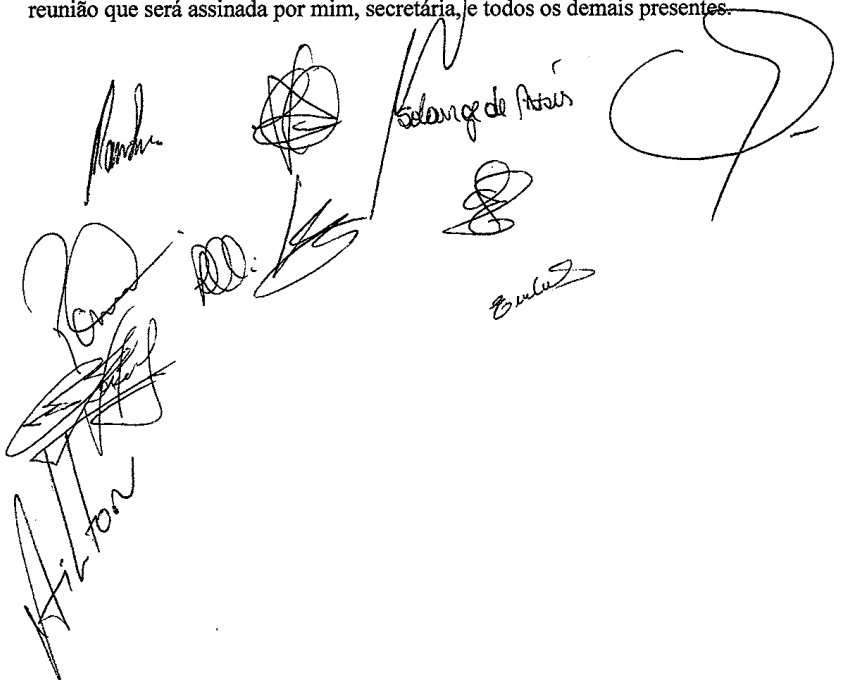
m) Implantação de uma comunidade terapêutica no município de Luzerna.

5 A aprovação da Rede de Atenção Psicossocial na Comissão Intergestores Regional (CIR) da Região de Saúde do Meio Oeste Catarinense, em Luzerna, Santa Catarina

GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Comissão Intergestores Bipartite
Comissão Intergestores Regional do Meio Oeste

ATA nº 08/2013 - REUNIÃO ORDINÁRIA DA CIR REGIÃO MEIO OESTE

Aos trinta dias do mês de julho de dois mil e treze, as quatorze horas, reuniram-se no Centro de Eventos São João Batista, sito a Rua Frei João, 601, centro de Luzerna, os representantes da Comissão Intergestores Regional do Meio Oeste para pauta extraordinária de aprovação do Plano Regional do Meio Oeste da Rede de Atenção Psicossocial. O coordenador da CIR, Walmor Dresch Ströher deu início aos trabalhos, dando as boas vindas a todos, agradecendo a presença e, iniciando os assuntos da pauta. Passou a palavra para Milena, Gerente de Saúde da 8ª Regional, membro do grupo condutor da Rede de Atenção Psicossocial que fez a apresentação e caracterização da Portaria 3.088 de 23 de Dezembro de 2011 que institui a Rede de Atenção Psicossocial, a portaria 148 de 2012 que define diretrizes do atendimento hospitalar de referência e a matriz diagnóstica da Rede para a Região Meio Oeste com os valores de incentivo. Dando início à apresentação do Plano Regional, apontou a estimativa de queixas de ordem psíquica e comportamental ao ano, atendidos pelos mais diversos setores formais e informais. Apresentou também a proposta ideal para qualificação de leitos hospitalares pela Portaria da RAPS. Frente aos questionamentos sobre o desenho ideal frente à realidade dos municípios, Milena apontou que o desenho pode ser alterado frente a um levantamento real de necessidades e demanda. Foi solicitada a transferência dos pacientes de Erval Velho e Lacerdópolis para o CAPS de Herval d'Oeste. O Prefeito do município de Luzerna apontou que o importante é a aprovação do Plano para garantir o repasse e implantação, e a discussão de onde implantar pode ser feita depois, junto aos demais prefeitos e Secretários, o que foi confirmado pela gerente Milena. Luzerna solicitou a inclusão de uma comunidade terapêutica adulto I, que foi aprovado por unanimidade. O projeto foi aprovado por 13 dos 15 dos votantes. Sem mais nada a tratar, o coordenador deu por encerrada a reunião que será assinada por mim, secretária, e todos os demais presentes.



6 A matriz diagnóstica da Rede de Atenção Psicossocial para a Região de Saúde do Meio Oeste Catarinense, na forma da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde

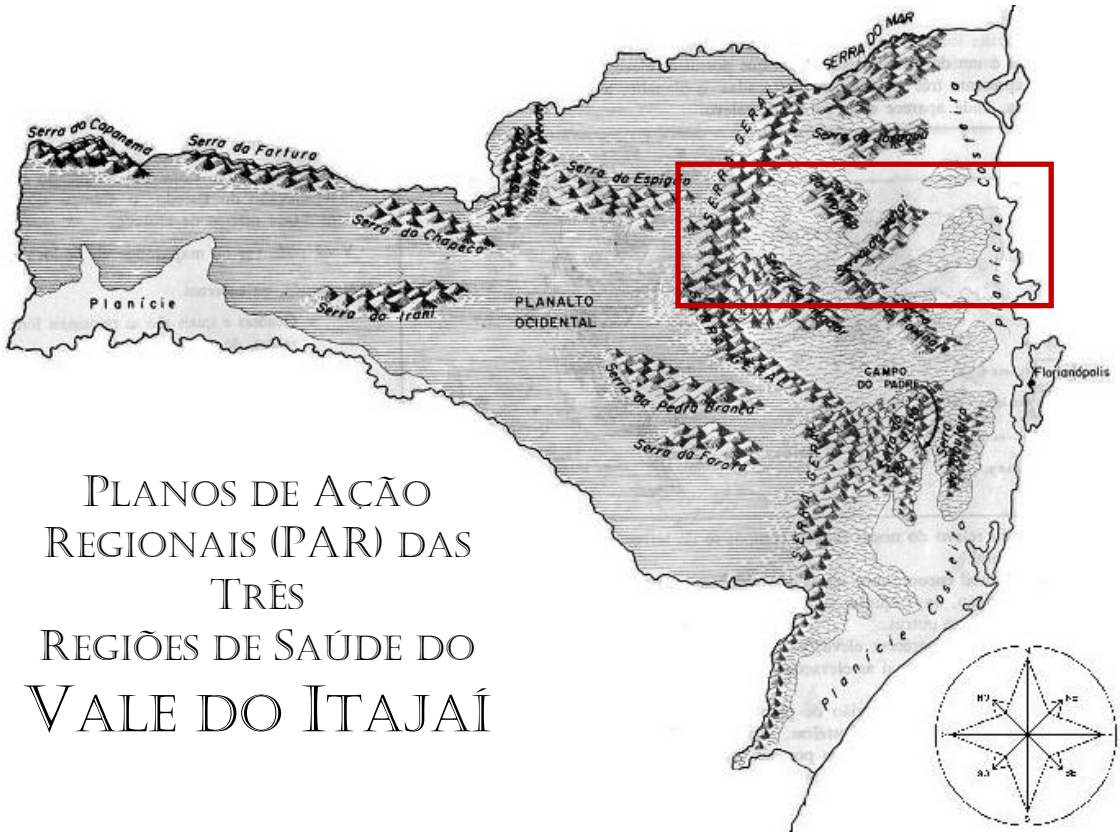
MATRIZ DIAGNÓSTICA - REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL					
Região de Saúde: **Meio Oeste Catarinense**					
20 Municípios: Abdon Batista, Água Doce, Brunópolis, Campos Novos, Capinzal, Catanduvas, Celso Ramos, Erval Velho, Herval d'Oeste, Ibicaré, Jaborá, **Joaçaba**, Lacerdópolis, Luzerna, Monte Carlo, Ouro, Treze Tílias, Vargem, Vargem Bonita e Zortéa.					
População: 181.521 habitantes					
COMPO-NENTE	**Ponto de Atenção**	**Necessidade**	**Existentes**	**Déficit**	**Parâme-tros**
I. Atenção Básica em Saúde	Unidades básica de saúde com ESF	75 equipes de saúde da família (ESF). Supervisão e apoio matricial organizado, regulação do acesso, protocolos assistenciais.	54 ESF (88,76% de cobertura).	12 ESF. Expandir e qualificar a supervisão e o apoio matricial organizado sobre as equipes de saúde da família, estabelecer regulação do acesso e adotar protocolos assistenciais.	Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica, de 21 de outubro de 20 11
	Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas	0	0	0	Portaria que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família	20 NASF (para ter pelo menos 1 em cada município)	9 NASF (sendo 8 com psicólogos)	11 NASF. Contratar psicólogo para todos os NASF.	Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica - 2011
	Centro de Convivência	1	0	1	

COMPO-NENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Parâme-tro
II. Atenção Psicossocial Especiali-zada	Centro de Atenção Psicossocial				
	CAPS I	7	5 (Água Doce, Campos Novos, Capinzal, Erval do Oeste, Joaçaba)	2 (Vargem e Luzerna, microrregionais)	Municípios ou regiões com pop. acima de 15 mil hab.
	CAPS II				Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS III				Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab
	CAPS AD	2 (regionais)	0	2 (regionais, em Campos Novos e Ibicaré).	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS ADIII	0	0	0	Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab
	CAPS i	1 (regional)	0	1 (regional, em Luzerna)	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
III. Atenção de Urgência e Emergência	UPA / SAMU Sala de Estabilização Portas Hospitalares de Atenção à Urgência Pronto Socorro	2 unidades de suporte avançado (USA), 3 unidades de suporte básico (USB)	2 USA (Joaçaba e Campos Novos), 3 USB (Joaçaba, Campos Novos e Jaborá)	0	Conforme orientações da Portaria da Rede de Atenção às Urgências, de 7 de julho de 2011.

COMPO-NENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Parâme-tro
IV. Atenção Residencial de Caráter Transitório	UA ADULTO	1 (regional)	0	1 (regional com 15 vagas, em Campos Novos ou em Herval d'Oeste)	1 UA (com 15 vagas) para cada 10 leitos de enferma-rias em hospital geral por município.
	UA INFANTO-JUVENIL	1 (regional)	0	1 (regional com 10 vagas, em Campos Novos ou em Erval Velho)	Municípios crianças e adolescen-tes em potencial para uso de drogas ilícitas ou em potencial para uso de drogas ilícitas.
	COMUNI-DADE TERAPÊU-TICA	1 (regional)	0	1 (regional)	
V. Atenção Hospitalar	LEITOS	10	0	5 no Hospital São Roque de Luzerna, 5 no Hospital José Athanásio de Campos Novos	Portarias MS 1.615/12, 148/12, 953/12, 2.035/13; 1 leito para cada 23 mil habitantes Portaria nº 1.101/02.
	ENFERMA-RIA ESPECIA-LIZADA				Portarias MS 1.615/12, 148/12, 953/12, 2.035/13; 1 leito para cada 23 mil habitantes Portaria nº 1.101/02.

COMPO-NENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Parâme-tro
VI. Estratégias de Desinstituci-onalização	SRT	1 Serviço Residencial Terapêuticos tipo I	0	1	A depender do nº de munícipes longamente internados
	PVC	6		6	A depender do nº de munícipes longamente internados
VII. Reabilitação Psicossocial	Cooperativas Sociais, empreendi-mentos solidários e iniciativas de geração de trabalho e renda	1	0	1	

Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina



Planos de Ação Regionais (PAR) das Três Regiões de Saúde do Vale do Itajaí

Rede de Atenção Psicossocial
de Santa Catarina

PAR

- Plano de Ação Regional -

Região de Saúde da
Foz do Rio Itajaí

PLANO DE AÇÃO REGIONAL DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

MUNICÍPIOS QUE COMPÕEM A REGIÃO: Balneário Camboriú; Balneário Piçarras; Bombinhas; Camboriú; Ilhota; Itajaí; Itapema; Luis Alves; Navegantes; Penha; Porto Belo.

Equipe de Elaboração:

- Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial
- 17ª GERSA - Rita de Cássia Teixeira Rangel
- 17ª GERSA - Claudia Ribeiro de Araújo Gonçalves
- 17ª GERSA - Arnaldo Schimitt Neto
- Secretários Municipais de Saúde.

Pactuado no grupo de condução do PAR
em reunião do dia 16 de dezembro de 2013.

Apresentado e aprovado na reunião da
CIR da Foz do Rio Itajaí em 16 de dezembro de 2013.

Região de Saúde da Foz do Rio Itajaí: Plano de Ação Regional para a Rede Psicossocial

MUNICÍPIOS QUE COMPÕEM A REGIÃO:
Balneário Camboriú; Balneário Piçarras; Bombinhas; Camboriú; Ilhota; Itajaí; Itapema; Luis Alves; Navegantes; Penha; Porto Belo.

Equipe de Elaboração:

- Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial
- 17ª GERSA - Rita de Cássia Teixeira Rangel
- 17ª GERSA - Claudia Ribeiro de Araújo Gonçalves
- 17ª GERSA - Arnaldo Schimitt Neto
- Secretários Municipais de Saúde.

Pactuado no grupo de condução do PAR em reunião do dia 16 de dezembro de 2013.
Apresentado e aprovado na reunião da CIR da Foz do Rio Itajaí em 16 de dezembro de 2013.

1 INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na lei 10.216/01, busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. Isso é, que garanta a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade, e oferece cuidados com base nos recursos que a comunidade oferece. Esse modelo conta com uma rede de serviços e equipamentos variados tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em hospitais gerais, nos CAPS III). O programa de Volta para Casa que oferece bolsas para egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos, também faz parte dessa Política.

A Política Nacional de Saúde Mental tem como uma das suas principais diretrizes a reestruturação da assistência hospitalar psiquiátrica, objetivando uma redução gradual, pactuada e programada dos leitos psiquiátricos de baixa qualidade assistencial.

Esta reestruturação da assistência hospitalar psiquiátrica acontece ao mesmo tempo em que uma rede de atenção aberta e inserida na comunidade se expande. Ao mesmo tempo em que leitos de baixa qualidade são fechados, um processo responsável de desinstitucionalização de pacientes longamente internados passa a ter início, com a implantação de Residências Terapêuticas e a inclusão de beneficiários no Programa de Volta para Casa. Simultaneamente, uma rede aberta e diversificada de atenção à saúde mental deve ser implantada, com Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Convivência e Cultura, ações de saúde mental na atenção básica e programas de inclusão social pelo trabalho.

2 CARACTERÍSTICAS DO TERRITÓRIO

2.1 Análise Situacional da Região Foz do Rio Itajaí

A Macrorregião de Saúde da Foz do Rio Itajaí é composta por 01 (uma) Região de Saúde e 01 (uma) Secretaria de Desenvolvimento Regional (SDR) com uma população de referência de 579.946 habitantes divididos em 11 municípios: Balneário Camboriú, Balneário Piçarras, Bombinhas, Camboriú, Ilhota, Itajaí, Itapema, Luis Alves, Navegantes, Penha e Porto Belo. Possui uma área de 1.525,17 km², abrangendo 11 municípios.

Tem uma população de 579.946 habitantes, sendo 49,15 % do sexo masculino e 50,85 % do sexo feminino.

QUADRO 01: População total por sexo - Região de Saúde Foz do Rio Itajaí - 2012

Masculino	%	Feminino	%	TOTAL	%
285.047	49,15	294.899	50,85	579.946	100

Fonte: IBGE, 2010

QUADRO 02: Municípios e população da Região de Saúde da Foz do Rio Itajaí- 2012

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	%
Balneário Camboriú	113.319	19,54
Balneário Piçarras	18.010	3,10
Bombinhas	15.136	2,61
Camboriú	65.520	11,30
Ilhota	12.624	2,18
Itajaí	188.791	32,55
Itapema	48.807	8,41
Luiz Alves	10.811	1,87
Navegantes	63.764	11,00
Penha	26.268	4,53
Porto Belo	16.896	2,91
42005 FOZ DO RIO ITAJAÍ	579.946	100

Fonte: IBGE, 2010

QUADRO 03: População Residente por Faixa Etária - Foz do Itajaí, 2012

Faixa Etária	Foz do Rio Itajaí
Menor 1 ano	8.093
1 a 4 anos	31.517
5 a 9 anos	41.521
10 a 14 anos	49.043
15 a 19 anos	50.452
20 a 29 anos	108.981
30 a 39 anos	94.321
40 a 49 anos	80.454
50 a 59 anos	60.007
60 a 69 anos	33.021
70 a 79 anos	16.127
80 anos e mais	6.409

Fonte: IBGE, 2010

A distribuição da população na Região da Foz do Rio Itajaí se configura em:

- de 10.001 até 20.000 hab. - 5 municípios (45, 46%);
- de 20.001 até 50 000 hab. - 2 municípios (18,18%);
- de 50.001 até 100 000 hab. - 2 municípios (18,18%) e,
- acima de 100.000 hab. - 2 municípios (18,18%).

O número de habitantes dos municípios da Região da Foz do Rio Itajaí, está apresentada no quadro nº 02.

É importante destacar que 32,55% da população desta região localiza-se no município de Itajaí, 19,54% em Balneário Camboriú e 11,30% e 11,00% nos municípios de Camboriú e Navegantes, respectivamente. Os demais municípios são de pequeno porte.

A região abriga 9,1% da população do Estado de Santa Catarina. Teve um enorme aumento populacional na última década e tende a continuar com forte crescimento decorrente de migrações, tanto brasileiras quanto de outros países, especialmente da América do Sul.

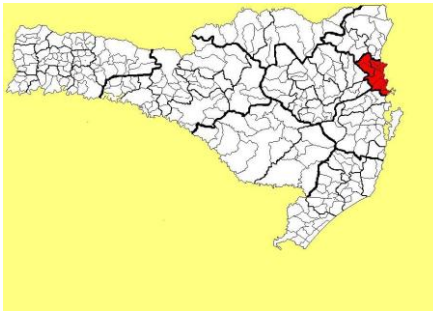


Figura 1. À direita, municípios da Região de Saúde da Foz do Rio Itajaí. Acima, a localização da Região no mapa estadual.
Fonte: CIASC, 2012.

2.2 Atenção Básica

Compreendendo a Atenção Básica em Saúde como ordenadora do Sistema de Saúde, a sua capacidade instalada bem como as ações realizadas são determinantes para o desempenho do trabalho em rede.

O Estado de Santa Catarina entende a Estratégia de Saúde da Família – ESF - como substitutiva ao modelo de atenção convencional e vem, desde 1994, sustentando a reordenação do modelo.

Apresentamos a seguir uma breve análise da capacidade instalada da Atenção Básica na Macrorregião da Foz do Rio Itajaí, a Estratégia Saúde da Família, Saúde Bucal, PMAQ (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica), NASF (Núcleos de Apoio à Saúde da Família), CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) e UBS (Unidades Básicas de Saúde).

A Macrorregião Foz do Rio Itajaí, é formada por 01 (uma) Região de Saúde: com um total de 11 municípios. A cobertura populacional em ESF dessa Macrorregião é de 67,33%, um dos motivos dessa cobertura deve-se ao fato de o município de Balneário Camboriú, com uma população maior, apresenta baixa cobertura, de 34,27% o que reduz o percentual de cobertura da Macrorregião de Saúde. Ressaltamos que na Macrorregião 05 (cinco) municípios possuem cobertura populacional de ESF de 100%,

são eles: Balneário Piçarras, Bombinhas, Ilhota, Luis Alves e Porto Belo, o que nos mostra que quase metade dos municípios da Macrorregião estão com 100% cobertura populacional em ESF.

Em relação à Atenção Básica em Saúde Bucal a Macrorregião da Foz do Rio Itajaí apresenta 63 Equipes de Saúde Bucal, sendo 61 do Tipo I e 02 do Tipo II, com uma cobertura populacional de saúde bucal estimada de 37,74%. Apenas os municípios de Balneário Piçarras, Bombinhas e Porto Belo apresentam cobertura de 100%. O menor índice de cobertura é do município de Itajaí (11,12%). Dos 11 municípios da região, 7 apresentam índice de cobertura acima de 45%, estipulada no Estado.

A Atenção Especializada em Saúde Bucal é realizada nos Centros de Especialidades Odontológicas dos municípios de Balneário Camboriú, Itajaí, Itapema e Navegantes. Em relação aos Laboratórios de Prótese Dental, o município de Bombinhas, Camboriú, Navegantes, Itapema e Itajaí são habilitado para a produção de próteses dentais.

No Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica- PMAQ/AB, a Região da Foz do Rio Itajaí teve 100% de adesão dos municípios, com 115 Equipes de Atenção Básica (EAB) cadastradas para participarem deste programa.

No que diz respeito aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF, na modalidade NASF Federal temos habilitados os municípios de Balneário Piçarras, Bombinhas, Itapema, Ilhota, Luis Alves, Navegantes e Porto Belo.

Na Região da Foz do Rio Itajaí a estrutura de CAPS é a seguinte: em Itajaí temos habilitados e em funcionamento: 01 CAPS II, 01 CAPS ad, e 1 CAPSi; . No município de Balneário Camboriú: 01 CAPS II e 01 CAPS ad; já nos municípios de Camboriú; Itapema e Navegantes 01CAPS I em cada, respectivamente e em Balneário Piçarras 01 CAPS I microrregional com o município de Luis Alves.

Pode-se inferir que cerca de um quarto da população, ao longo de um ano, apresentará queixas de ordem psíquica. Tais queixas, geralmente, não representam doenças, mas apenas sintomas avulsos.

QUADRO 04: Características da Atenção Básica na Região da Foz do Rio Itajaí, 2012

Município	População Coberta %	Teto de Equipes ESF e ESB	Nº Equipes SF	Nº Equipes SF assentamento	Nº Equipes SB 1	Nº Equipes SB 1 assentamento	Nº Equipes SB 2	Nº ACS	CEO DE REFERÊNCIA	NASF MS MOD. 1	Nº Equipe com adesão no PMAQ (ESFS E SB)
Balneário Camboriú	34,27	46	14	–	04	–	--	72	01	--	13
Balneário Piçarras	100	07	07	–	06	–	--	36	–	01	07
Bombinhas	100	06	05	–	05	–	--	25	–	01	02
Camboriú	64,72	27	12	–	07	–	--	104	–	--	11
Ilhota	100	05	05	–	--	–	--	25	–	01	03
Itajaí	70,44	78	38	–	06	–	02	305	02	--	44
Itapema	87,48	20	13	–	10	–	--	62	01	01	13
Luiz Alves	100	04	04	–	04	–	--	24	–	01	04
Navegantes	66,57	26	12	–	12	–	--	52	01	01	11
Penha	80,50	11	06	–	03	–	--	46	–	--	04
Porto Belo	100	07	06	01	06	01	--	31	–	01	03
TOTAL	67,33	237	122	01	60	01	02	763	05	07	115

Fonte: Atenção Básica SES - 2013

Pode-se inferir que cerca de um quarto da população, ao longo de um ano, apresentará queixas de ordem psíquica[164]. Tais queixas, geralmente, não representam doenças, mas apenas sintomas avulsos passageiros, que se resolvem espontaneamente, por atitudes e práticas individuais, ou por mecanismos sociais (como os religiosos e os de entidades de auto-ajuda, tipo Alcoólicos Anônimos, por exemplo).

Tabela 1. Estimativa do número de pessoas com manifestação de novas queixas de ordem psíquica e comportamental, ao ano, segundo categorias de sintomas, por municípios, Região de Saúde da Foz do Rio Itajaí, 2013.

Município	Queixas do espectro de					Total
	Drogas*	Psicoses**	Humor	Neuroses***	Outros	
Bal. Camboríu	4.533	1.133	7.932	9.066	3.400	26.063
Bal. Piçarras	720	180	1.261	1.441	540	4.142
Bombinhas	605	151	1.060	1.211	454	3.481
Camboriú	2.621	655	4.586	5.242	1.966	15.070
Ilhota	505	126	884	1.010	379	2.904
Itajaí	7.552	1.888	13.215	15.103	5.664	43.422
Itapema	1.952	488	3.416	3.905	1.464	11.226
Luis Alves	432	108	757	865	324	2.487
Navegantes	2.551	638	4.463	5.101	1.913	14.666
Penha	1.051	263	1.839	2.101	788	6.042
Porto Belo	676	169	1.183	1.352	507	3.886
Região Foz do Itajaí	23.198	5.799	40.596	46.397	17.399	133.389

**Inclui álcool etílico e outras substâncias, exceto nicotina e cafeína.* ***Inclui queixas relacionáveis a psicoses orgânicas (F0) e funcionais (F2).* ****Inclui queixas relacionáveis a neuroses, estresse e somatoformes (F4).*
Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação, SUR, SES/SC, 2013.

Contudo, cerca de um décimo da população levará tais queixas aos serviços de saúde, demandando deles alguma conduta. Eventualmente eles representam sinais e sintomas de transtornos mentais e comportamentais importantes. Uma fração menor da população (cerca de 1%) demandará assistência especializada.

[164] Para Goldberg e Huxley, cerca de 23% da população apresenta, em algum momento, sintomas positivos de ordem psíquica. Mário Teixeira, em amostras no município de Florianópolis, encontrou 25% da população nesta situação. Vide:

GOLDBERG, D. (1995) Epidemiology of mental disorders in primary care settings. **Epidemiologic Reviews**, 17, 182 -190.

TEIXEIRA, Mário Aurélio Aguiar. Estudo de Morbidade Psiquiátrica em Duas Localidades da Ilha de Santa Catarina (Florianópolis).(Tese). São Paulo: Escola Paulista de Medicina. São Paulo (UFSP), 1998.

Tabela 2. Estimativa do número de pessoas demandando assistência por transtornos psíquicos e comportamentais, no período de um ano, por município, Região de Saúde da Foz do Rio Itajaí, 2013.

Município	Demanda	
	À rede básica	Especializada
Bal. Camboríu	10.425	1.133
Bal. Piçarras	1.657	180
Bombinhas	1.392	151
Camboriú	6.028	655
Ilhota	1.162	126
Itajaí	17.369	1.888
Itapema	4.490	488
Luis Alves	995	108
Navegantes	5.866	638
Penha	2.417	263
Porto Belo	1.554	169
Região Foz do Itajaí	53.356	5.799

Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação, SUR, SES/SC, 2013.

2. 3 A Rede Existente Hoje

A rede básica conta com 8 núcleos de atenção à saúde da família (NASF), dos quais apenas 3 têm psicólogo. Portanto, a rede se mostra precária, no seu formato atual, para o estabelecimento de um bom trabalho de suporte e de matriciamento: só 72,7% dos municípios têm NASF e contam com equipe mínima para trabalhar com saúde mental.

Os dois maiores municípios, Itajaí e Balneário Camboriú, não possuem NASF. Pelo tamanho da população implicada, há necessidade de médicos psiquiatras, além de psicólogos em NASF.

O pouco investimento em saúde mental na rede básica tende a gerar distorções, como o excesso de pacientes buscando os CAPS, uma demanda reprimida a espera de vagas, excesso de uso dos CAPS como ambulatórios para reprodução de receitas, e a reclamação dos técnicos dos serviços especializados a respeito do volume da clientela.

Gera, também, atendimentos nos CAPS com uma complexidade evitável, caso houvesse maior seguimento dos pacientes crônicos na rede básica, prevenindo crises e evitando agravamentos.

Tabela 3. Presença de NASF e de psicólogos nos NASF, municípios da Região de Saúde da Foz do Rio Itajaí, 2014.

Município	População	NASF	Psicólogos
Ilhota	12.624	1	1
Luis Alves	10.811		
Balneário Camboriú	113.319		
Balneário Piçarras	18.010	1	1
Bombinhas	15.136	1	1
Camboriú	65.520		
Itajaí	188.791		
Itapema	48.807	1	
Navegantes	63.764	1	
Penha	26.268		
Porto Belo	16.896	1	1
Região da Foz do Rio Itajaí	579.946	6	4

Fonte: GEABS, SUG, SES/SC, 2013.

Há quatro CAPS I na região. A cidade de Itajaí tem CAPS II, AD e i. conta com um ambulatório de psiquiatria vinculado à Estratégia Saúde da Família, na universidade local – a UNIVALI – que atende casos complexos encaminhados pela rede básica, dando contrarreferência. A maior parte da população, teoricamente tem acesso a CAPS, pois está em municípios que disponibilizam o serviço.

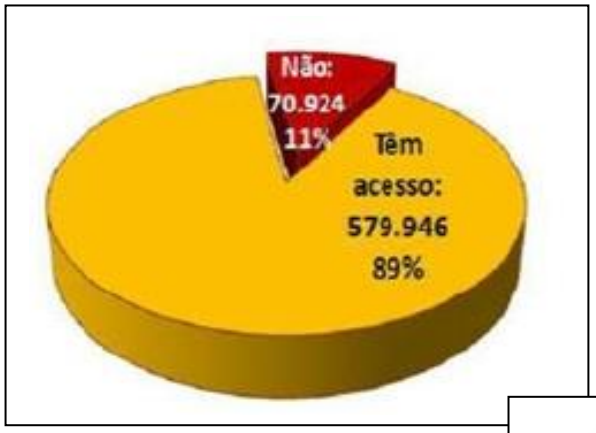


Figura 1. Número absoluto e relativo de moradores da região que têm acesso a CAPS na Região da Foz do Rio Itajaí, 2014.

Figura 2. Número absoluto e relativo de municípios que disponibilizam ou não os serviços de CAPS, Região da Foz do Rio Itajaí, 2014.

Tabela 4. Disponibilidade de CAPS, segundo a modalidade, na Região da Foz do Rio Itajaí, 2013.

Município	População	I	II	AD	i	III	Total
Balneário Camboriú	113.319		1				1
Balneário Piçarras	18.010	1*					1
Bombinhas	15.136						
Camboriú	65.520	1					1
Ilhota	12.624						
Itajaí	188.791		1	1	1		3
Itapema	48.807	1					1
Luis Alves	10.811						
Navegantes	63.764	1					1
Penha	26.268						
Porto Belo	16.896						
Região da Foz do Itajaí	579.946	4	2	1	1		9

*Microrregional, atende Balneário Piçarras e Luiz Alves.
Fonte: Coord. de Saúde Mental. GEABS. SES/SC, 2013.

A Foz do Rio Itajaí é a região de saúde mais desprovida de leitos hospitalares psiquiátricos pelo SUS, em Santa Catarina. Não há leitos, atualmente, disponíveis para internações psiquiátricas.

O Hospital Marieta Konder Bornhausen, com 180 leitos pelo SUS, é um hospital público cujo gerenciamento foi cedido ao Instituto das Pequenas Missionárias de Maria Imaculada. Está construindo uma nova torre de 15 pavimentos – o Complexo Madre Teresa - que somará outros 201 leitos. Formalmente disponibiliza apenas um leito à psiquiatria, para casos emergenciais, cuja média de permanência, no último quinquênio (2008 a 2012) foi de 5,3 dias. Não há interesse do hospital na montagem de unidade psiquiátrica.

A população tem buscado internação em outras regiões. A média de internações de moradores da região foi de 273 por ano, para o quinquênio 2008 a 2012.

Atualmente, os casos mais graves, necessitando de internação, são encaminhados ao Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina, em São José. Os municípios de Balneário Camboriú, Camboriú e Navegantes apresentam números relativo de internações, no IPQ, bem maiores que os de Itajaí.

Tabela 5. Número de internações psiquiátricas de pacientes moradores dos municípios da Região da Foz do Rio Itajaí, períodos 2008 a 2012.

Município	2008	2009	2010	2011	2012	Média	Total
.... B. Camboriú	85	49	62	59	54	62	309
.... B. Piçarras	25	19	16	28	15	21	103
.... Bombinhas	10	9	7	8	8	8	42
.... Camboriú	49	40	31	27	21	34	168
.... Ilhota	1	6	1	3	6	3	17
.... Itajaí	62	41	51	58	66	56	278
.... Itapema	27	19	33	24	35	28	138
.... Luiz Alves	3	1	7	4	4	4	19
.... Navegantes	35	23	37	26	40	32	161
.... Penha	19	15	17	19	17	17	87
.... Porto Belo	16	12	15	15	9	13	67
Foz do Rio Itajaí	332	234	277	271	275	278	1.389

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Há um debate atual sobre a montagem de um serviço hospitalar de referência, pelo Instituto Vida, que está assumindo e reformando uma estrutura hospitalar em Balneário Camboriú.

Tabela 6. Número de internações especializadas, referidas ao Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina, procedentes das quatro maiores cidades da Região de Saúde da Foz do Rio Itajaí, 2010 e 2011.

Município	2010	2011
Itajaí	47	45
Balneário Camboriú	62	53
Camboriú	36	27
Navegantes	30	24

Fonte: Gerência de Controle e Avaliação de Sistemas de Saúde, SUG, SES/SC, 2013.

2.4 A Rede Ideal

As criações de um CAPS AD em Balneário Camboriú, e de outro em Navegantes, seriam medidas importante para aliviar os problemas relacionadas a álcool, crack e outras drogas naquelas cidades.

Figura 3. Acessos viários da conurbação que abrange desde o município de Navegantes até Itapema e sua extensão.

Porém, Balneário Camboriú poderia ser a sede de um CAPS ADIII microrregional, que cobrisse toda a parte sul da região de saúde, atendendo, além do município sede, Itapema, Porto Belo, Bombinhas e Camboriú. Estes municípios são praticamente conurbados, com ligação rápida pela BR 101, sem dificuldades de comunicação e com distâncias curtas.

Figura 4. Acessos viários de Itajaí e Navegantes.

Um CAPS AD em Navegantes poderia cobrir as necessidades da parte norte da região, atendendo, além do município sede, Piçarras e Penha, que são cidades conurbadas.

Um acordo entre os municípios de Ilhota (12.624 habitantes) e Itajaí, que se localiza a apenas 24 km, poderia prover assistência ou supervisão matricial ao primeiro, a partir da cidade maior.

Luiz Alves (10.811 habitantes), está a 40 km de Navegantes. Um arranjo regional poderia incluí-lo em algum programa de matriciamento.

Um CAPS ADIII em Itajaí diminuiria muito as necessidades de internação e daria um aumento de qualidade na assistência local.

Há, no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, em Florianópolis, 5 moradores crônicos procedentes da Foz do Itajaí em condições de alta, que podem ser desinstitucionalizados. No Centro de Convivência Santana há outros 9, à espera de moradia e reinserção social.

Estes 14 moradores crônicos de hospitais precisam ser integrados em um serviço residencial terapêutico, com programa de reabilitação social supervisionado por CAPS. Há, portanto, necessidade de criação de dois residenciais tipo I. Há incentivo financeiro ministerial de R$20.000,00 para a instalação, com custeio mensal de R$10.000,00 para cada módulo de 8 vagas.

Há também necessidade de serviços transitórios. A criação de 3 unidades de acolhimento para adultos, de 10 vagas cada uma, pode suprir a região.

A criação de uma primeira unidade infanto-juvenil de 10 vagas cobriria parcialmente a carência, estimada em 13 vagas.

Há incentivos ministeriais para implantação de unidades de acolhimento no valor de R$70.000,00, com custeio mensal de R$25.000,00 para as de adultos e R$30.000,00 para as infanto-juvenis.

Tabela 7. Estimativa da necessidade de vagas em unidades de acolhimento para adultos e para menores de 18 anos, Região de Saúde da Foz do Rio Itajaí, 2013.

Município	População	Adulto	Infanto-Juvenil
Balneário Camboriú	113.319	5,7	2,5
Balneário Piçarras	18.010	0,9	0,4
Bombinhas	15.136	0,8	0,3
Camboriú	65.520	3,3	1,5
Ilhota	12.624	0,6	0,3
Itajaí	188.791	9,4	4,2
Itapema	48.807	2,4	1,1
Luis Alves	10.811	0,5	0,2
Navegantes	63.764	3,2	1,4
Penha	26.268	1,3	0,6
Porto Belo	16.896	0,8	0,4
Região da Foz do Itajaí	579.946	29	13

Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação. GECOR. SUR. SES/SC, 2013.

A área conurbada e densamente povoada de Itajaí, Balneário Camboriú e Camboriú pode minorar muito os problemas sociais e psicossociais relacionada à população de rua e a grupos vulneráveis, montando um consultório na rua, vinculado à rede básica, que inclua um olhar voltado à saúde mental.

O Hospital Pequeno Anjo, pertencente à Universidade do Vale do Itajaí, especializado em pediatria, poderia abrigar 5 leitos psiquiátricos infantis para a região. Uma ala para adultos poderá ser montada pelo Instituto Vida, em Balneário Camboriú. O hospital, atualmente em reforma, terá cerca de 100 leitos distribuídos principalmente entre as especialidades básicas, dos quais 15 poderiam ser voltados à psiquiatria.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral:

Promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, e suas famílias, aos pontos de atenção;

Garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

3.2 Os objetivos específicos:

- Promover cuidados em saúde especialmente aos grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas);

- Prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas;

- Reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas;

- Promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária;

- Promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde;

- Desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;

- Produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede;

- Regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial; e

- Monitorar e avaliar a qualidade dos serviços através de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção.

4 PLANO DE AÇÃO REGIONAL DA REDE PSICOSOCIAL

4.1 Componentes da rede - CAPS

Na Região da Foz do Rio Itajaí, se caracteriza por ter sua população bem distribuída, em cidades de pequeno porte e duas cidades de médio porte Itajaí e Balneário Camboriú. O Ministério da Saúde tem recomendado a implantação de serviços de saúde mental segundo o tamanho populacional dos municípios. O CAPS I é indicado para municípios com 20 mil habitantes ou mais. Se a Região da AMFRI adotar este entendimento, apenas os municípios que comportam esta modalidade já estão com o serviço em funcionamento: Navegantes, Camboriú, Itapema, e Balneário Piçarras (microrregional com Luis Alves), já os municípios de Bombinhas, Porto Belo, Ilhota têm menos de 20 mil habitantes portanto ficariam sem o serviço. O município de Penha tem população indicada para implantar o serviço, mas até o momento não o fez.

Os Municípios de Itajaí e Balneário Camboriú já possuem o CAPS II em funcionamento compatível a sua população. Itajaí tem também em funcionamento o CAPS i e o CAPS AD para atendimento exclusivo para sua população. habitantes 79% dos municípios. Porém, muitos dos municípios distam pouco de seus vizinhos, ao interno de uma região. Muitas vezes estas distâncias não são maiores do que as de um bairro a outro, dentro de uma cidade de médio ou de grande porte.

A organização de novos CAPS, na forma da Portaria 3.089, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde, implica em apresentar documentação da Secretaria Municipal de Saúde e do gestor, projeto técnico, planta baixa, relação nominal dos profissionais integrantes equipe técnica (com currículos dos componentes), relatório de vistoria realizada pela Secretaria de Estado da Saúde (avaliando as condições de funcionamento do serviço para fins de cadastramento: área física, recursos humanos, responsabilidade técnica e demais exigências estabelecidas na Portaria nº. 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, do Ministério da Saúde, com parecer favorável), relatório de vistoria da vigilância sanitária local,apresentação do número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do CAPS e aprovação do cadastramento pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

O repasse financeiro fixo para os centros de atenção psicossocial (CAPS), pelo Ministério da Saúde, destinado ao custeio das ações de atenção psicossocial, variam conforme o tipo de serviço. Os recursos serão incorporados ao limite financeiro de média e alta complexidade dos municípios. A Comissão Intergestores

Regional (CIR) deverá fazer o acordo, entre os municípios,

sobre a divisão dos

trabalhos e dos repasses, sempre que um CAPS for regional ou microrregional.

Chamamos de CAPS microrregionais os que abrangem somente alguns dos municípios vizinhos, dentro da região de saúde.

4.1.1 Componentes da rede - CAPS I

CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes.

Após a liberação da Portaria Ministerial de cadastramento, os novos CAPS I microrregionais, assim como os CAPS I microrregionais já cadastrados, além do repasse financeiro mensal do Ministério da Saúde, receberão o valor mensal de R$5.000,00 proveniente do recurso do cofinanciamento da Atenção Básica, que devem ser pactuado entre os gestores.

Os municípios do CAPS I microrregional incentivado devem ter aderido ao Pacto de Gestão. Para a implantação de CAPS I microrregional, os municípios deverão formalizar um Termo de Cooperação Técnica, devendo constar a responsabilidade de cada município pactuado, tal como o transporte dos pacientes e demais necessidades na documentação para a implantação do CAPS. Será necessário o registro dos acordos em ata dos respectivos Conselhos Municipais de Saúde.

QUADRO 05: Programação de Centros de Atenção Psicossocial na Região da Foz do Rio Itajaí – SC - **CUSTEIO**

AÇÃO: Centro de Atenção Psicossocial I													
INFORMAÇÕES GERAIS							**CUSTEIO DE CENTRO ATENÇÃO DE PSICOSSOCIAL (CAPS I)**						
REGIÃO DE SAÚDE	**MUNICÍPIO**	**CNES**	**ESTABELECIMENTO**	**ESFERA ADMINISTRATIVA**	**TIPO DE GESTÃO**	**NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO**	**NOVOS**		**TOTAL**		**CRONOGRAMA**		
							FÍSICO	**FINANCEIRO (ANUAL)**	**FÍSICO**	**FINANCEIRO (ANUAL)**	**2013**	**2014**	**2015**
Foz do Rio Itajaí	Balneário Piçarras	6917917	CAPS I	Municipal	Municipal	Administração Direta da Saúde (MS,SES E SMS)			01	339.660,00			
Foz do Rio Itajaí	Bombinhas	–	CAPS I	Municipal	Municipal	Administração Direta da Saúde (MS,SES E SMS)	01	339.660,00					
Foz do Rio Itajaí	Camboriú	6629148	CAPS I	Municipal	Municipal	Administração Direta da Saúde (MS,SES E SMS)			01	339.660,00			
Foz do Rio Itajaí	Itapema	5368758	CAPS I	Municipal	Municipal	Administração Direta da Saúde (MS,SES E SMS)			01	339.660,00			
Foz do Rio Itajaí	Ilhota/ Luis Alves	–	CAPS I	Municipal	Municipal	Administração Direta da Saúde (MS,SES E SMS)	01	339.660,00					
Foz do Rio Itajaí	Navegantes	6381731	CAPS I	Municipal	Municipal	Administração Direta da Saúde (MS,SES E SMS)			01	339.660,00			
Foz do Rio Itajaí	Penha	–	CAPS I	Municipal	Municipal	Administração Direta da Saúde (MS,SES E SMS)	01	339.660,00					
Foz do Rio Itajaí	Porto Belo	–	CAPS I	Municipal	Municipal	Administração Direta da Saúde (MS,SES E SMS)	01	339.660,00					

QUADRO 06: Programação de Centros de Atenção Psicossocial na Região da Foz do Rio Itajaí – SC - **INVESTIMENTO**

AÇÃO: Investimento de Implantação de novos Centros de Atenção Psicossocial I													
INFORMAÇÕES GERAIS							INVESTIMENTO DE CENTRO ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS I)						
REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	NOVOS		TOTAL		CRONOGRAMA		
							FÍSICO	FINANCEIRO	FÍSICO	FINANCEIRO (ANUAL)	2013	2014	2015
Foz do Rio Itajaí	Bombinhas	–	CAPS I	Municipal	Municipal	Administração Direta da Saúde (MS,SES E SMS)	01	20.000,00				X	
Foz do Rio Itajaí	Ilhota/ Luis Alves	–	CAPS I	Municipal	Municipal	Administração Direta da Saúde (MS,SES E SMS)	01	20.000,00				X	
Foz do Rio Itajaí	Penha	–	CAPS I	Municipal	Municipal	Administração Direta da Saúde (MS,SES E SMS)	01	20.000,00				X	
Foz do Rio Itajaí	Porto Belo	–	CAPS I	Municipal	Municipal	Administração Direta da Saúde (MS,SES E SMS)	01	20.000,00				X	

QUADRO 07: Programação de Centros de Atenção Psicossocial na Região da Foz do Rio Itajaí – SC - **INVESTIMENTO**

AÇÃO: Construção de Centros de Atenção Psicossocial I													
QINFORMAÇÕES GERAIS							CONSTRUÇÃO DE CENTRO ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS I)						
REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	NOVOS		TOTAL		CRONOGRAMA		
							FÍSICO	FINANCEIRO (ANUAL)	FÍSICO	FINANCEIRO (ANUAL)	2013	2014	2015
Foz do Rio Itajaí	Balneário Piçarras	6917917	CAPS I	Municipal	Municipal	Administração Direta da Saúde (MS,SES E SMS)	01	800.000,00				X	
Foz do Rio Itajaí	Bombinhas	–	CAPS I	Municipal	Municipal	Administração Direta da Saúde (MS,SES E SMS)	01	800.000,00				X	
Foz do Rio Itajaí	Camboriú	6529148	CAPS I	Municipal	Municipal	Administração Direta da Saúde (MS,SES E SMS)	01	800.000,00				X	
Foz do Rio Itajaí	Itapema	5368758	CAPS I	Municipal	Municipal	Administração Direta da Saúde (MS,SES E SMS)	01	800.000,00				X	
Foz do Rio Itajaí	Ilhota/ Luis Alves	–	CAPS I	Municipal	Municipal	Administração Direta da Saúde (MS,SES E SMS)	01	800.000,00				X	
Foz do Rio Itajaí	Navegantes	6381731	CAPS I	Municipal	Municipal	Administração Direta da Saúde (MS,SES E SMS)	01	800.000,00				X	
Foz do Rio Itajaí	Penha	–	CAPS I	Municipal	Municipal	Administração Direta da Saúde (MS,SES E SMS)	01	800.000,00				X	
Foz do Rio Itajaí	Porto Belo	–	CAPS I	Municipal	Municipal	Administração Direta da Saúde (MS,SES E SMS)	01	800.000,00				X	

4.1.2 Componentes da rede - CAPS II

CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes.

QUADRO 08: Programação de Centros de Atenção Psicossocial na Região da Foz do Rio Itajaí – SC - **CUSTEIO**

AÇÃO: Custeio de Centro de Atenção Psicossocial II													
INFORMAÇÕES GERAIS							CUSTEIO DE CENTRO ATENÇÃO DE PSICOSSOCIAL (CAPS II)						
REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	NOVOS		TOTAL		CRONOGRAMA		
							FÍSICO	FINANCEIRO (ANUAL)	FÍSICO	FINANCEIRO (ANUAL)	2013	2014	2015
Foz do Rio Itajaí	Balneário Camboriú						01			397.035,00	X		
Foz do Rio Itajaí	Itajaí						01			397.035,00	X		

QUADRO 09: Programação de Centros de Atenção Psicossocial na Região da Foz do Rio Itajaí – SC - **INVESTIMENTO**

AÇÃO: Construção de Centros de Atenção Psicossocial II													
INFORMAÇÕES GERAIS							CONSTRUÇÃO DE CENTRO ATENÇÃO DE PSICOSSOCIAL (CAPS)						
REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	NOVOS		TOTAL		CRONOGRAMA		
							FÍSICO	FINANCEIRO	FÍSICO	FINANCEIRO (ANUAL)	2013	2014	2015
Foz do Rio Itajaí	Balneário Camboriú								01	800.000,00		X	
Foz do Rio Itajaí	Itajaí								01	800.000,00		X	

4.1.3 Componentes da rede - CAPS III

CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes.

Há possibilidade de o município conseguir incentivos de um milhão de reais para a construção de CAPS III, a ser gasto com a obra. O prédio deve seguir as regras da Vigilância Sanitária e seguir a programação visual padronizada pelo guia de sinalização do SUS.

Para pleitear habilitação ao financiamento o município deverá cadastrar sua proposta no Ministério da Saúde por meio do sítio eletrônico do Fundo Nacional de Saúde. A documentação exigida está descrita na Portaria 615, de 15 de abril de 2013, do Ministério da Saúde.

Durante as discussões dos gestores ficou deliberado que neste momento a Região não pactuará este serviço.

4.1.4 Componentes da rede - CAPS AD

CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter

comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes.

Há possibilidade de o município conseguir incentivos de um milhão de reais para a construção de CAPS ADIII, a ser gasto com a obra. O prédio deve seguir as regras da Vigilância Sanitária e seguir a programação visual padronizada pelo guia de sinalização do SUS.

Para pleitear habilitação ao financiamento o município deverá cadastrar sua proposta no Ministério da Saúde por meio do sítio eletrônico do Fundo Nacional de Saúde. A documentação exigida está descrita na Portaria 615, de 15 de abril de 2013, do Ministério da Saúde.

QUADRO 13: Programação de Centros de Atenção Psicossocial na Região da Foz do Rio Itajaí – SC - **CUSTEIO**

AÇÃO: Custeio de Centro de Atenção Psicossocial AD													
INFORMAÇÕES GERAIS							CUSTEIO DE CENTRO ATENÇÃO DE PSICOSSOCIAL (CAPS AD)						
REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	NOVOS		TOTAL		CRONOGRAMA		
							FÍSICO	FINANCEIRO (ANUAL)	FÍSICO	FINANCEIRO (ANUAL)	2013	2014	2015
Foz do Rio Itajaí	Balneário Camboriú								01	477.360,00	X		
Foz do Rio Itajaí	Camboriú						01	477.360,00					X
Foz do Rio Itajaí	Navegantes						01	477.360,00					X

QUADRO 14: Programação de Centros de Atenção Psicossocial na Região da Foz do Rio Itajaí – SC - **INVESTIMENTO**

AÇÃO: Investimento de Implantação de Centro de Atenção Psicossocial AD													
INFORMAÇÕES GERAIS							INVESTIMENTO DE CENTRO ATENÇÃO DE PSICOSSOCIAL (CAPS AD)						
REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	NOVOS		TOTAL		CRONOGRAMA		
							FÍSICO	FINANCEIRO (ANUAL)	FÍSICO	FINANCEIRO (ANUAL)	2013	2014	2015
Foz do Rio Itajaí	Navegantes						01	50.000,00					X
Foz do Rio Itajaí	Camboriú						01	50.000,00					X

QUADRO 15: Programação de Centros de Atenção Psicossocial na Região da Foz do Rio Itajaí – SC - **INVESTIMENTO**

AÇÃO: Construção de Centros de Atenção Psicossocial AD													
INFORMAÇÕES GERAIS							CONSTRUÇÃO DE CENTRO ATENÇÃO DE PSICOSSOCIAL (CAPS AD)						
REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	NOVOS		TOTAL		CRONOGRAMA		
							FÍSICO	FINANCEIRO (ANUAL)	FÍSICO	FINANCEIRO (ANUAL)	2013	2014	2015
Foz do Rio Itajaí	Balneário Camboriú								01	800.000,00	X		
Foz do Rio Itajaí	Camboriú						01	800.000,00					X
Foz do Rio Itajaí	Navegantes						01	800.000,00					X

4.1.5 Componentes da rede - CAPS AD III

CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos.

Serviço com no máximo doze leitos leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes.

QUADRO 16: Programação de Centros de Atenção Psicossocial na Região da Foz do Rio Itajaí – SC - CUSTEIO

AÇÃO: Centro de Atenção Psicossocial AD III													
INFORMAÇÕES GERAIS							CUSTEIO DE CENTRO ATENÇÃO DE PSICOSSOCIAL (CAPS AD)						
REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	NOVOS		TOTAL		CRONOGRAMA		
							FÍSICO	FINANCEIRO (ANUAL)	FÍSICO	FINANCEIRO (ANUAL)	2013	2014	2015
Foz do Rio Itajaí	Itajaí								01	936.000,00		X	

OBS: Adaptado o existente

QUADRO 17: Programação de Centros de Atenção Psicossocial na Região da Foz do Rio Itajaí – SC - INVESTIMENTO

AÇÃO: Centro de Atenção Psicossocial AD III													
INFORMAÇÕES GERAIS							INVESTIMENTO DE CENTRO ATENÇÃO DE PSICOSSOCIAL ADAPTADO (CAPS AD)						
REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	NOVOS		TOTAL		CRONOGRAMA		
							FÍSICO	FINANCEIRO (ANUAL)	FÍSICO	FINANCEIRO (ANUAL)	2013	2014	2015
Foz do Rio Itajaí	Itajaí						01	170.000,00	01	75.000,00			X

OBS: Adaptado o existente

QUADRO 18: Programação de Centros de Atenção Psicossocial na Região da Foz do Rio Itajaí – SC - INVESTIMENTO

AÇÃO: Centro de Atenção Psicossocial AD III													
INFORMAÇÕES GERAIS							INVESTIMENTO DE CENTRO ATENÇÃO DE PSICOSSOCIAL (CAPS AD)						
REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	NOVOS		TOTAL		CRONOGRAMA		
							FÍSICO	FINANCEIRO (ANUAL)	FÍSICO	FINANCEIRO (ANUAL)	2013	2014	2015
Foz do Rio Itajaí	Itajaí						01	1.000.000,00				X	

OBS: Adaptado o existente

4.1.6 Componentes da rede - CAPS i

CAPS i: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.

QUADRO 19: Programação de Centros de Atenção Psicossocial na Região da Foz do Rio Itajaí – SC - CUSTEIO

AÇÃO: Centro de Atenção Psicossocial i													
INFORMAÇÕES GERAIS							CUSTEIO DE CENTRO ATENÇÃO DE PSICOSSOCIAL (CAPS i)						
REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	NOVOS		TOTAL		CRONOGRAMA		
							FÍSICO	FINANCEIRO (ANUAL)	FÍSICO	FINANCEIRO (ANUAL)	2013	2014	2015
Foz do Rio Itajaí	Balneário Camboriú						01	385.560,00					X
Foz do Rio Itajaí	Itajaí								01	385.560,00	X		

QUADRO 20: Programação de Centros de Atenção Psicossocial na Região da Foz do Rio Itajaí – SC - **INVESTIMENTO**

AÇÃO: Investimento de de implantação de Centros de Atenção Psicossocial i													
INFORMAÇÕES GERAIS							INVESTIMENTO DE CENTRO ATENÇÃO DE PSICOSSOCIAL (CAPS i)						
							NOVOS		TOTAL		CRONOGRAMA		
REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	FÍSICO	FINANCEIRO (ANUAL)	FÍSICO	FINANCEIRO (ANUAL)	2013	2014	2015
Foz do Rio Itajaí	Balneário Camboriú						01	30.000,00					X

QUADRO 21: Programação de Centros de Atenção Psicossocial na Região da Foz do Rio Itajaí – SC - **INVESTIMENTO**

AÇÃO: Construção de Centros de Atenção Psicossocial i													
INFORMAÇÕES GERAIS							CONSTRUÇÃO DE CENTRO ATENÇÃO DE PSICOSSOCIAL (CAPS AD)						
							NOVOS		TOTAL		CRONOGRAMA		
REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	FÍSICO	FINANCEIRO (ANUAL)	FÍSICO	FINANCEIRO (ANUAL)	2013	2014	2015
Foz do Rio Itajaí	Balneário Camboriú						01	800.000,00					X
Foz do Rio Itajaí	Itajaí								01	800.000,00		X	

Há também incentivos estaduais. Para a montagem de CAPS que atendam mais de um município, os ditos CAPS microrregionais, o incentivo estadual é de R$ 20.000,00, por até 3 meses. Segundo a deliberação 68/CIB/10, da Comissão

Intergestores Bipartite de Santa Catarina, é liberado um incentivo financeiro estadual com recursos do cofinanciamento da Atenção Básica para implantação de CAPS, na modalidade I - microrregional, para apoiar o início do funcionamento, até a liberação da Portaria Ministerial.

A mesma deliberação dispõe sobre o incentivo financeiro estadual mensal para apoiar o inicio do funcionamento de novos CAPS nas diversas modalidades (I - não microrregional, II, III, i (infanto juvenil e ad (para tratamento de pessoas com

transtornos por uso de álcool e outras drogas), em parcelas no valor de R$ 15.000,00 não devendo ultrapassar o período de três meses.

Após a liberação da Portaria Ministerial de cadastramento, os novos CAPS I microrregionais, assim como os CAPS I microrregionais já cadastrados, além do repasse financeiro mensal do Ministério da Saúde, receberão o valor mensal de R$ 5.000,00 proveniente do recurso do cofinanciamento da Atenção Básica, que devem ser pactuado entre os gestores.

Os municípios do CAPS I microrregional incentivado devem ter aderido ao Pacto de Gestão. Para a implantação de CAPS I microrregional, os municípios deverão formalizar um Termo de Cooperação Técnica, devendo constar a responsabilidade de cada município pactuado, tal como o transporte dos pacientes e demais necessidades na documentação para a implantação do CAPS. Será necessário o registro dos acordos em ata dos respectivos Conselhos Municipais de Saúde.

O Projeto Terapêutico e os documentos para solicitação do incentivo financeiro e cadastramento do serviço serão avaliados pela Divisão de Saúde Mental/Gerência de Coordenação da Atenção Básica, devendo estar de acordo com as Portarias GM nº 245/05 e 336/GM/2002.

São critérios para a avaliação: a equipe técnica exigida, o projeto terapêutico e suas especificidades, a estrutura física adequada, existência de ações de saúde mental na atenção básica em todos os municípios pactuados e a existência de hospital geral com unidade psiquiátrica na região de saúde.

As informações detalhados para o processo de solicitação do Incentivo Financeiro ao Ministério da Saúde e solicitação de cadastramento para CAPS, modalidade I, microrregional, estão no endereço eletrônico <www.saude.sc.gov.br> - Atenção Básica - Saúde Mental -CAPS - Orientações para Solicitação e Implantação de CAPS/SC, modalidade I, Microrregional.

Os CAPS microrregionais deverão manter e encaminhar para a Divisão de Saúde Mental, através da Gerência de Saúde, a estatística de procedência dos pacientes para fins de monitoramento e avaliação, assim como a emissão de RAAS para a Gerência de Processamento de Serviços Assistenciais - GEPRO/SES.

Os recursos mensais serão repassados fundo a fundo e a prestação de contas deverá ser apresentada no Relatório Anual de Gestão Municipal.

4.2 As unidades de acolhimento para jovens e para adultos

Unidade de Acolhimento: oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento de vinte e quatro horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório cujo tempo de permanência é de até seis meses.

A portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012, institui a unidade de acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, como residencial transitório, funcionamento nas 24 horas do dia e nos 7 dias da semana. Tais unidades poderão ser criadas pelos municípios como entidades públicas ou poderão ser terceirizadas a comunidades terapêuticas sem fins lucrativos. Deverão ter quartos coletivos para até 4 pessoas e servir refeições.

As unidades de acolhimento designadas para adultos terão como alvo uma população de aproximadamente 200.000 habitantes, na qual haja mais de 5 leitos psiquiátricos para crack, álcool e outras drogas, em enfermaria especializada ou em serviço hospitalar de referência. Estes serviços deverão contar com a assistência de uma equipe composta por assistente social, educador físico, enfermeiro,

psicólogo, terapeuta ocupacional e médico.

As unidades infanto-juvenis atenderão populações com 100.000 habitantes ou mais, voltando-se aos menores de 18 anos.

Há possibilidade de o município solicitar incentivo financeiro de quinhentos mil reais para a construção, seguindo as regras da Vigilância Sanitária e a programação visual do guia de sinalização do SUS.

Tabela 09: Incentivo financeiro do Ministério da Saúde para a implantação e a manutenção de unidades de acolhimento, segundo o tipo.

Unidade de Acolhimento	Incentivo financeiro em R$ (parcela)		
Tipo	Para construir (única)	De custeio (única)	De manutenção (mensal)
Infanto-juvenil (10 vagas)	500.000,00	70.000,00	30.000,00
Adulto (10 a 15 vagas)	500.000,00	70.000,00	25.000,00

Fonte: Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012, do Ministério da Saúde.

A estimativa, para a Região da Foz do Rio Itajaí, chega a um máximo de 29 vagas para adultos e 13 para pessoas com menos de 18 anos.

Tabela 10: Vagas preconizadas, em unidades de acolhimento, por região de saúde, segundo o tipo, Santa Catarina, 2013.

Município	Adulto	Infanto-Juvenil
Região Grande Florianópolis	52	23
Região Nordeste	45	20
Região Médio Vale do Itajaí	34	15
Região da Foz do Itajaí	29	13
Região Carbonífera	20	9
Região Planalto Norte	18	8
Região de Laguna	17	8
Região Oeste	16	7
Região da Serra	14	6
Região Alto Rio do Peixe	14	6
Região Alto Vale do Itajaí	14	6
Região Extremo Oeste	11	5
Região de Xanxerê	10	5
Região do Meio Oeste	9	4
Região do Extremo Sul	9	4
Região do Alto Uruguai	7	4
Santa Catarina	319	143

*Ao se fazer os cálculos para estimar a necessidade de vagas em unidades de acolhimento regionais, as frações de vagas foram arredondas para cima.
Fontes: IBGE, 2013. Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012, do Ministério da Saúde. Comissão MédicaEstadual de Regulação, GECOR, SUR/SES/SC.

O acolhimento na Unidade de Acolhimento será definido exclusivamente pela equipe do Centro de Atenção Psicossocial de referência que será responsável pela elaboração do projeto terapêutico singular do usuário, considerando a hierarquização do cuidado, priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde.

O Centro de Atenção Psicossocial, que é responsável pela indicação do acolhimento, pelo acompanhamento especializado

durante este período, pelo planejamento da saída e pelo seguimento do cuidado, bem como pela participação de forma ativa da articulação intersetorial para promover a reinserção do usuário na comunidade.

Durante as discussões dos gestores ficou deliberado que neste momento a Região não pactuará este serviço.

4.3 Serviços residenciais terapêuticos

Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais Comunidades Terapêuticas: serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Os pacientes que viveram institucionalizados poderão voltar à sua região e residir em serviços residenciais terapêuticos (SRT), montados pelas prefeituras, na forma da Portaria nº3.090, de 23 de dezembro de 2011. Os residenciais tipificam-se pelo grau de dependência de seus moradores. Os de tipo II recebem pessoas que precisam de cuidador ao longo de todo o dia. Os de tipo I recebem pessoas com maior grau de autonomia.

Tabela 11: Incentivo financeiro do Ministério da Saúde para a implantação e a manutenção de serviços residenciais terapêuticos, segundo o tipo.

Modalidade	Incentivo financeiros em R$	
	De implantação (única parcela)	De manutenção (mensal)
tipo I (4 moradores)	20.000,00	5.000,00
tipo I (8 moradores)	20.000,00	10.000,00
tipo II (4 moradores)	20.000,00	8.000,00
tipo II (10 moradores)	20.000,00	20.000,00

Durante as discussões dos gestores ficou deliberado que neste momento a Região não pactuará este serviço.

4.4 Os Serviços Hospitalares de Referência

Os leitos em hospitais gerais deverão ser qualificados e organizados em forma de Serviços Hospitalares de Referência para atenção a pessoas padecendo de transtornos mentais ou com problemas de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. Serviços com 10 leitos ou menos terão interface com a clínica médica ou com a pediatria, devendo qualificar sua equipe, mesmo que não tenha psiquiatra. Serviços com mais de 10 leitos deverão funcionar em uma enfermaria especializada.

Tabela 12: Incentivos financeiros aos Serviços Hospitalares de Referência*, segundo o número de leitos psiquiátricos cadastrados e em atividade.

Número de leitos	Incentivos em R$	
	Para investimento inicial	De custeio anual
Até 5	18.000,00	67.321,32/leito
De 6 a 10	33.000,00	67.321,32/leito
De 11 a 20	66.000,00	67.321,32/leito
De 21 a 30	99.000,00	67.321,32/leito

A portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012, define as normas para os hospitais gerais que prestarão serviços psiquiátricos no SUS. Os hospitais aprovados para exercer esta tarefa receberão um incentivo para o investimento inicial. O gasto com obras, adequação da área física e equipamentos poderá contar com 70% deste incentivo.Os outros 30% deverão ser destinados à qualificação da equipe e da implantação de ponto do telessaúde, para formação continuada.

Os hospitais que funcionarem adequadamente receberão, ainda, um incentivo anual, de R$67.321,00, para cada leito implantado. Este valor foi calculado a partir de estimativas de diárias, referentes às internações, segundo critérios que não incentivem a institucionalização e a longa permanência. Foram calculadas diárias maiores na primeira semana, com declínio na segunda e na terceira. Os hospitais precisarão aprender a trabalhar, portanto, integrados com o restante da rede, a fim de ter resolutividade durante a crise. Deverão primar por não se confundir com um albergue voltado à solução de problemas de moradia e de mau relacionamento doméstico. Deverão colaborar para a continuidade do tratamento fora do hospital.

Tabela 13: Memória de cálculo para o estabelecimento do valor dos incentivos, a partir das diárias dos Serviços Hospitalares de Referência, a serem cobertas pelo Ministério da Saúde, e percentual de leitos segundo faixas de dias de permanência.

Período de internação	Valor da Diária	Proporção de uso
Do 1º. ao 7º. dia	R$ 300,00	60% dos leitos
Do 8º. ao 15º. dia	R$ 100,00	30% dos leitos
A partir do 16º. dia	R$ 57,00	10% dos leitos

A distribuição dos leitos psiquiátricos em hospitais gerais é desigual nos vários rincões de Santa Catarina. Caberá às Comissões Intergestores Regionais (CIR) abrandar as diferenças, propondo a qualificação e o cadastramento de serviços que possam assumir a tarefa com resolutividade. Para tanto, precisarão evitar as pressões de hospitais sem capacidade para organizar um serviço adequado, que se interessem apenas pelas possibilidades resolver problemas financeiros antigos.

Vários destes, erroneamente, vêem no atendimento psiquiátrico uma oportunidade de aumento de receita graças à simplicidade da hotelaria e ao pouco gasto com cirurgias, aparelhagem e

exames complementares.

Este é um engano comum, pois a equipe de saúde mental é rara e não pode ser simples. Os conhecimentos e as vivências práticas, requeridos, devem ser preservados pelo empregador, garantindo boas condições de trabalho e salários atraentes à equipe. Sem isso ela migrará.

QUADRO 30: Plano de Ação Regional das Redes de Atenção às Urgências/**HOSPITALAR - ATENÇÃO PSICOSOCIAL**

MUNICÍPIO	UNIDADE INSTITUIÇÃO	ENFERMARIA CLÍNICAS DE RETAGUARDA				CRONOGRAMA		
		LEITO NOVO INVEST.	LEITO QUALIF.	CUSTEIO/ ANO	CUSTEIO MÊS	2013	2014	2015
ITAJAÍ	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEQUENO ANJO	R$ 20.000,00	5	R$ 320.000,00	R$ 2.667,00		03/2014	
BALNEÁRIO CAMBORIÚ	INSTITUTO VIDA	R$ 40.000,00	10	R$ 640.000,00	R$ 5.334,00		03/2014	
BALNEÁRIO CAMBORIÚ	INSTITUTO VIDA	R$ 40.000,00	10	R$ 640.000,00	R$ 5.334,00			01/2015

Obs: Estes leitos foram programados no Plano de Ação Regional de Urgência e Emergência da Região da Foz do rio Itajaí

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A constituição do um modelo de atenção em saúde mental instaura um período paradigmático ao apresentar elementos de ruptura com antigas concepções e fundamentos na elaboração de novos saberes e práticas no campo psicossocial.

A incorporação da experiência e da vivência no ato de cuidar eleva a sublime natureza humana de acolher e de ser solidário àquele com quem interage e, por conseguinte, mantém relações de vida com os mesmos.

Assim sendo, a prática terapêutica no campo da saúde mental, nessa fase de modificações e aproximações, procura incorporar epistemicamente, abordagens convergentes com a ampliação da clínica e evidenciação do sujeito (usuário) no centro da produção do cuidado, assim como tendo também a família como agente importante deste processo, sendo que o delineamento do trabalho terapêutico, na atenção psicossocial, constitui-se no pressuposto de aumentar a capacidade de construção da autonomia do usuário.

Esta ampliação se faz pelo reconhecimento da vontade e desejo de cura do mesmo em seu contexto, evidenciada pela oferta de recursos institucionais voltados para a melhoria das condições de vida e na própria promoção da saúde, sendo que desta forma a concepção de cuidado em saúde supera a lógica pontual e casuística da intervenção farmacoterapica por si só - o cuidado é operado em uma ação integral que incorpora as tecnologias, os significados e os sentidos voltados para uma compreensão da saúde como direito do ser humano.

Assim, uma política pública de saúde, ancorada nos princípios do SUS, da universalidade de cobertura, da equidade de oferta de atenção para igualdade de resultados finais, da descentralização democrática, da integralidade e da complexidade, deve ser constituída de todas as dimensões da saúde coletiva, envolvendo os sujeitos em suas diversas situações de vida, adoecimento e contexto social.

Na macrorregião da Foz do Rio Itajaí, esta formulação de uma nova caminhada para a assistência em saúde mental está sendo estruturada com a elaboração do Plano de Ação Regional da Rede Psicossocial, com base na evidenciação do sujeito e na construção de um sistema que viabilize alternativas adequadas ao vivenciar humano na dimensão clínica e cidadã.

Neste norte a Rede de Atenção Psicossocial se configura uma ferramenta fundamental para a consolidação do que iniciou com a Reforma Psiquiátrica implantada no SUS, pois os seus dispositivos favorecerão a desinstitucionalização, a acessibilidade e equidade, a articulação com a atenção primária, secundária e terciária, e a intersetorialidade, mediante o desenvolvimento de trabalho com diversas instituições públicas e privadas afins à área.

Foi nesta concepção que a equipe técnica e o Colegiado Intergestores Regional da Macrorregião da Foz do Rio Itajaí traçou as metas e as diretrizes para implementação da rede psicossocial, compreendendo que a rede é maior do que o conjunto dos serviços de saúde mental prestados isoladamente por cada município.

Por fim, compreendendo-se que se faz necessária a realização de reflexões permanentes acerca da qualidade das ações de saúde que são desenvolvidas e ofertadas aos usuários e familiares pelos serviços de saúde e crendo que são indiscutíveis que tais ações devam estar fundamentadas em aspectos ético-humanísticos, permanece o desafio de produzir o cuidado em saúde integral, possibilitando a garantia de atendimento ao usuário, de forma plena e universal.

O presente Plano de Ação Regional prevê a estruturação da rede psicossocial, a ser implementada, de forma gradativa, a ser analisada, adequada e equacionada consoante as demandas que surjam. Não estanque, Mas dinâmica, enquanto parte do sistema público de saúde. Que além de garantir o que está preconizado, deve, paralelamente, saber observar e garantir, aquilo que não está previsto, mas que se mostra como demanda, na perspectiva maior da garantia dos princípios do SUS e especialmente, da garantia constitucional do direito à saúde, cláusula pétrea da Constituição Federal de 1988.

6 APROVAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO PELA CIR

O *fac símile* da deliberação 026/2013, da CIR da Região de Saúde da Foz do Rio Itajaí, na sequência, mostra a aprovação do plano em 16 de dezembro de 2013:

GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Comissão Intergestores Bipartite
Comissão Intergestores Regional – Foz do Rio Itajaí

Deliberação 026/2013

O Plenário da Comissão Intergestores Regional da Foz do Rio Itajaí, com base em suas competências regimentais e nas atribuições conferidas pela Portaria GM/MS 399, de 22 de fevereiro de 2006, Deliberações CIB/SC 044, de 22/06/2007 e 127 de 04/10/2007 e do Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011:

Aprova:

O PAR – Plano de Ação Regional da Rede de Atenção Psicossocial da Macrorregião de Saúde da Foz do Rio Itajaí.

Itajaí, 16 de dezembro de 2013.

Márcia Regina Oliveira Freitag
Coordenadora da CIR – Foz do Rio Itajaí

7 *FAC SíMILE* DA LISTA DE PRESENÇA DOS MEMBROS DA CIR NA SESSÃO DE APROVAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Comissão Intergestores Bipartite
Comissão Intergestores Regional – Foz do Rio Itajaí

LISTA DE PRESENÇAS
REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA 16/12/2013

NOME	MUNICIPIO	E-MAIL	TELEFONE	RUBRICA
Paiva nn Soares	Itajaí	GABINETE SMS@ITAJAI.SC.GOV.BR	99233135	
Mônica Ajuda Souza	Itapema	monicaajuda@itapema.sc.gov.br	91267596	
Glauco Reiser	ITAJAI	GLAUCO.REISER@ITAJAI.SC.GOV.BR	84688398	
Francisnara Tatone Zanetti	Bal. Camboriú	credenciamento@balneariocamboriu.sc.gov.br	32665965	
Marco Otávio Duarte Rodrigues	Bal. Camboriú	marco.otavio@balneariocamboriu.sc.gov.br	32616200	
Carolina Torres Guidolli	Itajaí	saudemental@itajai.sc.gov.br	3249-5536	
Carla Andrea Medeiros	Itajaí	Saudemental@itajai.sc.gov.br	3249-5536	
Cleiby DAROSSI	PENHA	CLEIBY.DAROSSI@HOTMAIL.COM	9201-0375	
Lucimir A. Ulher de Bittencourt	B. Picarras	lucimir@ig.com.br	88068799	
Edite Escola	Luiz Alves	editescola@luizalves.sc.gov.br	91814103	
Juliana Rabelo Brito Wust	Luiz Alves	juliana@luizalves.sc.gov.br	8847.0155	
SAMUEL MAGANELLI	NAVEGANTES	SAMUEL.MAGANELLI@NAVEGANTES.SC.GOV.BR	8926-6749	
Mitti AOKI Lopes	Navegantes	mitticaobi@hotmail.com	96443251	
Marcos Custódio Júnior	Camboriú	Junior_yoyo@Hotmail.com	(048) 9915-8383	
Claudia Gonçalves	1º Geisa	fgs_claudia@hotmail.com	47-99650201	
Regina P. Teste	P. Belo	saude@portobelo.sc.gov.br	33696040	
Arnaldo Soares	ILHOTA	Scvs@ilhota.sc.gov.br	9155.6136	
Jacqueline	Itajaí	jacqueline@amfri.org.br	3401-8000	
Simoni Moraes Gennari	Porto Belo	gennari@univali.br	33695316	
Danielle Maria Pereira Santos	Porto Belo	saude.controle@portobelo.sc.gov.br	3369-6020	
Maria R. Oliveira Fronza	Camboriú	mariaroseo@yahoo.com.br	33652141	

8 MATRIZ DIAGNÓSTICA

MATRIZ DIAGNÓSTICA - REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL					
Região de Saúde: **Foz do Rio Itajaí**					
11 Municípios: **Balneário Camboriú**, Balneário Piçarras, Bombinhas, Camboriú, Ilhota, **Itajaí**, Itapema, Luis Alves, Navegantes, Penha e Porto Belo.					
População: 579.946 habitantes					
COMPO-NENTE	**Ponto de Atenção**	**Necessidade**	**Existentes**	**Déficit**	**Parâme-tro**
I. Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde	242 equipes de Saúde da Família (ESF). Supervisão e apoio matricial organizado, regulação do acesso, protocolos assistenciais.	123 ESF (69,78% de cobertura)	119 ESF. Supervisão e o apoio matricial organizado sobre as equipes de saúde da família, estabelecer regulação do acesso e protocolos assistenciais.	Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica, de 21 de outubro de 20 11
	Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas	2 consultórios na rua	0	2 consultórios na rua (Balneário Camboriú e Itajaí)	Portaria que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família	14 NASF	6 NASF (4 com psicólogo)	8 NASF. Incorporação de psiquiatras e psicólogos em NASF	Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica - 2011
	Centro de Convivência	2	0	2	

COMPO-NENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Parâme-tro
II. Atenção Psicossocial Especiali-zada	Centro de Atenção Psicossocial				
	CAPS I	9	5 (Balneário Camboriú, Balneário Piçarras, Camboriú, Itapema, Navegantes)	4 (Penha, Bombinhas, Porto Belo, Ilhota) Há interesse em construir prédios próprios para os 8 CAPS I existentes, que funcionam em casas alugadas.	Municípios ou regiões com pop. acima de 15 mil hab.
	CAPS II	0	1 (Itajaí)	0	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS III	1	0	1 (Itajaí, a partir da qualificação do II)	Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab
	CAPS AD	3	1 (Itajaí)	3 (Navegantes, Camboriú, Balneário Camboriú)	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS ADIII	1	0	1 (Itajaí, a partir da qualificação do AD)	Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab
	CAPS i	2	1 (Itajaí)	1 (Balneário Camboriú). Os CAPS i de Balneário Camboriú e de Itajaí poderiam ter atuação regional dando pareceres e orientações a outros CAPS.	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
III. Atenção de Urgência e Emergência	UPA / SAMU Sala de Estabilização Portas Hospitalares de Atenção à Urgência Pronto Socorro	2 unidades de suporte avançado (USA) e 7 unidades de suporte básico (USB)	2 USA (Balneário Camboriú e Itajaí), 7 USB (2 em Itajaí e 1 em Camboriú, Bombinhas, Itampema e Navegantes)	0	Conforme orientações da Portaria da Rede de Atenção às Urgências, de 7 de julho de 2011.

COMPO-NENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Parâme-tro
IV. Atenção Residencial de Caráter Transitório	UA ADULTO	3 (com um total de 30 vagas)	0	3	1 UA (com 15 vagas) para cada 10 leitos de enferma-rias em hospital geral por município.
	UA INFANTO-JUVENIL	1 (com um total de 10 vagas)	0	1	Municípios crianças e adolescen-tes em potencial para uso de drogas ilícitas ou em potencial para uso de drogas ilícitas.
	COMUNI-DADE TERAPÊU-TICA	2	0	2	
V. Atenção Hospitalar	LEITOS	26 (sendo 11 leitos tipo infanto-juvenil e 15 tipo adulto)	0	6 infanto-juvenil em Itajaí (Hospital Universitário Pequeno Anjo, da UNIVALI); 4 infanto-juvenil em Balneário Camboriú (Instituto Vida); 15 leitos adulto em Balneário Camboriú (Instituto Vida).	Portarias MS 1.615/12, 148/12, 953/12, 2.035/13; 1 leito para cada 23 mil habitantes Portaria nº 1.101/02.
	ENFERMA-RIA ESPECIA-LIZADA	1 (com 15 leitos para adultos)	0		Portarias MS 1.615/12, 148/12, 953/12, 2.035/13; 1 leito para cada 23 mil habitantes Portaria nº 1.101/02.

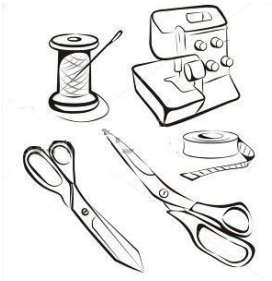
COMPO-NENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Parâme-tro
VI. Estratégias de Desinstituci-onalização	SRT	2 Serviços Residenciais Terapêuticos tipo I (com até 8 moradores cada)	0	2	A depender do nº de munícipes longamente internados
	PVC	16	0	16	A depender do nº de munícipes longamente internados
VII. Reabilitação Psicossocial	Cooperativas sociais, empreendi-mentos solidários e iniciativas de geração de trabalho e renda	2	0	2	

Rede de Atenção Psicossocial
de Santa Catarina

PAR

– Plano de Ação Regional –

Região de Saúde do
Alto Vale do Itajaí



Região de Saúde do Alto Vale do Itajaí:

Plano de Ação Regional para a Rede Psicossocial

1 Características básicas do território

A região abriga 4,3% da população do Estado de Santa Catarina, somando 273.479 habitantes (IBGE, 2012).

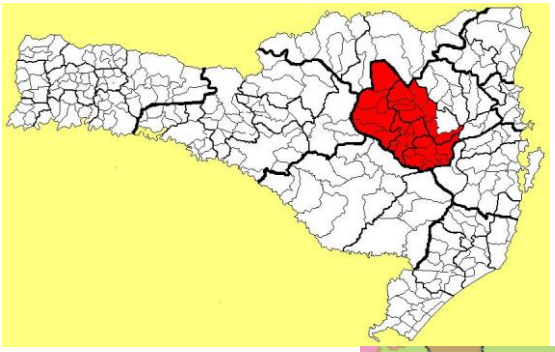
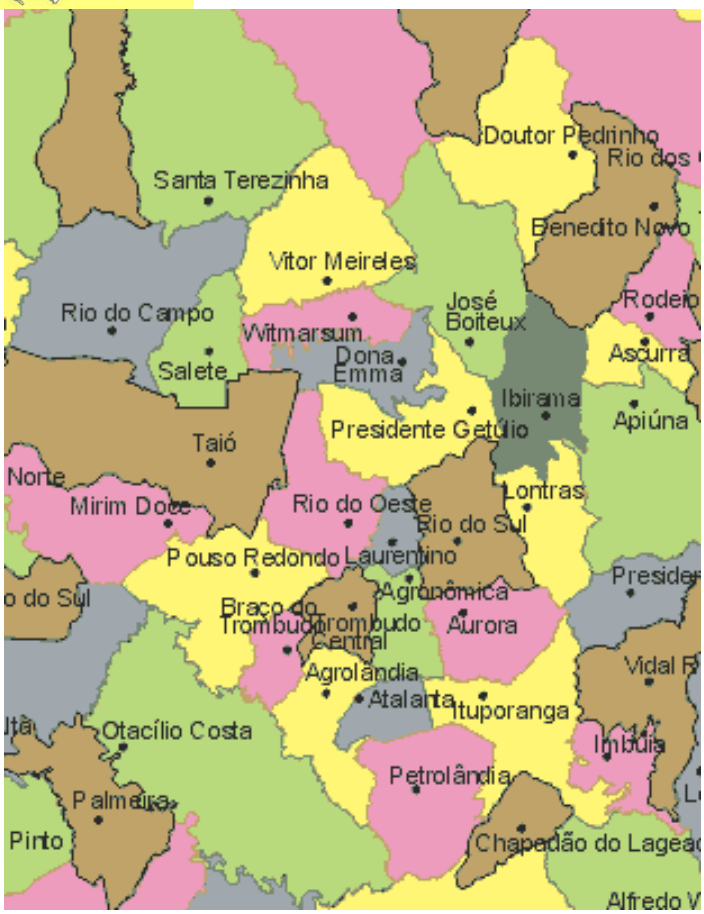


Figura AV-1. Abaixo, mapa da área de Santa Catarina compreendendo a Região de Saúde do Alto Vale do Rio Itajaí, com seus municípios. Ao lado, a localização da Região no mapa estadual.
Fonte: GECOR, SUR, SES/SC, a partir de CIASC, 2012.

A região contém 28 municípios, vinculados a uma das quatro Secretarias de Desenvolvimento Regional (SDR): a de Rio do Sul, a de Ituporanga, a de Ibirama e a de Taió. O município mais populoso é Rio do Sul, que abrange 23% dos habitantes da região. A oferta de serviços, pelo SUS, ambulatoriais especializados, na área de saúde mental, é pobre. Em toda a região há apenas 2 CAPS, de tipo I, localizados em Rio do Sul e Ibirama.



Pode-se inferir que cerca de um quarto da população, ao longo de um ano, apresentará queixas de ordem psíquica[165].

Tabela AV-1. Estimativa do número de pessoas com manifestação de novas queixas de ordem psíquica e comportamental, ao ano, segundo categorias de sintomas, por municípios, Região de Saúde do Alto Vale do Rio Itajaí, 2014.

Município	Queixas do espectro de					Total
	Drogas*	Psicoses**	Humor	Neuroses***	Outros	
Agrolândia	382	96	669	764	287	2.197
Agronômica	199	50	349	399	150	1.147
Atalanta	131	33	230	262	98	755
Aurora	222	56	389	445	167	1.279
Braço do Trombudo	140	35	245	280	105	805
Chapadão do Lageado	112	28	196	223	84	642
Dona Emma	151	38	265	303	114	870
Ibirama	702	176	1.229	1.405	527	4.039
Imbuia	231	58	404	462	173	1.329
Ituporanga	907	227	1.587	1.813	680	5.213
José Boiteux	190	47	332	379	142	1.090
Laurentino	246	61	430	492	184	1.414
Lontras	421	105	737	842	316	2.421
Mirim Doce	99	25	173	198	74	570
Petrolândia	244	61	426	487	183	1.401
Pouso Redondo	608	152	1.064	1.216	456	3.497
Presidente Getúlio	611	153	1.069	1.222	458	3.513
Presidente Nereu	91	23	160	182	68	525
Rio Do Campo	246	61	430	491	184	1.413
Rio do Oeste	286	71	500	572	214	1.643
Rio do Sul	2.506	627	4.386	5.013	1.880	14.411
Salete	296	74	518	592	222	1.702
Santa Terezinha	350	88	613	700	263	2.014
Taió	696	174	1.219	1.393	522	4.005
Trombudo Central	267	67	467	533	200	1.534
Vidal Ramos	251	63	440	503	189	1.445
Vitor Meireles	206	52	361	413	155	1.187
Witmarsum	146	37	256	292	110	840
Região Alto Vale do Itajaí	10.937	2.738	19.144	21.876	8.205	62.901

**Inclui álcool etílico e outras substâncias, exceto nicotina e cafeína.* ***Inclui queixas relacionáveis a psicoses orgânicas (F0) e funcionais (F2).* ****Inclui queixas relacionáveis a neuroses, estresse e somatoformes (F4).*
Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação, SUR, SES/SC, 2013.

Tais queixas, geralmente, não representam doenças, mas apenas sintomas avulsos passageiros, que se resolvem

[165] Para Goldberg e Huxley, cerca de 23% da população apresenta, em algum momento, sintomas positivos de ordem psíquica. Mário Teixeira, em amostras no município de Florianópolis, encontrou 25% da população nesta situação. Vide:

GOLDBERG, D. (1995) Epidemiology of mental disorders in primary care settings. **Epidemiologic Reviews**, 17, 182 -190.

TEIXEIRA, Mário Aurélio Aguiar. Estudo de Morbidade Psiquiátrica em Duas Localidades da Ilha de Santa Catarina (Florianópolis).(Tese). São Paulo: Escola Paulista de Medicina. São Paulo (UFSP), 1998.

espontaneamente, por atitudes e práticas individuais, ou por mecanismos sociais (como os religiosos e os de entidades de auto-ajuda, tipo Alcoólicos Anônimos, por exemplo). Contudo, cerca de um décimo da população levará tais queixas aos serviços de saúde, demandando deles alguma conduta. Eventualmente eles representam sinais e sintomas de transtornos mentais e comportamentais importantes. Uma fração menor da população (cerca de 1%) demandará assistência especializada.

Tabela AV-2. Estimativa do número de pessoas demandando assistência por transtornos psíquicos e comportamentais, no período de um ano, por município, Região de Saúde do Alto Vale do Rio Itajaí, 2014.

Município	Demanda	
	À rede básica	Especializada
Agrolândia	879	96
Agronômica	459	50
Atalanta	302	33
Aurora	512	56
Braço do Trombudo	322	35
Chapadão do Lageado	257	28
Dona Emma	348	38
Ibirama	1.616	176
Imbuia	532	58
Ituporanga	2.085	227
José Boiteux	436	47
Laurentino	566	61
Lontras	968	105
Mirim Doce	228	25
Petrolândia	560	61
Pouso Redondo	1.399	152
Presidente Getúlio	1.405	153
Presidente Nereu	210	23
Rio Do Campo	565	61
Rio do Oeste	657	71
Rio do Sul	5.764	627
Salete	681	74
Santa Terezinha	806	88
Taió	1.602	174
Trombudo Central	614	67
Vidal Ramos	578	63
Vitor Meireles	475	52
Witmarsum	336	37
Região Alto Vale do Itajaí	25.160	2.735

Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação, SUR, SES/SC, 2013.

2 A rede existente hoje

A rede básica conta, porém, com núcleos de apoio à saúde da família interessados em questões de saúde mental. A presença de psicólogos em 22 dos 24 NASF, é muito boa: ocorre em 79% dos municípios da região.

Tabela AV-3. Número de NASF e de psicólogos em NASF, por município, Região de Saúde do Alto Vale do Rio Itajaí, 2014.

Município		NASF	Psicólogo
Agrolândia	9.552		
Agronômica	4.985	1	1
Atalanta	3.281	1	1
Aurora	5.561	1	1
Braço do Trombudo	3.498	1	1
Chapadão do Lageado	2.793	1	1
Dona Emma	3.784	1	1
Ibirama	17.561	1	
Imbuia	5.777	1	1
Ituporanga	22.667		
José Boiteux	4.741	1	1
Laurentino	6.147	1	1
Lontras	10.526		
Mirim Doce	2.477	1	1
Petrolândia	6.090	1	1
Pouso Redondo	15.204	1	1
Presidente Getúlio	15.273	1	1
Presidente Nereu	2.281	1	1
Rio do Campo	6.143	1	1
Rio do Oeste	7.145		
Rio do Sul	62.658	1	
Salete	7.402	1	1
Santa Terezinha	8.756	1	1
Taió	17.412	1	1
Trombudo Central	6.668	1	1
Vidal Ramos	6.284	1	1
Vitor Meireles	5.160	1	1
Witmarsum	3.653	1	1
Região Alto Vale do Itajaí	273.479	24	22

Fonte: GEABS, SUG, SES/SC, 2013.

Isto provavelmente cria abertura, nas equipes de atenção primária, à organização de um futuro trabalho de matriciamento, assim que alguns psiquiatras sejam contratados para esta tarefa, em conjunto com os psicólogos.

Há 52 leitos disponíveis para internações psiquiátricas na região, dos quais 30 estão na ala especializada do Hospital Samária, em Rio do Sul. Aquela instituição é tradicional na cidade: foi fundada pela Comunidade Evangélica Luterana e tem mais de meio século de serviços filantrópicos prestados à comunidade.

Tabela AV-4. Disponibilidade de CAPS, segundo a modalidade, na Região do Alto Vale do Itajaí, 2014.

Município	População	I	II	AD	i	III	Total
Agrolândia	9.552						0
Agronômica	4.985						0
Atalanta	3.281						0
Aurora	5.561						0
Braço do Trombudo	3.498						0
Chapadão do Lageado	2.793						0
Dona Emma	3.784						0
Ibirama	17.561	1					1
Imbuia	5.777						0
Ituporanga	22.667						0
José Boiteux	4.741						0
Laurentino	6.147						0
Lontras	10.526						0
Mirim Doce	2.477						0
Petrolândia	6.090						0
Pouso Redondo	15.204						0
Presidente Getúlio	15.273						0
Presidente Nereu	2.281						0
Rio do Campo	6.143						0
Rio do Oeste	7.145						0
Rio do Sul	62.658	1					1
Salete	7.402						0
Santa Terezinha	8.756						0
Taió	17.412						0
Trombudo Central	6.668						0
Vidal Ramos	6.284						0
Vitor Meireles	5.160						0
Witmarsum	3.653						0
Região Alto Vale do Itajaí	273.479	2					2

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, GEABS, SUG, SES/SC, 2013.

É interessante notar que a região conta com certo apoio de NASF na atenção primária, e tem hospitais disponíveis, cobrindo, portanto, duas pontas do sistema. Mas é precária a oferta de serviços no nível intermediário, de assistência especializada, tipo CAPS.

Tabela AV-5. Disponibilidade de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, em municípios da Região do Alto Vale do Rio Itajaí, 2014.

Município	CNES – Hospital	Leitos
RIO DO SUL	2568713 - HOSP. REGIONAL ALTO VALE	1
	2379627 - HOSP. SAMARIA	30
POUSO REDONDO	2377225 - HOSP. DE POUSO REDONDO	10
Total regional		41

Fonte: CNES, 2014.

O Hospital Samária, em Rio do Sul, tem realizado, nos últimos 5 anos, uma média de 642 internações por ano. O de Pouso Redondo tem feito uma média de 25 internações por ano.

Tabela AV-6. Número de internações psiquiátricas nos hospitais gerais, em Pouso Redondo e Rio do Sul, 2008 a 2012.

Município	2008	2009	2010	2011	2012	Média
Pouso Redondo	0	49	32	22	22	25
Rio do Sul	700	709	629	594	578	642
Total	700	758	661	616	600	667

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Tabela AV-7. Valor total das internações psiquiátricas nos hospitais gerais, em Pouso Redondo e Rio do Sul, 2011 e 2012.

Município	2011	2012
Pouso Redondo	5.252,79	17.656,00
Rio do Sul	862.263,51	769.803,99
Ambos	867.516,30	787.459,99

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

A média de permanência nos dois hospitais tem sido adequada. Deduz-se que em Pouso Redondo as internações têm sido breves, voltadas aos momentos agudos de crises.

Tabela AV-8. Tempo médio de internação, em dias, nos dois hospitais que internam casos psiquiátricos, por município, Região de Saúde do Alto Vale do Itajaí, 2011 e 2012.

Município	2011	2012	Média do período
Pouso Redondo	8	13,9	10,95
Rio do Sul	25,5	23,4	24,45
Total	24,9	23	23,95

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Os transtornos atendidos nos hospitais cobrem toda a gama de problemas psiquiátricos, inclusive os graves, como as psicoses e as síndromes de abstinência de drogas.

Tabela AV-9. Número de internações realizadas em hospitais gerais, pelo SUS, segundo o tipo de transtorno na lista de morbidade da CID-10, em Pouso Redondo e Rio do Sul, 2011 e 2012.

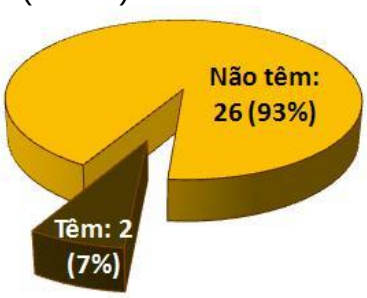
Transtorno	2011	2012
.. Demências	10	3
.. Transt. por uso de álcool	165	191
.. Transt. por uso de outras subst. psicoativas	93	69
.. Esquizofrenia, esquizotípicos e delirantes	49	48
.. Transtornos de humor [afetivos]	258	235
.. Transt neuróticos, de stress e somatoformes	9	14
.. Retardo mental	10	14
Outros	22	26
Internações códigos F0-F9 (CID-10)	616	600

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

3 Imagem objetivo (a rede ideal)

O calcanhar de Aquiles da saúde pública no Alto Vale do Itajaí é a carência de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Figura AV-2. Número absoluto e relativo de municípios que têm e que não têm oferta de serviços de CAPS, Região do Alto Vale do Itajaí, 2013.



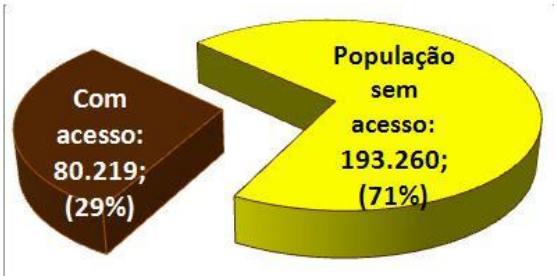


Figura AV-3. Número absoluto e relativo de habitantes com acesso e sem acesso a CAPS, Região do Alto Vale do Itajaí, 2013.

Propõe-se a criação de uma estrutura microrregional em Ituporanga (com 22.667 habitantes), que tem demanda, por si. Petrolândia, Chapadão do Lageado e Vidal Ramos poderão ser atendidos em Ituporanga. O CAPS I de Ituporanga integrar-se-ia aos NASF, atuando com equipe itinerante para realizar o apoio matricial à rede básica.

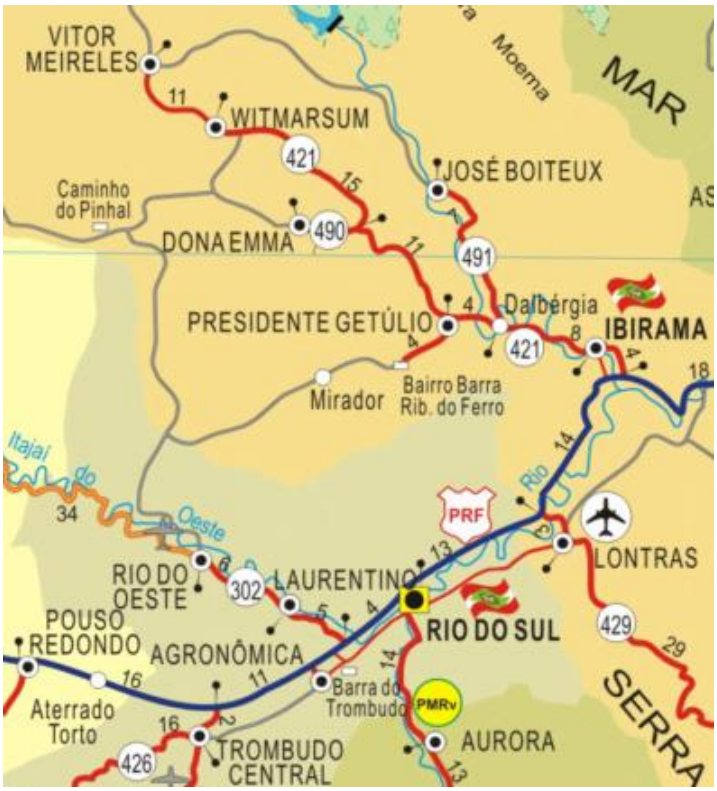
Figura AV-4. Mapa rodoviário com os acessos a Ituporanga.

Pouso Redondo, que tem mais de 15 mil habitantes, até por ter um hospital que recebe pacientes da região, precisa ter um CAPS, que ajudaria na regulação e na devolução do utente ao sistema de saúde de seu município de procedência.

Atalanta, Agrolândia, Braço do Trombudo e Trombudo Central poderão fazer parte do CAPS microrregional de Pouso Redondo. Mirim Doce poderá participar de um CAPS em Pouso Redondo ou em Taió.

Figura AV-5. Mapa rodoviário mostrando acessos a Pouso Redondo e Taió.

Taió (com 17.412 habitantes) tem facilidades geográficas para montar um CAPS em conjunto com Rio do Campo, Santa Terezinha e Salete.



Presidente Getúlio (15.273 habitantes) poderá se organizar para atender também os municípios de Vitor Meirelles, Witmarsum e Dona Ema.

O já existente CAPS de Ibirama poderá ser ampliado para receber a população de José Boiteux.

Os municípios de Agronômica, Aurora, Laurentino e Lontras podem se consorciar com Rio do Sul.

Figura AV-6. Acessos de Presidente Getúlio, Ibirama e Rio do Sul.

Há, no Hospital de Custódia e Tratamento, em Florianópolis, 2 internos crônicos, residentes, procedentes do Alto Vale do Itajaí, à espera

de reinserção social. Há outros 6 no Centro de Convivência Santana, na mesma condição. A região pode instalar, portanto, um serviço residencial terapêutico permanente com 8 vagas. Este residencial deverá ser acompanhado por uma equipe de CAPS com proximidade territorial.

Os municípios poderão abrir edital para comunidades terapêuticas que queiram se credenciar, desde que elas possam ter uma equipe e uma estrutura compatíveis com os requisitos da Portaria 121, de 25 de janeiro de 2012, do Ministério da Saúde[166]. O custeio das comunidades é de R$15.000,00 por mês, para 15 vagas.

Tabela AV-10. Estimativa da necessidade de vagas em unidades de acolhimento de adultos e infanto-juvenis, Região do Alto Vale do Itajaí, 2014.

Município	População	Adulto	Infanto-Juvenil
Agrolândia	9.552	0,5	0,2
Agronômica	4.985	0,2	0,1
Atalanta	3.281	0,2	0,1
Aurora	5.561	0,3	0,1
Braço do Trombudo	3.498	0,2	0,1
Chapadão do Lageado	2.793	0,1	0,1
Dona Emma	3.784	0,2	0,1
Ibirama	17.561	0,9	0,4
Imbuia	5.777	0,3	0,1
Ituporanga	22.667	1,1	0,5
José Boiteux	4.741	0,2	0,1
Laurentino	6.147	0,3	0,1
Lontras	10.526	0,5	0,2
Mirim Doce	2.477	0,1	0,1
Petrolândia	6.090	0,3	0,1
Pouso Redondo	15.204	0,8	0,3
Presidente Getúlio	15.273	0,8	0,3
Presidente Nereu	2.281	0,1	0,1
Rio do Campo	6.143	0,3	0,1
Rio do Oeste	7.145	0,4	0,2
Rio do Sul	62.658	3,1	1,4
Salete	7.402	0,4	0,2
Santa Terezinha	8.756	0,4	0,2
Taió	17.412	0,9	0,4
Trombudo Central	6.668	0,3	0,1
Vidal Ramos	6.284	0,3	0,1
Vitor Meireles	5.160	0,3	0,1
Witmarsum	3.653	0,2	0,1
Região Alto Vale do Itajaí	273.479	14	6

Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação, GECOR, SUR, SES/SC, 2013.

[166] A equipe técnica deverá contar com a presença mínima de um profissional (de experiência comprovada ou pós-graduado) de educação e um de saúde (assistente social, educador físico, enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional ou médico), presentes todos os dias da semana (das 7 às 19 horas), e de quatro profissionais de nível médio, presentes em todos os dias da semana (24 horas por dia).

Quanto a estruturas residenciais provisórias, estima-se que a região precise de 14 vagas em unidade de acolhimento para adultos, e 6 vagas infanto-juvenis, de âmbito regional. As unidades de acolhimento têm incentivos ministeriais de R$70.000,00 para serem implantadas, e incentivo mensal de custeio de R$25.000,00 para a de adultos, e R$30.000,00 para a infanto-juvenil.

Os temas levados ao debate com a CIR, pelo Grupo Condutor Estadual incluiram:

a) a criação de um CAPS AD III regional (24 horas).

b) a criação de um CAPS i regional.

c) a criação de 4 CAPS microrregionais, em Ituporanga, Pouso Redondo, Taió e Presidente Getúlio.

d) organizar um plano regional de levantamento da problemática e de qualificação do trabalho de atenção aos indígenas da Reserva de Ibirama, no que diz respeito à saúde mental, com a FUNAI e a FUNASA.

e) a criação de 14 vagas de unidades de acolhimento para adultos e 6 vagas infanto-juvenis, como referências regionais.

f) a qualificação de 15 leitos do Hospital Samária, de Rio do Sul, firmando-se como serviço de referência regional.

g) construção de contatos e vínculos intersetoriais, especialmente com o Sistema Único de Assistência Social.

h) definição, em protocolo, de um fluxo intersetorial entre instituições da educação, da segurança pública, da assistência social e da saúde.

i) montagem de um programa de qualificação e de educação continuada na atenção psicossocial, por parte da Secretaria de Estado da Saúde, abrangendo as equipes de saúde mental e de saúde da família, da região.

j) montagem de um programa de divulgação de protocolos assistenciais, a cargo da Secretaria de Estado da Saúde, capacitando as equipes da região para seu uso.

k) montagem de um programa de prevenção do óbito autoprovocado, a cargo da Secretaria de Estado da Saúde, voltado às equipes da região.

l) implantação ou qualificação de trabalho de matriciamento.

m) incentivo à intensificação de supervisão de equipes de CAPS.

n) instalação de um serviço residencial terapêutico de 8 vagas, assistido por programa de desinstitucionalização e reabilitação garantido por um CAPS.

o) a adequação do CAPS I de Ibirama, convertendo-o em microrregional.

4 A Rede Pactuada

O CAPS de Ibirama passará a atender também o município de José Boiteux.

Na rede hospitalar há 15 leitos, hoje insuficientes para atender a demanda da região.

A necessidade da região seria a implantação de mais quatro estruturas, atendendo Ituporanga, Taió, Presidente Getúlio, Trombudo Central ou Pouso Redondo. No mínimo precisa-se de duas novas estruturas de CAPS em Taió e Ituporanga. Contudo, no ano que se inicia há impossibilidade de implantação destas estruturas, devido ao custo de manutenção e por todos os municípios estarem com a folha de pagamento no limite constitucional. Os municípios aceitam, porém, até a criação de novas estruturas, pactuar e custear as despesas dos pacientes encaminhados aos CAPS já implantados nos municípios de Rio do Sul e Ibirama, desde que haja vaga e que o município encaminhador custeie a despesa de transporte do paciente.

Como deliberação a CIR definiu que o Hospital Samária, de Rio do Sul, será a referência hospitalar para internação de adultos e o Hospital Dom Bosco de Rio dos Cedros a referência hospitalar para internação infantil.

Como unidade de acolhimento pactuou-se montar dois espaços em parceria com instituições ou entidades sem fins lucrativos existentes na Região, que deverão se submeter a acompanhamento, controle, avaliação, fiscalização, auditoria e verificação periódica do cumprimento dos requisitos e orientações contidos na Portaria 121, de 25 de janeiro de 2012, do Ministério da Saúde.

A CIR deliberou também indicar para credenciamento as comunidades terapêuticas Alto Vale (de Chapadão do Lageado) e CERVIDA (de Vidal Ramos).

Ficou aprovada a proposta da imagem objetivo da Rede Psicossocial do Alto Vale do Itajaí com a seguinte ressalva: as futuras implantações de CAPS nas regiões ainda não atendidas só ocorrerão quando houverem recursos novos (estaduais ou federais) para construção e contratação de pessoal, a fim de evitar que as Prefeituras venham a agravar sua aproximação ao limite prudencial da lei da responsabilidade fiscal. A maior dificuldades apontada pela CIR é a estreita margem financeira para a contratação de recursos humanos.

5 Ata da reunião da CIR aprovando o PAR da Região de Saúde do alto Vale do Itajaí

ATA DA REUNIÃO DA CIR DO ALTO VALE DO ITAJAÍ, RIO DO SUL, REALIZADA DIA 31 DE OUTUBRO DE 2013.

Ata da reunião ordinária da Comissão Intergestores Regionais de Saúde do Alto Vale do Itajaí, realizada no dia trinta e hum de outubro de dois mil e treze, ás quatorze horas em segunda chamada, nas dependencias da Associação dos Municipios do Alto Vale do Itajai – AMAVI. Darci Bonatto, coordenador, inicia a reunião saudando a todos e comunica que a ata da reunião anterior foi encaminhado por e-mail e coloca a mesma em discussão. Em seguida em votação sendo aprovada por todos. Dando sequencia realiza a leitura da pauta do dia. **1. Apresentação Workshop de saúde pela Diretora do Senac de Rio do Sul, Sra. Alvacir Cili Comper Conte; 2. Discussão e aprovação do projeto da Rede Psicossocial do Alto Vale do Itajaí; 3. Outros assuntos da Comissão Regional.** O coordenador passou a palavra para a Sra. Alvacir que fez um breve relato dos serviços ofertados pelo Senac de Rio do Sul a todos os municípios do Alto Vale. E colocou que o Senac estará realizando no dia 22 de Novembro, Workshop de Saúde com o Tema: Desafios e Estratégias na Gestão Municipal de Saúde, carga horária de 5 horas com a Palestrante Liliane Werner dos Santos para público Alvo: Gestores, Enfermeiros e Coordenadores de estratégia saúde da família. Que as inscrições deveram ser realizadas no Senac com Saionara ou Regina. Item 2. Discussão e aprovação do projeto da Rede Psicossocial do Alto Vale do Itajaí. Foi apresenado pelo Senhor Adalberto a situação da região do Alto Vale, onde temos estruturas (CAPS) para atendimento em Rio do Sul e Ibirama que atende também o município de José Boiteux. Na rede hospitalar temos 15 leitos e não atende a demanda da região. A necessidade da região seria a implantação de mais quatro estruturas, nas regiões de Ituporanga, Taió, Presidente Getúlio, Trombudo Central ou Pouso Redondo. Mas no mínimo duas em Taió e Ituporanga, com isto estaremos perto dos pacientes para o atendimento e irá diminuir os custos aos municípios. Após varias manifestações os secretários destes municípios colocaram a impossibilidade de implantação destas estruturas, devido ao custo de manutenção e todos estarem com a folha de pagamento no limite constitucional. Mas aceitam pactuar e custear as despesas dos pacientes encaminhados aos CAPS já implantados caso dos municípios de Rio do Sul e

Ibirama. O secretário Zanis de Rio do Sul e secretária Maria da Graça de Ibirama, colocaram que os CAPS poderam atender pacientes dos municípios quando tiver vaga e desde que custeie a despesa do paciente. **Como deliberação fica definido que: O Hospital Samaria de Rio do Sul, será a referência hospitalar para internação de adultos e o Hospital Dom Bosco de Rio dos Cedros a referência hospitalar para internação infantil.** Como unidade de acolhimento credenciar a Comunidade Terâpeutica Alto Vale de Chapadão do Lageado e o Cervida de Vidal Ramos. E, fica aprovada a Rede Psicossocial do Alto Vale do Itajaí com a seguinte resalva: Que as futuras implantações de CAPS nas regiões ainda não atendidas só ocorrerá caso haja recursos novos estaduais e federais para construção e contratação de pessoal para manter o serviço de forma adequada. Item 3. Outros assuntos. O Diretor do Cis-Amavi fez um relato referente ao Pregão Eletrônico de Medicamentos e Suplementos Alimentares realizado no mês de setembro e será homologado assim que terminar a conferência da documentação. Que teve mais de 80 empresas participando do certame de lances e consagrando vencedoras 45 empresas de todo o Brasil, trazendo bastante competetividade e ecomonia aos municípios. Que só será liberado os pedidos após a verificação de saldo orçamentário e financeiro junto aos municípios devido a aproximação do final do ano. Que devemos ter bastante cuidado com a aplicação do índice constitucional da saúde e que todas as notas com emissão em 2013 serão pagas dentro do exercício. O coordenador parabenizou todos os trabalhos inscritos da atenção básica na Estrátegia da Família e sendo vencedores 03 municípios: Rio do Sul, Taió e Petrolândia com premiação de 1º, 3º e 4º colocados. A secretária IEDA de Presidente Getúlio colocou da demanda reprimida e a falta de atendimento em cirurgia cardíaca e cataterismo no Hospital Regional de Rio do Sul, tendo que encaminhar os pacientes para Curitiba, ocasionando mais despesas ao município. Nada mais havendo a tratar o coordenador encerou a reunião e solicitou que lavrasse a presente ata.

6 Lista de presenças na reunião da CIR que aprovou o PAR

Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Regionais de Saúde do Alto Vale do Itajaí

Data: 31 de outubro de 2013 às 14:00hs Local: Auditório Amavi

Nome	*Cargo/Função*	*Município*
DARCI BONATTO	SMS	Laurentino
LUIS CARLOS MÜLLER	SMS	Rio do oeste
Luiz Carlos Zanin	SMS	Rio do Sul
TELMO LUIZ KOERICH	SMS	VITOR MEIRELES
DIETRO FIGUEREDO	SMS	Ponso Rodeado
KLAUS DIETER [illegible]	SMS	TAIÓ
ANTONIO PEDROSO	Gerencia Saúde	Rio do Sul
Claudia S. Moraes	Técnica Enf	[illegible]
Lucilia Romani	GERSA TAIÓ	[illegible]
Maria de Lourdes [illegible]	SMS-IBIRAMA	IBIRAMA
Mariana P. Ribas	SMS Braço do Trombudo	Braço do Trombudo
Erica [illegible]	SMS	Rio do Campo
Vanessa T. M. dos Santos	SMS	Petrolândia
Gisele S. Nechel	SMS	Atalanta
RAQUEL	ASSESSORIA	SALETE
Neda Ribeiro	Secretaria	Mirim Doce
Benito Brandt	Secretario Saúde	Ibirama
Adilson D. Wollenger	SMS	Sto Terezinha
MAICON SAHN	DIRETOR SAÚDE	AGRONÔMICA
Marilia S. Krupp	Gerente Administrativo	Pres. Getulio
Jose Gerardi de Chaves	Secretário Saúde	Pres. Getulio
PAULO ROBERTO TSCHUMI	DIRETOR CIS-AMAVI	Rio do Sul
Marcio Meirel	Sec. Saude	Chap. Pageado
NERI FERMINO	S.M.S	LAURUIA

Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Regionais de Saúde do Alto Vale do Itajaí

Data: 31 de outubro de 2013 às 14:00hs Local: Auditório Amavi

Nome	*Cargo/Função*	*Município*
Diogo Coffo	SMS	Stepromeza
ADALBERTO SILVEIRA	GERSA - Rio do Sul	Rio do Sul

- - - -

7 Matriz Diagnóstica

MATRIZ DIAGNÓSTICA - REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL					
Região de Saúde: **Alto Vale do Itajaí**					
28 Municípios: Agrolândia, Agronômica, Atalanta, Aurora, Braço do Trombudo, Chapadão do Lageado, Dona Emma, **Ibirama**, Imbuia, Ituporanga, José Boiteux, Laurentino, Lontras, Mirim Doce, Petrolândia, Pouso Redondo, Presidente Getúlio, Presidente Nereu, Rio do Campo, Rio do Oeste, **Rio do Sul**, Salete, Santa Terezinha, Taió, Trombudo Central, Vidal Ramos, Vitor Meireles e Witmarsum.					
População: 273.479 habitantes					
COMPO-NENTE	**Ponto de Atenção**	**Necessidade**	**Existentes**	**Déficit**	**Parâme-tro**
I. Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde	113 equipes de Saúde de Família (ESF). Supervisão e apoio matricial organizado, regulação do acesso, protocolos assistenciais.	85 ESF (91,37% de cobertura)	28 ESF. Expandir e qualificar a supervisão e o apoio matricial sobre as ESF, estabelecer regulação do acesso e protocolos assistenciais.	Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica, de 21 de outubro de 20 11
	Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas	0	0	0	Portaria que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família	28 NASF	24 NASF (dos quais 20 com psicólogos)	4 NASF. Incorporação de psiquiatras e psicólogos em NASF	Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica - 2011
	Centro de Convivência	1	0	1	

COMPO-NENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Parâme-tro
II. Atenção Psicossocial Especiali-zada	Centro de Atenção Psicossocial				
	CAPS I	3	2 (Rio do Sul e Ibirama)	2 (Ituporanga, Taió)	Municípios ou regiões com pop. acima de 15 mil hab.
	CAPS II	1	0	1 (em Rio do Sul, a partir da qualificação do CAPS I).	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS III	0	0	0	Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab
	CAPS AD	0	0	0	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS ADIII	1	0	1 (regional)	Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab
	CAPS i	2	0	2 (microrregionais, em Rio do Sul e Ibirama ou Taió)	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
III. Atenção de Urgência e Emergência	UPA / SAMU Sala de Estabilização Portas Hospitalares de Atenção à Urgência Pronto Socorro	1 unidade de suporte avançado (USA) e 4 unidades de suporte básico (USB)	1 USA (Rio do Sul), 4 USB (Ibirama, Taió, Ituporanga, Witmarsun)	0	Conforme orientações da Portaria da Rede de Atenção às Urgências, de 7 de julho de 2011.

COMPO-NENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Parâme-tro
IV. Atenção Residencial de Caráter Transitório	UA ADULTO	1 (com um total de 14 vagas)	0	1	1 UA (com 15 vagas) para cada 10 leitos de enferma-rias em hospital geral por município.
	UA INFANTO-JUVENIL	1 (com um total de 6 vagas)	0	1	Municípios crianças e adolescen-tes em potencial para uso de drogas ilícitas ou em potencial para uso de drogas ilícitas.
	COMUNI-DADE TERAPÊU-TICA	1	0	1	
V. Atenção Hospitalar	LEITOS				Portarias MS 1.615/12, 148/12, 953/12, 2.035/13; 1 leito para cada 23 mil habitantes Portaria nº 1.101/02.
	ENFERMA-RIA ESPECIA-LIZADA	1 (com 12 leitos)	0	12 leitos em Rio do Sul (Hospital Samária)	Portarias MS 1.615/12, 148/12, 953/12, 2.035/13; 1 leito para cada 23 mil habitantes Portaria nº 1.101/02.

COMPO-NENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Parâme-tro
VI. Estratégias de Desinstituci-onalização	SRT	1 Serviço Residencial Terapêutico tipo I (com até 8 moradores)	0	1	A depender do nº de munícipes longamente internados
	PVC	8	0	8	A depender do nº de munícipes longamente internados
VII. Reabilitação Psicossocial	Cooperativas sociais, empreendi-mentos solidários e iniciativas de geração de trabalho e renda	1	0	1	

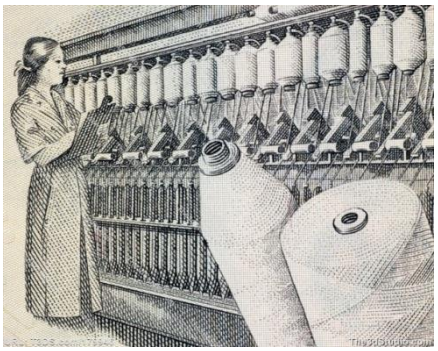
Rede de Atenção Psicossocial
de Santa Catarina

PAR

– Plano de Ação Regional –

Região de Saúde do Médio Vale do Itajaí

Região de Saúde do Médio Vale do Itajaí: Plano de Ação Regional para a Rede Psicossocial



1 Características básicas do território

A região abriga 686.179 habitantes, correspondendo a 10,7% da população de Santa Catarina. É uma das três regiões de saúde mais populosas e ricas do Estado. Contém 14 municípios, vinculados às Secretarias de Desenvolvimento Regional (SDR) de Timbó, Blumenau e Brusque. Apenas um deles, Apiúna, pertence à SDR de Ibirama.

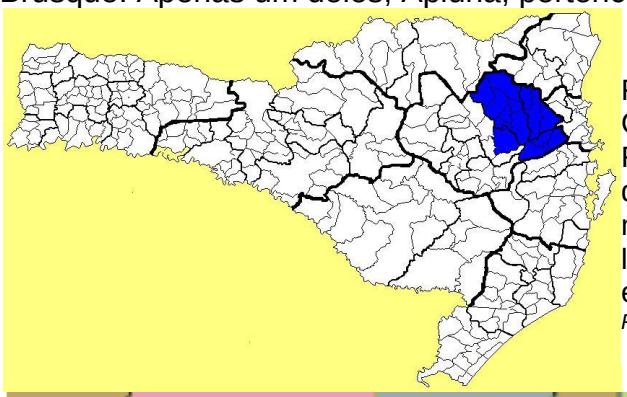
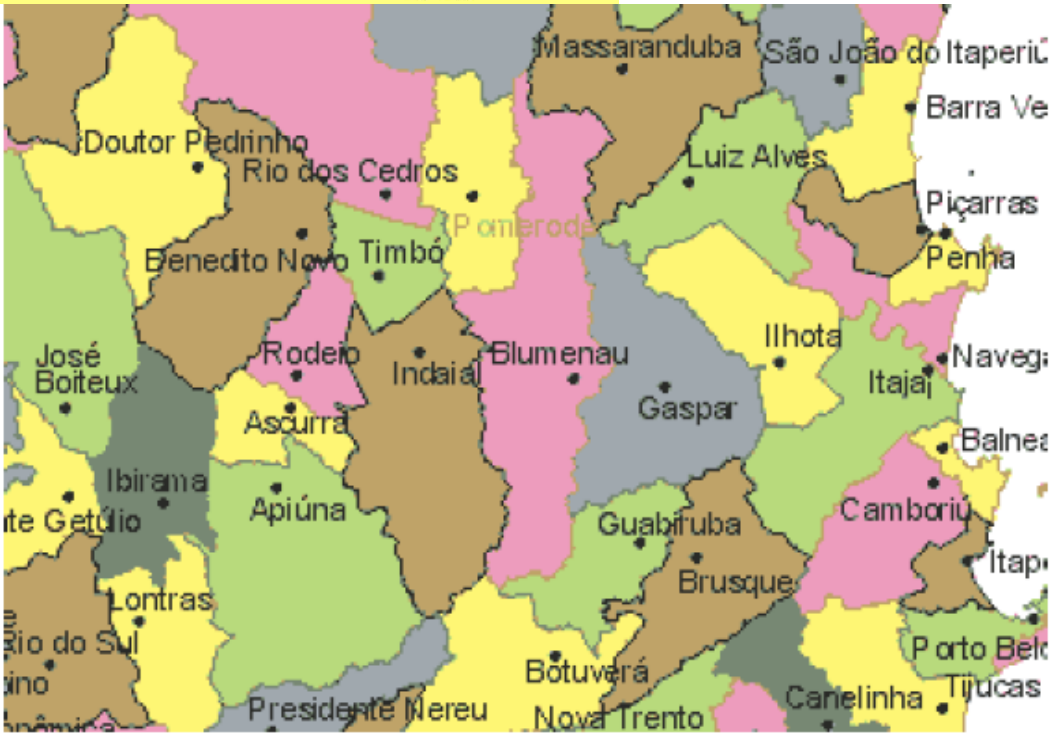


Figura 1. Mapa da área de Santa Catarina compreendendo a Região de Saúde do Médio Vale do Rio Itajaí, com seus municípios. Ao lado, a localização da Região no mapa estadual.
Fonte: CIASC, 2012.



2 A Rede Existente Hoje

Dentre os 14 municípios, 7 mantêm núcleos de apoio à saúde da família (NASF), mas somente 4 deles têm psicólogo no NASF. Isto dificulta o trabalho de apoio matricial, porém tal atividade pode ocorrer paralelamente ao NASF, organizados pelos CAPS.

Tabela 1. Número de NASF e de psicólogos em NASF, por município, Região de Saúde do Médio Vale do Rio Itajaí, 2013.

Município	População	NASF	Psicólogo
Apiúna	9.764		
Ascurra	7.485	1	1
Benedito Novo	10.528	1	1
Blumenau	316.139		
Botuverá	4.584		
Brusque	109.950	1	
Doutor Pedrinho	3.683	1	1
Gaspar	59.728	1	
Guabiruba	19.254		
Indaial	57.068		
Pomerode	28.610	1	
Rio dos Cedros	10.488		
Rodeio	11.004		
Timbó	37.894	1	1
Médio Vale do Itajaí	686.179	7	3

Fonte: GEABS, SUG, SES/SC.

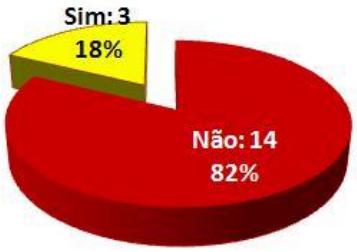


Figura 2.Número absoluto e percentual de municípios da Região que tem e que não têm NASF voltado à saúde mental, Médio Vale do Itajaí, 2013.

O Médio Vale é uma das regiões absolutamente carentes de leitos psiquiátricos. A Prefeitura Municipal de Blumenau eventualmente precisou comprar internações avulsas, privadas, no Hospital Santo Antônio, inclusive para cumprir decisões judiciais de internações compulsórias.

Tabela 2. Disponibilidade formal de leitos psiquiátricos cadastrados em hospitais gerais, em municípios do Médio Vale do Itajaí, 2013.

Município	CNESS – Hospital	Leitos
BLUMENAU	2522209 - HOSPITAL MISERICÓRDIA	1
BRUSQUE	2522411 - HOSPITAL AZAMBUJA	1
RIO DOS CEDROS	6273874 - HOSPITAL DOM BOSCO	1

Mesmo com a relutância dos hospitais em atender psiquiatria pelo SUS, a necessidade os levou a terem um volume médio de 234 internações por ano ao longo do quinquênio de 2008 a 2012. Nestes cinco

anos a região realizou 1.170 internações de casos diagnosticados como psiquiátricos.

Tabela 3 . Número de internações por transtornos mentais e derivados de álcool e outras drogas, em hospitais gerais, por local de internação, Região de Saúde do Médio Vale do Itajaí, 2008 a 2012.

Reg /Municip	2008	2009	2010	2011	2012	Média	Total
Benedito Novo	-	1	-	-	-		1
Blumenau	112	90	105	219	226	150,4	640
Brusque	17	21	63	89	59	49,8	232
Gaspar	-	-	26	19	10	18,3	55
Indaial	-	-	-	1	4		5
Pomerode	1	2	7	23	44	15,4	76
Timbó	2	1	7	5	16	6,2	29
Total	132	115	208	356	359	234	1.170

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

O valor das internações psiquiátricas feitas na região tem tido uma tendência ascendente, ano a ano. Em 2008 não chegava a 23 mil reais e em 2012 beirou 100 mil reais.

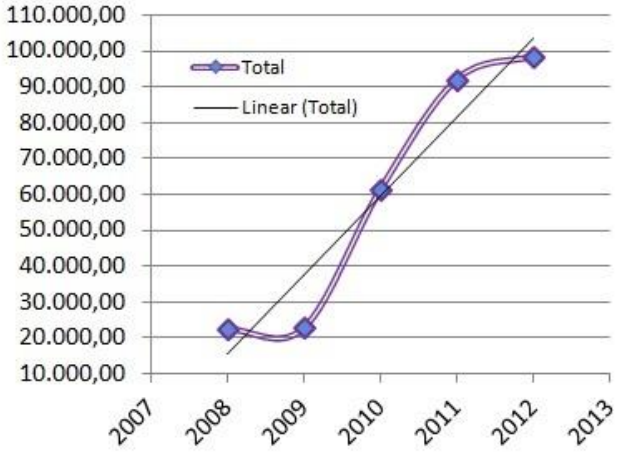


Figura 3. Tendência de aumento dos valores das internações psiquiátricas em hospitais gerais, Médio Vale do Itajaí, 2008 a 2012.

Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação, GECOR, SUR, SES/SC, a partir de: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Tabela 4. Valor das internações por diagnósticos psiquiátricos, em reais, por local de internação, Médio Vale do Itajaí, 2008 a 2012.

Reg /Municip	2008	2009	2010	2011	2012
.... Benedito Novo	-	127,41	-	-	-
.... Blumenau	21.268,87	20.916,17	33.157,80	53.868,85	62.161,07
.... Brusque	1.059,99	1.542,97	21.218,32	31.187,39	13.790,67
.... Gaspar	-	-	3.622,21	2.108,23	1.162,85
.... Indaial	-	-	-	136,95	791,00
.... Pomerode	125,65	256,57	2.520,00	4.176,95	18.258,88
.... Timbó	172,92	44,22	881,92	619,80	2.295,83
Total	22.627,43	22.887,34	61.400,25	92.098,17	98.460,30

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Os dados mostram que tais internações, porém, são emergenciais e visam apenas a fase mais grave de crises, pois são todas muito curtas, com uma média de permanência, no hospital, para o quinquênio, de 4 dias e meio.

Tabela 5. Média de permanência, em dias, nas internações por diagnósticos psiquiátricos, por local de internação, Médio Vale do Itajaí, 2008 a 2012.

Região / Município	2008	2009	2010	2011	2012
.... Benedito Novo	...	3	...	...	...
.... Blumenau	5,5	5	5	4,4	4,4
.... Brusque	3	5,5	5,3	5	3,8
.... Gaspar	...	...	2,3	2,4	1,9
.... Indaial	...	...	...	1	6,3
.... Pomerode	3	3	9,1	3,1	7,3
.... Timbó	1,5	2	2	4,2	2,8
Total	5,1	5	4,8	4,4	4,5

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Este tipo de internação recebe um pagamento pequeno, incapaz de cobrir os custos de um tratamento de qualidade, feito por equipe multidisciplinar, com presença adequada de psiquiatra no hospital. Em média, cada autorização de internação valeu apenas R$274,26 ao hospital.

Tabela 6. Valor médio da autorização de internação hospitalar (AIH) das internações psiquiátricas pelo SUS, em reais, por local de internação, Médio Vale do Itajaí, 2008 a 2012.

Região /Município	2008	2009	2010	2011	2012
.... Benedito Novo	...	127,41	...	...	...
.... Blumenau	189,9	232,4	315,79	245,98	275,05
.... Brusque	62,35	73,47	336,8	350,42	233,74
.... Gaspar	...	...	139,32	110,96	116,29
.... Indaial	...	...	...	136,95	197,75
.... Pomerode	125,65	128,28	360	181,61	414,97
.... Timbó	86,46	44,22	125,99	123,96	143,49
Total	171,42	199,02	295,19	258,7	274,26

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

O fato de não haver leitos disponíveis na região não impede as pessoas de se internarem, viajando a outras regiões. No quinquênio de 2008 a 2012 os municípios do Médio Vale encaminharam 1.049 situações psiquiátricas para internar fora, gerando, em média 210 internações por ano. Este cálculo é feito descontando-se o número de internações locais na região (por local de internação) do número de internações por local de residência. A média da quantidade de internações feitas em um ano, no quinquênio, para habitantes da região, em algum lugar do Estado, foi de

444. Só no ano de 2012 foram feitas 581 internações de moradores da região.

Tabela 7. Número de internações por transtornos mentais e derivados de álcool e outras drogas, em hospitais gerais, por local de residência, Região de Saúde do Médio Vale do Itajaí, 2008 a 2012.

Reg /Municip	2008	2009	2010	2011	2012	Média	Total
Apiúna	19	28	19	31	38	27	135
Ascurra	13	19	21	23	27	20,6	103
Benedito Novo	5	6	7	11	10	7,8	39
Blumenau	137	137	124	256	224	175,6	878
Botuverá	2	1	-	4	-	1,4	7
Brusque	71	61	87	105	107	86,2	431
Dr. Pedrinho	1	9	5	2	5	4,4	22
Gaspar	16	4	44	29	33	25,2	126
Guabiruba	12	9	16	8	11	11,2	56
Indaial	35	12	26	13	23	21,8	109
Pomerode	13	7	13	31	48	22,4	112
Rio dos Cedros	3	5	3	3	5	3,8	19
Rodeio	25	19	25	15	27	22,2	111
Timbó	10	11	15	12	23	14,2	71
Total	362	328	405	543	581	443,8	2.219

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

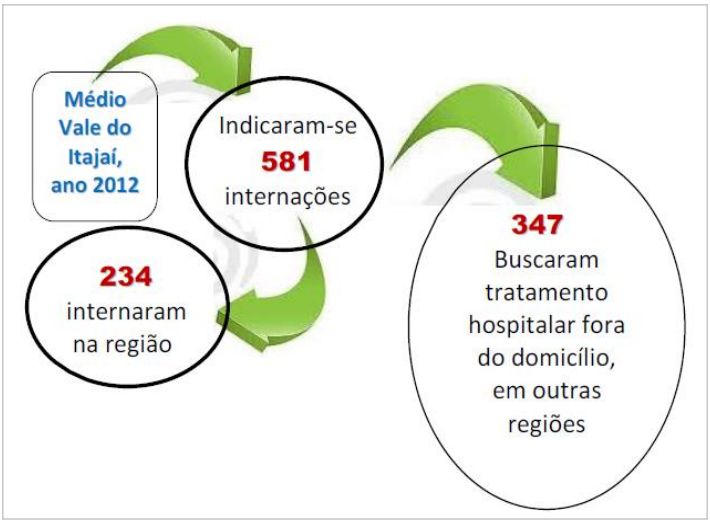


Figura 4. A diáspora, em TFD*, das internações psiquiátricas do Médio Vale do Itajaí, 2012.

*Tratamento fora de domicílio.

Fontes: GECOR, SUR, SES/SC; Ministério da Saúde, SIH/SUS.

É interessante notar que municípios cujas populações são pequenas, como Apiúna, Pomerode, Rodeio e Ascurra, internam um volume equiparável ao de cidades maiores, como Gaspar e Indaial. Já Timbó, tem apresentado menor necessidade de usar hospitais. Este dado leva a refletir sobre o tipo de atendimento prévio – ou preventivo – à internação, realizado no município.

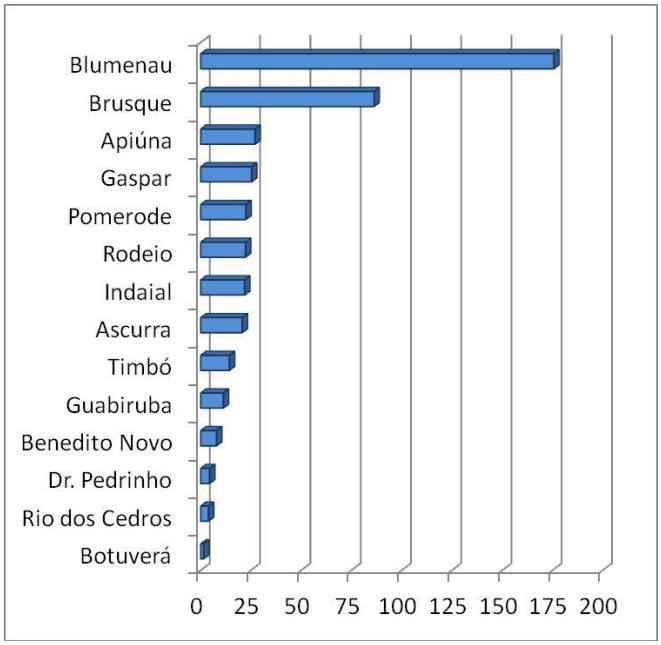


Figura 5. Gráfico comparando o número total de internações psiquiátricas ocorridas, procedentes de cada município, Médio Vale do Itajaí, período de 2008 a 2012.
Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação, GECOR, SUR, SES/SC, a partir de: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Estas internações têm se voltado a pessoas de todas as idades. O número anual de internações de crianças e adolescentes teve uma média de 23,6, no quinquênio. Representou 118 internações em cinco anos.

Tabela 8. Número de internações psiquiátricas de pessoas de 19 anos de idade e menos, por local de residência, Região de Saúde do Médio Vale do Itajaí, 2008 a 2012.

Reg Saúde/Municip	2008	2009	2010	2011	2012	Total
.... Apiúna	2	1	-	-	1	4
.... Ascurra	-	-	1	2	2	5
.... Benedito Novo	-	-	1	-	-	1
.... Blumenau	17	5	7	10	26	65
.... Brusque	5	2	3	5	3	18
.... Gaspar	-	-	4	1	1	6
.... Guabiruba	-	-	-	-	1	1
.... Indaial	3	1	1	-	3	8
.... Pomerode	1	-	-	2	3	6
.... Rio dos Cedros	1	-	-	-	-	1
.... Rodeio	1	-	-	-	-	1
.... Timbó	-	1	-	-	1	2
Total	30	10	17	20	41	118

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

O número de idosos, nas faixas dos 60 anos e mais, internados por problemas psiquiátricos, foi 68 para o ano de 2012. No quinquênio chegou a 269, fazendo uma média de 53,8 internações anuais.

Tabela 9. Numero de internações psiquiátricas de pessoas de 60 anos de idade e mais, por local de residência, Região de Saúde do Médio Vale do Itajaí, 2008 a 2012.

Reg /Municip	2008	2009	2010	2011	2012	Total
.... Apiúna	-	2	-	4	3	9
.... Ascurra	3	-	1	4	3	11
.... Benedito Novo	-	1	-	1	1	3
.... Blumenau	15	17	25	38	34	129
.... Botuverá	-	1	-	1	-	2
.... Brusque	10	5	13	16	10	54
.... Gaspar	1	-	4	2	2	9
.... Guabiruba	2	-	3	1	-	6
.... Indaial	2	-	1	1	2	6
.... Pomerode	2	-	1	-	3	6
.... Rio dos Cedros	-	4	2	1	-	7
.... Rodeio	5	1	2	3	9	20
.... Timbó	3	-	3	-	1	7
Total	43	31	55	72	68	269

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

A Região de Saúde do Médio Vale do Rio Itajaí, com mais de 686 mil habitantes, tem 5 CAPS I, além da estrutura municipal de Blumenau, compostas por um CAPS II, um AD e um i.

Tabela 10. Disponibilidade de CAPS, segundo a modalidade, na Região do Médio Vale do Rio Itajaí, 2013.

Município	População	I	II	AD	i	III	Total
Apiúna	9.764						0
Ascurra	7.485						0
Benedito Novo	10.528						0
Blumenau	316.139		1	1	1		3
Botuverá	4.584						0
Brusque	109.950	1					2
Doutor Pedrinho	3.683						0
Gaspar	59.728	1					1
Guabiruba	19.254						0
Indaial	57.068	1					1
Pomerode	28.610	1					1
Rio dos Cedros	10.488						0
Rodeio	11.004						0
Timbó	37.894	1					1
Região Médio Vale do Itajaí	686.179	5	1	2	1		9

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, GEABS, SUG, SES/SC.

As secretarias municipais de saúde contabilizaram atendimento (ou o acompanhamento) de usuários de CAPS aproximadamente 13.400 vezes por ano, em média, na região.

Tabela 11. Produção ambulatorial do procedimento "atendimento / acompanhamento psicossocial", Médio Vale do Itajaí, 2008 a 2012.

Região de Saúde	2008	2009	2010	2011	2012*	Total**
Médio Vale	12.861	12.949	16.891	13.514	10.663	66.878

*Apenas até outubro de 2012.

**A informação de município de residência só está disponível para os registros feitos através do Boletim de Produção Ambulatorial.

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

3 Imagem objetivo (a rede ideal) proposta pelo Grupo Condutor Estadual e pela Comissão Técnica Regional

O CAPS I de Timbó atende também os municípios de Rodeio, Rio dos Cedros, Benedito Novo e Dr. Pedrinho totalizando 73.597 e este CAPS poderá ser qualificado para um serviço tipo II e contar também com CAPS AD também microrregional.

Apiúna pode ser a sede de um CAPS I microrregional que atenda também Ascurra.

O município de Blumenau já tem uma boa experiência com o núcleo de atenção a problemas da infância e adolescência e no seu CAPS i. Sugerimos a ampliação do potencial de atendimento do CAPS i e a implantação de uma unidade de acolhimento infanto-juvenil.

Ainda em Blumenau sugerimos a implantação de um segundo CAPS II para atendimento de adultos em grave sofrimento psíquico.

Brusque, que tem mais de cem mil habitantes, conta com demanda, para um CAPS i. Atualmente aguarda a homologação para transformar seu CAPS modalidade I, em modalidade II, já que o CAPSAD já está homologado e em funcionamento.

Gaspar que hoje conta com um CAPS I apresentou proposta de qualificar este CAPS para a modalidade II e implantar um CAPS AD no município. Hoje também este município atende Ilhota que deverá pactuar com a região da Associação dos Municípios da Foz do Rio Itajaí (AMFRI) da qual pertence.

Guabiruba, com seus quase 20 mil habitantes, vizinha a Brusque, tem demanda suficiente para organizar seu próprio CAPS I.

O município de Indaial apresenta demanda para qualificar o CAPS I existente em tipo II e implantar um CAPS AD.

O pequeno município de Botuverá poderá ser atendido no CAPS i e no CAPS II de Brusque, que seriam convertidos, então, microrregionais, conforme a proximidade das duas cidades demonstrada na sequência:

Figura . Acesso rodoviário de Botuverá a Brusque.
Fonte: DEINFRA/SC, 2012.

O problema hospitalar precisa ser minorado através de hospitais da região capazes de fazer um trabalho em rede, em moldes modernos, com qualidade não asilar. O Hospital de Rio dos Cedros tem manifestado interesse em trabalhar com pacientes psiquiátricos. Porém, diverge-se quanto à configuração de hospital geral, devido às clínicas básicas, estrutura, recursos humanos adequados e podendo ter dificuldades em cumprir os requisitos das portarias ministeriais. Hospitais pequenos que montam grande número de leitos psiquiátricos tendem a reproduzir a lógica asilar e a trabalhar na contramão da psiquiatria comunitária e das redes. Contudo em decisão colegiadas dos secretários da AMMVI e da AMAVI, sensibilizados e motivados pela escassez de leitos na região e, enquanto busca-se a sensibilização dos gestores dos hospitais locais, definiu-se pela pactuação de 15 leitos para internação psiquiátrica adulta e outros 15 leitos deverá atender as internações infanto/juvenis às macrorregiões da Vale do Itajaí e Alto Vale. Segue em anexo as atas das deliberações da CIR de ambas as macrorregionais.

O Hospital Santo Antônio, de Blumenau, tem 170 leitos, dos quais 146 no SUS. Poderia dedicar até 25 leitos ao atendimento psiquiátrico. Existe hoje uma unidade com 10 leitos que atende as demandas do município. Esse serviço está em fase de adequação conforme a Portaria 148.

O Hospital Azambuja em Brusque tem 148 leitos, dos quais 113 no SUS. Esse hospital apresentou projeto para implantar 04 leitos de um Serviço Hospitalar de Referência (SHR) para atender as demandas do município.

O Hospital Perpetuo Socorro de Gaspar tem 81 leitos, dos quais 62 no SUS e poderá implantar 10 leitos para atenção psicossocial que atenderá toda a região da AMMVI.

O Hospital OASE de Timbó apresentou projeto e poderá contar com 4 leitos de um SHR sendo referência para Timbó, Rio dos Cedros, Benedito Novo e Dr. Pedrinho.

Segue, conforme a portaria 148/2012, sugestão para estes Hospitais descritos acima implantem Serviços Hospitalares de Referência para atenção as pessoas com sofrimento ou transtornos mentais e com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas descentralizados e regionalizados: 10 no Hospital Santo Antônio de Blumenau, 04 no Hospital de Azambuja em Brusque, e 10 no Hospital de Gaspar e 04 no Hospital Oase de Timbó que totalizam 28 leitos para a região da AMMVI.

A necessidade regional de vagas em unidades de acolhimento para adultos foi calculada em 34, que poderiam se distribuir em 3 unidades, mas, no entanto não se definiu os municípios que contariam com este dispositivo. O numero necessário de vagas em unidade de acolhimento infanto-juvenil é 15, o que implicaria a criação de 2 unidades.

Tabela 12. Estimativa da necessidade de vagas em unidades de acolhimento para adultos e para menores de 18 anos, Região de Saúde do Médio Vale do Rio Itajaí, 2014.

Município	População	Adulto	Infanto-Juvenil
Apiúna	9.764	0,5	0,2
Ascurra	7.485	0,4	0,2
Benedito Novo	10.528	0,5	0,2
Blumenau	316.139	15,8	7,0
Botuverá	4.584	0,2	0,1
Brusque	109.950	5,5	2,4
Doutor Pedrinho	3.683	0,2	0,1
Gaspar	59.728	3,0	1,3
Guabiruba	19.254	1,0	0,4
Indaial	57.068	2,9	1,3
Pomerode	28.610	1,4	0,6
Rio dos Cedros	10.488	0,5	0,2
Rodeio	11.004	0,6	0,2
Timbó	37.894	1,9	0,8
Médio Vale do Itajaí	686.179	34	15

Há 5 moradores crônicos do Hospital de Custódia e Tratamento, em Florianópolis, procedentes do Médio Vale do Itajaí, esperando um programa residencial e de desinstitucionalização. Há, no Centro de Convivência Santana, outros 3 pacientes nesta situação. A região pode, portanto, instalar um serviço residencial terapêutico tipo I, de 8 vagas. Este serviço deveria ser supervisionado por um CAPS próximo, com visão de reabilitação psicossocial. No entanto, não ficou estabelecido qual município contaria com este serviço.

As cidades de Blumenau, Brusque, Gaspar e Indaial apresentaram demanda e interesse para a implantação de Consultórios na Rua e entendem que precisam qualificar as equipes que assumirão esta tarefa.

Além dos dispositivos propostos e descritos em tela sugerimos a implementação da atenção básica com psicólogos e equipes de Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) com enfoque em atenção psicossocial para apoiar o desenvolvimento das ações na RAPS e principalmente na atenção básica.

Estabelecemos como estratégicos os recursos do Apoio Matricial e da Supervisão Clínico-Institucional na Rede como um todo, inclusive com incentivo financeiro oriundo do Estado e União para custear a Supervisão e maior valorização das ações de apoio matricial com a inclusão destas na RAAS.

Por parte do Estado de Santa Catarina solicitamos a implantação de programa de qualificação e de educação continuada na atenção psicossocial, abrangendo todos os dispositivos da Rede e o desenvolvimento de protocolos assistenciais com a divulgação e esclarecimentos necessário para sua utilização. Ainda, como responsabilidade do Estado entendemos a relevância de um programa de prevenção do óbito autoprovocado.

Com vistas aos atendimentos de urgência e emergência em saúde mental é imprescindível o cumprimento do SAMU conforme as portarias que definem este serviço como dispositivo essencial da RAPS e também a garantia de acesso nos serviços de Pronto Socorro e Pronto Atendimento.

Ainda estabelecemos com prioridade o fortalecimento dos vínculos e ações intersetoriais das áreas afins.

Na região da AMMVI desde 2007 existe um movimento dos trabalhadores da Saúde Mental que se organizaram como Câmara Técnica da Rede de Atenção Psicossocial, definindo-se um órgão colegiado de caráter técnico e consultivo reconhecido pela Comissão Intergestores. Configura-se um espaço importante de articulação e trocas entres trabalhadores e gestores, objetivando o fortalecimento da Política de Atenção Psicossocial e Saúde Mental na Região da AMMVI.

Quanto a participação dos usuários entendemos como necessário o fortalecimento de espaços como oficinas de geração de renda organizados em associações de usuários e familiares que possam se tornam também espaços de convivência e controle social.

4 Ata da reunião da CIR em que foi aprovado o Plano de Ação da Rede de Atenção Psicossocial

Ata da Comissão Intergestora Regional CIR/Médio Vale do Itajaí de 03 de outubro de 2013.

Aos três dias de outubro de dois mil e treze, às 08:00 horas, reuniram-se nas dependências da Associação dos municípios do Médio Vale do Itajaí – AMMVI, os membros da CIR, Karim – Doutor Pedrinho, Maria Regina-Blumenau; Enilson-Indaial; Amarildo-Apiúna; Ramides- Benedito Novo; Alfredo-Timbó; Odair-Rodeio; Fábio-Rio dos Cedros; Marcia-Gaspar; Jocelene da Silveira-Botuverá; João-Ascurra; Maria Aparecida – Brusque. Outros presentes: Ivonir- Gerência Saúde Brusque; Joice – Gerência de saúde de Blumenau; Gisele – gerência de Saúde de Timbó Carlos – CIS/AMMVI; Aline Deichmann – Guabiruba; Patrícia Silva – Gersa Blumenau; Gisele de Cássia Ruaro – ETSUS; Waltraud – Pomerode; Sabrina Grassi – Timbó; Ariane Buzzi – Doutor Pedrinho; Jorge Fernando – Blumenau; Elisisane – CAPS Timbó; Marlene – Ascurra; Ana Célia Schneider – Blumenau; Maria Letícia Pellegrini – Hospital Sírio Libanês. Dando início a reunião, a coordenadora Karim cumprimenta a todos e passa a palavra para Maria Regina que apresenta a senhora Maria Letícia, iniciando os assuntos da pauta: **1.** Apresentação da proposta de cursos do Hospital Sírio Libanês. A senhora Maria Letícia é coordenadora de um projeto do Hospital Sírio Libanês em parceria com o Ministério da Saúde de formação para profissionais do SUS. Eles estão trazendo para a região três cursos: Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde; Regulação em Saúde no SUS; Educação para Preceptores do SUS. A proposta é desenvolverem os cursos de abril a dezembro de 2014. Os facilitadores também vão ser selecionados na região, indicados num primeiro momento pelos gestores. Os cursos serão realizados na ETSUS Blumenau, que entrará com a infra-estrutura e apoio. Questionado aos gestores se aceitam a proposta para a região, estes concordaram e se dará o início então, com as indicações dos possíveis facilitadores . **2.** Apreciação e aprovação do Projeto de criação dos Núcleos de Educação Permanente, pela CIES. Ana Célia Schneider, Patrícia Silva e Gisele Ruaro, representando a CIES, trazem a proposta de criação de Núcleos nos municípios da EP e Humanização - NEPSHU. A CIES considera um passo importante para o desenvolvimento da Política de EP nos municípios. É apresentado conceito, objetivos, atribuições e diretrizes do Núcleo. É questionado por Karim, se esses Núcleos não poderiam ser microrregionais. É dito que sim pelas apresentadoras. Que isso pode ser resolvido pelos municípios e que a CIES dará apoio para a criação desses Núcleos. O importante é que sejam designadas pessoas para tal e que essas pessoas tenham um "x" de carga horária por semana, para se dedicar a isso. Com portaria de nomeação e tudo mais. Maria Regina sugere que se faça um modelo único de portaria para todos. Viviane diz que já tem o modelo e poderá fornecer. Colocado em aprovação pela coordenadora, o projeto de criação dos Núcleos Municipais ou Microrregionais de EP mais Humanização,(NEPSHU)e este fica aprovado pelos gestores. **3.** Programa de prevenção a LEISHMANIOSE. Ivonete dos Santos da Epidemiologia de Blumenau, apresenta a necessidade de capacitar novamente os médicos e enfermeiros(as) sobre a Leishmaniose. Segundo ela, o mosquito "palha", transmissor da doença, está bem presente na nossa região. Em 2009, 160 casos foram confirmados em Blumenau. O fluxo é Policlínica de Referência e depois Hospital Santo Antônio. São sugeridas algumas datas para a capacitação e Maria Regina sugere fazer uma em Timbó, para que os municípios evitem o deslocamento pela BR 470. Ficam então as datas de 23 de outubro para Blumenau, Gaspar, Brusque, Guabiruba, Pomerode e Botuverá e 06 de novembro para Timbó, Indaial, Benedito Novo, Ascurra, Apiúna, Rio dos Cedros, Rodeio e Doutor Pedrinho. **4.** Apreciação e aprovação final do Plano da Rede de Atenção Psicossocial. Elisiane, do CAPS de Timbó e Jorge Fernando de Blumenau, apresentam aos gestores a finalização do Plano da RAPS. Em termos de leitos psiquiátricos para a região, ficariam 4 leitos pela portaria 148, no hospital de Azambuja para atender Brusque, 10 leitos no Hospital Perpétuo Socorro de Gaspar, para atender o Médio vale, 15 leitos adultos no Hospital Dom Bosco de Rio dos Cedros, para atender o Médio Vale e o Alto vale quando necessário e mais 15 leitos Infanto-juvenis para a Macro região (Médio e Alto Vale), no Hospital Dom

Bosco de Rio dos Cedros. Ainda, 4 leitos no Hospital OASE de Timbó, para atender os municípios de Timbó, Benedito novo, Rodeio e Doutor Pedrinho. Questionam se alguém discorda das referências e os gestores dizem que não, porque todos sabem o quanto é difícil uma vaga para internação em psiquiatria. Ramides de Benedito Novo, diz que ja teve que mandar internar pessoas, em "tudo que e canto no Estado". Em seguida, o Plano é aprovado e homologado pela CIR. A coordenadora karim, convida todos os gestores para a Oficina de Saúde Mental, que ocorrerá no dia 17 de outubro, falando da importância de estarem indo os profissionais da área. **5.** Apreciação final e aprovação do Plano da Rede de Deficiências. Gisele e Crespa apresentam o Plano, mostrando que não conseguiram algumas informações que precisavam. São passadas essas informações pelos gestores mas mesmo assim, o Plano vai permanecer com algumas lacunas que terão que ser preenchidas com o passar do tempo. Aprova-se o Plano, com sugestões para ser revisto, assim que houver referências para os serviços que ficaram faltando. **6.** Adesão ao PQA-VS. Karim coloca aos gestores, que já fez a deliberação da CIR, homologando a adesão de todos os municípios do Médio Vale, ao PQA-VS (Programa de Qualificação das ações de Vigilância em Saúde), pois o prazo para adesão ia se encerrar. Em conversa por telefone com os gestores, estes confirmaram a adesão e a homologação foi feita. Porém, os gestores não podem deixar de enviar para o Estado, o documento original da adesão, comunica Karim **7.** Homologação da recontratualização do PMAQ-AB. Karim, coloca que está entregando aos gestores, a deliberação 09 da CIR, que trata da homologação do PMAQ-AB dos municípios do Médio Vale. Essa deliberação deverá estar entre os documentos para a avaliação do PMAQ. **8.** Gestação de Alto Risco. Karim comunica que na reunião de novembro, estará presente o Dr. Mello do hospital Santo Antônio, que esclarecerá como está a questão do serviço da Gestação de Alto Risco, juntamente com a fala sobre o questionário que solicitou aos municípios. Joice, gerente de saúde de Blumenau, diz que somente alguns municípios enviaram o questionário. Maria Regina coloca que este assunto nem deveria estar na pauta, porque o serviço ainda está sendo estruturado e não foram fechados os acordos com o Hospital. Segundo Maria Regina, eles tem que ofertar os serviços pela Rede Cegonha também. **9.** Informes da CIB. Maria Regina diz que como a maioria dos gestores estavam presentes na última reunião da CIB em Forquilhinha, não havia necessidade de repassar os informes e que se houvessem dúvidas, tudo está na página do COSEMS. **10.**Informes do Consórcio. Carlos faz um apelo dizendo que está sem reservas financeiras e que precisa pagar os prestadores de serviço. Pede que os municípios se coloquem em dia com o consórcio. Também lembra que todo mundo tem que se atentar para o orçamento de 2014, para não ficar sem dinheiro para o consórcio. Karim coloca que talvez daria para agilizar os recibos dos municípios, se estes fossem enviados por email antecipadamente. Carlos diz que poderá enviar sim. **11.** Assuntos gerais. É apresentada por Crespa, a nova gestora de Botuverá. Jocelene da Silveira. Maria Regina e Karim, dão boas vindas a Jocelene. Joice da Gerência de Saúde, informa que enviou para o Estado o ofício que Karim mandou prá ela, sobre o Serviço de Verificação de óbito, e que o Estado ainda não havia respondido. Alguns gestores se manifestam, dizendo a falta que este serviço faz para os municípios. O quanto muitas vezes, o gestor está com um óbito domiciliar e não tem ninguém para fazer o atestado. Karim então coloca que vai ser esperada a resposta do Estado para depois ver o que poderá ser feito, com relação a oferta desse serviço feito por Joinville. Cida de Brusque, convidou a todos para a FENARRECO que acontece de 02 a 13 de outubro. Waltraud de Pomerode, anuncia que está sendo feito no hospital de Pomerode, cirurgias de catarata pelo Dr. Nelson Lousada ; que era da Clínica Freitag de Timbó. Quem quiser, poderá estar encaminhando pacientes para lá. Márcia de Gaspar pergunta aos gestores se eles estão tendo muitos gastos com "alimentação especial" e estes respondem que sim. É sugerido então que se faça um levantamento dos gastos na região para depois enviar um ofício ao estado, solicitando uma posição sobre esta situação. Os municípios estão arcando com responsabilidades que são do Estado, segundo Márcia. Karim ainda coloca sobre o levantamento dos custos com o SAMU e passa a palavra a Enilson, que está com o levantamento. Enilson e Maria Regina dizem que o Estado está revendo toda essa questão do SAMU e que deveríamos aguardar para ver como fica antes de tomar qualquer decisão. Marlene de Ascurra diz, que eles vão ter que deixar a viatura parada porque não tem condições de deixá-la rodando. Karim agradeceu aos gestores que foram ao Encontro do COSEMS em Forquilhinha e enfatiza a importância de se fazer presente a região como um todo. Ressalta a importância do próximo Encontro fim de ano, que será em Brusque. Nada mais havendo a tratar, eu Ariane Buzzi, secretariando esta reunião, lavrei a presente ata, que por mim vai assinada e pelos demais membros presentes.

5 Quadros de propostas pactuadas pela CIR para a construção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em âmbito municipal e regional, de acordo com as Portarias do Ministério da Saúde

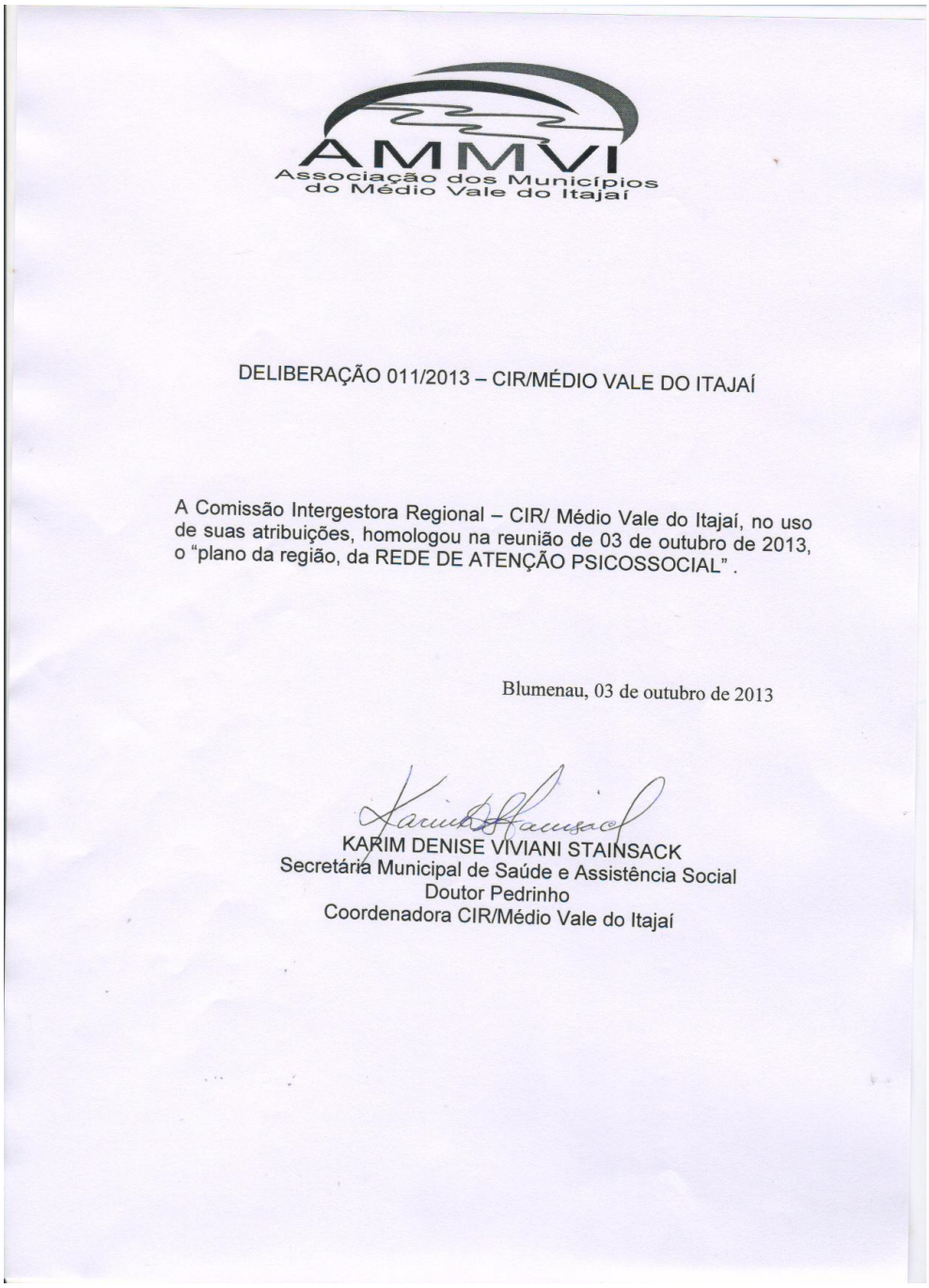
Município:	Serviço:	Observação:	Previsão para implantação:
Apiúna/Ascurra	CAPS – I Microrregional	Sede em Apiúna	2016
Blumenau	CAPSAD III		2014
	CAPS- II (2º)		2016
	UA infanto-juvenil		2015
	Consultório na Rua		2014
	10 Leitos port. 148. (H. Sto. Antonio)	Para atender exclusivamente município de Blumenau	2014
Brusque	CAPS-infantil Microrregional	Atende Botuverá	2015
	CAPSAD	Homologado	Imediato
	CAPSII qualificado Microrregional	Aguardando regularização – Atende Botuverá	Imediato
	Consultório na Rua		2014
	4 Leitos psiquiátricos port. 148 Azambuja	Para atender Brusque	Imediato
Gaspar	CAPSII qualificado	Ilhota deverá pactuar na sua Região de Saúde da AMFRI	2016
	CAPSAD		2016
	Consultório na Rua		2015
	10 leitos port. 148. (H.Perpetuo Socorro)	AMMVI	2014
Guabiruba	CAPS I		2014

Município:	Serviço:	Observação:	Previsão para implantação:
Indaial	CAPS- II qualificado		2014
	CAPS – AD		2016
	Consultório na Rua		2015
Rio dos Cedros	15 leitos adultos	Para atender AMMVI	Imediato
	15 leitos infanto-juvenil	Para atender AMMVI/AMAVI	Imediato
Timbó	CAPS II Qualificado Microrregional	Atende Dr. Pedrinho, Rio dos Cedros, Rodeio e Benedito Novo	Imediato
	CAPSAD Microrregional	Microrregional Atende Dr. Pedrinho, Rio dos Cedros, Rodeio e Benedito Novo	2015
	04 leitos port. 148. (Hospital Oase)	Atende aos municípios de Timbó, Benedito Novo, Rodeio, Rio dos Cedros e Dr. Pedrinho	Imediato
À definir	Serviço Residencial Terapêutico (8 vagas)		2016
À definir	Unidade de Acolhimento Adulto		2016

Além das estruturas, foi pactuado o compromisso com os seguintes pontos:

a) Cumprimento do SAMU conforme as portarias que definem este serviço como dispositivo essencial da Rede de Atenção Psicossocial no que tange o atendimento as situações de urgência e emergência em Saúde Mental;
b) Garantia de acesso nos serviços de Pronto Socorro e Pronto Atendimento das urgências e emergências Psiquiatrias;
c) Fortalecer vínculos e ações intersetoriais das áreas afins;
d) Implantar programa de qualificação e de educação continuada na atenção psicossocial, por parte da Secretaria de Estado da Saúde (SES), abrangendo as equipes de saúde mental e de saúde da família, da região;
e) Desenvolver programa de divulgação de protocolos assistenciais, a cargo da Secretaria de Estado da Saúde (SES), capacitando as equipes da região para seu uso;
f) Desenvolver programa de prevenção do óbito autoprovocado, a cargo da Secretaria de Estado da Saúde (SES), voltado às equipes da região;
g) Implantar ou qualificar equipes de Apoio Matricial em saúde mental;
h) Incentivo financeiro (SES e MS) para implantação e manutenção de supervisão Clínico institucional dos CAPS;
i) Estabelecer e implementar (SES e MS) equipes de NASF em todos os municípios, com ênfase na Atenção Psicossocial;
j) Fortalecer espaços de participação dos usuários, como associações, oficinas de geração de renda e centro de convivência;
k) Fortalecimento da Câmara Técnica da Rede de Atenção Psicossocial da AMMVI e reconhecimento desta como órgão colegiado de caráter técnico e consultivo para auxilio nas tomada de decisões;
l) Criar grupos condutores da RAPS municipais conforme a portaria 3088;

6 Homologação do PAR da Região, pela CIR, consubstanciada na Deliberação 011/2013, de 3 de outubro de 2013



AMMVI
Associação dos Municípios do Médio Vale do Itajaí

DELIBERAÇÃO 011/2013 – CIR/MÉDIO VALE DO ITAJAÍ

A Comissão Intergestora Regional – CIR/ Médio Vale do Itajaí, no uso de suas atribuições, homologou na reunião de 03 de outubro de 2013, o "plano da região, da REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL" .

Blumenau, 03 de outubro de 2013

KARIM DENISE VIVIANI STAINSACK
Secretária Municipal de Saúde e Assistência Social
Doutor Pedrinho
Coordenadora CIR/Médio Vale do Itajaí

O Ministério da Saúde, contudo, em sua devolutiva, não concordou com a indicação do Hospital de Rio do Cedros, que ainda não está em funcionamento pleno como hospital geral.

7 Matriz Diagnóstica da Rede de Atenção Psicossocial da Região de Saúde do Médio Vale do Itajaí

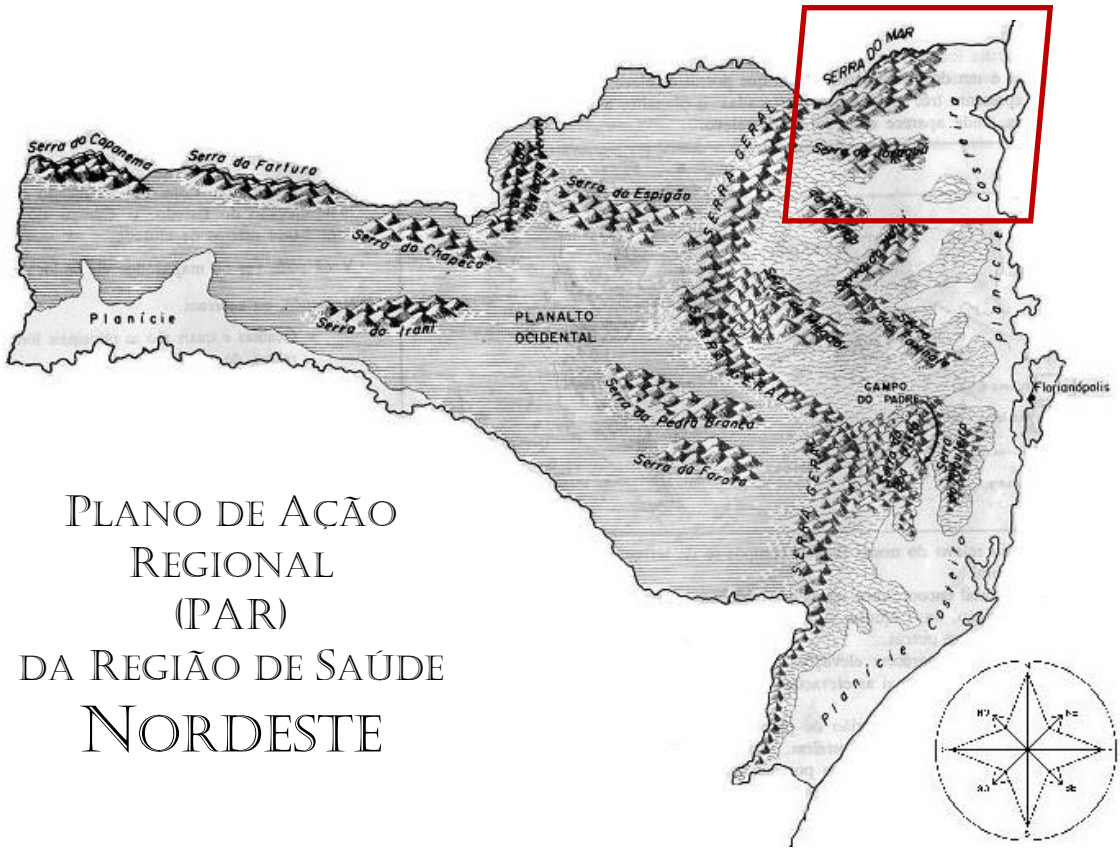
MATRIZ DIAGNÓSTICA - REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL					
Região de Saúde: **Médio Vale do Rio Itajaí**					
14 Municípios: Apiúna, Ascurra, Benedito Novo, **Blumenau**, Botuverá, Brusque, Doutor Pedrinho, Gaspar, Guabiruba, Indaial, Pomerode, Rio dos Cedros, Rodeio e Timbó.					
População: 686.179 habitantes					
COMPO-NENTE	**Ponto de Atenção**	**Necessidade**	**Existentes**	**Déficit**	**Parâme-tro**
I. Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde	287 equipes de Saúde de Família (ESF). Supervisão e apoio matricial organizado, regulação do acesso, protocolos assistenciais.	151 ESF (74,48% da cobertura)	136 ESF. Supervisão e o apoio matricial organizado sobre as equipes de saúde da família; regulação do acesso e protocolos assistenciais.	Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica, de 21 de outubro de 20 11
	Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas	2 consultórios na rua (Blumenau e Brusque)	0	2 consultórios na rua (Blumenau e Brusque)	Portaria que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família	18 NASF	7 NASF (4 com psicólogo)	11 NASF. Incorporação de psiquiatras e de psicólogos nos NASF	Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica - 2011
	Centro de Convivência	2	0	2	

COMPO-NENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Parâme-tro
II. Atenção Psicossocial Especiali-zada	Centro de Atenção Psicossocial				
	CAPS I	3	5 (Brusque, Gaspar, Indaial, Pomerode, Timbó)	2 (Apiúna e Guabiruba)	Municípios ou regiões com pop. acima de 15 mil hab.
	CAPS II	6	1 (Blumenau)	5 (Timbó, Gaspar, indaial, Brusque, a partir da qualificação dos CAPS I; falta um 2º. CAPS II em Blumenau)	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS III	0	0	0	Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab
	CAPS AD	4	2 (Blumenau e Brusque)	3 (Gaspar, Indaial e Timbó)	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS ADIII	1	0	1 (Blumenau, a partir da qualificação do AD)	Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab
	CAPS i	4	1 (Blumenau)	3 (Gaspar, Brusque, e um segundo em Blumenau)	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
III. Atenção de Urgência e Emergência	UPA / SAMU Sala de Estabilização Portas Hospitalares de Atenção à Urgência Pronto Socorro	1 unidade de suporte avançado (USA) e 8 unidades de suporte básico (USB).	0	1 USA (Blumenau), 8 USB (das quais 3 em Blumenau e 1 em Indaial, Timbó, Pomerode, Gaspar e Ascurra)	Conforme orientações da Portaria da Rede de Atenção às Urgências, de 7 de julho de 2011.

COMPO-NENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Parâme-tro
IV. Atenção Residencial de Caráter Transitório	UA ADULTO	3 (com um total de 34 vagas)	0	3 (1 em Brusque e 2 em Blumenau)	1 UA (com 15 vagas) para cada 10 leitos de enferma-rias em hospital geral por município.
	UA INFANTO-JUVENIL	2 (com m total de 15 vagas)	0	2 (1 em Gaspar e 1 em Blumenau)	Municípios crianças e adolescen-tes em potencial para uso de drogas ilícitas ou em potencial para uso de drogas ilícitas.
	COMUNI-DADE TERAPÊU-TICA	2	0	2	
V. Atenção Hospitalar	LEITOS	13 leitos	0	4 em Brusque (Hosp. Azambuja), 4 em Timbó (Hospital Oase) para adultos e 5 infanto-juvenis em Rio dos Cedros (Hosp. Dom Bosco)	Portarias MS 1.615/12, 148/12, 953/12, 2.035/13; 1 leito para cada 23 mil habitantes Portaria nº 1.101/02.
	ENFERMA-RIA ESPECIA-LIZADA	1 (perfazendo 10 letos para adultos)	0	10 leitos adultos em Gaspar (Hosp. N. S. do Perpétuo Socorro) (Há déficit de outros 10 leitos, sem definição do hospital sede. Se completado o projeto de ampliação do hospital geral de Rio dos Cedros para 100 leitos [Hosp. Dom Bosco] há concordância da CIR para implementar nele projeto de ala psiquiátrica, a qual poderá chegar a 15% do total de leitos, segundo portaria ministerial)	Portarias MS 1.615/12, 148/12, 953/12, 2.035/13; 1 leito para cada 23 mil habitantes Portaria nº 1.101/02.

COMPO-NENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Parâme-tro
VI. Estratégias de Desinstituci-onalização	SRT	1 Serviço Residencial Terapêutico tipo I (com até 8 moradores); 1 Serviços Residenciais Terapêuticos tipo II (com 8 moradores em cuidados permanentes).	0	2	A depender do nº de munícipes longa-mente internados
	PVC	16	0	16	A depender do nº de munícipes longa-mente internados
VII. Reabilitação Psicossocial	Cooperativas sociais, empreendi-mentos solidários e iniciativas de geração de trabalho e renda	2	0	2	

Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina



Plano de Ação Regional (PAR) da Região de Saúde Nordeste

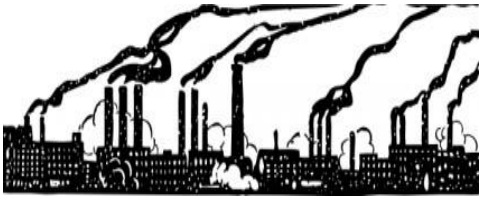
Rede de Atenção Psicossocial
de Santa Catarina

PAR

- Plano de Ação Regional -

Região de Saúde Nordeste

Região de Saúde Nordeste: Plano de Ação Regional para a Rede Psicossocial



1 Características básicas do território

A região, uma das mais ricas e populosas do Estado, abriga 14% da população de Santa Catarina, somando 894.286 habitantes (IBGE, 2012). Tem 13 municípios e 2 Secretarias de Desenvolvimento Regional (Jaraguá do Sul e Joinville).

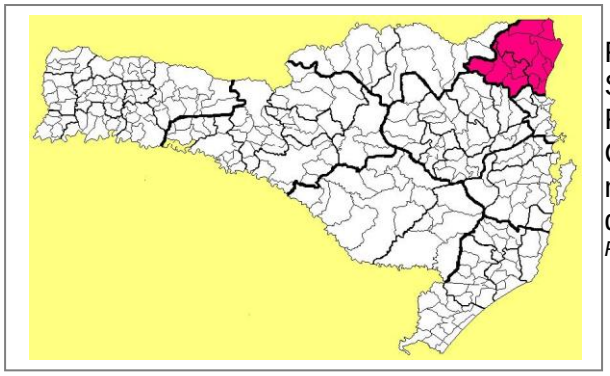


Figura NE-1. Mapa da área de Santa Catarina compreendendo a Região de Saúde do Nordeste Catarinense, com seus municípios. Ao lado, a localização da Região no mapa estadual.
Fonte: CIASC, 2012.

Na área metropolitana de Joinville está a maior concentração industrial do Estado de Santa Catarina. Tem um histórico de trabalho comunitário em saúde mental, com CAPS, desde a década de 1990. Toda a região possui bons níveis de qualidade de vida e suas cidades estão entre as de maior índice de desenvolvimento humano (IDH) do Brasil.

Pode-se inferir que cerca de um quarto da população, ao longo de um ano, apresentará queixas de ordem psíquica[167].

Tabela NE-1. Estimativa do número de pessoas com manifestação de novas queixas de ordem psíquica e comportamental, ao ano, segundo categorias de sintomas, por municípios, Região de Saúde da Região Nordeste Catarinense, 2013.

Município	Queixas do espectro de					Total
	Drogas*	Psicoses**	Humor	Neuroses***	Outros	
Araquari	1.075	269	1.881	2.150	806	6.181
Baln. Barra Do Sul	352	88	615	703	264	2.022
Barra Velha	937	234	1.640	1.874	703	5.387
Corupá	566	142	991	1.132	425	3.256
Garuva	611	153	1.069	1.222	458	3.513
Guaramirim	1.466	366	2.565	2.931	1.099	8.427
Itapoá	626	157	1.096	1.253	470	3.601
Jaraguá Do Sul	5.934	1.484	10.385	11.868	4.451	34.121
Joinville	21.054	5.263	36.844	42.107	15.790	121.058
Massaranduba	600	150	1.050	1.199	450	3.448
S. Francisco Sul	1.763	441	3.084	3.525	1.322	10.135
S. João Itaperiú	139	35	243	278	104	800
Schoeder	650	162	1.137	1.300	487	3.737
Região Nordeste	35.773	8.944	62.600	71.542	26.829	205.686

**Inclui álcool etílico e outras substâncias, exceto nicotina e cafeína.* ***Inclui queixas relacionáveis a psicoses orgânicas (F0) e funcionais (F2).* ****Inclui queixas relacionáveis a neuroses, estresse e somatoformes (F4).*
Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação, SUR, SES/SC, 2013.

Tais queixas, geralmente, não representam doenças, mas apenas sintomas avulsos passageiros, que se resolvem espontaneamente, por atitudes e práticas individuais, ou por mecanismos sociais (como os religiosos e os de entidades de auto-ajuda, tipo Alcoólicos Anônimos, por exemplo).

Contudo, cerca de um décimo da população levará tais queixas aos serviços de saúde, demandando deles alguma conduta. Eventualmente eles representam sinais e sintomas de transtornos mentais e comportamentais importantes.

Uma fração menor da população (cerca de 1%) demandará assistência especializada.

[167] Para Goldberg e Huxley, cerca de 23% da população apresenta, em algum momento, sintomas positivos de ordem psíquica. Mário Teixeira, em amostras no município de Florianópolis, encontrou 25% da população nesta situação. Vide:

GOLDBERG, D. (1995) Epidemiology of mental disorders in primary care settings. **Epidemiologic Reviews**, 17, 182 -190.

TEIXEIRA, Mário Aurélio Aguiar. Estudo de Morbidade Psiquiátrica em Duas Localidades da Ilha de Santa Catarina (Florianópolis).(Tese). São Paulo: Escola Paulista de Medicina. São Paulo (UFSP), 1998.

Tabela NE-2. Estimativa do número de pessoas demandando assistência por transtornos psíquicos e comportamentais, no período de um ano, por município, Região de Saúde da Região Nordeste Catarinense, 2013.

Município	Demanda	
	À rede básica	Especializada
Araquari	2.472	269
Bal. Barra Do Sul	809	88
Barra Velha	2.155	234
Corupá	1.302	142
Garuva	1.405	153
Guaramirim	3.371	366
Itapoá	1.440	157
Jaraguá Do Sul	13.648	1.484
Joinville	48.423	5.263
Massaranduba	1.379	150
S. Francisco Sul	4.054	441
S. João Itaperiú	320	35
Schoeder	1.495	162
Região Nordeste	82.274	8.943

Se a rede básica funcionar como filtro, de forma precoce e eficiente, evitar-se-á que os sintomas se agravem e que os serviços especializados fiquem sobrecarregados, fiquem mais caros e percam sua qualidade.

2 A rede existente hoje

Os municípios mais populosos da região não criaram Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Apenas 4 municípios (Garuva, Itapoá, Massaranduba e Schroeder contam com psicólogos nos seus NASF, proporcionando colaboração à atenção básica na área da saúde mental.

Tabela NE-3. Presença de NASF, por tipo, nos municípios da Região de Saúde do Nordeste Catarinense, 2014.

Município	NASF I	NASF II
Araquari		
Balneário Barra do Sul		
Barra Velha	1	
Corupá		
Garuva	1	
Guaramirim		1
Itapoá	1	
Jaraguá do Sul		
Joinville		
Massaranduba	1	
São Francisco do Sul		
São João do Itaperiú		
Schroeder	1	
Região Nordeste	5	1

Figura NE-2. Número absoluto e relativo de habitantes da Região de Saúde do Nordeste Catarinense que têm e não têm acesso a serviços gerados por NASF.

A região conta com 6 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos quais metade está em Joinville. A população ainda desprovida de acesso a CAPS contabiliza-se em 175.531 habitantes, distribuídos em 10 municípios.

Tabela NE-4. Presença de CAPS, por modalidade, nos municípios da Região de Saúde do Nordeste Catarinense, julho de 2013.

Município	População	I	II	AD	i	III	Total
Araquari	26.875						0
Balneário Barra do Sul	8.791						0
Barra Velha	23.422						0
Corupá	14.155						0
Garuva	15.272						0
Guaramirim	36.640						0
Itapoá	15.658						0
Jaraguá do Sul	148.353		1	1			2
Joinville	526.338			1	1	1	3
Massaranduba	14.993						0
São Francisco do Sul	44.064	1					1
São João do Itaperiú	3.477						0
Schroeder	16.248						0
Região Nordeste	894.286	1	1	2	1	1	6

A atenção primária tem boa estrutura de unidades básicas e de atenção às urgências. Conta com 132 equipes de saúde da família.

Tabela NE-5. Presença de Unidades de Pronto Atendimento, de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência, de Unidades Básicas de Saúde e de equipes de Saúde da Família, nos municípios da Região de Saúde do Nordeste Catarinense, julho de 2013.

Município	UPA	SAMU	UBS	ESF
Araquari			2	7
Balneário Barra do Sul			1	3
Barra Velha			2	6
Corupá			1	4
Garuva	1			5
Guaramirim		1	2	7
Itapoá		1	0	5
Jaraguá do Sul		1	7	12
Joinville	2	1	5	65
Massaranduba			1	4
São Francisco do Sul	1	1	8	8
São João do Itaperiú			3	1
Schroeder			1	5
Região Nordeste	4	5	33	132

Em Joinville há um centro de cultura disponível aos usuários de serviços de saúde mental. Há também, um serviço residencial terapêutico, supervisionado por equipe de CAPS, com programa de reabilitação social.

Uma estrutura móvel para atendimento de populações de rua, naquela cidade, tem plenas condições de ser qualificada como consultório na rua.

O Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, de Joinville é o principal centro de referência para internações psiquiátricas. É um hospital público, pertencente ao Governo do Estado, com 249 leitos em diversas especialidades, dos quais 30 voltam-se à psiquiatria.

O Hospital Regional conta com uma ala especializada bem aparelhada para o atendimento de doenças mentais, mas reluta em atender casos relacionadas ao abuso de substâncias químicas. Em média, em Joinville, têm ocorrido 538 internações psiquiátricas. Um plano imediato de atendimento hospitalar para desintoxicação de usuários de drogas precisa ser desenvolvido.

Tabela NE-6. Número de internações por transtornos psiquiátricos realizadas nos municípios de Joinville e de Jaraguá do Sul, de 2008 a 2012.

Município	2008	2009	2010	2011	2012	Quinquênio	Média anual
Joinville	583	534	560	551	466	2.694	538,8
Jaraguá Sul	177	125	120	148	148	718	143,6

Em Joinville ocorreu, no quinquênio de 2008 a 2012, uma média de 34 internações psiquiátricas de menores de 20 anos de idade, perfazendo um total de 171 internações no período de cinco anos. Em Jaraguá do Sul esta média foi de 9 internações, perfazendo 45 no período.

O Hospital Infantil Jeser Amarante, de 144 leitos, também público, conta com uma ala de 4 leitos psiquiátricos infantojuvenis, recentemente aberta.

3 Imagem objetivo (a rede ideal)

A região tem um bom potencial para montar um sistema de atenção psicossocial modelo. Para tanto, precisará investir na qualificação dos serviços, especialmente através do apoio matricial à rede básica, com psicólogos e psiquiatras envolvidos nas equipes. O acesso a serviços comunitários especializados poderá ocorrer por acordos entre gestores municipais, de forma a não deixar a população de qualquer município sem assistência.

O município de Balneário Barra do Sul (8.791 habitantes) dista apenas 17 km de Araquari. A conversão do CAPS de Araquari em estrutura microrregional lhe permitiria atender a população de Balneário Barra do Sul.

Barra Velha (23.422 habitantes) e São João do Itaperiú (3.477 habitantes) podem se consorciar para montar um CAPS I microrregional.

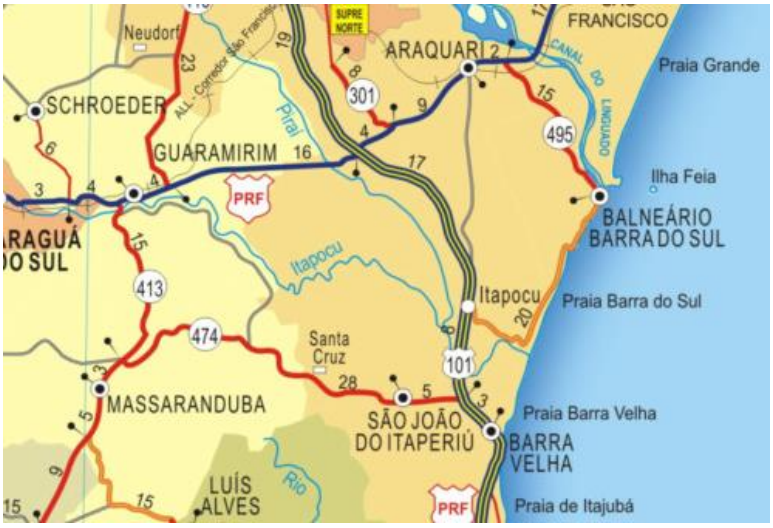


Figura NE-3. Mapa rodoviário mostrando Barra Velha.

Perto de Jaraguá do Sul, pode-se planejar a criação de 3 novos CAPS I: em Corupá, em Schroeder e em Guaramirim, a fim de suprir as necessidades locais.

O município de Jaraguá do Sul tem necessidade de um CAPS i, para atender de forma especializada sua população infanto-juvenil.

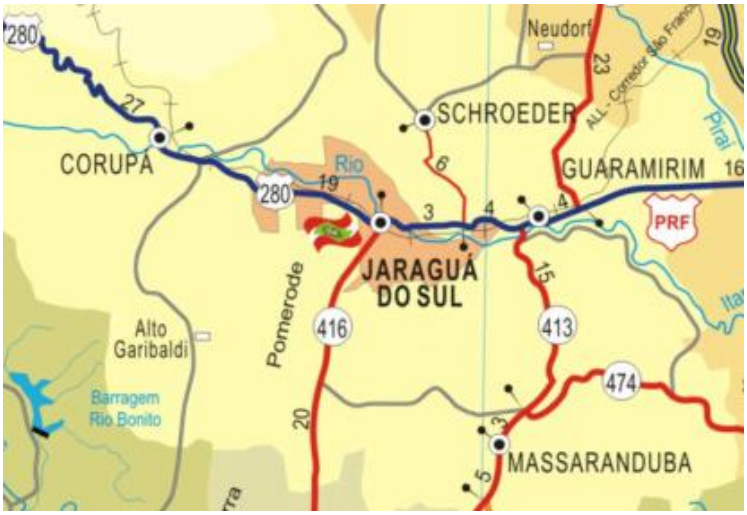


Figura NE-4. Mapa rodoviário dos acessos a Jaraguá do Sul.

O CAPS AD II de Joinville precisa ser qualificado para se transformar em CAPS AD III.

Para outros transtornos mentais, não relacionados ao abuso de substâncias químicas, a cidade de Joinville poderia comportar dois CAPS AD III. O primeiro deles pode ser criado a partir da qualificação do CAPS II, em tempo breve.

Em Jaraguá do Sul há necessidade de qualificar o CAPS I, transformando-o em CAPS II, imediatamente, a fim de dar maior qualidade ao atendimento.

A criação de um CAPS III em Jaraguá do Sul é uma meta que permitiria cobriria as necessidades da população municipal.

Quanto a serviços residenciais temporários, estima-se a falta de 45 vagas para adultos e 20 vagas infantojuvenis na região. Portanto, faz-se necessário criar duas unidade de acolhimento para adultos em Joinville (de 15 vagas cada uma) e uma em Jaraguá do Sul (de 8 vagas). Da mesma forma, há necessidade de uma unidade de acolhimento infanto-juvenil em Joinville (11 vagas) e uma a em Jaraguá (4 vagas).

Tabela NE-7. Estimativa de necessidade de vagas de unidades de acolhimento na Região de Saúde do Nordeste Catarinense, 2015.

Município	População	Adulto	Infanto-Juvenil
Araquari	26.875	1,3	0,6
Balneário Barra do Sul	8.791	0,4	0,2
Barra Velha	23.422	1,2	0,5
Corupá	14.155	0,7	0,3
Garuva	15.272	0,8	0,3
Guaramirim	36.640	1,8	0,8
Itapoá	15.658	0,8	0,3
Jaraguá do Sul	148.353	7,4	3,3
Joinville	526.338	26,3	11,7
Massaranduba	14.993	0,7	0,3
São Francisco do Sul	44.064	2,2	1,0
São João do Itaperiú	3.477	0,2	0,1
Schroeder	16.248	0,8	0,4
Região Nordeste	894.286	45	20

Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação, SUR, SES/SC, 2013.

Há um serviço residencial terapêutico de tipo II funcionando em Joinville. Contudo, o Hospital de Custódia e Tratamento, em Florianópolis, conta com 8 pacientes em alta, esperando colocação, procedentes da Região Nordeste. O Centro de Vivência Santana possui outros 3 pacientes na mesma situação. Portanto, há urgência de pelo menos 11 vagas em residencial tipo I, para a região.

Outra providência seria credenciar 2 comunidades terapêuticas de um módulo, perfazendo 30 leitos, em Joinville. Poder-se-ia, também, credenciar uma comunidade em Araquari.

Há indicação técnica para incentivo de 5 leitos no Hospital Maternidade Municipal Nossa Senhora das Graças, de São Francisco do

Sul, de 11 leitos no Hospital e Maternidade Jaraguá (da Comunidade Evangélica Luterana) de Jaraguá do Sul, e de 4 novos leitos no Hospital Padre Matias Maria Stein (da Beneficência Camiliana do Sul) em Guaramirim.

Planeja-se também um incentivo a leitos infantojuvenis no Hospital Jeser Amarante de Joinville e um incentivo específico a leitos para atendimento de transtornos derivados de álcool, crack e outras drogas no Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, de Joinville.

Os temas apresentados pelo Grupo Condutor Estadual e pela Câmara Técnica Regional para debate na CIR incluiram:

a) a criação de CAPS I em Corupá, Schroeder, Guramirim, Itapoá, Garuva e Massaranduba.

b) a criação de um CAPS I microrregional em Barra Velha para atender também São João do Itaperiú.

c) a conversão do CAPS I de Araranguá em microrregional, atendendo Balneário Arroio do Silva.

d) a conversão do CAPS I de Araquarí em microrregional, atendendo também Balneário Barra do Sul.

e) a conversão do CAPS I de Jaraguá do Sul em CAPS II.

f) a criação de um CAPS i em Jaraguá do Sul.

g) a conversão do CAPS II de Joinville em CAPS III.

h) a conversão do CAPS ADII de Joinville em CAPS ADIII.

i) o estabelecimento de um consultório na rua em Joinville.

j) o estabelecimento de um consultório na rua, para atendimento da população de risco e sem teto, em Jaraguá do Sul.

k) a criação de uma unidade de acolhimento para adultos e uma infantil em Joinville.

l) a criação de uma unidade de acolhimento para adultos e uma infantil em Jaraguá do Sul.

m) O estabelecimento de 11 novas vagas em residenciais terapêuticos em Joinville.

n) O incentivo, pelo Ministério da Saúde, de 39 a 41 leitos de referência regional em hospitais gerais, para atendimento de transtornos mentais e transtornos de comportamento derivados do abuso de álcool, crack e outras drogas.

o) construção de contatos e vínculos intersetoriais, especialmente com o Sistema Único de Assistência Social.

p) definição, em protocolo, de um fluxo intersetorial entre instituições da educação, da segurança pública, da assistência social e da saúde.

q) montagem de um programa de qualificação e de educação continuada na atenção psicossocial, por parte da Secretaria de Estado da Saúde, abrangendo as equipes de saúde mental e de saúde da família, da região.

r) montagem de um programa de divulgação de protocolos assistenciais, a cargo da Secretaria de Estado da Saúde, capacitando as equipes da região para seu uso.

s) montagem de um programa de prevenção do óbito autoprovocado, a cargo da Secretaria de Estado da Saúde, voltado às equipes da região.

t) intensificação de supervisão de equipes de CAPS.

u) estabelecimento de NASF em todos os municípios que tenham 3 ou mais equipes de saúde da família e seu aparelhamento para proceder apoio matricial à rede básica.

4 A Rede Pactuada

A estruturação da rede, pactuada pela CIR a partir da imagem objetivo, está consolidada na tabelas seguintes.

Tabela NE-8. CAPS i e CAPS I definidos para a RAPS, Região Nordeste, Santa Catarina, 2014-2015.

Município	CAPS i	Regional (sim/não)	CAPS I	Regional (sim/não)
JARAGUÁ DO SUL	1	N	0	N
CORUPÁ	0		1	
SCHROEDER	0	N	1	N
GUARAMIRIM	0	N	1	N
JOINVILLE	0	N	0	N
ITAPOÁ			1	
SÃO FRANCISCO DO SUL			1	
SÃO JOÃO DO ITAPERIÚ			*	S
GARUVA			1	
BARRA VELHA			1	S
BALNEÁRIO BARRA DO SUL			*	S
ARAQUARI			1	S
MASSARANDUBA			1	
REGIÃO NORDESTE/SC	1		9	

Fonte: Câmara Técnica Regional, CIR da Região de Saúde Nordeste, Santa Catarina, 2013.

Tabela NE-9. CAPS II definidos para a RAPS, Região Nordeste, Santa Catarina, 2014-2015.

Município	CAPS II	Regional (sim/não)	CAPS II (qualificado)	Regional (sim/não)
JARAGUÁ DO SUL	1	N	1	N
CORUPÁ	0		0	
SCHROEDER	0		0	
GUARAMIRIM	0		0	
JOINVILLE	1	N	0	N
ITAPOÁ				
SÃO FRANCISCO DO SUL				
SÃO JOÃO DO ITAPERIÚ				
GARUVA				
BARRA VELHA				
BALNEÁRIO BARRA DO SUL				
ARAQUARI				
MASSARANDUBA				
REGIÃO NORDESTE/SC	2		1	

Fonte: Câmara Técnica Regional, CIR da Região de Saúde Nordeste, Santa Catarina, 2013.

Tabela NE-10. CAPS III definidos para a RAPS, Região Nordeste, Santa Catarina, 2014-2015.

Município	CAPS III	Regional (sim/não)	CAPS III (qualificado)	Regional (sim/não)
JARAGUÁ DO SUL	0	N	0	0
CORUPÁ	0		0	
SCHROEDER	0		0	
GUARAMIRIM	0		0	
JOINVILLE	2	N	0	N
ITAPOÁ				
SÃO FRANCISCO DO SUL				
SÃO JOÃO DO ITAPERIÚ				
GARUVA				
BARRA VELHA				
BALNEÁRIO BARRA DO SUL				
ARAQUARI				
MASSARANDUBA				
REGIÃO NORDESTE/SC	2			

Fonte: Câmara Técnica Regional, CIR da Região de Saúde Nordeste, Santa Catarina, 2013.

Tabela NE-11. CAPS AD e ADIII definidos para a RAPS, Região Nordeste, Santa Catarina, 2014-2015.

Município	CAPS AD II	Regional (sim/não)	CAPS ADIII (qualificado)	Regional (sim/não)
JARAGUÁ DO SUL	1	N	0	N
CORUPÁ	0		0	
SCHROEDER	0		0	
GUARAMIRIM	0		0	
JOINVILLE	0	N	1	N
ITAPOÁ				
SÃO FRANCISCO DO SUL				
SÃO JOÃO DO ITAPERIÚ				
GARUVA				
BARRA VELHA				
BALNEÁRIO BARRA DO SUL				
ARAQUARI				
MASSARANDUBA				
REGIÃO NORDESTE/SC	1		1	

Fonte: Câmara Técnica Regional, CIR da Região de Saúde Nordeste, Santa Catarina, 2013.

Tabela NE-12. Unidades de acolhimento definidas para a RAPS, Região Nordeste, Santa Catarina, 2014-2015.

Município	UA - Adulto	Regional (sim/não)	UA - Infanto-juvenil	Regional (sim/não)
JARAGUÁ DO SUL	1	S	1	S
CORUPÁ	0		0	
SCHROEDER	0		0	
GUARAMIRIM	0		0	
JOINVILLE	1	N	1	N
ITAPOÁ				
SÃO FRANCISCO DO SUL				
SÃO JOÃO DO ITAPERIÚ				
GARUVA				
BARRA VELHA				
BALNEÁRIO BARRA DO SUL				
ARAQUARI				
MASSARANDUBA				
REGIÃO NORDESTE/SC	2		2	

Fonte: Câmara Técnica Regional, CIR da Região de Saúde Nordeste, Santa Catarina, 2013.

Tabela NE-13. Comunidades terapêuticas (CT) credenciadas pelo SUS, e equipes de consultório na rua (eCR) definidas para a RAPS, Região Nordeste, Santa Catarina, 2014-2015.

Município	CT (1 Módulo)	CT (2 Módulos)	eCR - 1	eCR - 2
JARAGUÁ DO SUL	0	0	1	0
CORUPÁ	0	0	0	0
SCHROEDER	0	0	0	0
GUARAMIRIM	0	0	0	0
JOINVILLE	02 (30 LEITOS)	0	3	0
ITAPOÁ				
SÃO FRANCISCO DO SUL				
SÃO JOÃO DO ITAPERIÚ				
GARUVA				
BARRA VELHA				
BALNEÁRIO BARRA DO SUL				
ARAQUARI	1			
MASSARANDUBA				
REGIÃO NORDESTE/SC	30		4	

Fonte: Câmara Técnica Regional, CIR da Região de Saúde Nordeste, Santa Catarina, 2013.

Tabela NE-14. Número de leitos de referência em hospitais gerais, de unidades de pronto atendimento (UPA) e de equipes de serviços de atendimento móvel de urgência (SAMU) definidos para a RAPS, Região Nordeste, Santa Catarina, 2014-2015.

Município	N. Leitos	Regional (sim/não)	UPA	SAMU
JARAGUÁ DO SUL	11	S	1	**1**
CORUPÁ				
SCHROEDER				
GUARAMIRIM	4		1	1
JOINVILLE	30	S	3	1
ITAPOÁ				1
SÃO FRANCISCO DO SUL	4	N	1	1
SÃO JOÃO DO ITAPERIÚ				
GARUVA				
BARRA VELHA				
BALNEÁRIO BARRA DO SUL				
ARAQUARI				
MASSARANDUBA				
REGIÃO NORDESTE/SC	49		6	5

Fonte: Câmara Técnica Regional, CIR da Região de Saúde Nordeste, Santa Catarina, 2013.

Tabela NE-15. Unidades básicas de saúde, equipes de saúde da família e centros de convivência e cultura definidos para a RAPS, Região Nordeste, Santa Catarina, 2014-2015.

Município	UBS	ESF	CC
JARAGUÁ DO SUL	0	37	1
CORUPÁ	1	6	0
SCHROEDER	1	6	0
GUARAMIRIM	0	12	1
JOINVILLE	0	117	2
ITAPOÁ	0	6	
SÃO FRANCISCO DO SUL	0	10	
SÃO JOÃO DO ITAPERIÚ	3	1	
GARUVA	0	6	
BARRA VELHA	0	8	
BALNEÁRIO BARRA DO SUL	0	3	
ARAQUARI	0	13	
MASSARANDUBA	0	6	
REGIÃO NORDESTE/SC	5	231	4

Fonte: Câmara Técnica Regional, CIR da Região de Saúde Nordeste, Santa Catarina, 2013.

Tabela NE-16. Número de programas de reabilitação psicossocial e de serviços residenciais terapêuticos definidos para a RAPS, Região Nordeste, Santa Catarina, 2014-2015.

Município	Reabilitação	SRT I	SRT II
JARAGUÁ DO SUL	2	1	0
CORUPÁ	0	0	0
SCHROEDER	0	0	0
GUARAMIRIM	1	0	0
JOINVILLE	1	1	1
ITAPOÁ			
SÃO FRANCISCO DO SUL			
SÃO JOÃO DO ITAPERIÚ			
GARUVA			
BARRA VELHA			
BALNEÁRIO BARRA DO SUL			
ARAQUARI			
MASSARANDUBA			
REGIÃO NORDESTE/SC	5	2	1

Fonte: Câmara Técnica Regional, CIR da Região de Saúde Nordeste, Santa Catarina, 2013.

Tabela NE-17. Número de núcleos de apoio à saúde da família definidos para a RAPS, Região Nordeste, Santa Catarina, 2014-2015.

Município	NASF I	NASF II	NASF III
JARAGUÁ DO SUL	2	0	
CORUPÁ	1	0	
SCHROEDER	1	0	
GUARAMIRIM	0	1	
JOINVILLE	5	10	
ITAPOÁ	1		
SÃO FRANCISCO DO SUL	1		
SÃO JOÃO DO ITAPERIÚ			1
GARUVA	1		
BARRA VELHA	1		
BALNEÁRIO BARRA DO SUL			
ARAQUARI	1		
MASSARANDUBA	1		
REGIÃO NORDESTE/SC	15	10	1

Fonte: Câmara Técnica Regional, CIR da Região de Saúde Nordeste, Santa Catarina, 2013.

5 Excerto da Ata da reunião da CIR debatendo o PAR da Região de Saúde Nordeste

GOVERNO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL – CIR NORDESTE

Ata da Sexta Reunião Ordinária da CIR - Comissão Intergestores Regional Nordeste, do Dia Dezesseis de Julho do Ano de Dois Mil e Treze.

(...)

regulação do SAMU na Região de Saúde Nordeste. **3- Apresentação do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da Região de Saúde Nordeste:** a Enfermeira Denise Thum e a Psicóloga Sandra Lúcia Vitorino – Coordenadoras Regionais da RAPS apresentaram o desenho da RAPS Nordeste. Este plano foi fruto das discussões realizadas nas quatros reuniões da Câmara Técnica Regional da RAPS formada por técnicos das Secretarias Municipais de Saúde dos 13 municípios da Região de Saúde Nordeste e das duas Gerências Regionais de Saúde de Joinville e Jaraguá do Sul. As coordenadoras informaram que encaminharam por email e também foram impressas para os membros da CIR Nordeste presentes na reunião, as planilhas diagnósticas dos equipamentos públicos em saúde que compõe a RAPS: com a RAPS existente e a ideal por municípios da Região de Saúde Nordeste. Informaram que o Plano de Ação Regional prevê que os municípios que não possuem Centro de Atenção Psico-social (CAPS) que implantem até 2015 pelo menos um (01) CAPS tipo 1. Sendo que os gestores dos municípios de Balneário Barra do Sul e Araquari e os gestores de São João do Itaperiú e Barra Velha deverão conversar e pactuar que nesses municípios sejam implantados CAPS tipo 1 por meio de Consórcios Intermunicipais entre este municípios respectivamente. As coordenadoras regionais informaram que um dos pontos críticos é a pactuação dos leitos hospitalares para a RAPS. A Srª Vera Lúcia Freitas – Gerente de Saúde da 23ª GERSA de Joinville sugeriu que estes leitos deverão ser negociados pelos hospitais da região e regulados pela Central de Regulação Nordeste e Planalto Norte. O Sr. Ademar Possamai – Secretário Municipal de Saúde de Jaraguá do Sul e Coordenador da CIR Nordeste solicitou que os gestores de saúde dos 13 municípios da Região de Saúde Nordeste analisem suas planilhas diagnósticas com a rede existente e a ideal. Também, analisem os custos e discutam com a equipe técnica de sua Secretaria, assim como com seus Prefeitos e tragam seus pareceres técnicos para aprovação do Plano de Ação Regional da RAPS para a próxima reunião da CIR Nordeste. **4- Apresentação sobre o Atendimento dos municípios da Região de Saúde Nordeste na Unidade Sanitária de Joinville:** O Sr. Cristian

(...)

6 Ata da reunião da CIR aprovando o PAR da Região de Saúde Nordeste

GOVERNO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL – CIR NORDESTE

Ata da Sétima Reunião Ordinária da CIR - Comissão Intergestores Regional Nordeste, do Dia Treze de Agosto do Ano de Dois Mil e Treze.

Aos treze dias do mês de agosto do ano de dois mil e treze, com início às quatorze horas, no Auditório da AMVALI, à Rua Arthur Gumz, 88 Bairro Vila Nova, Jaraguá do Sul, realizou-se a Sétima Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Regional Nordeste - CIR Nordeste.
O Coordenador da CIR Nordeste, Sr. Ademar Possamai, após o cumprimento aos presentes iniciou a reunião na qual foi deliberado sobre os seguintes assuntos constantes na pauta do dia: **1- Aprovação da Ata anterior:** foi aprovada unanimamente a Ata anterior (do dia 16 de julho de 2013) pelos presentes. **2- Apresentação sobre a implantação da Rede Cegonha no Estado de Santa Catarina:** a Enfermeira Ivone Úrsula Kinas da Luz, Apoiadora Temática do Ministério da Saúde, da Rede Cegonha no Estado de Santa Catarina fez uma atualização dos encaminhamentos da Rede Cegonha relacionados a Centros de Parto Normal, Casas de Gestante, Bebê e Puérperas, UTI adulto para Gestantes, UTI Neonatal, Infantil e Cuidados Intermediários; e leitos Cangurú. Além disso, deverá ser ativado o ambulatório de Gestação de Alto Risco do Hospital e Maternidade Jaraguá e enfatizada a responsabilidade da Atenção Básica no pré-natal e no puerpério e também a importância da Regulação de Leitos. Em 2012 foi aprovado o Plano da Rede Cegonha para três Regiões de Saúde de Santa Catarina: Região Metropolitana de Florianópolis, Região Nordeste e Planalto Norte. O Estado de Santa Catarina tomou uma decisão que este ano deverá haver a adesão de 100% da Rede Cegonha através de 13 propostas finalizadas em julho/2013, aguardando a publicação destes Planos em Portaria. A Sra. Ivone comunicou ainda que os leitos de Gestação de Alto Risco já existentes poderão ser qualificados e com isto passarão a receber o dobro do valor da AIH atual. Haverá também a possibilidade de abertura de leitos novos. Em final de agosto está prevista a publicação da Portaria referente ao financiamento de Centros de Parto Normal e Casas de Gestante, Bebês e Puérperas. O valor é de R$ 75.000,00 (setenta e cinco mil Reais) para investimento. Existe a possibilidade do aluguel de uma casa para este fim. No dia 19 de agosto às 15:00 deverá acontecer a primeira reunião com o Grupo de Condução Estadual na Maternidade Darcy Vargas de Joinville onde deverão ser planejados os próximos passos. Para Jaraguá do Sul estão previstos 01 Centro de Parto Normal e 01 Casa de Gestantes, Bebês e Puérperas. O SINCONV (Sistema Nacional de Convênios) está aberto para inserção da proposta (financiamento para ampliação, reforma e construção). A Sra. Ivone colocou mais uma vez que a Atenção Básica deve estar presente em todos os momentos e deve vincular as gestantes aos serviços que oferecem os partos; e as gestantes de alto risco para as Referências de Alto Risco e a contrareferência das mesmas para acompanhamento na Atenção Básica, tudo dentro do desenho das Redes. O Ministério da Saúde monitará o Serviço. A partir de 27/12/2013 poderá haver uma avaliação de como a Rede Cegonha está garantindo ou não, a assistência integral à gestante. Ainda dentro do assunto, o Sr. Ademar Possamai solicita um protocolo específico para exames no pré-natal. A Sra. Ivone explica que o mesmo já existe e lembra que a Atenção Básica deverá aplicar os Testes Rápidos, para isto os técnicos dos Postos de Saúde deverão ser capacitados. Mesmo assim, as Maternidades devem, fazer o exame de VDRL (sífilis). **3- Apresentação sobre Problemas Relativos à Regulação do SAMU na Região de Saúde Nordeste:** O Dr. Ramon Tartari, Coordenador Estadual do SAMU fez uma breve retrospectiva do Serviço que a partir de 2005 assumiu a regulação e o transporte de urgência/emergência e os transportes interhospitalares. Através do telefone 192 é contactada a Regulação Regional do SAMU, de acesso tanto de Unidades de Saúde como do público em geral. O primeiro contato é com um técnico que tomará as informações necessárias da localização do paciente e depois passa para o médico regulador que de acordo com a situação relatada aciona ou não, a ambulância.

Segundo o Dr. Ramon, as principais dificuldades da Regulação são: - uso indevido pela população, tanto com trotes freqüentes como não emergências; -capacitação insuficiente dos trabalhadores do SAMU, demora no tempo resposta e decisões equivocadas (com a OS – Organização Social, houve um aumento de profissionais mas falta capacitação adequada); ocupação das unidades de suporte avançado (USA)para o transporte interhospitalar deixando a região sem cobertura para as urgências/emergências. Está se discutindo na SES uma regulação à parte para o transporte sanitário entre os pontos da Rede de Urgência/Emergência, principalmente interhospitalar. É necessário que o SAMU continue em sua característica de transporte de urgência e emergência; - alocar o paciente em risco de morte nos Hospitais de referência (estes serviços muitas vezes negam a internação – a vaga zero é para as referências pactuadas); e retenção de maca nas emergências hospitalares; - Complexos Reguladores em estruturação com dúvidas sobre competências e fluxos intra-regional, inter-regional e interestadual; - dificuldade de compreensão do SAMU como componente **pré-hospitalar** móvel da Rede de Urgência e Emergência. Para melhorar o serviço do SAMU é necessário: - educação em urgência para o uso racional; capacitação continuada dos trabalhadores; ampliação do número de USA; compromisso dos Hospitais em receber o paciente em risco de morte; melhor comunicação, estabelecimento de competências e fluxos entre as regulatórias. O Sr. Ademar Possamai comenta sobre o deslocamento das ambulâncias locais para prestar serviço em outras regiões, muitas vezes por motivos questionáveis, ficando descoberta a região de origem durante um grande período de tempo. Foi comentado ainda que o Conselho Regional de Enfermagem está exigindo a presença de enfermeiro nas ambulâncias de suporte básico. Decidiu-se que cada Região de Saúde elabore um Ofício para a SES solicitando uma posição sobre o assunto. **4- Solicitação da Habilitação para Transplante Renal do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt de Joinville :** O Dr. Paulo Eduardo Cicogna, Diretor Técnico do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, fez uma explanação sobre a organização da Rede de Assistência ao Paciente Renal e a necessidade da reabilitação desse serviço tendo em vista a grande demanda de pacientes renais, que já não é absorvida pelo Hospital Municipal São José de Joinville. O Hospital Regional, pela sua capacidade instalada, pode tornar-se Centro de Referência para todo o Estado de Santa Catarina. O pleito foi aprovado por todos os membros da CIR presentes e deverá ser encaminhada uma Deliberação da CIR Nordeste à CIB (Comissão Intergestores Bipartite). **Solicitação do Pleito para Aprovação da UPA tipo I no município de Barra Velha**: O Sr. Renato Jacó Henz, Secretário Municipal de Saúde de Barra Velha fez uma explanação sobre a necessidade de ser instalada uma UPA tipo I (Unidade de Pronto Atendimento) em Barra Velha. O município atenderia também os municípios de São João do Itaperiú, parte de Piçarras e parte de Araquari. Além disto a proximidade com a BR 101 faz com que os acidentes na referida Rodovia são levados para o primeiro atendimento em Barra Velha. Além destes fatores, deve ser considerada a população sazonal (Balneário) que no verão quadriplica a demanda dos atendimentos de urgência e emergência. Os membros da CIR aprovaram unanimamente o pleito e deverá ser encaminhada a deliberação da CIR Nordeste à CIB. **5. Solicitação sobre informações do repasse de recurso financeiro para os 10 leitos de Retaguarda Clínica da Rede de Urgência e Emergência do Hospital e Maternidade Jaraguá**: de acordo com a informação da Dra. Ana Burigo, Coordenadora Estadual da Rede de Urgência e Emergência à Gerência de Saúde e já repassada ao Sr. Secretário Municipal de Saúde de Jaraguá do Sul, estes leitos devem ser cadastrados no CNES e disponibilizados para a Regulação de Leitos da Rede de Urgência e Emergência. Deverá ser encaminhado um Ofício ao Ministério da Saúde comunicando o seu funcionamento para que possam ser transferidos os recursos financeiros ao Hospital. **6. Assuntos Gerais:** - Solicitação para Contratação de um Apoiador (a) para as Redes de Atenção à Saúde Nordeste: O Sr. Mário José Brückheimer, Coordenador de Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde de Joinville fez um breve relato sobre o funcionamento da Central de Regulação dos Leitos de Urgência e Emergência, sediada em Joinville que agora já funciona no horário preconizado pelo Ministério da Saúde, ou seja, 24 horas por dia, 7 dias da semana com a equipe 100% composta por servidores que já trabalhavam na Gerência de Saúde e médicos cedidos pelo Hospital Regional

Hans Dieter Schmidt. Quanto à indicação de um Apoiador para as Regiões de Saúde Nordeste e Planalto Norte para a Rede de Atenção à Saúde (Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha e Rede de Fortalecimento da Atenção Básica) o Sr. Mario sugeriu a indicação da Sra. Vera Lúcia Freitas para esta função, considerando a sua ampla atuação, desde o início, na organização das Redes de Atenção à Saúde. Os demais presentes concordaram com esta sugestão e também não houve a sugestão de outro nome. Outrossim os membros da CIR Nordeste sugerem que esta indicação seja encaminhada à SES para análise da viabilidade da contratação. - Solicitação do Pleito para aprovação da habilitação de 5 (cinco) leitos da Unidade de AVC (Acidente Vascular Cerebral) do Hospital Municipal São José de Joinville. A explanação sobre o referido serviço já foi realizada na reunião da CIR do dia 11 de junho/2013 quando na ocasião foi solicitada a habilitação de 10 leitos do total de 21 leitos em funcionamento dos quais somente 11 leitos já estão habilitados conforme a Deliberação nº 070/CIB/2013. Segundo informou a Sra. Marlene Bonow de Oliveira, Diretora Executiva da Secretaria Municipal de Saúde de Joinville, a SES deu resposta negativa porque somente poderão ser habilitados para a Região Nordeste e Planalto Norte o total de 36 leitos dos quais 10 leitos foram habilitados para o Hospital e Maternidade São José de Jaraguá do Sul e 10 leito para o Hospital São Vicente de Paulo do município de Mafra. Diante disto, somente podem ser habilitados mais 05 (cinco) leitos para o Hospital Municipal São José de Joinville. O pleito foi aprovado por todos os membros da CIR presentes mas deverá ser solicitada uma readequação do Plano Regional pela CIR para que no futuro possa se aumentar este número de leitos. - **Aprovação do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da Região de Saúde Nordeste** o Sr. Ademar Possamai perguntou aos gestores de saúde presentes se analisaram suas planilhas diagnósticas com a rede existente e a ideal da RAPS que foram entregues na reunião anterior (16/07/2013). Afirmaram que analisaram as referidas planilhas e estão de acordo com o que foi proposto pelo Grupo de Condução Regional da RAPS Nordeste, aprovando unanimamente o Plano de Ação Regional da RAPS. Não havendo mais nada a tratar, o Coordenador Sr. Ademar encerrou a reunião da qual foi redigida a presenta Ata.

Jaraguá do Sul, 13 de agosto de 2013

Coordenador: Ademar Possamai - Secretário Municipal de Saúde de Jaraguá do Sul

1ª Secretário: Sílvio Chaves Gerente de Saúde - 24ª SDR Jaraguá do Sul

Presentes à reunião:

Renato Jacó Henz - Secretário Mun. de Saúde de Barra Velha

Ademar Possamai - Secretário Mun. de Saúde de Jaraguá do Sul e Coordenador da CIR Nordeste

Henrique Deckmann - Gerente de Saúde 23ª SDR Joinville

Isa Hermann - Secretária Mun. de Saúde São João do Itaperiú

Vagner Casagrande - Secretário Mun. de Saúde de Garuva

Anna Karina Reinke Franz - Secretária Mun. de Saúde de Massaranduba

Sílvio Chaves - Gerente de Saúde 24ª SDR Jaraguá do Sul

Cheila Patrícia Rohweder - SMS de Massaranduba

Mário José Brückheimer - SMS Joinville

Maria Aparecida S. D. Souza - SMS Guaramirim

Carlos Alexandre da Silva SMS Joinville

Isabela Aragão Pereira SMS Garuva

Ramon Tartari Coordenador Estadual do SAMU SES Florianópolis

Suelena Borba 23ª Gerência de Saúde Joinville

Paulo Eduardo Cicogna Hospital Regional Hans Dieter Schmidt Joinville

Antonio A. de Azevedo – SMS de Guaramirim

Jean R. da Silva – 23ª GERSA de Joinville

Isabela Aragão Pereira - SMS Garuva

Marlene Bonow Oliveira - SMS Joinville

Fransuizi Maria L. Portillo - 24ª GERSA Jaraguá do Sul

Gertrudes Quast - 24ª GERSA Jaraguá do Sul

7 Matriz Diagnóstica da RAPS para a Região de Saúde Nordeste de Santa Catarina

MATRIZ DIAGNÓSTICA - REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL					
Região de Saúde: **Nordeste**					
13 Municípios: Araquari, Balneário Barra do Sul, Barra Velha, Corupá, Garuva, Guaramirim, Itapoá, Jaraguá do Sul, **Joinville**, Massaranduba, São Francisco do Sul, São João do Itaperiú e Schroeder.					
População: 894.286 habitantes					
COMPO-NENTE	**Ponto de Atenção**	**Necessidade**	**Existentes**	**Déficit**	**Parâme-tro**
I. Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde	372 equipes de Saúde da Família (ESF). Supervisão e apoio matricial organizado, regulação do acesso, protocolos assistenciais.	120 ESF (45,61% de cobertura)	252 ESF. Expandir e qualificar a supervisão e o apoio matricial organizado sobre as ESF, estabelecer regulação do acesso e protocolos assistenciais.	Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica, de 21 de outubro de 2011
	Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas	4 equipes de consultório na rua	0	4 consultórios na rua (3 em Joinville e 1 em Jaraguá do Sul)	Portaria que define as diretrizes de organização e funciona-mento das Equipes de Consultório na Rua
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família	27 NASF (15 tipo I, 10 tipo II e 2 tipo III)	6 (4 com psicólogo)	21 NASF. Incorporação de psiquiatras e psicólogos aos NASF	Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica - 2011
	Centro de Convivência	2	1 (Joinville)	1 (Jaraguá do Sul)	

COMPO-NENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Parâme-tro
II. Atenção Psicossocial Especiali-zada	Centro de Atenção Psicossocial				
	CAPS I	9	1 (São Francisco doSul)	8 (Araquari, Barra Velha, Corupá, Schroeder, Guaramirim, Massaramduba, Garuva, Itapoá)	Municípios ou regiões com pop. acima de 15 mil hab.
	CAPS II	1	2 (Joinville, Jaraguá do Sul)	0	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS III	3	1 (Joinville)	2 (1 novo em Jaraguá do Sul, pela qualificação do CAPS II e 1 segundo em Joinville)	Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab
	CAPS AD	1	2 (Joinville, Jaraguá do Sul)	0	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS ADIII	1	0	1 (Joinville, qualificando o AD)	Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab
	CAPS i	2	1 (Joinville)	1 (Jaraguá do Sul)	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
III. Atenção de Urgência e Emergência	UPA / SAMU Sala de Estabilização Portas Hospitalares de Atenção à Urgência Pronto Socorro	2 USA e 8 UBS.	0	2 unidades de suporte avançado (USA) (em Joinville e Jaraguá do Sul), 8 unidades de suporte básico (USB) (4 delas em Joinville, 1 em Guaramirim, Jaraguá do Sul, São Francisco do Sul e Itapoá)	Conforme orientações da Portaria da Rede de Atenção às Urgências, de 7 de julho de 2011.

COMPO-NENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Parâme-tro
IV. Atenção Residencial de Caráter Transitório	UA ADULTO	3 (com um total de 45 vagas)	0	3	1 UA (com 15 vagas) para cada 10 leitos de enferma-rias em hospital geral por município.
	UA INFANTO-JUVENIL	2 (com um total de 20 vagas)	0	2	Municípios crianças e adolescen-tes em potencial para uso de drogas ilícitas ou em potencial para uso de drogas ilícitas.
	COMUNI-DADE TERAPÊU-TICA	2	0	2	
V. Atenção Hospitalar	LEITOS	39 leitos	0	4 leitos tipo adulto em São Francisco do Sul (Hospital N. S. Graças) e 4 em Guaramirim (Hospital Pe. Matias Stein); 10 novos leitos adulto no Hospital Regional Hans Dieter Schmidt (Joinville); 10 novos leitos tipo infantil no Hospital Jeser Amarante (Joinville); 11 adulto no Hospital Maternidade (Jaraguá do Sul).	Portarias MS 1.615/12, 148/12, 953/12, 2.035/13; 1 leito para cada 23 mil habitantes Portaria nº 1.101/02.
	ENFERMA-RIA ESPECIA-LIZADA	3 enfermarias (perfazendo um total de 31 leitos, distribuídos em 3 hospitais, dentre os citados no quadro acima)	0	1 em Jaraguá do Sul (Hosp. Maternidade Jaraguá), 1 específica para dependências químicas (Hospital Regional Hans Dieter Schmidt) e 1 infanto-juvenil (Hospital Infantil Jeser Amarante)	Portarias MS 1.615/12, 148/12, 953/12, 2.035/13; 1 leito para cada 23 mil habitantes Portaria nº 1.101/02.

COMPO-NENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Parâme-tro
VI. Estratégias de Desinstituci-onalização	SRT	2 Serviços Residenciais Terapêuticos tipo I (com até 8 moradores); 1 Serviço Residencial Terapêutico tipo II (com até 10 moradores em cuidados permanentes).	1 (Joinville)	2 (Joiniville e Jaraguá do Sul)	A depender do nº de munícipes longa-mente internados
	PVC	26	8	18	A depender do nº de munícipes longa-mente internados
VII. Reabilitação Psicossocial	Cooperativas Sociais, empreendi-mentos solidários e iniciativas de geração de trabalho e renda	2	1	1	

Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina

Plano de Ação Regional (PAR) da Região de Saúde do Planalto Norte

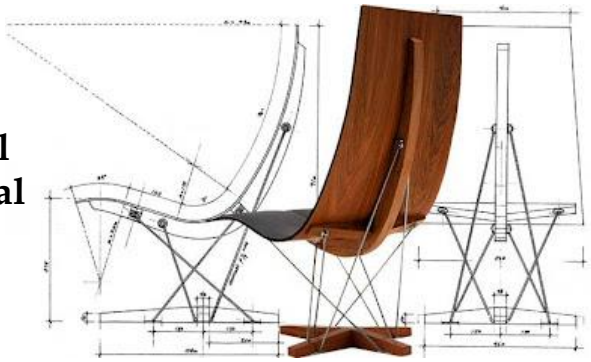
Rede de Atenção Psicossocial
de Santa Catarina

PAR

– Plano de Ação Regional –

Região de Saúde do
Planalto Norte

Região de Saúde do Planalto Norte: Plano de Ação Regional para a Rede Psicossocial



1 Características básicas do território

A Região de Saúde do Planalto Norte de Santa Catarina é composta por 13 municípios e duas secretarias de desenvolvimento regional (SDR), a de Mafra e a de Canoinhas.

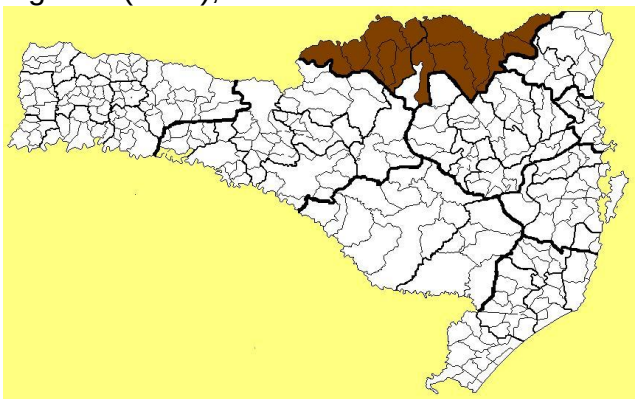


Figura PN-1. Mapa de Santa Catarina mostrando a área em que se localizam os municípios da Região de Saúde do Planalto Norte.

O Planalto Norte é uma região rica em florestas nativas e forte em reflorestamento, onde se concentra o polo florestal catarinense, abrangendo indústrias madeireiras, moveleiras, de papel e de papelão, algumas das quais exportadoras. Contém 5.6% da população do Estado.

Pode-se inferir que cerca de um quarto da população, ao longo de um ano, apresentará queixas de ordem psíquica[168].

Tais queixas, geralmente, não representam doenças, mas apenas sintomas avulsos passageiros, que se resolvem espontaneamente, por atitudes e práticas individuais, ou por mecanismos sociais (como os religiosos e os de entidades de auto-ajuda, tipo Alcoólicos Anônimos, por exemplo).

Tabela PN-1. Estimativa do número de pessoas com manifestação de novas queixas de ordem psíquica e comportamental, anualmente, segundo categorias de sintomas, por municípios, Região de Saúde do Planalto Norte Catarinense, 2014.

Município	Queixas do espectro de					Total
	Drogas*	Psicoses**	Humor	Neuroses***	Outros	
Bela Vista do Toldo	242	60	423	484	181	1.391
Campo Alegre	471	118	824	941	353	2.706
Canoinhas	2.117	529	3.706	4.235	1.588	12.176
Irineópolis	422	106	739	844	317	2.428
Itaiópolis	819	205	1.434	1.639	615	4.712
Mafra	2.134	534	3.735	4.269	1.601	12.273
Major Vieira	303	76	530	605	227	1.740
Monte Castelo	334	83	584	668	250	1.920
Papanduva	724	181	1.267	1.448	543	4.162
Porto União	1.350	337	2.362	2.699	1.012	7.760
Rio Negrinho	1.607	402	2.812	3.214	1.205	9.239
São Bento do Sul	3.049	762	5.335	6.097	2.286	17.529
Três Barras	731	183	1.280	1.462	548	4.205
Região Planalto Norte	14.303	3.576	25.031	28.605	10.726	82.241

**Inclui álcool etílico e outras substâncias, exceto nicotina e cafeína. **Inclui queixas relacionáveis a psicoses orgânicas (F0) e funcionais (F2). ***Inclui queixas relacionáveis a neuroses, estresse e somatoformes (F4).*
Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação, SUR, SES/SC, 2013.

Contudo, cerca de um décimo da população levará tais queixas aos serviços de saúde, demandando deles alguma conduta. Eventualmente eles representam sinais e sintomas de transtornos mentais e comportamentais importantes.

Uma fração menor da população (cerca de 1%) demandará assistência especializada.

[168] Para Goldberg e Huxley, cerca de 23% da população apresenta, em algum momento, sintomas positivos de ordem psíquica. Mário Teixeira, em amostras no município de Florianópolis, encontrou 25% da população nesta situação. Vide:

GOLDBERG, D. (1995) Epidemiology of mental disorders in primary care settings. **Epidemiologic Reviews**, 17, 182 -190.

TEIXEIRA, Mário Aurélio Aguiar. Estudo de Morbidade Psiquiátrica em Duas Localidades da Ilha de Santa Catarina (Florianópolis).(Tese). São Paulo: Escola Paulista de Medicina. São Paulo (UFSP), 1998.

Tabela PN-2. Estimativa do número de pessoas demandando assistência por transtornos psíquicos e comportamentais, no período de um ano, por município, Região de Saúde do Planalto Norte Catarinense, 2014..

Município	Demanda	
	À rede básica	Especializada
Bela Vista do Toldo	556	60
Campo Alegre	1.082	118
Canoinhas	4.870	529
Irineópolis	971	106
Itaiópolis	1.885	205
Mafra	4.909	534
Major Vieira	696	76
Monte Castelo	768	83
Papanduva	1.665	181
Porto União	3.104	337
Rio Negrinho	3.696	402
São Bento do Sul	7.012	762
Três Barras	1.682	183
Região Planalto Norte	32.896	3.576

Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação, SUR, SES/SC, 2013.

2 A rede existente hoje

Apenas 5 dos 13 municípios da região contam com núcleos de apoio à saúde da família (NASF). Os municípios maiores não têm NASF.

Tabela PN-3. População, presença de NASF e de psicólogos em NASF, por município, Região de Saúde do Planalto Norte, 2014.

Município	População	NASF	Psicólogo em NASF
Bela Vista do Toldo	6.047	1	1
Campo Alegre	11.766		
Canoinhas	52.937		
Irineópolis	10.556		
Itaiópolis	20.485	1	
Mafra	53.361		
Major Vieira	7.566	1	1
Monte Castelo	8.346	1	1
Papanduva	18.096		
Porto União	33.740		
Rio Negrinho	40.169		
São Bento do Sul	76.215		
Três Barras	18.281	1	
Região Planalto Norte	357.565	5	3

Fonte: GEABS, SUG, SES/SC, 2013.

Em apenas 3 municípios da região há NASF voltado a temas da saúde mental, mantendo psicólogo em sua estrutura. Isto dá uma qualidade pobre ao atendimento em saúde mental prestado pela rede básica.

O número de centros de atenção psicossocial (CAPS) é razoável e bem distribuído. Oito deles são do tipo I. Somente São Bento do Sul, a maior cidade, mantém um CAPS II. A região é bem coberta por estas estruturas, pois somente os municípios de Bela Vista do Toldo, Campo Alegre e Major Vieira estão a descoberto. Estes três municípios somam uma população de 23.379 habitantes sem qualquer acesso a serviços de CAPS.

Tabela PN-4. CAPS por município, segundo a modalidade, Região de Saúde do Planalto Norte, 2014.

Município	População	I	II	AD	i	III	Total
Bela Vista do Toldo	6.047						0
Campo Alegre	11.766						0
Canoinhas	52.937	1					1
Irineópolis	10.556						0
Itaiópolis	20.485	1					1
Mafra	53.361	1					1
Major Vieira	7.566						0
Monte Castelo	8.346	1*					1
Papanduva	18.096	1					1
Porto União	33.740	1					1
Rio Negrinho	40.169	1					1
São Bento do Sul	76.215		1				1
Três Barras	18.281	1					1
Região Planalto Norte	357.565	8	1				9

* Microrregional, cobrindo Monte Castelo e Irineópolis.

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, GEABS, SUG, SES/SC, 2013.

A região é altamente deficiente em leitos hospitalares de hospitais gerais para atender os casos psiquiátricos. Há apenas 8 leitos regularmente disponíveis, de forma precária, para atendimento de crises que envolvam urgências psiquiátricas, distribuídos principalmente em 5 hospitais (em Itaiópolis, Monte Castelo, Papanduva, São Bento do Sul e Três Barras). Nos cinco anos entre 2008 e 2012, nos hospitais locais, foram realizadas 916 internações por diagnósticos psiquiátricos, perfazendo a média de 183 internações por ano.

Contudo, neste período, ocorreu um total de 1.725 internações de moradores da região, das quais 809 foram realizadas em outras regiões. A média deste total de internações de habitantes da região é de 345 por ano. O alto número de tratamentos fora de domicílio indica não só a precariedade da atenção hospitalar local, mas principalmente a pouca

resolutividade das ações na rede básica e na rede especializada, capazes de evitar um número expressivo de internações.

Tabela PN-5. Internações psiquiátricas realizadas em hospitais gerais, por município de internação, Região de Saúde do Planalto Norte de Santa Catarina, quinquênio 2008 a 2012.

Município	2008	2009	2010	2011	2012	Média	Total
.... Campo Alegre	1	-	1	-	3	1	5
.... Canoinhas	2	-	2	3	8	3	15
.... Irineópolis	-	-	2	1	-	0,6	3
.... Itaiópolis	22	27	33	34	23	27,8	139
.... Mafra	2	-	12	13	11	7,6	38
.... M. Castelo	35	33	65	121	102	71,2	356
.... Papanduva	25	41	35	32	85	43,6	218
.... Porto União	4	3	5	18	23	10,6	53
.... Rio Negrinho	3	4	17	21	7	10,4	52
....S. Bento do Sul	15	-	6	6	6	6,6	33
.... Três Barras	3	1	-	-	-	0,8	4
Planalto Norte	112	109	178	249	268	183,2	916

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Tabela PN-6. Internações psiquiátricas por local de residência, realizadas para habitantes da Região de Saúde do Planalto Norte de Santa Catarina, quinquênio 2008 a 2012.

Município	2008	2009	2010	2011	2012	Média	Total
.... B.Vista Toldo	15	13	6	16	22	14,4	72
.... Campo Alegre	12	16	11	15	26	16	80
.... Canoinhas	22	36	25	42	49	34,8	174
.... Irineópolis	5	4	6	19	15	9,8	49
.... Itaiópolis	41	34	51	58	56	48	240
.... Mafra	46	33	51	61	53	48,8	244
.... Major Vieira	16	9	12	8	6	10,2	51
.... Monte Castelo	25	38	29	47	53	38,4	192
.... Papanduva	18	18	13	33	73	31	155
.... Porto União	14	10	5	24	26	15,8	79
.... Rio Negrinho	22	13	66	41	24	33,2	166
.... S. Bento do Sul	39	6	20	31	18	22,8	114
.... Três Barras	14	16	19	30	30	21,8	109
Planalto Norte	289	246	314	425	451	345	1.725

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

3 Imagem objetivo (a rede ideal)

O município de Major Vieira (7.566 habitantes) poderia montar um acordo com Monte Castelo (8.346 habitantes), a fim de ter atendimento em CAPS I microrregional

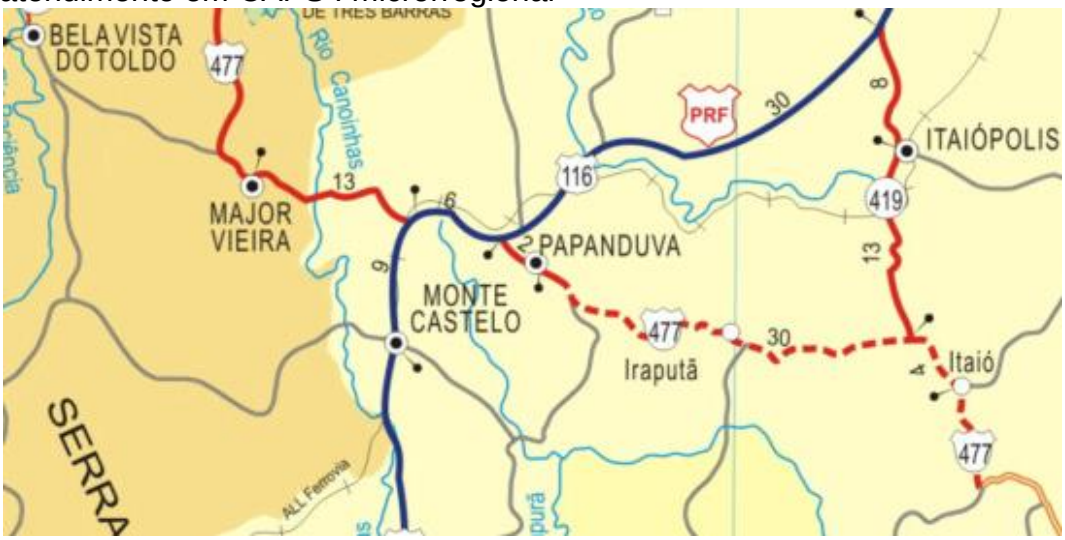


Figura PN-2. Mapa rodoviário mostrando a BR 116 e o acesso a Monte Castelo.

Irineópolis (10.556 habitantes) está mais próximo de Bela Vista do Toldo (6.047 habitantes), a 30 km, município com o qual se poderia consorciar, montando um CAPS I.

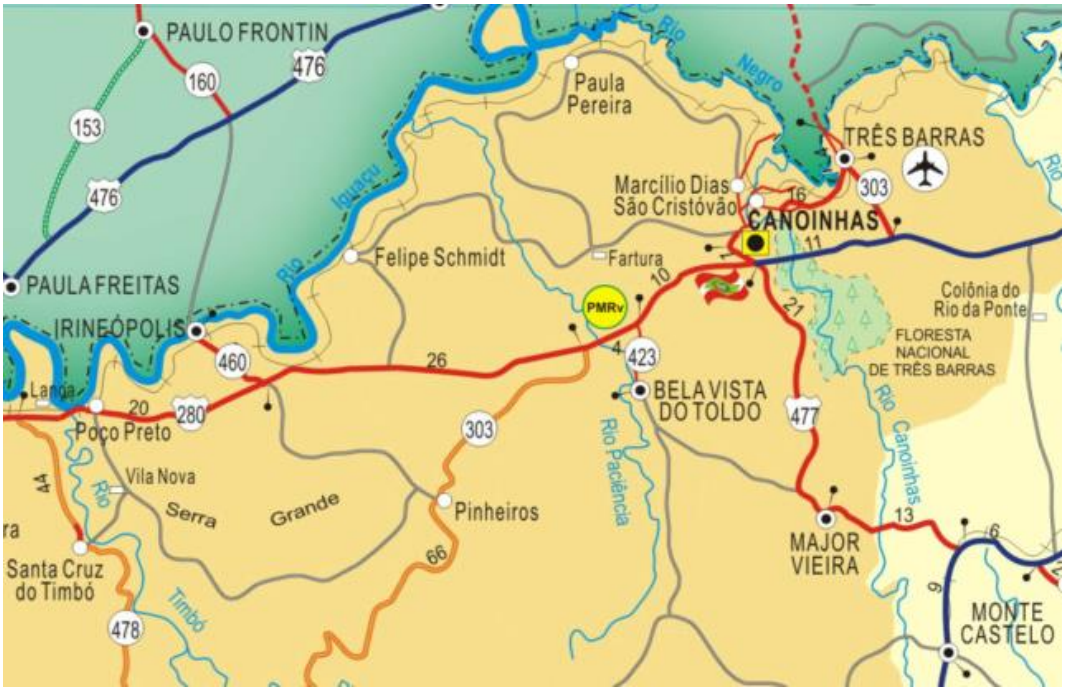


Figura PN-3. Mapa rodoviário mostrando os acessos a Canoinhas.

A região tem a forma de uma faixa latitudinal longa, o que poderá dificultar um pouco a logística dos consórcios municipais na organização da rede. Na extremidade oeste está Porto União, distando

194 km de São Bento do Sul, pólo da extremidade leste da região (vizinhando com Rio Negrinho e Campo Alegre). É possível que, futuramente, possa-se estudar ações de saúde pactuadas com cidades do Paraná, para atendimentos de maior complexidade, na circunscrição de Porto União.

Figura PN-3. Mapa rodoviário com os acessos a Porto União.

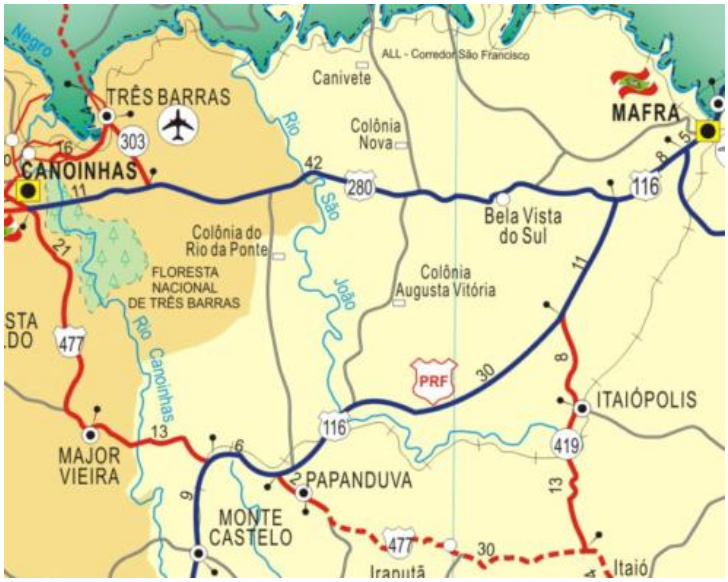


Figura PN-4. Mapa rodoviário com os acessos de Canoinhas, Mafra e Monte Castelo.

Figura PN-5. Mapa rodoviário com os acessos de Mafra e São Bento do Sul.

Um CAPS AD em São Bento do Sul e um CAPS i em Canoinhas completariam as necessidades regionais, podendo emitir

eventuais pareceres e orientações aos CAPS I da região, para casos envolvendo crianças e adolescente. .

Um residencial terapêutico para os egressos de longas internações no Instituto de Psiquiatria (na Colônia Santana, município de São José), com 8 vagas, propiciaria a desinstitucionalização destas pessoas procedentes da região.

Duas unidades de acolhimento para adultos, com 9 a 10 vagas cada uma, e uma infanto-juvenil, com 8 vagas, cobririam as necessidades mais prementes neste campo.

Tabela PN-7. Estimativa da necessidade de vagas de unidades de acolhimento na Região de Saúde do Planalto Norte de Santa Catarina, 2013.

Município	População	Adulto	Infanto-Juvenil
Bela Vista do Toldo	6.047	0,3	0,1
Campo Alegre	11.766	0,6	0,3
Canoinhas	52.937	2,6	1,2
Irineópolis	10.556	0,5	0,2
Itaiópolis	20.485	1,0	0,5
Mafra	53.361	2,7	1,2
Major Vieira	7.566	0,4	0,2
Monte Castelo	8.346	0,4	0,2
Papanduva	18.096	0,9	0,4
Porto União	33.740	1,7	0,7
Rio Negrinho	40.169	2,0	0,9
São Bento do Sul	76.215	3,8	1,7
Três Barras	18.281	0,9	0,4
Região Planalto Norte	357.565	18	8

Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação, SUR, SES/SC, 2013.

Tecnicamente há indicação de incentivo para qualificação de 18 leitos, a serem distribuídos nos hospitais São Vicente de Paula (Mafra), Santa Cruz (Canoinhas), Felix da Costa Gomes (Três Barras) e São Sebastião (Papanduva).

Os temas levado pelo Grupo Condutor Estadual e pela Câmara Técnica Regional a debate na CIR incluíram:

a) criar um CAPS I microrregional para atender os municípios de Major Vieira e Monte Castelo.

b) criar um CAPS I microrregional para atender os municípios de Irineópolis e Bela Vista do Toldo.

c) definir, em acordo com o Estado e o Ministério da Saúde, as referências hospitalares regionais, qualificando 18 (dezoito) leitos psiquiátricos em hospitais gerais.

d) implantação de 18 a 20 vagas de unidade de acolhimento para adultos e 8 a 10 vagas infanto-juvenis, regionais, a pactuar entre os

municípios, nos termos da Portaria 121, de 25 de janeiro de 2012, do Ministério da Saúde[169].

e) construção de contatos e vínculos intersetoriais, especialmente com o Sistema Único de Assistência Social.

f) definição, em protocolo, de um fluxo intersetorial entre instituições da educação, da segurança pública, da assistência social e da saúde.

g) montagem de um programa de qualificação e de educação continuada na atenção psicossocial, por parte da Secretaria de Estado da Saúde, abrangendo as equipes de saúde mental e de saúde da família, da região.

h) montagem de um programa de divulgação de protocolos assistenciais, a cargo da Secretaria de Estado da Saúde, capacitando as equipes da região para seu uso.

i) montagem de um programa de prevenção do óbito autoprovocado, a cargo da Secretaria de Estado da Saúde, voltado às equipes da região.

j) implantação e qualificação de trabalho de matriciamento nos municípios.

k) intensificação de supervisão de equipes de CAPS.

l) estabelecimento de NASF em todos os municípios que tenham 3 ou mais equipes de saúde da família.

m) montagem de um programa regional de reabilitação psicossocial, com enquadramento de egressos de longa permanência em hospitais especializados no Programa De Volta Para Casa, sempre que possível, e criação de dispositivos de reabilitação e de geração de emprego e renda.

n) montagem de um serviço residencial terapêutico com 8 vagas, para pacientes crônicos institucionalizados, procedentes da região.

o) criar um CAPS AD II em São Bento do Sul.

p) criar um CAPS i em Canoinhas, preparado para avaliar e dar pareceres e orientações a clientes dos CAPS I da região.

q) Dependendo das necessidades locais, os municípios poderão abrir edital para comunidades terapêuticas que queiram se credenciar para atender o SUS, desde que elas possam ter uma equipe e uma estrutura compatíveis com os requisitos da Portaria 121, de 25 de janeiro de 2012, do Ministério da Saúde[170].

---

[169] Para a implantação de uma unidade de acolhimento há incentivo financeiro do Ministério da Saúde no valor de R$ 70.000,00 (setenta mil reais), havendo prazo para começar a funcionar em até 90 dias após a Prefeitura ter recebido o dinheiro. Há, também, um incentivo de custeio mensal, no valor de R$ 25.000,00 (vinte e cinco mil reais) para Unidade de Acolhimento Adulto e R$ 30.000,00 (trinta mil reais) para Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil.

[170] A equipe técnica deverá contar com a presença mínima de um profissional (de experiência comprovada ou pós-graduado) de educação e um de saúde (assistente social, educador físico, enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional ou médico), presentes todos os dias da semana (das 7 às 19 horas), e de quatro profissionais de nível médio, presentes em todos os dias da semana (24 horas por dia).

4 A rede pactuada entre os municípios da Região do Planalto Norte

Em reunião com representantes do Grupo Condutor Estadual os gestores dos municípios reconheceram a importância do plano e da imagem objetivo apresentada. Manifestaram, contudo, as dificuldades atuais das prefeituras em relação ao limite prudencial estabelecido pela lei da responsabilidade fiscal, o que dificultaria a contratação de novos recursos humanos. Havendo algum progresso neste aspecto financeiro, haverá vontade política para criar novas estruturas, incluindo os CAPS microrregionais. Fica, pois, o Plano de Ação Regional como um planejamento, cuja execução completa depende de outros fatores.

Para o triênio 2013-2015 ficou pactuada a criação de duas unidades de acolhimento, de abrangência regional, uma para adultos e uma infanto-juvenil, sob cuidados da Secretaria Municipal de Saúde do município de Três Barras. Pactuou-se a implantação da primeira delas, a de adultos, ainda antes do findar de 2013.

Ficou pactuada o cadastramento de 20 leitos de referência para transtornos mentais, crack e outras drogas, em hospitais gerais da região: 6 leitos para o Hospital Santa Cruz (Canoinhas), 6 para o Hospital Felix Costa Gomes (Fundação Hospitalar de Três Barras), 6 para o Hospital São Sebatião (Papanduva) e 2 para a Sociedade Hospitalar Comunitária Pe. Clemente Kampmann (Monte Castelo).

Empreendimentos solidários de reabilitação social já têm seus embriões nos CAPS em funcionamento atual, podendo ser incrementados.

5 Ata da 10ª. reunião da CIR do Planalto Norte, em 11 de novembro de 2013, aprovando o Plano de Ação Regional da RAPS

Municípios da Macrorregião NORTE - Bela Vista do Toldo - Campo Alegre - Canoinhas - Irineópolis - Italópolis - Mafra - Major Vieira - Monte Castelo - Papanduva - Porto União - Rio Negrinho – São Bento do Sul - Três Barras-

25ª GERSA- 26ª GERSA

10ª REUNIAO CIR- COMISSÃO DE COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL–

E CIES – COMISSÃO DE INTEGRAÇÃO E SERVIÇO - PLANALTO NORTE – /2013

DATA: 11 de novembro - segunda-feira

HORÁRIO: 14h

LOCAL: UNC, sala C4 - Rua Roberto Elke, 85 – Centro – Canoinhas - SC.

1. Cies – Apresentação Aprovação de proposta alteração de capacitação CIES 2013. Curso Cuidando de quem Cuida. Oficina Estadual da Cies;
2. Correspondência recebida: Ofício EFOS;
3. Curso para Agentes Comunitários de Saúde – São Bento do Sul;
4. Formação do grupo condutor regional da Rede Cegonha, SISCOAP – Regional de Canoinhas;
5. Três Barras: Unidade de Acolhimento adulto, Cadastro de Projetos ao Ministério de Esporte, Monitoramento do programa Polo de Saúde, Indicadores do SISCOAP, solicitação de aparelho Dermatológico, Projeto prêmio INOVASUS, incentivo de adesão a Contratualização;
6. Ratificação da Ordem de Serviço de 21 de Agosto de 2013, referente a Construção da Unidade Básica de Saúde, localizada na Rua Otavio João Wunche s/n, localidade da Rondinha, recurso Portaria Ministério da Saúde 2.226 de 18 de setembro de 2009" – Papanduva;
7. Plano de Ação Regional da Pessoa com Deficiência- Regional de Mafra
8. Assuntos Diversos;

A Reunião da CIR - Comissão Intergestores Regional da Macrorregião Norte – aconteceu no dia onze de novembro as quatorze horas na UNC, sala C4 - Rua Roberto Elke, 85 – Centro – Canoinhas - SC. A reunião contou com a presença do Coordenador Sr. Jair Giraldi e com representantes da vigésima sexta Gerencia da Saúde (26ª Gersa) de Canoinhas e com gestores técnicos dos Municípios de Porto União, Mafra, Bela

Vista do Toldo, Irineópolis, Canoinhas, Papanduva, Rio Negrinho, Campo Alegre, Major Vieira, Monte Castelo, Três Barras, Itaiópolis e São Bento do Sul. Dando início a reunião o Coordenador Jair Giraldi colocou em aprovação a ata da reunião do mês de outubro, aprovada. Em ato continuo passou a palavra para a Sra. Daniele articuladora da Cies Planalto Norte que apresentou uma proposta de cronograma das reuniões para o ano de dois mil e quatorze, sugerindo que seja sempre uma semana antes das reuniões da CIR para que os assuntos da pauta possam ser analisados e discutidos. Lembrou os gestores a importância de todos os municipios participarem das reuniões. Apresentou uma proposta para redefinir a estratégia do PAREPS – 2012, tendo em vista que estava programado a capacitação para o E-Sus, porém o programa ainda não esta totalmente instalado no Estado de Santa Catarina e a equipe da CIES não conseguí um facilitador para ministrar a capacitação. Apresentou a proposta para que o recurso destinado a essa capacitação seja utilizado para trabalhar o problema: ausência de discussão coletiva sobre o processo de trabalho dos diferentes atores sociais que atuam na saúde. Deliberado e aprovado sendo que deverá ser encaminhado a UNC ofício para que seja alterado o Procedimento Licitatório referente Ao nº 63/2013. O Coordenador Jair sugeriu que seja oficializado o Estado através de oficio para que o mesmo providencie a capacitação para o Planalto Norte. Em ato continuo a Sra. Daniele informou que o curso oferecido pela EFOS Cuidar de quem Cuida esta acontecendo nos municipios e solicitou que os mesmos encaminhem os participantes. Em ato continuo o Coordenador fez leitura do oficio nº 171/2013 recebido da EFOS para a devolução do material do Curso Técnico em enfermagem. Deliberado e aprovado pelos gestores que a Região tem interesse que o curso aconteça e no momento não será devolvido o

material, e através de ofício deverá ser solicitado a EFOS para esclarecer o que é necessário para que o curso aconteça. A Sra. Daniele sugeriu que na reunião da CIES no mês de dezembro seja marcado uma vídeo conferencia com representantes da Efos para esclarecimentos e também conhecer a oferta de cursos da Escola bem como as possibilidades para serem incluídas no PAREPS, discutindo as necessidades da Região. Em ato continuo a Sra. Daniele informou que a Região precisa organizar o grupo Regional de condução da Rede Cegonha e cada município deverá encaminhar nos próximos dias um representante titular e um suplente para a GERSA, email hellencordeiro@saude.sc.gov.br. Em ato continuo a Sra. Daniele apresentou os indicadores do SISCOAP- Sistema de Indicadores do Contrato Organizativo de Ações Publicas do COAP, num total de 67 indicadores, apresentando a pactuação das metas 2013 dos municípios - *Bela Vista do Toldo - Campo Alegre - Canoinhas – Irineópolis, Itaiópolis - Mafra - Major Vieira - Monte Castelo - Papanduva - Porto União - Rio Negrinho – São Bento do Sul - Três Barras.* Houveram discussões a respeito de cada indicador bem como foi apontando o indicador da educação permanente comum a todos os municípios, tendo em vista que o instrumento analisado é o PAREPS- Plano Regional de Educação Permanente Planalto Norte, sendo aprovado. Em ato continuo o Coordenador passou a palavra a Sra. Siomara representando o município de Três Barras, solicitou deliberação e aprovação para doação de um KIT Dermatoscópio para o Município de Três Barras, tendo em vista que possuem uma profissional médica na Estratégia Saúde da Família que é Dermatologista. Ressalta que esta Equipe possui um projeto na área de Câncer de Pele, o qual foi apresentado no Encontro Regional da Estratégia Saúde da Família, além de estarem aplicando junto a sua área de referência. Aprovado. Solicitação de deliberação para a implantação da Unidade de Acolhimento Adulto no Município de Três Barras, tendo em vista o não credenciamento de

municípios da região do Planalto Norte, o Município de Três Barras gostaria de implantar este Serviço. Aprovado. O gestor Sr. Jair Giraldi esclareceu que desistiu da Unidade no município de Porto União. Em ato continuo o município de Três Barras solicitou deliberação para Projeto no SICONV – Ministério dos Esportes – Academia ao Ar Livre – valor R$ 230.250,00 – Número da Proposta 074411/2013, deliberado e aprovado. Em ato continuo os municípios de Porto União, Mafra, Irineópolis, Canoinhas, Papanduva, Rio Negrinho, Campo Alegre, Major Vieira, Monte Castelo, Três Barras, Bela Vista do Toldo, Itaiópolis e São Bento do Sul solicitaram deliberação para Projeto INOVASUS – Projeto apresentado no Ministério da Saúde – Gestão de Desempenho e Avaliação de Desempenho. Aprovado. Incentivo a Adesão à Contratualização da Fundação Hospitalar – IAC, para os municípios de Porto União, Mafra, Irineópolis, Canoinhas, Papanduva, Rio Negrinho, Campo Alegre, Major Vieira, Monte Castelo, Três Barras, Itaiópolis e São Bento do Sul. Deliberado e aprovado. O municípios de Itaiópolis, Três Barras e Irineópolis solicitaram deliberação para Monitoramento do Polo de Saúde, aprovado. Em ato continuo o município de Papanduva solicitou deliberação para alteração de endereço da Unidade de Saúde na Localidade da Rondinha, Rua Otavio João Wunche S/N, conforme portaria ministerial da Saúde 2.226 de setembro de 2009. Aprovado. Em ato continuo a Sra. Daniele representando as Gerencias de Saúde de Mafra e Canoinhas apresentou o Plano de Ação Regional da Rede Psicossocial sendo aprovado a habilitação do município de Três Barras a uma Unidade de Acolhimento Infanto Juvenil e uma Unidade de Acolhimento Adulto. Foram aprovados ainda a qualificação de vinte leitos psiquiátricos a serem distribuídos: Hospital Santa Cruz de Canoinhas(seis leitos), Hospital Felix da Costa Gomes de Três Barras (seis Leitos), Hospital São Sebastião de Papanduva (seis leitos) e para o município de Monte Castelo (dois leitos). O Sr. Marcelo gestor do município de Mafra demonstrou interesse em habilitar leitos em seu

município porém pelo fato de não ter o aval do prestador Hospital São Vicente de Paulo, não definiu números. Com relação aos demais pontos de atenção nenhum outro município manifestou interesse devido o repasse do Ministério da Saúde para manutenção dos serviços serem insuficientes, e grande parte dos municípios já terem atingido limite prudencial das folhas de pagamento. Com relação ao Plano de Ação para Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência o município de Três Barras se habilitou para sediar o CER II- **Centro de Reabilitação que atenderá 02 tipos de Deficiência**, sendo aprovado pelos presentes. Em ato continuo o Coordenador apresentou as correspondências recebidas: ofício 07/2013 CIB em resposta ao credenciamento do Hospital São Vicente de Paulo de Mafra, encaminhado ao gestor Sr. Marcelo. Ofício nº 162/2013 da Diretoria de Planejamento, Controle e avaliação do SUS em resposta ao ofício 064/2013 da Cir Planalto Norte, referente a solicitação de confecção de Termo de Compromisso de Garantia de Acesso à Cirurgia Bariátrica e locação de recursos para o município de São Bento do Sul. Ofício nº 01237/2013da Secretaria de Estado solicitando que a CIR se manifeste quanto ao entendimento das exigências das Portarias do Ministério da saúde relacionadas à habilitação em Serviço de alta complexidade em neurologia e Traumato-Ortopedia para Hospital Santa Cruz em Canoinhas. O gestor do município de Mafra Sr. Marcelo pronunciou-se informando que a Sra. Joyce Gerente de Saúde de Mafra encaminhou documentos para a sua secretaria com informações de que o município de Canoinhas estaria sem possibilidade habilitar o Hospital devido à falta de Alvará Sanitário. Deu-se por encerrada a reunião na qual eu, Eliane Bradoski, lavrei a presente ata. Canoinhas, 11 de novembro de 2013.

Municípios da Macrorregião NORTE - Bela Vista do Toldo - Campo Alegre - Canoinhas - Irineópolis - Itaiópolis - Mafra - Major Vieira - Monte Castelo - Papanduva - Porto União - Rio Negrinho – São Bento do Sul - Três Barras-

25ª GERSA- 26ª GERSA

JAIR GIRALDI
Coordenador CIR/Planalto Norte

ELIANE BRADOSKI
Secretaria Executiva CIR/CIES-Planalto Norte

ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL -
CANOINHAS E MAFRA.

25ª e 26ª GERENCIAS DE SAÚDE

REUNIÃO COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAIS - CIR/PLANALTO NORTE E CIES COMISSÃO PERMANENTE DE INTEGRAÇÃO ENSINO- SERVIÇO

Data: 11 de novembro - segunda-feira

Local: UNC, sala C4 - Rua Roberto Elke, 85 – Centro – Canoinhas - SC.

NOME	MUNICIPIO	ASSINATURA
FERNANDA REGINA GOMES GRIGOL	PORTO UNIÃO	
Tatiana Joana Bubniak	26ª GERSA Canoinhas	
Angela Domaro	SMS Canoinhas	
Karla Mariana Muller	Papanduva	
Cirgei Gilioli Widmarki	Itaiópolis	
Cleia Dias	SMS Paraíso	
Ivanara Schmitz	SMS - Itaiópolis	
Miriam T. Birkett	SMS-São Bento Sul	
Caroline da Costa Telma	SMS Campo Alegre	
Josi Kowalski	SMS IRINEÓPOLIS	
Ivonete Emmerich Pacheco	SMS Mafra	
MARCELO ALBINO	SMS Mafra	
Joan Ribeiro Fernandes	Monte Castelo	
Zayzio Kravet	M. Castelo	

ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL -
CANOINHAS E MAFRA.

25ª e 26ª GERENCIAS DE SAÚDE

REUNIÃO COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAIS - CIR/PLANALTO NORTE E CIES COMISSÃO PERMANENTE DE INTEGRAÇÃO ENSINO- SERVIÇO

Data: 11 de novembro - segunda-feira

Local: UNC, sala C4 - Rua Roberto Elke, 85 – Centro – Canoinhas - SC.

NOME	MUNICIPIO	ASSINATURA
MARCIO A. EBLE	TRÊS BARRAS	
Giomara Muhlmann Bocchi	Três Barras	
Magnna Mundstock Fernandes Dallul	Três Barras	
Cinthya J. Navarro	Major Vieira	
Rosili Paulitski	Major Vieira	
Daniele Emmo Bay	26ª GERSA	
JAIR GILIOLI	P. Leite	
Eliani Brodish	P. Leite	

6 Matriz Diagnóstica da RAPS para a Região de Saúde do Planalto Norte

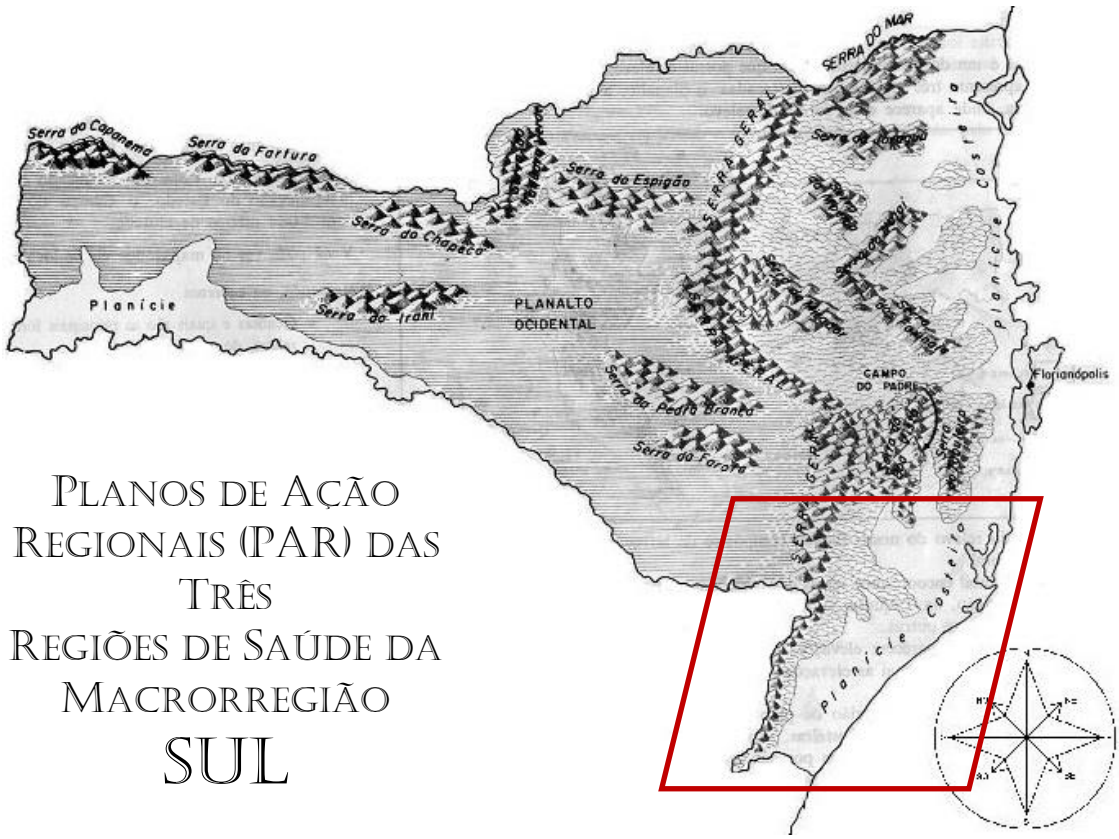
MATRIZ DIAGNÓSTICA - REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL					
Região de Saúde: **Planalto Norte Catarinense**					
13 Municípios: Bela Vista do Toldo, Campo Alegre, **Canoinhas**, Irineópolis, Itaiópolis, **Mafra**, Major Vieira, Monte Castelo, Papanduva, Porto União, Rio Negrinho, **São Bento do Sul** e Três Barras.					
População: 357.565 habitantes					
COMPO-NENTE	**Ponto de Atenção**	**Necessidade**	**Existentes**	**Déficit**	**Parâme-tro**
I. Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde	150 equipes de Saúde da Família (ESF). Supervisão e apoio matricial organizado, regulação do acesso, protocolos assistenciais.	72 ESF (61,42% de cobertura)	78 ESF. Expandir e qualificar a supervisão e o apoio matricial organizado sobre as equipes de saúde da família; estabelecer regulação do acesso e protocolos assistenciais.	Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica, de 21 de outubro de 20 11
	Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas	0	0	0	Portaria que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família	13 NASF, com participação de psiquiatras e de psicólogos.	9 NASF (dos quais 3 têm psicólogo).	4 NASF. Incorporação de psiquiatras e de psicólogos nos NASF.	Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica - 2011
	Centro de Convivência	1	0	1	

COMPO-NENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Parâme-tro
II. Atenção Psicossocial Especiali-zada	Centro de Atenção Psicossocial				
	CAPS I	9	8 (Canoinhas, Itaiópolis, Mafra, Monte Castelo, Papanduva, Rio Negrinho, Porto União, Três Barras)	2 (Bela Vista do Toldo, São Bento do Sul)	Municípios ou regiões com pop. acima de 15 mil hab.
	CAPS II	1	0	1 (Canoinhas)	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS III	0	0	0	Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab
	CAPS AD	2	0	2 (1 em Porto União, outro regional, a definir)	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS ADIII	0	0	0	Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab
	CAPS i	2	0	2 (regionais, a definir o município)	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
III. Atenção de Urgência e Emergência	UPA / SAMU Sala de Estabilização Portas Hospitalares de Atenção à Urgência Pronto Socorro	2 unidades de suporte avançado (USA), 6 unidades de suporte básico (USB)	0	2 USA (Mafra e Canoinhas), 6 UBS (Rio Negrinho, Canoinhas, Itaiópolis, Irineópolis, São Bento do Sul, Porto União)	Conforme orientações da Portaria da Rede de Atenção às Urgências, de 7 de julho de 2011.

COMPO-NENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Parâme-tro
IV. Atenção Residencial de Caráter Transitório	UA ADULTO	2 (com um total de 18 vagas)	0	2 (uma delas em Porto União)	1 UA (com 15 vagas) para cada 10 leitos de enfermarias em hospital geral por município.
	UA INFANTO-JUVENIL	1 (com um total de 8 vagas)	0	1 (em Três Barras)	Municípios crianças e adolescen-tes em potencial para uso de drogas ilícitas ou em potencial para uso de drogas ilícitas.
	COMUNI-DADE TERAPÊU-TICA	2	0	2	
V. Atenção Hospitalar	LEITOS	16	0	6 leitos em Canoinhas (Hosp. Santa Cruz), 6 em Três Barras (Fund. Hosp. Félix da Costa Gomes), 4 em Papanduva (Hosp. São Sebastião)	Portaria 1.615/12, 148/12, 953/12. 1 leito para cada 23 mil habitantes Portaria nº 1.101/02
	ENFERMA-RIA ESPECIA-LIZADA				

COMPO-NENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Parâme-tro
VI. Estratégias de Desinstituci-onalização	SRT	1 Serviços Residenciais Terapêuticos tipo I (com até 8 moradores).	0	1	A depender do nº de munícipes longamente internados
	PVC	8	0	8	A depender do nº de munícipes longamente internados
VII. Reabilitação Psicossocial	Cooperativas sociais, empreendi-mentos solidários e iniciativas de geração de trabalho e renda	2	0	2	

Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina



Planos de Ação Regionais (PAR) das Três Regiões de Saúde da Macrorregião Sul

Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina

PAR

- Plano de Ação Regional -

Região de Saúde Carbonífera

Região de Saúde Carbonífera: Plano de Ação Regional para a Rede Psicossocial

1 Características básicas do território

A região abriga 6,2% da população do Estado de Santa Catarina. A população de Criciúma quase se equivale à do restante da região, na proporção de 49% contra 51%.

Contudo, somente a população de Criciúma tem acesso a CAPS i e a CAPS AD. O município mantém, inclusive, um dos dois CAPS III atualmente existentes no Estado (o outro está em Joinville).

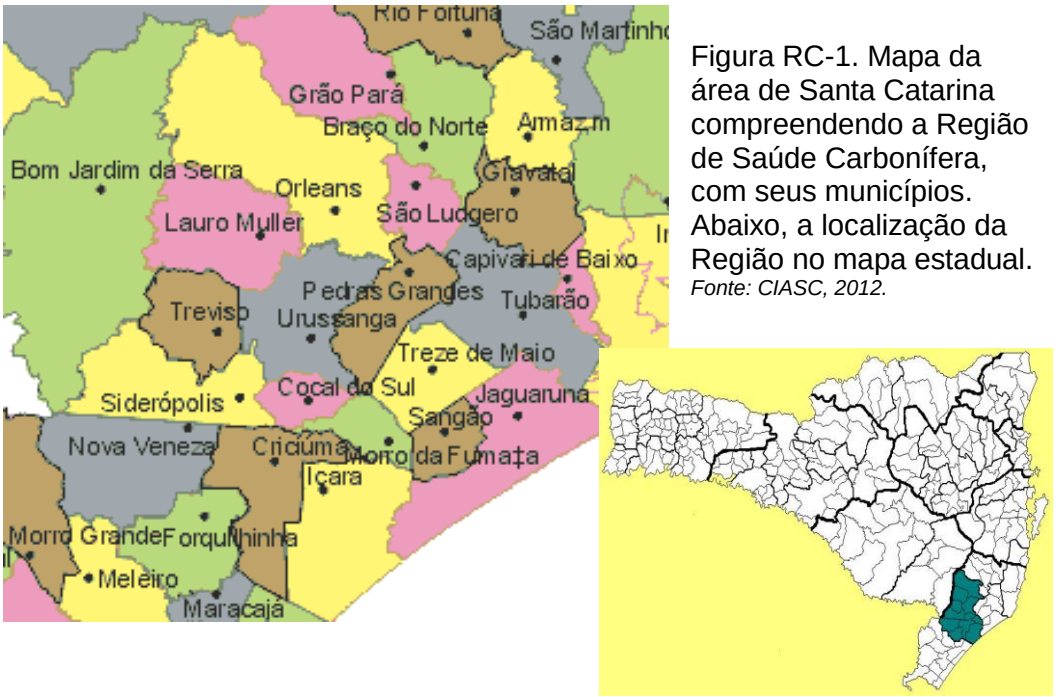


Figura RC-1. Mapa da área de Santa Catarina compreendendo a Região de Saúde Carbonífera, com seus municípios. Abaixo, a localização da Região no mapa estadual.
Fonte: CIASC, 2012.

A população soma 397.652 habitantes (estimativa do IBGE, de 1° de julho de 2012), integrando 12 municípios. Conta com uma Secretaria de Desenvolvimento Regional, localizada em Criciúma.

Pode-se inferir que cerca de um quarto da população, ao longo de um ano, apresentará queixas de ordem psíquica[171].

Tabela RC-1. Estimativa do número de pessoas com manifestação de novas queixas de ordem psíquica e comportamental, ao ano, segundo categorias de sintomas, por municípios, Região de Saúde Carbonífera, 2014.

Município	Queixas do espectro de					Total
	Drogas*	Psicoses**	Humor	Neuroses***	Outros	
Balneário Rincão	437	109	765	874	328	2.512
Cocal do Sul	615	154	1.076	1.230	461	3.536
Criciúma	7.825	1.956	13.693	15.649	5.868	44.991
Forquilhinha	927	232	1.623	1.855	695	5.332
Içara	2.415	604	4.226	4.830	1.811	13.886
Lauro Muller	579	145	1.014	1.159	434	3.331
Morro Da Fumaça	655	164	1.145	1.309	491	3.764
Nova Veneza	543	136	951	1.086	407	3.124
Orleans	864	216	1.512	1.728	648	4.968
Siderópolis	525	131	920	1.051	394	3.022
Treviso	143	36	251	287	108	825
Urussanga	814	204	1.425	1.628	611	4.682
Região Carbonífera	16.342	4.087	28.601	32.686	12.256	93.973

**Inclui álcool etílico e outras substâncias, exceto nicotina e cafeína.* ***Inclui queixas relacionáveis a psicoses orgânicas (F0) e funcionais (F2).* ****Inclui queixas relacionáveis a neuroses, estresse e somatoformes (F4).*
Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação, SUR, SES/SC, 2013.

Tais queixas, geralmente, não representam doenças, mas apenas sintomas avulsos passageiros, que se resolvem espontaneamente, por atitudes e práticas individuais, ou por mecanismos sociais (como os religiosos e os de entidades de auto-ajuda, tipo Alcoólicos Anônimos, por exemplo).

Contudo, cerca de um décimo da população levará tais queixas aos serviços de saúde, demandando deles alguma conduta. Eventualmente eles representam sinais e sintomas de transtornos mentais e comportamentais importantes.

Uma fração menor da população (cerca de 1%) demandará assistência especializada.

[171] Para Goldberg e Huxley, cerca de 23% da população apresenta, em algum momento, sintomas positivos de ordem psíquica. Mário Teixeira, em amostras no município de Florianópolis, encontrou 25% da população nesta situação. Vide:

GOLDBERG, D. (1995) Epidemiology of mental disorders in primary care settings. **Epidemiologic Reviews**, 17, 182 -190.

TEIXEIRA, Mário Aurélio Aguiar. Estudo de Morbidade Psiquiátrica em Duas Localidades da Ilha de Santa Catarina (Florianópolis).(Tese). São Paulo: Escola Paulista de Medicina. São Paulo (UFSP), 1998.

Tabela RC-2. Estimativa do número de pessoas demandando assistência por transtornos psíquicos e comportamentais, no período de um ano, por município, Região de Saúde Carbonífera, 2014.

Município	Demanda	
	À rede básica	Especializada
Balneário Rincão	1.005	109
Cocal do Sul	1.414	154
Criciúma	17.996	1.956
Forquilhinha	2.133	232
Içara	5.554	604
Lauro Muller	1.332	145
Morro Da Fumaça	1.506	164
Nova Veneza	1.250	136
Orleans	1.987	216
Siderópolis	1.209	131
Treviso	330	36
Urussanga	1.873	204
Região Carbonífera	37.589	4.086

Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação, SUR, SES/SC, 2013.

2 A rede existente hoje e os temas críticos por ela levantados

Até o início de 2013 os Núcleos de Apoio à Saúde da Família com capacidade de discutir temas de saúde mental e de matriciar eram pobres, na região.

Tabela RC-3. Número de NASF e de psicólogos trabalhando em NASF nos municípios da Região Carbonífera, 2013.

Município	População	NASF	Psicólogos
COCAL DO SUL	15.376		
CRICIÚMA	195.614	3	
FORQUILHINHA	23.183	1	
IÇARA	49.451	1	
LAURO MULLER	14.483	1	1
MORRO DA FUMAÇA	16.364		
NOVA VENEZA	13.581	1	1
ORLEANS	21.599	1	
SIDERÓPOLIS	13.137		
TREVISO	3.585	1	1
URUSSANGA	20.356	1	
BALNEÁRIO RINCÃO	10.923		
Região Carbonífera	397.652	10	3

A região contava, em novembro de 2013, com 12 NASF. Siderópolis e Morro da Fumaça ainda não têm este tipo de estrutura. Criciúma tem 4, Içara tem 2 e os outros municípios têm um cada. Há psicólogos em apenas 3 destes NASF. Portanto, somente 33% dos municípios da região contam com trabalhos de saúde mental através dos NASF.

A atenção primária à saúde deveria se caracteriza por: contato próximo, sequencial, do indivíduo com o sistema de saúde, próximo à sua residência; continuidade e a integralidade da atenção; coordenação da atenção dentro do sistema.

O NASF ajuda a dar esta continuidade e a coordenar a atenção. Pode evitar, muitas vezes, que o paciente piore a ponto de precisar internar. A internação, na maioria das vezes, se faz necessária porque houve por abandono de tratamento, negligência familiar, ou porque o tratamento estava precisando de mudanças e nenhum profissional se deu conta, e função do vínculo frágil do paciente com a unidades sanitárias.

O NASF deveria ser constituído por equipes de profissionais que atuam em conjunto com os profissionais das Equipes Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das Equipes de SF no qual o NASF está cadastrado.

Pelo tamanho da população implicada, há necessidade de médicos psiquiatras, além de psicólogos em alguns NASF. O pouco investimento das prefeituras em saúde mental na rede básica tende a gerar distorções, como a piora do quadro clínico até necessitar de internação, o excesso de pacientes buscando os CAPS, uma demanda reprimida à espera de vagas, excesso de uso dos CAPS como ambulatórios para reprodução de receitas, e reclamação dos técnicos especializados quanto ao crescente volume da clientela.

O pouco investimento em saúde mental causa, também, atendimentos mais complexos e difíceis nos CAPS. Boa parte disto seria evitável, caso houvesse maior seguimento dos pacientes crônicos na rede básica, prevenindo crises e evitando agravamentos. A visita domiciliar ao paciente faltante ou em crise, o contato com as famílias, o trabalho conjunto com a assistência social, são ações que podem evitar a piora de sintomas e o agravamento da doença.

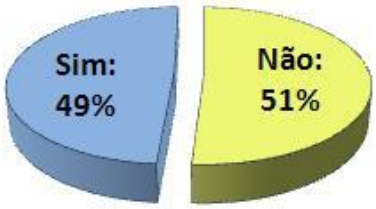


Figura RC-2. Percentual da população da Região Carbonífera com e sem possibilidade de acesso a CAPS AD, para transtornos por álcool e drogas e CAPS i, para transtornos psíquicos da infância e da adolescência.

Há, na região, 5 municípios não cobertos por CAPS, somando uma população de 45.355 habitantes. Do ponto de vista demográfico, há necessidade de pelo menos 2 CAPS I para cobrir esta população.

Somente o município de Criciúma, que representa 49% da população, está coberto por CAPS AD e i. Os demais (51%) da população não tem CAPS especializado para transtornos derivados de álcool e drogas e nem para transtornos de crianças e adolescentes.

Tabela RC-4. Disponibilidade de CAPS, segundo a modalidade, na Região Carbonífera, 2013.

Município	População	I	II	AD	i	III	Total
Balneário Rincão	10.923						0
Cocal do Sul	15.376	1					1
Criciúma	195.614		1	1	1	1	4
Forquilhinha	23.183	1					1
Içara	49.451	1					1
Lauro Muller	14.483						0
Morro da Fumaça	16.364						0
Nova Veneza	13.581						0
Orleans	21.599	1					1
Siderópolis	13.137	1*					1
Treviso	3.585						0
Urussanga	20.356	1					1
Região Carbonífera	397.652	6	1	1	1	1	10

* Microrregional, atende Siderópolis e Nova Veneza.

A região tem duas alas psiquiátricas em hospitais gerais para internação psiquiátrica, uma em Lauro Müller e outra em Urussanga. A disponibilidade em hospitais gerais perfaz um total de 56 leitos.

O Hospital de Lauro Müller tem 98 leitos, dos quais 24 estão cadastrados para atendimento psiquiátrico. Segundo os registros no CNES, um só psiquiatra estaria disponível, formalmente, 10 horas por semana, para atender os 24 leitos.

O Hospital de Urussanga tem 115 leitos, sendo 30 cadastrados para atendimento psiquiátrico. Tem um só psiquiatra disponível, 20 horas por semana, para o atendimento aos 30 leitos, segundo registro no CNES.

Tabela RC-5. Hospitais gerais da Região Carbonífera com leitos psiquiátricos, 2013.

Município	CNES - Hospital	Leitos
CRICIÚMA	275864 - HOSPITAL SÃO JOSÉ	1
LAURO MULLER	2419246 – HOSP. MUNICÍPAL HENRIQUE LAGE	24
MORRO DA FUMAÇA	2419378 - HOSPITAL DE CARIDADE SÃO ROQUE	1
URUSSANGA	2419653 - HOSPITAL N. SRA. DA CONCEIÇÃO	30

Fonte: CNES, 2013.

A Região conta com um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Rio Maina[172], de 160 leitos, em Criciúma. A avaliação feita pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS), que em novembro de 2011, concedeu notas baixas à Casa de Saúde Rio Maina. Para a qualidade da estrutura, onde a nota máxima brasileira foi 68,5, a Casa de Saúde recebeu 50,25. Para a qualidade dos processos, onde a nota máxima brasileira foi 46,25, a Casa de Saúde recebeu 33,50. Para fins de comparação, note-se que as notas do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPQ), na Colônia Santana, município de São José foram 67,0 e 46,25.

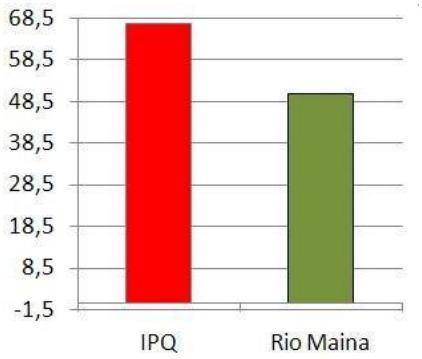
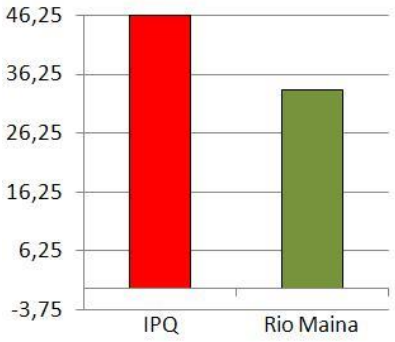


Figura RC-3. Estruturas: resultado da auditoria do DENASUS sobre a qualidade dos hospitais psiquiátricos, para o Instituto de Psiquiatria de SC (IPQ) e a Casa de Saúde Rio Maina, 2011.

Figura RC-4. Processos: resultado da auditoria do DENASUS sobre a qualidade dos hospitais psiquiátricos, para o Instituto de Psiquiatria de SC (IPQ) e a Casa de Saúde Rio Maina, 2011.



Caso a região fosse melhor atendida num sistema de saúde mental comunitária, muitas destas internações seriam desnecessárias ou teriam duração breve, pois serviriam para esbater um surto agudo, reencaminhando ao seguimento comunitário e ambulatorial.

A Carbonífera é uma das regiões catarinenses com maior tradição de encaminhamento a macro-hospital psiquiátrico (a outra é a da Grande Florianópolis, especialmente no caso do município de São José). Estão enraizados na cultura de extratos populares a internação (vista como solução de problemas sociais e como possibilidade e esperança de atendimento asilar), o uso do hospital psiquiátrico como porta de entrada e ponto central do sistema, relegando a segundo plano um tratamento ambulatorial seqüenciado e técnico.

Há repercussão desta mentalidade nos CAPS. Eles poderão ultrapassar a crise do sistema através da prestação de apoio matricial

[172] Seu registro no CNES é o de nº. 2758121.

adequado e do estímulo ao conjunto dos serviços, para elevar a qualidade do tratamento personalizado de cada paciente, numa linha de cuidados.

Os sistemas municipais deverão evitar que os pacientes com problemas psíquicos sejam conduzidos a um tratamento nitidamente separado do restante do sistema, mesmo quando estejam equilibrados e assintomáticos. Muitos pacientes, após serem endereçados aos CAPS, são tratados pela rede básica como se não fossem mais seus clientes. Os CAPS ficam abarrotados de usuários, sobrecarregando os poucos especialistas e funcionando em regime de ambulatório. O número de retornos de pouca resolutividade, apenas para reproduzir ou para trocar receitas médicas se torna muito comum, criando dificuldades no desenvolvimento do trabalho.

A Região Carbonífera faz 14% da produção ambulatorial dos CAPS de Santa Catarina (procedimento de atendimento ou acompanhamento psicossocial), chegando à cifra de mais de 140 mil procedimentos por ano. É importante polemizar a qualidade destes atendimentos e refletir sobre as condições em que são realizados, pois os resultados práticos, aparentemente, não têm mostrado a efetividade esperada. O fato de o número de internações e de reinternações ter crescido e de o tempo médio de permanência nos hospitais ter duplicado, nos últimos anos, coloca dúvidas sobre a qualidade do conjunto do sistema regional.

Tabela RC-6. Internações psiquiátricas, por local de internação, Região Carbonífera, no período de 2008 a 2012.

Município	2008	2009	2010	2011	2012	Média	Total
.... Criciúma	1.505	1.377	1.070	1.127	1.111	1.238	6.190
.... Içara	1	-	-	4	2	1	7
.... Lauro Muller	220	274	313	256	341	281	1.404
.... Morro Fumaça	-	-	-	31	31	12	62
.... Orleans	-	3	1	-	-	1	4
.... Urussanga	293	366	390	445	410	381	1.904
Região Carbonífera	2.019	2.020	1.774	1.863	1.895	1.914	9.571

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS),2013.

De todas as internações psiquiátricas ocorridas em Santa Catarina, cerca de 10% dão-se na Região Carbonífera – que tem 6% da população estadual. Ao longo do quinquênio de 2008 a 2012 ocorreu uma média de 1.238 internações psiquiátricas na Casa de Saúde Rio Maina, por ano. Levando em conta todas as internações realizadas também nos hospitais gerais, a média foi de 1.914 internações por ano. Alguns internaram em cidades mais distantes, especialmente na Grande Florianópolis. Mas a Região Carbonífera recebeu, também, habitantes de outras regiões. Em média, o número de internações de paciente locais, procedentes da própria região, foi 1.235. Logo, foram 679 os procedentes de outras regiões. Destes, 668 estiveram na Casa de Saúde Rio Maina e 11 nos demais hospitais.

Tabela RC-7. Internações psiquiátrica, por local de residência, de usuários procedentes da Região Carbonífera, no período de 2008 a 2012.

Município	2008	2009	2010	2011	2012	Média	Total do quinquênio
.... Cocal do Sul	54	65	45	54	63	56	281
.... Criciúma	655	633	535	542	485	570	2.850
.... Forquilhinha	82	78	68	74	65	73	367
.... Içara	177	163	161	150	155	161	806
.... Lauro Muller	43	53	77	106	146	85	425
.... Morro da Fumaça	31	31	32	43	50	37	187
.... Nova Veneza	34	29	22	23	29	27	137
.... Orleans	36	55	59	68	80	60	298
.... Siderópolis	52	49	41	40	48	46	230
.... Treviso	8	12	11	12	5	10	48
.... Urussanga	77	82	100	152	137	110	548
Total	1.249	1.250	1.151	1.264	1.263	1.235	6.177

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS),2013.

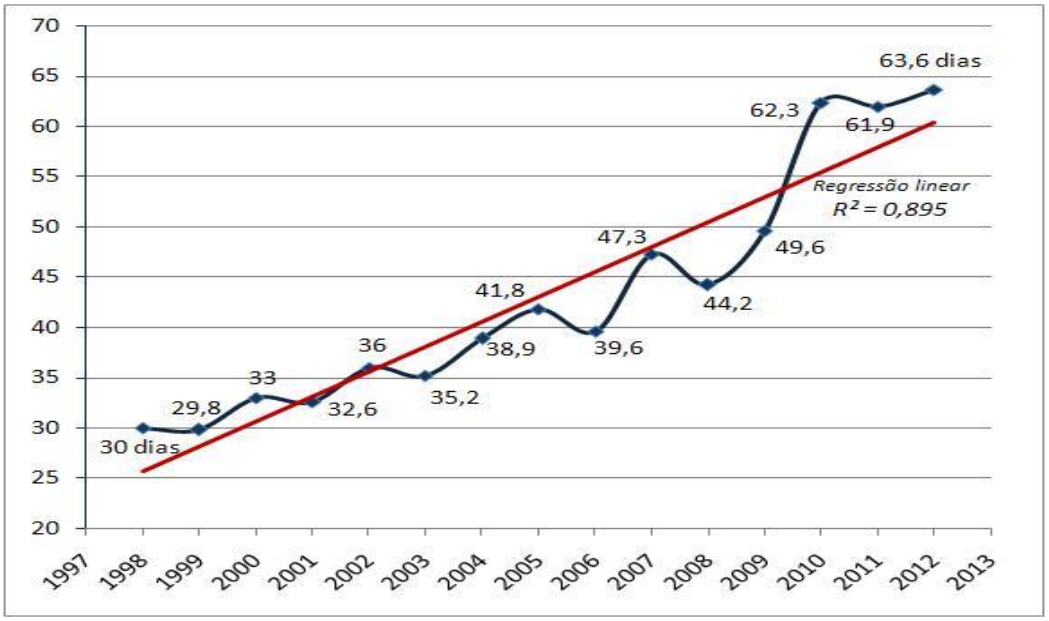


Figura RC-5. Tendência do aumento do tempo médio de internação psiquiátrica, em dias, na Casa de Saúde Rio Maina, período de 14 anos, entre 1998 a 2012.
Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação, GECOR, SUR,SES, a partir do SIH/SUS, 2013.

Em 1998 a média do tempo de internação, na Casa de Saúde Rio Maina, era de 30 dias. Foi crescendo paulatina e decididamente. Em 2012 a média chegou a 63,6 dias. Isto caracteriza o aspecto asilar, muitas vezes forçado pelas internações judiciais, ordenadas ao sistema de saúde por magistrados.

No período de 2008 a 2012, a média de tempo de internação, no conjunto dos quatro principais hospitais da Região, que internam casos psiquiátricos, foi de 28,4 dias. O crescimento da média se dá em função do elevado tempo na Casa de Saúde Rio Maina.

Tabela RC-8. Média permanência por ano, em internações psiquiátricas, em dias, processamento segundo o município, Região Carbonífera, período 2008 a 2012.

Município	2008	2009	2010	2011	2012	Média do Período
Criciúma	44,2	49,6	62,3	61,9	63,6	55,2
Lauro Muller	27,4	24,9	23,2	22	19,5	23,1
Morro da Fumaça	...	...	...	12,1	14,5	13,3
Urussanga	23,1	23,6	23,1	20,8	20,6	22,1

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2013.

O valor destas internações, nos últimos dois anos, ultrapassou 3 milhões de reais ao ano, na Casas de Saúde Rio Maina. Mesmo assim, os custos de manutenção do serviço colocam em cheque a saúde financeira da instituição.

Tabela RC-9. Valor dos serviços hospitalares de internações psiquiátricas, por ano de processamento, segundo o município, Região Carbonífera, período de 2008 a 2012.

Município	2008	2009	2010	2011	2012	Média do Período
Criciúma	2.496.677,31	2.780.979,33	2.992.123,75	3.112.494,79	3.085.359,64	2.893.526,96
Lauro Muller	217.686,64	278.729,30	357.230,72	273.947,52	319.710,28	289.460,89
Morro Fumaça	-	-	-	17.043,52	21.171,06	7.642,92
Urussanga	243.543,97	350.872,87	441.497,62	457.311,90	417.467,11	382.138,69

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2013.

Há cerca de 40 cidadãos, de fortes vínculos com a Casa de Saúde Rio Maina, que costumam nela entrar e sair, em subsequentes reinternações, alguns dos quais permanecendo períodos longos. É o fenômeno da "porta giratória" (*revolving door*)[173]. Há dificuldades de inserção de tais pessoas em suas famílias, que não lhes podem dar suporte, ou os rejeitam, ou ambos.

O fenômeno do reingresso seqüenciado, ou porta giratória, é decorrência de dificuldades familiares, de falhas no serviço social, de

[173] O fenômeno do reingresso frequente no hospital, sem uma assistência seqüencial nos intervalos é característica de sistemas de saúde pouco organizados. Nos Estados Unidos a situação tem sido estudada e há uma luta do governo contra esta tendência, punindo os hospitais que a incentivam. O fenômeno é mais intenso diante de quadros crônicos, de qualquer tipo, não só psiquiátricos. Em alguns estados norte-americanos as contas hospitalares dos pacientes que se reospitalizam num prazo de 30 dias deixam de ser pagas. Vide:

ASQ. **Penalties Spur Hospitals to Slow Revolving Door**. American Society for Quality, 12 abr. 2013. Disponível em: <http://asq.org/qualitynews/qnt/execute/displaySetup?newsID=15780 >.

Hospitals Face Pressure to Avert Readmissions. **The New York Times**, 26 nov 2012. Disponível em: <http://www.nytimes.com/2012/11/27/health/hospitals-face-pressure-from-medicare-to-avert-readmissions.html?_r=0 >.

GREENE, J. Penalties spur Michigan hospitals. **Crain's Detroit Business**, 9 abr. 2013. Disponível em: <http://www.modernhealthcare.com/article/20130409/INFO/304099991>.

RWJF. **The Revolving Door**: a Report on U.S. Hospital Readmissions. An Analysis of Medicare Data by the Dartmouth Atlas Project. Robert Wood Johnson Foundation, fev. 2013. Disponível em: <http://www.rwjf.org/content/dam/farm/reports/reports/2013/rwjf404178>.

falhas no sistema de saúde e da cultura institucional dos hospitais e dos ambulatórios. Vem sendo bastante debatido – com sucessos na sua diminuição – na Europa e no Canadá[174]. É possível que uma abordagem das famílias dos pacientes que reinternam sequencialmente na Casa de Saúde Rio Maina possa criar condições de convívio, especialmente para aqueles com potencial de enquadramento no Programa De Volta para Casa.

Um levantamento da SES/SC contabilizou 24 internos da Casa de Saúde, institucionalizados, que não têm outras formas, atualmente, de viver, caso saiam do regime asilar. Para estes o sistema precisará oferecer serviços residenciais permanentes.

A Portaria 3.090, de 23 de dezembro 2011, do Ministério da Saúde, estabelece dois tipos de serviços residenciais terapêuticos (SRT). Há, na região, necessidade de três residenciais tipo I, dois abrigando 7 pessoas, e um abrigando 8. Há necessidade de um residencial tipo II, abrigando 10 pessoas.

Os de tipos I são moradias destinadas a pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização, capazes de acolher de 4 a 8 moradores. Precisam ter um cuidador de referência.

Há 3 pacientes institucionalizados no Centro de Convivência Santana, na Grande Florianópolis, que procedem de Criciúma. Há 5 que estão no Hospital de Custódia e Tratamento, em Florianópolis, que se somam aos 24 internos a desinstitucionalizar de Rio Maina.

As casas a serem alugadas pelo município, para a implantação dos residenciais devem ser preferencialmente localizadas em bairros urbanos próximos ao CAPS de referência. Numa avaliação preliminar, estima-se que haverá, pois, necessidade de criar 32 vagas em residenciais permanentes.

Os residenciais de tipo II são modalidades de moradia destinadas a pessoas com transtorno mental e acentuado nível de dependência, especialmente em função do seu comprometimento físico, que necessitam de cuidados permanentes específicos. Residenciais deste tipo devem acolher de 4 a 10 moradores. Precisam ter, para cada grupo de 10 moradores, 5 cuidadores em regime de escala e 1 técnico de enfermagem, diário.

O incentivo financeiro de custeio para implantação ou implementação de um residencial é de R$ 20.000,00, com transferência fundo a fundo em parcela única. Após o recebimento do recurso o gestor deverá implantar o SRT no prazo de 3 meses.

As prefeituras recebem, após implantar o serviço, um repasse de recurso financeiro mensal, fundo a fundo, no valor de R$ 10.000,00

---

[174] Vide:

GARRIDO, P.; SARAIVA, C. Revolving door syndrome: A new meaning for an old concept? **European Psychiatry**. Vol. 26, Sup. 1, 2011, p. 1114.

MADI, N.; ZHAO, H.; LI, J.F: Hospital readmissions for patients with mental illness in Canada. **Healthcare Quarterly** 10:30–32, 2007. Disponível em: <http://scholar.google.com/scholar_url?hl=en&q=https://www.longwoods.com/product/download/code/18818&sa=X&scisig=AAGBfm07ROMfw2xcbHe9zPBiXS7RvyfmIw&oi=scholarr>.

(dez mil reais) para cada grupo de 8 moradores em residenciais tipo I. Deste valor, R$8.000,00 destinam-se à manutenção do serviço e R$2.000,00 para auxiliar no pagamento ou na qualificação de pessoal. O Estado pode participar com um incentivo de custeio de R$2.000,00 mensais.

Para residenciais tipo II, o valor mensal é de R$20.000,00, sendo R$12.000,00 para manter o serviço e R$8.000,00 para pessoal.

Para residenciais com um número menor de moradores, os valores seguem a tabela:

Tabela RC-10. Valores dos incentivos financeiros aos serviços residenciais terapêuticos,segundo o número de moradores e a modalidade do serviço, 2013.

Nº de Moradores	SRT tipo I			SRT tipo II		
	Serviço	Profissional	Total	Serviço	Profissional	Total
4	4.000,00	1.000,00	5.000,00	5.000,00	3.000,00	8.000,00
5	4.625,00	1.625,00	6.250,00	6.000,00	4.000,00	10.000,00
6	5.250,00	2.250,00	7.500,00	7.000,00	5.000,00	12.000,00
7	5.875,00	2.875,00	8.750,00	8.000,00	6.000,00	14.000,00
8	8.000,00	2.000,00	10.000,00	9.000,00	7.000,00	16.000,00
9				10.000,00	8.000,00	18.000,00
10				12.000,00	8.000,00	20.000,00

Fonte: Ministério da Saúde. Portaria GM nº *3090, 23 de dezembro* de *2011.*

A cultura popular relativa ao manejo da doença mental, anteriormente focada na instituição hospitalar, provavelmente será fator de resistência a uma mudança modernizante de paradigma, focada na saúde comunitária. A população da Região Carbonífera, contudo, tem uma identidade cultural própria, a partir da exploração mineral por cidadãos de vivência urbana, aberta a debates e à polêmica política, remanescente de uma época briosa, nos anos de 1940, em que Criciúma passou a ser denominada a Capital Brasileira do Carvão, o “ouro negro”. A isto somou-se uma mentalidade inovadora e um empreendedorismo aberto à reciclagem e à responsabilidade social. Estas características poderão ser positivas na criação de um novo modelo, comunitário, para a assistência em saúde mental.

Preconiza-se que o fechamento da Casa de Saúde Rio Maina seja interpretado como um gatilho para a construção de uma rede de atenção psicossocial mista, de base comunitária resolutiva, com serviços especializados mais eficazes e internação de excelência em hospitais gerais.

Todos os municípios poderiam criar NASF voltados à saúde mental, com psicólogos, a fim de dar um impulso à integração da rede básica nos temas psicossociais. Para tanto, a Secretaria de Estado da Saúde poderia montar um trabalho de qualificação dos profissionais dos NASF, dando-lhes noção do trabalho em redes e ajudando-os a montar planos locais. Criciúma precisa de psiquiatras envolvidos com os NASF, a fim de montar um vasto programa de apoio matricial sobre a atenção

primária. Içara, Forquilhinha, Morro da Fumaça, Orleans e Urussanga precisarão montar, também, serviços de matriciamento, com psiquiatra itinerante, que percorra as unidades sanitárias, pelo menos um ou dois dias por semana. Caso isto não seja feito, os CAPS tenderão a ter filas e ficar sobrecarregados, perdendo a qualidade e a resolutividade.

Uma rede de atenção psicossocial precisa contar com vários componentes que trabalhem integrados, vencendo sua baixa articulação, aumentando sua resolutividade, mostrando administração e técnica, e primando pela qualidade gerencial.

A sede do novo município de Balneário Rincão, dista 16 km de Içara. O CAPS I de Içara pode ser convertido em microrregional e atender também Rincão.

Mun.	Pop.
Baln. Rincão	10.923
Cocal Sul	15.376
Criciúma	195.614
Forqui-lhinha	23.183
Içara	49.451
Lauro Muller	14.483
Morro Fumaça	16.364
Nova Veneza	13.581
Orleans	21.599
Sideró-polis	13.137
Treviso	3.585
Urus-sanga	20.356

Figura RC-6. Mapa rodoviário e populações municipais, Região Carbonífera, 2013. .

O município de Morro da Fumaça tem demanda para instalar um CAPS modalidade I, próprio.

Nova Veneza e Siderópolis, sedes municipais separadas por apenas 9 km, já possuem um CAPS microrregional, em Siderópolis. O desenvolvimento de apoio matricial de equipe de especializada, percorrendo as unidades básicas é a estratégia a ser desenvolvida. Não basta, pois, que o CAPS microrregional tenha um psiquiatra por poucas horas, fazendo atendimento ambulatorial. Fica ainda mais difícil dar qualidade ao trabalho quando o mesmo psiquiatra pinga entre quatro

CAPS, em municípios diferentes. A resolução dos recursos humanos preparados e valorizados, sob gerenciamento eficiente, poderá dar estabilidade ao serviço e integrá-lo na rede.

Treviso pode ser integrado ao CAPS de Siderópolis, a 12 km, ou criar um em parceria com Lauro Müller. A ligação rodoviária curta, com Lauro Müller, de 16 km, não é pavimentada. Por asfalto o trajeto fica longo.

Lauro Müller, por ter um hospital que trabalha com psiquiatria, melhoraria muito o sistema se tivesse um CAPS. Este CAPS deveria ser capaz de auxiliar na regulação, no contato com os municípios que enviam pacientes à internação e na troca intersetorial, a fim de montar projetos personalizados para os egressos do hospital. Como a proximidade com Orleans é de apenas 13 km, é possível que o CAPS de Orleans, tornando-se microrregional, possa fazer este trabalho.

Criciúma pode minorar muito os problemas sociais e psicossociais relacionada à população de rua e a grupos vulneráveis, montando um consultório na rua, vinculado à rede básica, mas com olhar voltado à saúde mental.

Criciúma precisa de um CAPS ADIII, regional, aberto 24 horas por dia, 7 dias por semana, preferencialmente com médico de plantão.

O CAPS i de Criciúma precisa ser tornado regional.

Os temas apresentados pelo Grupo Condutor Estadual para debate na CIR incluiram:

a) a criação de CAPS ADIII regional em Criciúma.

b) a criação de um CAPS i regional.

c) implantação de 3 residenciais terapêuticos tipo I, com 22 vagas, e de 1 residencial terapêutico tipo II, com 10 vagas, para dar conta dos crônicos egressos do IPQ, do Hospital de Custódia e Tratamento e da Casa de Saúde Rio Maina.

d) definição de pontos para o incentivo de 18 a 20 leitos em hospitais gerais, mediante projeto técnico do hospital[175], distribuídos na região, como serviço de referência a transtornos mentais e a transtornos resultantes do abuso de álcool, crack e outras drogas psicoativas, sob regulação de um CAPS, de forma integrada aos serviços comunitários. Tecnicamente são indicados, preliminarmente, os hospitais de Morro da Fumaça, Lauro Muller e Urussanga.

e) construção de contatos e vínculos intersetoriais, especialmente com o Sistema Único de Assistência Social.

f) definição, em protocolo, de um fluxo intersetorial entre instituições da educação, da segurança pública, da assistência social e da saúde.

g) montagem de um programa de qualificação e de educação continuada na atenção psicossocial, por parte da Secretaria de Estado da

[175] Adaptado integralmente aos termos do Art. 10 da Portaria 3.088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, à Portaria nº 148/GM/MS, de 31 de janeiro de 2012 (alterada pela Portaria 1.615/GM/MS, de 26 de julho de 2012) e à Portaria 952/SAS/MS, de 12 de setembro de 2012.

Saúde, abrangendo as equipes de saúde mental e de saúde da família, da região.

h) montagem de um programa de divulgação de protocolos assistenciais, a cargo da Secretaria de Estado da Saúde, capacitando as equipes da região para seu uso.

i) montagem de um programa de prevenção do óbito autoprovocado, a cargo da Secretaria de Estado da Saúde, voltado às equipes da região.

j) implantação e qualificação de trabalho de matriciamento.

k) incentivo à intensificação de supervisão de equipes de CAPS.

l) estabelecimento de NASF em todos os municípios que tenham 3 ou mais equipes de saúde da família.

m) montagem de um programa regional de reabilitação psicossocial, com enquadramento de egressos de longa permanência em hospitais especializados no Programa De Volta Para Casa, sempre que possível, e criação de dispositivos de reabilitação e de geração de emprego e renda.

n) criação de 2 unidades de acolhimento para adultos (10 vagas cada) e uma infanto-juvenil (10 vagas), como referências regionais, nos termos da Portaria 121, de 25 de janeiro de 2012, do Ministério da Saúde[176].

Tabela RC-11. Estimativa da necessidade de vagas em unidades de acolhimento para adultos e para menores de 18 anos, Região Carbonífera, 2015.

Município	População	Adulto	Infanto-Juvenil
Balneário Rincão	10.923	0,5	0,2
Cocal do Sul	15.376	0,8	0,3
Criciúma	195.614	9,8	4,3
Forquilhinha	23.183	1,2	0,5
Içara	49.451	2,5	1,1
Lauro Muller	14.483	0,7	0,3
Morro da Fumaça	16.364	0,8	0,4
Nova Veneza	13.581	0,7	0,3
Orleans	21.599	1,1	0,5
Siderópolis	13.137	0,7	0,3
Treviso	3.585	0,2	0,1
Urussanga	20.356	1,0	0,5
Região Carbonífera	397.652	20	9

Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação. GECOR. SUR. SES/SC, 2013.

o) estabelecimento de um consultório na rua com equipes preparadas para dar atenção a populações vulneráveis.

[176] Para a implantação de uma unidade de acolhimento há incentivo financeiro do Ministério da Saúde no valor de R$ 70.000,00 (setenta mil reais), havendo prazo para começar a funcionar em até 90 dias após a Prefeitura ter recebido o dinheiro. Há, também, um incentivo de custeio mensal, no valor de R$ 25.000,00 (vinte e cinco mil reais) para Unidade de Acolhimento Adulto e R$ 30.000,00 (trinta mil reais) para Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil.

Figura RC-7. Aspecto do consultório na rua, com os logotipos padronizados.

p) Dependendo das necessidades locais, os municípios poderão abrir edital para comunidades terapêuticas que queiram se credenciar para atender o SUS, desde que elas possam ter uma equipe e uma estrutura compatíveis com os requisitos da Portaria 121, de 25 de janeiro de 2012, do Ministério da Saúde[177].

3 A rede pactuada pela CIR da Região de Saúde Carbonífera

Um país, um Estado, uma cidade, um bairro, uma vila, um vilarejo são recortes de diferentes tamanhos dos territórios que habitamos. Território não é apenas uma área geográfica, embora sua geografia também seja muito importante para caracterizá-lo. O território é constituído fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (igreja, cultos, escola, trabalho, boteco etc.). É essa noção de território que busca organizar uma rede de atenção às pessoas que sofrem com transtornos mentais e suas famílias, amigos e interessados.

Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte etc.), econômicos (dinheiro, previdência etc.), culturais, religiosos e de lazer estão convocados para potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial.

As redes possuem muitos centros, muitos nós que as compõem e as tornam complexas e resistentes. O fundamental é que não se perca a dimensão de que o eixo organizador dessas redes são as pessoas, sua existência, seu sofrimento. Considerando a Portaria nº 3.088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas,

177 Numa comunidade terapêutica, a equipe técnica deverá contar com a presença mínima de um profissional (de experiência comprovada ou pós-graduado) de educação e um de saúde (assistente social, educador físico, enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional ou médico), presentes todos os dias da semana (das 7 às 19 horas), e de quatro profissionais de nível médio, presentes em todos os dias da semana (24 horas por dia).

no âmbito do SUS, e conforme solicitação da Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina bem como da Coordenação Estadual de Saúde Mental foi criado o grupo condutor regional para discussão do plano de criação da RAPS da Região Carbonífera e assessoria à CIR, o qual assumiu o papel estratégico na articulação e no tecido dessa rede, considerada a ideal para a região levando em consideração as seguintes diretrizes:

a) Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia, a liberdade e o exercício da cidadania.
b) Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde.
c) Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar.
d) Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, diversificando as estratégias de cuidado, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares.
e) Organização dos serviços em RAS regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado.
f) Desenvolvimento da lógica do cuidado centrado nas necessidades das pessoas com transtornos mentais, incluídos os decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

Buscando a construção de serviços diferentes para as diferentes necessidades, elencou-se como Eixos Estratégicos para Implementação da Rede:

1. Eixo 1: Ampliação do acesso à rede de atenção integral à saúde mental.
2. Eixo 2: Qualificação da rede de atenção integral à saúde mental.
3. Eixo 3: Ações intersetoriais para reinserção social e reabilitação.
4. Eixo 4: Ações de prevenção e de redução de danos.

A Deliberação 004/2013 da Comissão Intergestores Regional de Saúde da Região Carbonífera aprovou a criação do Grupo Condutor de Saúde Mental da Região Carbonífera, com nomes indicados pelos gestores municipais e pela 21ª. Gerência Regional de Saúde, em 19 de fevereiro de 2013.

Seguindo as diretrizes expostas e mantendo o preconizado pelos 4 eixos o grupo condutor da Região Carbonífera chegou à seguinte rede ideal, discutida e aprovada pelos gestores:

Tabela RC-12. Planilha dos serviços propostos para a Região de Saúde Carbonífera: CAPS, aprovada em agosto de 2013.

Município	CAPS i	CAPS I	Regional (sim/não)	CAPS II	CAPS III	Regional (sim/não)	CAPS ad III (qualifi	Regional (sim/não)	CAPS ad III (novo)	Regional (sim/não)
Forquilhinha		1								
Lauro Muller		*1*	*Micro*							
Urussanga		1								
Cricúma	1*+1 CAPS i ad*			1	1	Não	*1*	*Não*		
Cocal do Sul		1								
Morro da Fumaça		*1*								
Içara		1	Micro				*1II ad*	*Micro*	*1*	*Sim*
Balneário Rincão		1 *1*	Micro *Não*							
Treviso		*1*	*Micro*							
Orleans	*1* *Regional*	1								
Siderópolis		1	Micro							
Nova Veneza		1	Micro							

Legenda: em romano (e preto) , consta a rede existente; *em itálico (e vermelho), a rede ideal a instalar.*

Tabela RC-13. Planilha dos serviços propostos para a Região de Saúde Carbonífera: Unidades de Acolhimento (para adultos e infanto-juvenis, comunidades terapêuticas, equipe de consultório na rua e leitos.

Município	UA - Adulto	Regional (sim/não)	UA - Infanto-juvenil	Regional (sim/ não)	CT (1 Módulo)	eCR - 2	Leitos de referência (Nº leitos)	Regional (sim/não)
Forquilhinha	*1*	*Sim*						
Lauro Muller							24	Sim
Urussanga							20	Sim
Cricúma	*1*	*Não*	*1*	*Sim*	*1*	*1*	*15 adulto* *8inf*	*Sim*
Cocal do Sul								
Morro da Fumaça	*1*	*Sim*					*20*	*Sim*
Içara					*1*			
Balneário Rincão								
Treviso								
Orleans			1	Sim	1		*8*	*sim*
Siderópolis								
Nova Veneza								

Legenda: em romano (e preto) , consta a rede existente; *em itálico (e vermelho), a rede ideal a instalar.*

Tabela RC-14. Planilha dos serviços propostos para a Região de Saúde Carbonífera: Unidades Básicas de Saúde, Centro de Convivência, Serviços Residenciais Terapêuticos tipo I e tipo II, Núcleos de Apoio à Saúde da Família tipo I e tipo II.

Município	UBS	CC	SRT I	SRT II	NASF I	NASF II
Forquilhinha	8				1	
Lauro Muller	6				*1*	1
Urussanga	8		*1*		1	
Cricúma	35	1	1	*1*		*3*
Cocal do Sul	6				*1*	
Morro da Fumaça	4				*1*	
Içara					1	
Balneário Rincão						
Treviso						
Orleans						
Siderópolis	5				*1*	
Nova Veneza					1	

Legenda: preto rede, existente; *vermelho e itálico, rede ideal a instalar*

4 A aprovação da Rede de Atenção Psicossocial na Comissão Intergestores Regional (CIR) da Região Carbonífera

Após diversas reuniões envolvendo prefeitos, secretários municipais de saúde, técnicos municipais, técnicos da Secretaria Estadual de Saúde, a câmara técnica regional (Grupo Condutor da Rede Regional de Saúde Mental) e o Grupo Condutor da RAPS estadual, a CIR, reunida na Associação dos Municípios da Região Carbonífera (AMREC), aprovou este Plano de Ação Regional e emitiu a Deliberação CIR nº. 016/2013:

COMISSAO INTERGESTORES REGIONAL DE SAUDE DA REGIÃO CARBONÍFERA/AMREC

Balneário Rincão, Cocal do Sul, Criciúma, Forquilhinha, Içara, Lauro Muller, Morro da Fumaça, Nova Veneza, Orleans, Siderópolis, Treviso e Urussanga
21ª Gerencia de Saúde.

DELIBERAÇÃO CIR nº 016/2013

A CIR da Região Carbonífera, ad referendum, e no uso de suas competências regimentais,

Considerando o diagnóstico da rede existente em serviços de saúde mental nos municípios da AMREC;

Considerando as diversas reuniões ocorridas com o Grupo Condutor da Rede Regional de Saúde Mental composta por técnicos dos 12 municípios e as reuniões ocorridas com os membros da CIR da Região Carbonífera;

Considerando solicitação do Grupo Condutor Estadual da Rede de Saúde mental conforme Deliberação CIB/SES/SC nº 108/2012;

Considerando a Portaria GM/MS nº 3.088 de 23 de dezembro de 24 de 2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial;

RESOLVE:

Art. 1º: Aprovar o Plano de Ação Regional de Saúde Mental da Região Carbonífera com as necessidades para suprir as deficiências de acesso dos pacientes aos serviços de saúde mental (parte integrante da RAPS Estadual).

Art. 2º - Revogam-se as disposições em contrário.

Criciúma, 07 de Agosto de 2013.

p/ **SANTINA IZÉ ROSA**
Coordenadora CIR Região Carbonífera
Secretária de Saúde de Nova Veneza.

Após a devolutiva do Ministério da Saúde sobre o PAR inicial, a CIR decidiu diminuir o número de leitos propostos, acatando proposição ministerial e manter os demais itens anteriormente planejados e conforme a devolutiva. Eis a resolução:

COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DE SAÚDE DA REGIÃO CARBONÍFERA/AMREC

Balneário Rincão, Cocal do Sul, Criciúma, Forquilhinha, Içara, Lauro Muller, Morro da Fumaça, Nova Veneza, Orleans, Siderópolis, Treviso e Urussanga – 21ª Gerencia de Saúde.

RESOLUÇÃO 030/2014

A CIR da Região Carbonífera, durante a reunião ordinária de dezembro/2014, realizada em 03/12/14, na AMREC, e no uso de suas competências regimentais, e

-Considerando a Portaria nº 3.088 do Ministério da Saúde, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

- Considerando o Plano de Ação da RAPS- Rede de Atenção Psicossocial da Região Carbonífera, elaborado pelo Grupo Condutor da Região Carbonífera;

-Considerando a devolutiva da RAPS do Ministério da Saúde,

-Considerando os debates realizados na CIR das Região Carbonifera,

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar a implantação do CAPS I nos municípios de Nova Veneza e Balneário Rincão, não microrregional,

Art. 2º - Aprovar a implantação de oito (8) leitos no Hospital de Caridade São Roque em Morro da Fumaça, seis (6) leitos no Hospital Nossa Senhora da Conceição de Urussanga e seis (6) leitos para o Hospital Municipal Henrique Lage conforme a devolutiva,

Art. 3º - Aprovar a manutenção dos demais itens do Plano de Ação da RAPS conforme a devolutiva.

Art. 4º - Revogam-se as disposições em contrário.

Criciúma, 03 de Dezembro de 2014.

Maria de Lurdes Spricigo Freccia
Coordenadora da CIR Região Carbonífera
Secretária de Saúde de Treviso.

Em documento enviado à CIR o município de Balneário Rincão propôs montagem de CAPS I próprio.

5 A matriz diagnóstica da Rede de Atenção Psicossocial para a Região de Saúde Carbonífera, em Santa Catarina, na forma da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde

MATRIZ DIAGNÓSTICA - REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL					
Região de Saúde: **Carbonífera**					
12 Municípios: Balneário Rincão, Cocal do Sul, **Criciúma**, Forquilhinha, Içara, Lauro Müller, Morro da Fumaça, Nova Veneza, Orleans, Siderópolis, Treviso e Urussanga.					
População: 397.652 habitantes					
COMPO-NENTE	**Ponto de Atenção**	**Necessidade**	**Existentes**	**Déficit**	**Parâme-tro**
I. Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde	166 equipes de Saúde da Família (EFS). Supervisão e apoio matricial organizado, regulação do acesso, protocolos assistenciais.	72 unidades básicas com 106 ESF (76,84% de cobertura).	60 ESF. Expandir e qualificar a supervisão e o apoio matricial organizado sobre as equipes de saúde da família; estabelecer regulação do acesso e protocolos assistenciais.	Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica, de 21 de outubro de 20 11
	Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas	1 consultório na rua em Criciúma	0	1 consultório na rua em Criciúma.	Portaria que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família	14 NASF com participação de psiquiatras e de psicólogos.	12 NASF (3 dos quais com psicólogo).	2 NASF novos. Incorporação de psiquiatras e de psicólogos em todos os NASF.	Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica - 2011
	Centro de Convivência	1	0	1	

COMPO-NENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Parâme-tro
II. Atenção Psicossocial Especiali-zada	Centro de Atenção Psicossocial				
	CAPS I	11	6 (Cocal do Sul, Forquilhinha, Içara, Orleans, Siderópolis, Urussanga,).	5 (2 pactuados pela CIR: Nova Veneza e Balneário Rincão; Lauro Müller, Morro da Fumaça e Treviso com pactuação pendente).	Municípios ou regiões com pop. acima de 15 mil hab.
	CAPS II	1	1 (Criciúma).	0	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS III	1	1 (Criciúma).	0	Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab
	CAPS AD	1	1 (Criciúma).	1 (em Içara)	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS ADIII	2	0	2 (um será criado pela qualificação do AD de Criciúma, o outro deveria ser microrregional, a definir)	Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab
	CAPS i	3	1 (Criciúma)	2 (1 regional, em Orleans e 1 segundo CAPS i em Criciúma).	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
III. Atenção de Urgência e Emergência	UPA / SAMU Sala de Estabilização Portas Hospitalares de Atenção à Urgência Pronto Socorro	1 unidades de suporte avançado (USA), 5 unidades de suporte básico do SAMU (USB).	1 USA (Criciúma), 5 USB (Siderópolis, Morro da Fumaça, Lauro Müller, Orleans, Forquilhinha).	0	Conforme orientações da Portaria da Rede de Atenção às Urgências, de 7 de julho de 2011.

COMPO-NENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Parâme-tro
IV. Atenção Residencial de Caráter Transitório	UA ADULTO	3	0	3 adultos (1 local em Criciúma; 1 regional em Forquilhinha e 1 regional em Morro da Fumaça)	1 UA (com 15 vagas) para cada 10 leitos de enferma-rias em hospital geral por município.
	UA INFANTO-JUVENIL	2	0	2 regionais (1 em Criciúma e 1 em Orleans).	Municípios crianças e adolescen-tes em potencial para uso de drogas ilícitas ou em potencial para uso de drogas ilícitas.
	COMUNI-DADE TERAPÊU-TICA	3	0	3	
V. Atenção Hospitalar	LEITOS	20	0	8 no Hosp. São Roque de Morro da Fumaça; 6 no Hosp. N.S. Conceição de Urussanga; 6 no Hosp. Mun. Henrique Lage de Lauro Müller.	Portarias MS 1.615/12, 148/12, 953/12, 2.035/13; 1 leito para cada 23 mil habitantes Portaria nº 1.101/02.
	ENFERMA-RIA ESPECIA-LIZADA	0	0	0	

COMPO-NENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Parâme-tro
VI. Estratégias de Desinstituci-onalização	SRT	3 Serviços Residenciais Terapêuticos (2 tipo I, com 8 moradores cada e 1 tipo II, com até 10 moradores em cuidados permanentes).	0	3 SRT tipo I (Urussanga e Criciúma); 1 SRT tipo II (Criciúma).	A depender do nº de munícipes longamente internados
	PVC	26	0	26	A depender do nº de munícipes longamente internados
VII. Reabilitação Psicossocial	Cooperativas sociais, empreendi-mentos solidários e iniciativas de geração de trabalho e renda	1	0	1	

Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina

PAR

- Plano de Ação Regional -

Região de Saúde de Laguna

Região de Saúde de Laguna:
Plano de Ação Regional para a Rede Psicossocial

1 Características básicas do território

A região abriga 5,3% da população do Estado de Santa Catarina, somando 340.078 habitantes (estimativa IBGE, 2012).

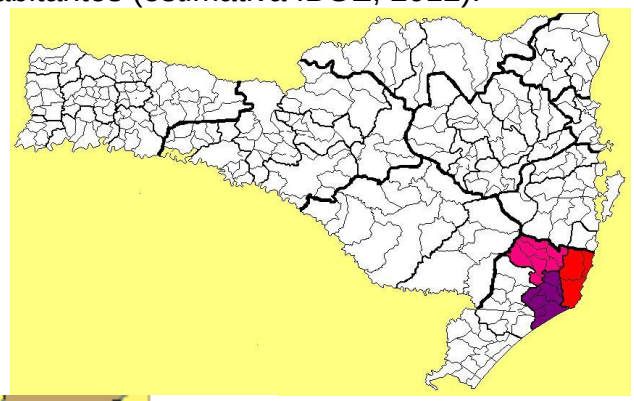
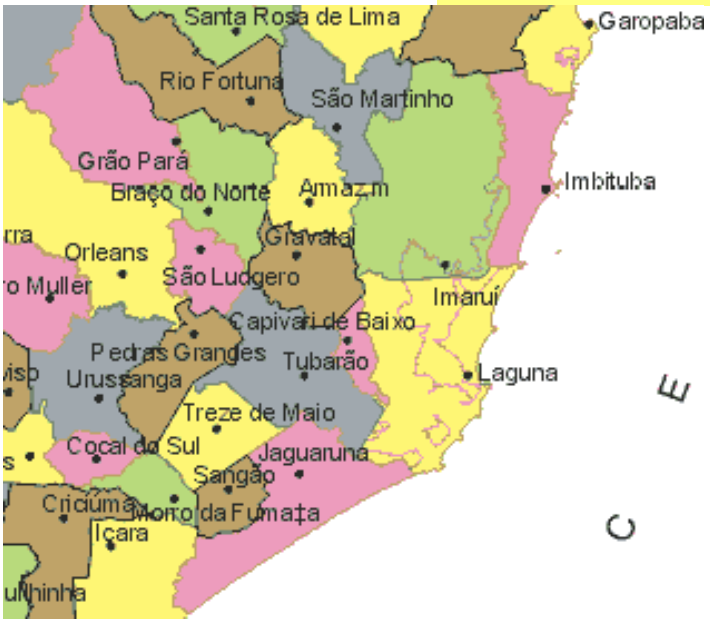


Figura RL-1. Abaixo, mapa da área de Santa Catarina compreendendo a Região de Saúde de Laguna, com seus municípios. Ao lado, a localização da Região no mapa estadual.
Fonte: CIASC, 2012.



Em 20 anos a região teve um aumento populacional de mais de 67 mil habitantes. Compõe-se de 18 municípios. Tem três Secretarias de Desenvolvimento Regional – SDR – com sede em Tubarão, Braço do Norte e Laguna. Estas são as três cidades de maior peso em população e na economia.

Pode-se inferir que cerca de um quarto da população, ao longo de um ano, apresentará queixas de ordem psíquica[178]. Tais queixas, geralmente, não representam doenças, mas apenas sintomas avulsos passageiros, que se resolvem espontaneamente, por atitudes e práticas individuais, por mudanças de hábitos ou por mecanismos sociais (como os mantidos por entidades religiosas e os de entidades de auto-ajuda, tipo Alcoólicos Anônimos, por exemplo). Contudo, cerca de um décimo da população levará tais queixas aos serviços de saúde, demandando deles alguma conduta. Eventualmente eles representam sinais e sintomas de transtornos mentais e comportamentais importantes. Uma fração menor da população (cerca de 1%) demandará assistência especializada.

Tabela RL-1. Estimativa do número de pessoas com manifestação de novas queixas de ordem psíquica e comportamental, ao ano, segundo categorias de sintomas, por municípios, Região de Saúde de Laguna, 2014.

Município	Queixas do espectro de					Total
	Drogas*	Psicoses**	Humor	Neuroses***	Outros	
Armazém	315	79	552	631	237	1.814
Braço Do Norte	1.187	297	2.077	2.374	890	6.825
Capivari De Baixo	886	221	1.550	1.772	664	5.093
Grão Pará	251	63	439	501	188	1.442
Gravatal	430	108	753	861	323	2.474
Imaruí	456	114	799	913	342	2.625
Imbituba	1.634	408	2.859	3.268	1.225	9.394
Jaguaruna	708	177	1.239	1.416	531	4.070
Laguna	2.087	522	3.652	4.173	1.565	11.998
Pedras Grandes	163	41	285	326	122	938
Pescaria Brava	377	94	659	753	282	2.166
Rio Fortuna	179	45	313	357	134	1.027
S. Rosa Lima	83	21	145	166	62	477
Sangão	430	107	752	860	322	2.471
São Ludgero	454	114	795	909	341	2.612
São Martinho	128	32	224	256	96	736
Treze De Maio	276	69	483	552	207	1.587
Tubarão	3.936	984	6.889	7.873	2.952	22.635
Região de Laguna	13.980	3.496	24.465	27.961	10.483	80.384

**Inclui álcool etílico e outras substâncias, exceto nicotina e cafeína.* ***Inclui queixas relacionáveis a psicoses orgânicas (F0) e funcionais (F2).* ****Inclui queixas relacionáveis a neuroses, estresse e somatoformes (F4).*
Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação, SUR, SES/SC, 2013.

[178] Para Goldberg e Huxley, cerca de 23% da população apresenta, em algum momento, sintomas positivos de ordem psíquica. Mário Teixeira, em amostras no município de Florianópolis, encontrou 25% da população nesta situação. Vide:

GOLDBERG, D. (1995) Epidemiology of mental disorders in primary care settings. **Epidemiologic Reviews**, 17, 182 -190.

TEIXEIRA, Mário Aurélio Aguiar. Estudo de Morbidade Psiquiátrica em Duas Localidades da Ilha de Santa Catarina (Florianópolis).(Tese). São Paulo: Escola Paulista de Medicina. São Paulo (UFSP), 1998.

Tabela RL-2. Estimativa do número de pessoas demandando assistência por transtornos psíquicos e comportamentais, no período de um ano, por município, Região de Saúde de Laguna, 2014.

Município	Demanda	
	À rede básica	Especializada
Armazém	726	79
Braço Do Norte	2.730	297
Capivari De Baixo	2.037	221
Grão Pará	577	63
Gravatal	990	108
Imaruí	1.050	114
Imbituba	3.758	408
Jaguaruna	1.628	177
Laguna	4.799	522
Pedras Grandes	375	41
Pescaria Brava	866	94
Rio Fortuna	411	45
S. Rosa Lima	191	21
Sangão	988	107
São Ludgero	1.045	114
São Martinho	294	32
Treze De Maio	635	69
Tubarão	9.054	984
Região de Laguna	32.154	3.495

Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação, SUR, SES/SC, 2013.

2 A rede existente no início da discussão do PAR

Em 2013, dos 18 municípios da Região de Saúde de Laguna, 13 mantinham núcleo de atenção à saúde da família (NASF), porém em apenas 6 deles há profissionais que se dedicassem a temas da saúde mental. Em 12 municípios não há psicólogo ou psiquiatra na equipe do núcleo. Portanto, 72% dos municípios da região têm NASF, mas somente 33% têm NASF que trabalhe temas de saúde mental.

Tabela RL-3. Número de NASF e de psicólogos trabalhando em NASF nos municípios da Região de Laguna, 2013.

Município	População	NASF	Psicólogos
Armazém	7.886		
Braço do Norte	29.672		
Capivari de Baixo	22.145	1	
Grão Pará	6.268	1	1
Gravatal	10.758		
Imaruí	11.411	1	
Imbituba	40.845	1	1
Jaguaruna	17.695	1	
Laguna	42.750	1	
Pedras Grandes	4.078	1	
Pescaria Brava	9.416		
Rio Fortuna	4.466	1	1
Sangão	10.744	1	1
S. Rosa de Lima	2.074	1	1
São Ludgero	11.357		
São Martinho	3.200	1	1
Treze de Maio	6.901	1	
Tubarão	98.412	3	
Região de Laguna	340.078	15	6

Fonte: GEABS, SUG, SES/SC, 2013.

O município de Tubarão contém 29% da população regional e mantém metade dos CAPS da região.

É o único município cuja população é atendida por serviços de CAPS especializados em problemas derivados do abuso de drogas. Portanto, há carência de acesso dos 61% da população restante, na região, por falta de um CAPS AD regional.

Figura RL-3. Número (absoluto e percentual) de municípios que têm e não têm CAPS, Região de Laguna, 2013.

Fonte: GEABS, SUG, SES/SC, 2013.

Figura RL-4. Número (absoluto e percentual) de habitantes que têm e não têm CAPS disponível em seu município, Região de Laguna, 2013.

Fonte: GEABS, SUG, SES/SC, 2013.

Tabela RL-4. Disponibilidade de CAPS, segundo a modalidade, na Região de Laguna, 2014.

Município	População	I	II	AD	i	III	Total
Armazém	7.886						0
Braço do Norte	29.672						0
Capivari de Baixo	22.145						0
Grão Pará	6.268						0
Gravatal	10.758						0
Imaruí	11.411						0
Imbituba	40.845	1					1
Jaguaruna	17.695						0
Laguna	42.750	1					1
Pedras Grandes	4.078						0
Pescaria Brava	9.416						0
Rio Fortuna	4.466						0
Sangão	10.744						0
Santa Rosa de Lima	2.074						0
São Ludgero	11.357						0
São Martinho	3.200						0
Treze de Maio	6.901						0
Tubarão	98.412		1	1			2
Região de Laguna	340.078	2	1	1			4

Há 31 leitos disponíveis em hospitais gerais da região, estando 30 deles concentrados no Hospital Bom Jesus dos Passos, de Laguna.

Tabela RL-5. Disponibilidade de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, em municípios da Região de Laguna, 2013.

Município	CNES – Hospital	Leitos
LAGUNA	2558017 - HOSP. CARIDADE BOM JESUS DOS PASSOS	30
TUBARÃO	2491710 - SDP HOSP. NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO	3
RIO FORTUNA	2386038 - HOSPITAL DE RIO FORTUNA	1

Fonte: CNES, 2013.

Contudo, muitas pessoas buscaram tratamento fora de domicílio, em outras regiões. Grandíssima parte dos pacientes nesta situação dirigiu-se à Casa de Saúde Rio Maina, em Criciúma. No total, no ano de 2012 ocorreram 976 internações, de habitantes da região. Destas, 539 foram feitas na região. As restante, 437, migraram para outra região. No quinquênio de 2008 a 2012 deu-se uma média de 902 internações de moradores da região, por ano.

Tabela RL-6. Número de internações psiquiátricas de moradores, por local de residência, Região de Laguna, período de 2008 a 2012.

Região/Município	2008	2009	2010	2011	2012	Média	Total
.... Armazém	10	13	5	9	12	10	49
.... Braço do Norte	54	71	55	60	55	59	295
.... Capivari de Baixo	54	48	75	87	79	69	343
.... Grão Pará	24	24	17	21	21	21	107
.... Gravatal	37	35	33	35	44	37	184
.... Imaruí	21	23	22	23	29	24	118
.... Imbituba	88	65	98	121	103	95	475
.... Jaguaruna	39	36	57	67	53	50	252
.... Laguna	162	154	181	205	198	180	900
.... Pedras Grandes	15	14	8	10	11	12	58
.... Rio Fortuna	10	2	9	8	21	10	50
.... Sangão	13	11	13	17	12	13	66
.... S. Rosa de Lima	10	9	3	2	-	5	24
.... São Ludgero	23	16	23	30	34	25	126
.... São Martinho	6	10	12	8	7	9	43
.... Treze de Maio	14	10	4	8	6	8	42
.... Tubarão	256	229	282	319	291	275	1.377
Total	836	770	897	1.030	976	902	4.509

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2013.

Figura RL-5. Números do fluxo de internações locais e fora de domicílio, Região de Laguna, 2013.
Fonte: GEABS, SUG, SES/SC, 2013.

O Hospital de Caridade Bom Jesus dos Passos, em Laguna, é uma instituição com 106 leitos, dos quais até 30 tem sido disponibilizados para atendimento psiquiátrico. Precisará de alguns ajustes e de qualificação para se transformar em Serviço Hospitalar de Referência regional para transtornos mentais e decorrentes de álcool, crack e outras drogas, nos termos da Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012.

Tabela RL-7. Número de internações psiquiátricas pelo SUS, no Hospital de Caridade Bom Jesus dos Passos, Laguna, de 2008 a 2012.

Ano	2008	2009	2010	2011	2012	Média
Internações	159	369	505	530	475	407

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Em média, no último quinquênio (2008 a 2012), aquele hospital realizou 407 internações psiquiátricas, com uma média de permanência de 17,7 dias. Os demais hospitais gerais da região internaram apenas por poucos dias, para resolver urgências ou emergências, pontualmente.

Tabela RL-8. Valor das internações psiquiátricas pelo SUS, no Hospital de Caridade Bom Jesus dos Passos, Laguna, de 2008 a 2012.

Ano	2008	2009	2010	2011	2012	Média
Internações	100.090,95	343.343,30	501.552,82	742.239,19	560.633,50	*449.571,95*

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

O valor médio de uma internação foi de R$1.103,00. O valor total médio das internações psiquiátricas beirou R$450.000,00 por ano.

As internações psiquiátricas feitas em Laguna tiveram média de permanência hospitalar[179] de 17,7 dias, no quinquênio de 2008 a 2012. Esta é uma média boa e significa que o hospital não tende a assumir

[179] É um indicador de qualidade hospitalar. Representa o tempo médio em dias que os pacientes ficaram internados no hospital. É sinônimo de duração média da internação. É a relação numérica entre o total de doentes-dia num determinado período, e o total de doentes saídos (altas e óbitos).

papel asilar ou de substituto de serviços de albergue para problemas de moradia ou problemas sociais.

Os demais hospitais que internaram casos psiquiátricos, na região, apenas abordaram o momento de crise, em urgência, e deram alta em poucos dias.

Tabela RL-9. Média de permanência, em dias, em internações psiquiátricas realizadas em hospitais gerais da Região de Saúde de Laguna, no quinquênio 2008 a 2012.

Região/Município	2008	2009	2010	2011	2012	Total
.... Braço do Norte	...	...	...	2	7	6,2
.... Imbituba	3,7	...	3,6	2	8	3,7
.... Laguna	17,6	20,7	17,2	18,3	15,1	17,7
.... Rio Fortuna	3,3	4,3	6,6	3,4	4,4	4
.... Tubarão	4,4	4,4	5,2	4,8	4,9	4,9
Total	14,8	20,1	16,2	17	13,9	16,4

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2013.

3 Imagem objetivo (a rede idealizada)

O investimento nos NASF que trabalhem com temas de saúde mental é uma das prioridades tecnicamente indicadas para a região. É a partir das equipes dos NASF que poderão ser montadas as supervisões sobre a atenção primária e o apoio matricial. Os programas de saúde mental hoje existentes em pequenos municípios poder-se-ão integrar ao trabalho e estudar formas de colaboração e de intervenção conjunta.

Figura RL 6. Mapa rodoviário mostrando o acesso de Pescaria Brava a Capivari de Baixo.

É fundamental que tanto Capivari de Baixo (com 22.145 habitantes) quanto Jaguaruna (17.695 habitantes) sejam aparelhados por CAPS I. Um futuro CAPS I de Capivari de Baixo, sendo microrregional, poderia atender a população de Pescaria Brava (9.416 habitantes), distante apenas 12 km.

Treze de Maio está com 6.901 habitantes) e Sangão com 10.744 habitantes. Um CAPS I, microrregional em Sangão daria acesso aos moradores de ambos os municípios, com facilidade.

O município de Jaguaruna pelo tamanho da população, pode ter um CAPS I próprio.

Gravatal (com 10.758 habitantes), Armazém (7.886 habitantes) e São Martinho (3.200 habitantes) podem se consorciar para ter um CAPS I microrregional. As distâncias são pequenas: 9 km de Gravatal a Armazém e outros 14 a São Martinho.

Figura RL 8. Mapa rodoviário mostrando os acessos de Braço do Norte e de Gravatal.

São Ludgero (com 11.357 habitantes), Rio Fortuna (4.466 habitantes) e Santa Rosa de Lima (2.074 habitantes) poderiam ser atendidos por um CAPS I microrregional em Braço do Norte (29.672 habitantes). A maior distância é a de Santa Rosa de Lima: 36 km. Rio Fortuna dista 19 km e São Ludgero apenas 7 km. Há, contudo, resistências atuais dos municípios para a implantação do serviço, por razões principalmente econômicas.

Torna-se importante a criação de um CAPS AD regional em Laguna, ou na conversão do CAPS AD de Tubarão em ADIII regional.

Também a criação de um CAPS i regional em Tubarão será fundamental.

Calcula-se que a região necessita de duas unidades de acolhimento para adultos, somando pelo menos um total de 17 vagas. Necessita também de uma unidade de acolhimento infanto-juvenil, com 8 vagas. O município de Laguna já teria recebido recursos do Ministério da Saúde para a implantação da unidade de acolhimento, apesar de forças locais afirmarem haver falta de interesse atual, tanto em Laguna quanto em Tubarão. Há dificuldades quanto à contratação de recursos humanos, inclusive para CAPS, como se vê na ata da reunião de 15 de outubro de 2014, da Câmara Técnica para a Implantação da RAPS na região:

- O consenso geral da Câmara Técnica foi de que: " Ninguém é contra a Organização da RAPS, porém, precisamos que o MS viabilize legalmente as formas de contratação e execução do programa, respeitando a Lei de Responsabilidade Fiscal." Que os municípios que possuem e/ou irão implantar CAPS, possam utilizar 50% dos recursos para a folha de pagamento e 50% para o custeio.

A avaliação da implantação da RAPS na região, pela CIR, na reunião deliberativa de 24 de outubro de 2014, foi a seguinte:

- CAPS I microrregional em Gravatal – OK.

- CAPS I em Jaguaruna – OK.

- CAPS I microrregional Sangão – OK (Treze de Maio não aceita ser a sede).

- CAPS I microrregional Pescaria Brava – Não quer sediar de CAPS, continua a sugestão sendo Imaruí para sediar.

- CAPS I microrregional em São Ludgero – os municípios são contrários à implantação.

- CAPS I em Laguna – OK, já em funcionamento.

- CAPS I em Capivari de Baixo – OK, já em funcionamento.

- CAPS II em Tubarão – OK, já em funcionamento.

- CAPS AD em Tubarão – OK, já em funcionamento.

- CAPS AD III microrregional em Imbituba – Não aceita.

- CAPS AD em Laguna – Não apresentou parecer.

- CAPSi microrregional em Capivari de Baixo – OK, para implantação com outros municípios interessados.

-CAPSi em Tubarão – OK

Além das deliberações da CIR, o Grupo Condutor da Rede, no nível estadual, incluiu as seguintes sugestões:

a) Manter debates locais sobre a importância das unidades de acolhimento, visando a criação futura de 1 unidade de acolhimento infanto-juvenil, com 8 vagas, e de 2 unidades de acolhimento de adultos, com 17 vagas. Estas modalidades de atenção poderão evitar internações clinicamente desnecessárias e aumentar a qualidade de alguns atendimentos onde a vulnerabilidade momentânea, familiar e social, esteja aumentada.

Tabela RL-10. Estimativa da necessidade de vagas em unidades de acolhimento para adultos e para menores de 18 anos, Região de Laguna, 2015.

Município	População	Adulto	Infanto-Juvenil
Armazém	7.886	0,4	0,2
Braço do Norte	29.672	1,5	0,7
Capivari de Baixo	22.145	1,1	0,5
Grão Pará	6.268	0,3	0,1
Gravatal	10.758	0,5	0,2
Imaruí	11.411	0,6	0,3
Imbituba	40.845	2,0	0,9
Jaguaruna	17.695	0,9	0,4
Laguna	43.166	2,2	1,0
Pedras Grandes	4.078	0,2	0,1
Pescaria Brava	9.416	0,5	0,2
Rio Fortuna	4.466	0,2	0,1
Sangão	10.744	0,5	0,2
Santa Rosa de Lima	2.074	0,1	0,0
São Ludgero	11.357	0,6	0,3
São Martinho	3.200	0,2	0,1
Treze de Maio	6.901	0,3	0,2
Tubarão	98.412	4,9	2,2
Região de Laguna	340.494	17	8

Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação. GECOR. SUR. SES/SC, 2013.

b) montagem de um programa de qualificação e de educação continuada na atenção psicossocial, por parte da Secretaria de Estado da Saúde, abrangendo as equipes de saúde mental e de saúde da família, da região.

c) montagem de um programa de divulgação de protocolos assistenciais, a cargo da Secretaria de Estado da Saúde, capacitando as equipes da região para seu uso.

d) montagem de um programa de prevenção do óbito autoprovocado, a cargo da Secretaria de Estado da Saúde, voltado às equipes da região.

e) implantação gradativa e qualificação de trabalho de matriciamento sobre a atenção primária.

f) montagem de 2 residenciais terapêuticos tipo I, de 8 vagas cada um, para acolher os 6 pacientes crônicos moradores do Hospital de Custódia e Tratamento, os 8 moradores do Centro de Convivência Santana, na Grande Florianópolis, e mais 2 da Casa de Saúde Rio Maina, que procedem de Tubarão[180].

[180] Há incentivo ministerial financeiro de custeio, no valor de R$ 20.000,00 (vinte mil reais), para implantação de SRT Tipo I e Tipo II, observadas as diretrizes da Portaria nº 106/GM/MS, de 2000. Há também recurso financeiro de custeio mensal no valor de R$ 10.000,00 (dez mil reais), para cada grupo de oito moradores de SRT Tipo I e R$ 20.000,00 (vinte mil reais) para cada grupo de dez moradores de SRT Tipo II. Vide a Portaria 3.090, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde.

g) montagem de um programa regional de reabilitação psicossocial, pelas prefeituras municipais, com enquadramento de egressos de longa permanência em hospitais especializados no Programa De Volta Para Casa, sempre que possível, e criação de dispositivos de reabilitação e de geração de emprego e renda.

h) criação de um CAPS i regional em Capivari de Baixo, para atendimento dos municípios que queiram participar da empreitada, e criação de um CAPS i próprio do município de Tubarão, segundo a resolução já aprovada pela CIR.

4 A rede pactuada pela CIR da Região de Saúde de Laguna

A rede pactuada pela CIR está descrita na Resolução da CIR nº. 045/2013, de 21 de outubro de 2013, cujo *fac símile* se segue:

ESTADO DE SANTA CATARINA
COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL - MACRORREGIÃO SUL – REGIÃO DE SAÚDE LAGUNA
Armazém, Braço do Norte, Capivari de Baixo, Grão Pará, Gravatal, Imaruí, Imbituba, Jaguaruna, Laguna, Pedras Grandes, Pescaria Brava, Sangão, Santa Rosa de Lima, São Ludgero, São Martinho, Treze de Maio, Tubarão, 19ª GERSA de Laguna, 20ª GERSA de Tubarão, 36ª GERSA de Braço do Norte

RESOLUÇÃO CIR/SC Nº. 045/2013, de 21 de Outubro de 2013.

Dispõe sobre a aprovação do Plano Regional das Redes de Atenção Psicossocial.

Atendendo os dispositivos legais, em especial a Lei 8080 de 19/09/1990 em seu Artigo 10º e ao Decreto nº.. 7.508, de 28 de junho de 2011.

Em Assembléia Geral Extraordinária a Comissão Intergestores Regional – CIR, Região de Saúde de Laguna, realizada no dia 21 de outubro de 2013, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e considerando:

- o Decreto Federal nº. 7.508, 28/06/2011, que regulamenta a Lei nº. 8.080/90, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;
- a Portaria GM/MS nº. 4.279, de 30/12/2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências;
- o Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas;
- a Portaria nº 336/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002, que regulamenta o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS);
- a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;
- a Portaria, nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências SUS;
- as recomendações contidas no Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, realizada em 2010;
- as recomendações da Câmara Técnica de Atenção Psicossocial da CIR Região de Saúde de Laguna;

- a necessidade de que o SUS ofereça uma rede de serviços de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas com demandas decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas;
- Considerando a necessidade de ampliar e diversificar os serviços do SUS para a atenção às pessoas com necessidades decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas e suas famílias,

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar a Proposta do Plano de Ação Regional para a Rede Psicossocial na Região de Saúde de Laguna, em conformidade com as Portarias Federais vigentes.

Art. 2º - Fica condicionado a aprovação da Proposta do Plano de Ação Regional para a Rede Psicossocial na Região de Saúde de Laguna aos encaminhamentos da Câmara Técnica de Atenção Psicossocial desta CIR levando-se em conta as seguintes complementações e recomendações:

- a criação de um CAPS I em Braço do Norte.
- a criação de um CAPS I microrregional em São Ludgero (Grão Pará, Santa Rosa de Lima, Rio Fortuna e São Ludgero).
- a criação de um CAPS I microrregional em Gravatal (Armazém, São Martinho e Gravatal).
- a criação de um CAPS I microrregional em Jaguaruna (Sangão, Pedras Grandes e Treze de Maio).
- criação de um CAPS I microrregional em Imaruí (para atender Imaruí e parte de Imbituba).
- criação de um CAPS I microrregional em Pescaria Brava (para atender pescaria Brava e parte de Laguna).
- a criação de um CAPS AD regional em Laguna.
- a criação de um CAPS ADIII (24 horas) regional em Tubarão.

- a criação de um CAPS i regional em Tubarão.
- a adequação e qualificação do Hospital de Caridade Bom Jesus dos Passos, de Laguna e do Hospital Nossa Senhora da Conceição, de Tubarão, Hospital de Caridade Jaguaruna, em Jaguaruna, para se transformarem em serviços hospitalares de referência regional, perfazendo um total de 25 a 30 leitos.
- a qualificação do pronto-socorro do Hospital Nossa Senhora da Conceição, de Tubarão e Hospital de Caridade Jaguaruna, em Jaguaruna, para o atendimento de crises psiquiátricas, com dois leitos preparados para urgências e emergências em saúde mental.
- a construção de contatos e vínculos intersetoriais, especialmente com o Sistema Único de Assistência Social.
- a definição, em protocolo, de um fluxo intersetorial entre instituições da educação, da segurança pública, da assistência social e da saúde.
- a montagem de um programa de qualificação e de educação continuada na atenção psicossocial, por parte da Secretaria de Estado da Saúde, abrangendo as equipes de saúde mental e de saúde da família, da região.
- a montagem de um programa de divulgação de protocolos assistenciais, a cargo da Secretaria de Estado da Saúde, capacitando as equipes da região para seu uso.
- a montagem de um programa de prevenção do óbito autoprovocado, a cargo da Secretaria de Estado da Saúde, voltado às equipes da região.
- a implantação e qualificação de trabalho de matriciamento sobre a atenção primária.
- a incentivo à intensificação de supervisão de equipes de CAPS.
- a estabelecimento de NASF em todos os municípios que tenham 3 ou mais equipes de saúde da família.
- a montagem de 2 residenciais terapêuticos tipo I, de 8 vagas cada um, para acolher os 6 pacientes crônicos moradores do Hospital de Custódia e

Tratamento, os 8 moradores do Centro de Convivência Santana, na Grande Florianópolis, e mais 2 da Casa de Saúde Rio Maina, que procedem de Tubarão.

- a montagem de um programa regional de reabilitação psicossocial, com enquadramento de egressos de longa permanência em hospitais especializados no Programa De Volta Para Casa, sempre que possível, e criação de dispositivos de reabilitação e de geração de emprego e renda.
- a Adequação e qualificação do Hospital de Caridade e Maternidade São João Batista, de Imaruí para se transformar em serviço de referencia em dependência química no atendimento infanto juvenil.

Art. 3º - Fica acatado por esta CIR as recomendações da Câmara Técnica de Atenção Psicossocial quanto a necessidade de efetivar as seguintes propostas de retaguarda para a implantação da RAPS:

- Que a implantação dos CAPS seja a partir do segundo semestre de 2014;
- Que seja realizado um diagnóstico nos municípios, a serem aplicadas in loco por representantes desta Câmara Técnica. Este questionário trará informações significativas ao diagnóstico da Atenção psicossocial da região quanto a viabilidade física e técnica para a implantação dos CAPS micro e regional;
- Garantia de apoio Institucional, tanto Estadual como municipal para os CAPS já existentes e para a Atenção Básica de forma a contemplar três eixos prioritários: 1. Gestão, 2. Processo de trabalho da Equipe, 3. Educação Permanente;
- Ampliação do cofinanciamento destinado a RAPS das três esferas de governo;
- Que seja criada uma regulação regional da Rede de Atenção Psicossocial, enfatizando-se a corresponsabilidade no atendimento integral aos usuários.
- Que seja criado pelo Ministério da Saúde, Estado e municípios mecanismos de acompanhamento e sansões para o não cumprimento dos termos de garantia do acesso assinado pelos prestadores, bem como no convencimento para a assinatura dos mesmos.

Art.4º - Esta Resolução entrará em vigor a partir da data de sua publicação.

Tubarão (SC), 21 de Outubro de 2013.

LUIZ FELIPE REMOR
Coordenador CIR Região de Laguna
Secretário Municipal de Saúde de Laguna

Após estudar o impacto da devolutiva do Ministério da Saúde ao plano, os gestores acordaram o que consta no documento abaixo:

Resposta dos Municípios da Região de Laguna – AMUREL, à Devolutiva da RAPS do MS.

No dia 21/10/2014, no auditório da AMUREL houve uma reunião da CIR, onde os gestores municipais comprometeram-se com a 20ª GERSA, que até o dia 24/10/2014 enviariam via e-mail para o coordenador de Saúde Mental Sr. Laury Kuntz Makowiesky, o seu parecer frente a RAPS.

Hoje, 29/10/2014, recebemos o parecer dos seguintes municípios: Gravatal, Imbituba, Laguna, Pescaria Brava, Treze de Maio, São Ludgero, Sangão e Tubarão. Os demais municípios não enviaram seu parecer.

Foi analisada a redação quanto ao retorno da devolutiva dos gestores municipais, cujas cópias irão via malote para o Estado e MS, bem como para o presidente da CIR/AMUREL, presidente da Câmara Técnica de Saúde Mental e para os gerentes regionais de saúde das 19ª, 20ª e 36ª (Laguna, Tubarão e Braço do Norte).

Descreve-se abaixo o resultado da analise:

- CAPS I microrregional em Gravatal – OK.

- CAPS I em Jaguaruna – OK.

- CAPS I microrregional Sangão – OK (Treze de Maio não aceita ser a sede).

- CAPS I microrregional Pescaria Brava – Não quer sediar de CAPS, continua a sugestão sendo Imaruí para sediar.

- CAPS I microrregional em São Ludgero – os municípios são contrários à implantação.

- CAPS I em Laguna – OK, já em funcionamento.

- CAPS I em Capivari de Baixo – OK, já em funcionamento.

- CAPS II em Tubarão – OK, já em funcionamento.

- CAPS AD em Tubarão – OK, já em funcionamento.

- CAPS AD III microrregional em Imbituba – Não aceita.

- CAPS AD em Laguna – Não apresentou parecer.

- CAPSi microrregional em Capivari de Baixo – OK, para implantação com outros municípios interessados.

-CAPSi em Tubarão – OK

- Unidade de Acolhimento Infanto - Juvenil – Laguna não tem interesse, porém já recebeu os recursos financeiros.

- Unidade de Acolhimento Infanto - Juvenil em Tubarão – Sem interesse.

- CAPS AD III Regional em Tubarão – Sem interesse.

O consenso geral da Câmara Técnica foi de que: "Ninguém é contra a Organização as RAPS, porém, precisamos que o MS viabilize legalmente as formas de contratação e execução do programa, respeitando a Lei de Responsabilidade Fiscal." Que os municípios que possuem e/ou irão implantar CAPS, possam utilizar 50% dos recursos para a folha de pagamento e 50% para o custeio.

Obs: Pescaria Brava justificou que vai sediar para o ano de 2015, porem preciso pedir com Imaruí que de forma formos feitos.
ATT= Secretário

5 A matriz diagnóstica da Rede de Atenção Psicossocial para a Região de Saúde de Laguna, em Santa Catarina, na forma da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde

MATRIZ DIAGNÓSTICA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL					
Região de Saúde: **de Laguna**					
18 Municípios: Armazém, Braço do Norte, Capivari de Baixo, Grão Pará, Gravatal, Imaruí, Imbituba, Jaguaruna, Laguna, Pedras Grandes, Pescaria Brava, Rio Fortuna, Sangão, Santa Rosa de Lima, São Ludgero, São Martinho, Treze de Maio e Tubarão.					
População: 340.078 habitantes					
COMPO-NENTE	**Ponto de Atenção**	**Necessidade**	**Existentes**	**Déficit**	**Parâme-tro**
I. Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde	141 equipes de saúde da família (ESF). Supervisão e apoio matricial organizado, regulação do acesso, protocolos assistenciais.	112 ESF (97,12% de cobertura)	29 ESF. Supervisão e apoio matricial organizado, regulação do acesso, protocolos assistenciais.	Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica, de 21 de outubro de 20 11
	Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas	0	0	0	Portaria que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família	18 NASF	15 NASF (6 com psicólogo) Colocar psicólogos em todos os NASF.	3 NASF	Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica - 2011
	Centro de Convivência	1	0	1	

COMPO-NENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Parâme-tro
II. Atenção Psicossocial Especiali-zada	Centro de Atenção Psicossocial				
	CAPS I	9	3 (Capivari de Baixo, Imbituba e Laguna)	6 (Braço do Norte; microrregionais em São Ludgero, Gravatal, Jaguaruna, Imaruí e Pescaria Brava).	Municípios ou regiões com pop. acima de 15 mil hab.
	CAPS II	1	1 (Tubarão)	0	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS III				Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab
	CAPS AD	2	1 (Tubarão)	1 (Laguna)	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS ADIII	1	0	1 (regional, em Tubarão, a partir da qualificação do AD)	Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab
	CAPS i	2	0	2 (1 microrregional em em Tubarão, e outro a definir)	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
III. Atenção de Urgência e Emergência	UPA / SAMU Sala de Estabilização Portas Hospitalares de Atenção à Urgência Pronto Socorro	1 unidade de suporte avançado (USA) e 3 unidades de suporte básico (USB).	1 USA (Tubarão) e 3 USB (Santa Rosa de Lima, Laguna e Braço do Norte).	0	Conforme orientações da Portaria da Rede de Atenção às Urgências, de 7 de julho de 2011.

COMPO-NENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Parâme-tro
IV. Atenção Residencial de Caráter Transitório	UA ADULTO	2 (com um total de 17 vagas)	0	2 (com um total de 17 vagas)	1 UA (com 15 vagas) para cada 10 leitos de enferma-rias em hospital geral por município.
	UA INFANTO-JUVENIL	1 (com 8 vagas)	0	1 (com 8 vagas)	Municípios crianças e adolescen-tes em potencial para uso de drogas ilícitas ou em potencial para uso de drogas ilícitas.
	COMUNI-DADE TERAPÊU-TICA	1	0	1	
V. Atenção Hospitalar	LEITOS	15	0	15 leitos tipo adulto (no Hospital Bom Jesus dos Passos , em Laguna)	Portarias MS 1.615/12, 148/12, 953/12, 2.035/13; 1 leito para cada 23 mil habitantes Portaria nº 1.101/02.
	ENFERMA-RIA ESPECIA-LIZADA	1 (com 15 leitos)	0	1 (Hosp. Caridade Bom Jesus dos Passos de Laguna)	

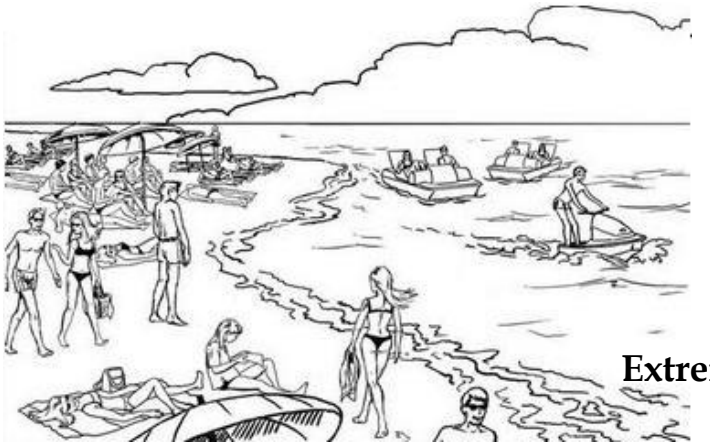
COMPO-NENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Parâme-tro
VI. Estratégias de Desinstituci-onalização	SRT	2 Serviços Residenciais Terapêuticos tipo I (com um total de 16 vagas).	0	2	A depender do nº de munícipes longamente internados
	PVC	16		16	A depender do nº de munícipes longamente internados
VII. Reabilitação Psicossocial	Cooperativas Sociais, empreendi-mentos solidários e iniciativas de geração de trabalho e renda	1	0	1	

Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina

PAR

- Plano de Ação Regional -

Região de Saúde do
Extremo Sul Catarinense



Região de Saúde do Extremo Sul Catarinense:

Plano de Ação Regional para a Rede Psicossocial

1 Características básicas do território

A região, com 183.931 habitantes, abriga 3,5% da população do Estado de Santa Catarina, em 15 municípios, ligados a uma Secretaria de Desenvolvimento Regional – SDR. Suas fronteiras com o Rio Grande do Sul não contam com polos de saúde importantes. Sempre houve, porém, alguma busca eventual de serviços em Porto Alegre.

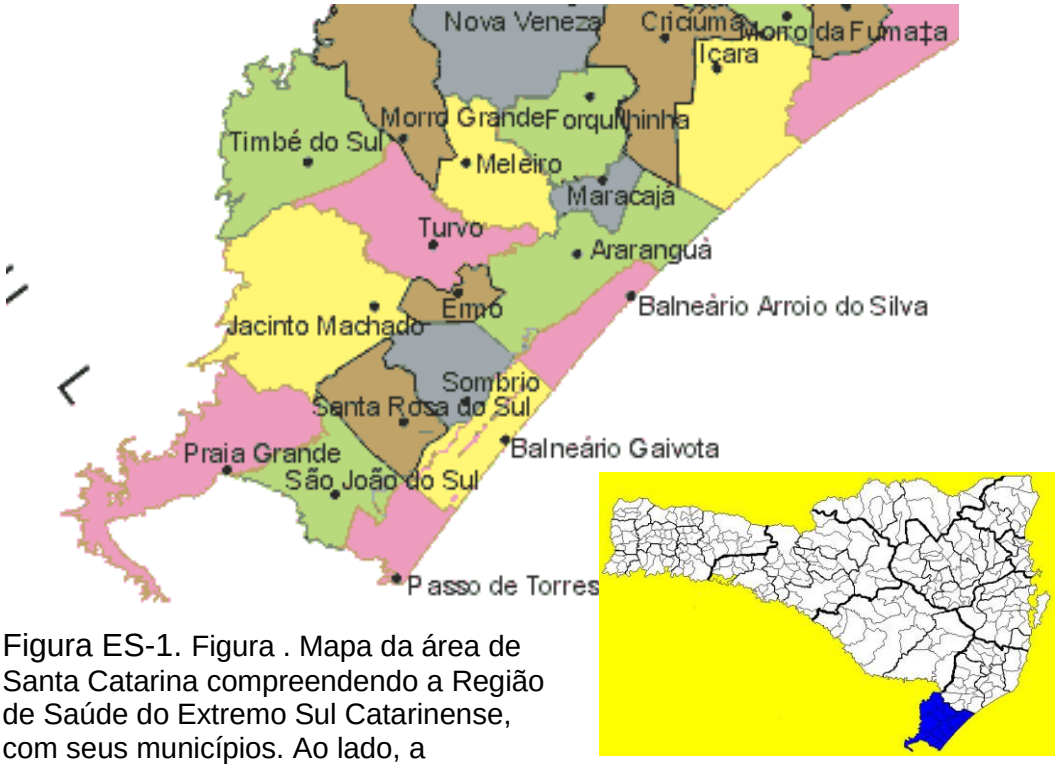


Figura ES-1. Figura . Mapa da área de Santa Catarina compreendendo a Região de Saúde do Extremo Sul Catarinense, com seus municípios. Ao lado, a localização da Região no mapa estadual.
Fonte: CIASC, 2012.

Pode-se inferir que cerca de um quarto da população, ao longo de um ano, apresentará algum tipo de queixa de ordem psíquica[181].

Tabela ES-1. Estimativa do número de pessoas com manifestação de novas queixas de ordem psíquica e comportamental, ao ano, segundo categorias de sintomas, por municípios, Região de Saúde do Extremo Sul Catarinense, 2014.

Município	Queixas do espectro de					Total
	Drogas*	Psicoses**	Humor	Neuroses***	Outros	
Araranguá	2.492	623	4.362	4.985	1.869	14.331
Balneário Arroio Silva	405	101	708	810	304	2.328
Balneário Gaivota	346	87	606	692	260	1.991
Ermo	82	20	143	164	61	471
Jacinto Machado	422	106	739	845	317	2.429
Maracajá	261	65	457	523	196	1.503
Meleiro	280	70	489	559	210	1.607
Morro Grande	115	29	202	231	87	664
Passo De Torres	279	70	487	557	209	1.602
Praia Grande	291	73	509	581	218	1.671
Santa Rosa Do Sul	324	81	566	647	243	1.861
São João Do Sul	281	70	492	563	211	1.618
Sombrio	1.087	272	1.902	2.173	815	6.248
Timbé Do Sul	212	53	371	424	159	1.220
Turvo	480	120	840	960	360	2.760
Região Extremo Sul	7.357	1.840	12.873	14.714	5.519	42.304

**Inclui álcool etílico e outras substâncias, exceto nicotina e cafeína.* ***Inclui queixas relacionáveis a psicoses orgânicas (F0) e funcionais (F2).* ****Inclui queixas relacionáveis a neuroses, estresse e somatoformes (F4).*
Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação, SUR, SES/SC, 2013.

Tais queixas, geralmente, não representam doenças, mas apenas sintomas avulsos passageiros, que se resolvem espontaneamente, por atitudes e práticas individuais, ou por mecanismos sociais (como os religiosos e os de entidades de auto-ajuda, tipo Alcoólicos Anônimos, por exemplo).

Contudo, cerca de um décimo da população levará tais queixas aos serviços de saúde, demandando deles alguma conduta. Eventualmente eles representam sinais e sintomas de transtornos mentais e comportamentais importantes.

Uma fração menor da população (cerca de 1%) tenderá a demandar assistência especializada.

[181] Para Goldberg e Huxley, cerca de 23% da população apresenta, em algum momento, sintomas positivos de ordem psíquica. Mário Teixeira, em amostras no município de Florianópolis, encontrou 25% da população nesta situação. Vide:

GOLDBERG, D. (1995) Epidemiology of mental disorders in primary care settings. **Epidemiologic Reviews**, 17, 182 -190.

TEIXEIRA, Mário Aurélio Aguiar. Estudo de Morbidade Psiquiátrica em Duas Localidades da Ilha de Santa Catarina (Florianópolis).(Tese). São Paulo: Escola Paulista de Medicina. São Paulo (UFSP), 1998.

Tabela ES-2. Estimativa do número de pessoas demandando assistência por transtornos psíquicos e comportamentais, no período de um ano, por município, Região de Saúde do Extremo Sul Catarinense, 2014.

Município	Demanda	
	À rede básica	Especializada
Araranguá	5.732	623
Balneário Arroio Silva	931	101
Balneário Gaivota	796	87
Ermo	188	20
Jacinto Machado	972	106
Maracajá	601	65
Meleiro	643	70
Morro Grande	266	29
Passo De Torres	641	70
Praia Grande	668	73
Santa Rosa Do Sul	744	81
São João Do Sul	647	70
Sombrio	2.499	272
Timbé Do Sul	488	53
Turvo	1.104	120
Região Extremo Sul	16.922	1.839

Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação, SUR, SES/SC, 2013.

2 A rede existente hoje

Dos 15 municípios da região, somente 4 contam com NASF para organizar e apoiar a rede de atenção primária. Deles, apenas 4 abordam temas da saúde mental e contam com um psicólogo.

Tabela ES-3. Número de NASF e de psicólogos em NASF, por município, Região de Saúde do Médio Vale do Rio Itajaí, 2014.

Município	População	NASF	Psicólogo
Araranguá	62.308	1	
B. Arroio do Silva	10.121	1	1
Balneário Gaivota	8.655		
Ermo	2.049		
Jacinto Machado	10.562	1	1
Maracajá	6.535		
Meleiro	6.988		
Morro Grande	2.886		
Passo de Torres	6.964		
Praia Grande	7.265		
Santa Rosa do Sul	8.091		
São João do Sul	7.035	1	1
Sombrio	27.165		
Timbé do Sul	5.306		
Turvo	12.001		
Extremo Sul	183.931	4	3

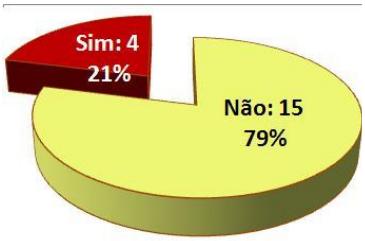


Figura ES-2.Número absoluto e percentual de municípios da Região que tem e que não têm NASF voltado à saúde mental, Extremo Sul Catarinense, 2013.

Somente o município de Araranguá mantém um CAPS, tipo I. Não há, na região, qualquer CAPS voltado a problemas derivados do uso de álcool, crack e outras drogas. Não há CAPS voltado a problemas psíquicos da infância e da adolescência.

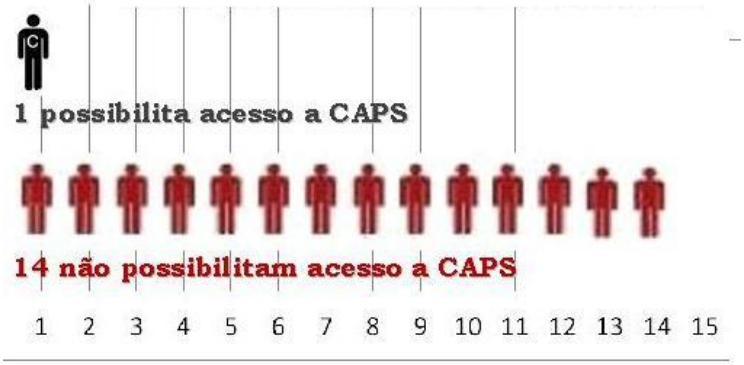


Figura ES-3. Número de municípios que possibilitam e que não possibilitam acesso mínimo da população a CAPS, Região de Saúde do Extremo Sul Catarinense, 2014.

Se descontarmos da região a população de Araranguá, teremos um total de quase 122 mil habitantes sem serviços de saúde mental disponibilizados pelos municípios, o que representa 66% da população regional.

Tabela ES-4. Disponibilidade de CAPS, segundo a modalidade, na Região de Saúde do Extremo Sul Catarinense, 2014.

Município	População	I	II	AD	i	III	Total
Araranguá	62.308	1					1
Balneário Arroio do Silva	10.121						0
Balneário Gaivota	8.655						0
Ermo	2.049						0
Jacinto Machado	10.562						0
Maracajá	6.535						0
Meleiro	6.988						0
Morro Grande	2.886						0
Passo de Torres	6.964						0
Praia Grande	7.265						0
Santa Rosa do Sul	8.091						0
São João do Sul	7.035						0
Sombrio	27.165						0
Timbé do Sul	5.306						0
Turvo	12.001						0
Extremo Sul	183.931	1					1

Figura ES-4. Número e percentual de habitantes que têm e que não têm acesso a CAPS em seu município, Região do Extremo Sul Catarinense, 2014.

Os problemas psiquiátricos, nesta situação de déficit assistencial, tendem a se agravar. Quando já estão muito intensos, por falta de prevenção e de atendimento precoce, são levados a buscar internação hospitalar. O hospital é visto, então, erroneamente, como a porta de entrada para o sistema de saúde.

Porém, não há, na região, serviços hospitalares preparados para o atendimento dos casos. O Hospital de Praia Grande tem um total de 35 leitos, o de Sombrio tem 75 leitos. Cada um deles reserva apenas um leito para atendimento psiquiátrico emergencial ou de urgência. O Hospital de Praia Grande tem tido uma ocupação frequente de seu leito psiquiátrico, pois tem tido uma média de 64 internações por ano, ao longo

do quinquênio de 2008 a 2012. No ano de 2012 realizou 80 internações psiquiátricas.

Tabela ES-5. Hospitais que reservam um leito para atendimento psiquiátrico na Região de Saúde do Extremo Sul Catarinense, 2014.

Município	Hospital	Leitos
PRAIA GRANDE	2305623 - HOSPITAL NOSSA SENHORA DE FÁTIMA	1
SOMBRIO	2672839 - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DOM JOAQUIM	1

Fonte: CNES, 2013.

O Hospital de Sombrio teve uma média mais modesta de ingressos psiquiátricos, no quinquênio, mas vem aumentando o número, gradualmente, tendo já chegado em 57 internações psiquiátrica no ano de 2012.

Tabela ES-6. Internações psiquiátricas, por local de internação, feitas na Região de Saúde do Extremo Sul Catarinense, no período de 2008 a 2012.

Região/Município	2008	2009	2010	2011	2012	Média	Total/quinquênio
.... Araranguá	2	-	6	7	9	5	24
.... Jacinto Machado	-	-	-	-	1	0	1
.... Meleiro	2	-	-	-	-	0	2
.... Praia Grande	58	74	63	46	80	64	321
.... Sombrio	-	2	17	47	57	25	123
.... Turvo	-	-	1	-	-	0	1
Extremo Sul	62	76	87	100	147	94	472

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2013.

Note-se que a estrutura destes dois hospitais para o atendimento psiquiátrico é pobre e simples. Sua média de permanência, para as internações psiquiátricas, tem sido bem curta, mostrando que estes hospitais apenas agem na emergência ou focados na fase crítica e urgente de um episódio agudo.

Tabela ES-7. Média de internação, em dias, para internações psiquiátricas, em hospitais gerais da Região de Saúde do Extremo Sul Catarinense, quinquênio 2008 a 2012.

Região /Município	2008	2009	2010	2011	2012	Média do quinquênio
Araranguá	2	...	11,5	4,4	2,7	5,3
Jacinto Machado	...	...	...	...	2	2
Meleiro	3	...	...	...	...	3
Praia Grande	7,1	7,1	7,8	6,7	5,3	6,7
Sombrio	...	1,5	3,9	5,4	6,3	5,5
Turvo	...	...	2	...	...	2
Total	6,8	7	7,2	5,9	5,5	6,3

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2013.

Este papel de atenção urgente em crises, pode continuar a ser desempenhado regularmente por estes dois hospitais gerais.

A região conta, para problemas médicos de outras especialidades, não psiquiátricos, com o Hospital Regional de Araranguá, público, estadual, atualmente regido por uma organização social. Este nosocômio tem 117 leitos cadastrados, dos quais nenhum é voltado ao atendimento em saúde mental. É fundamental a criação de uma ala psiquiátrica de referência regional neste hospital, com 8 a 10 leitos.

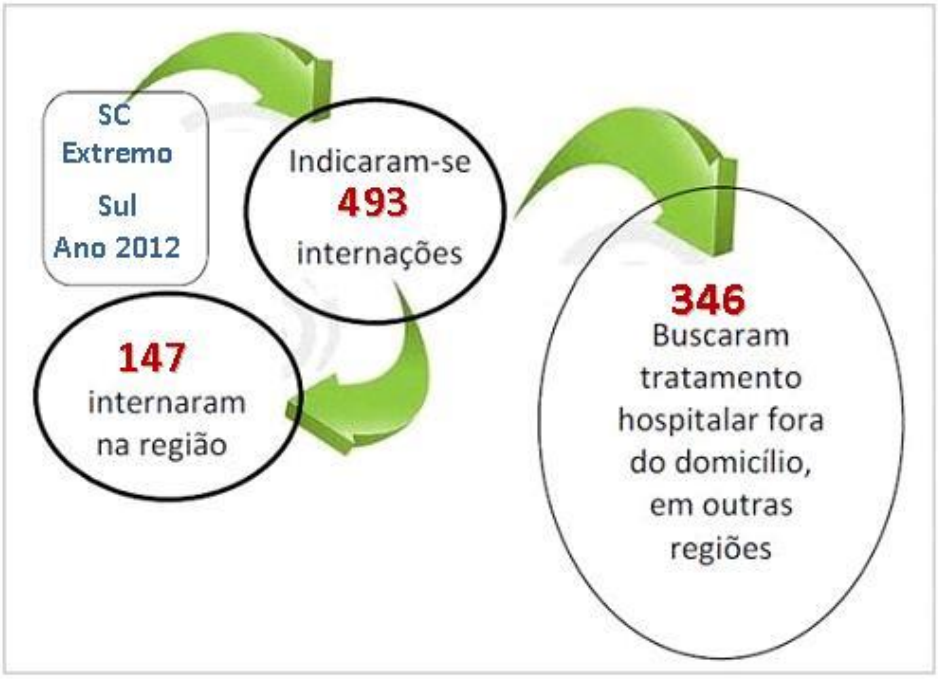


Figura ES-5. A diáspora, para tratamento fora de domicílio (TFD), visando internações psiquiátricas, do Extremo Sul Catarinense, 2012.
Fontes: GECOR, SUR, SES/SC; Ministério da Saúde, SIH/SUS.

A região, pela falta de atendimento ambulatorial, precoce e adequado, aos casos psiquiátricos, tem deixado os casos piorarem e buscado internação em hospitais de outras regiões.

Os habitantes da região concretizaram uma média de 482 internações psiquiátricas por ano, ao longo do período de 2008 a 2012. Neste cinco anos ocorreu um total 2.408 internações, por problemas psíquicos, pelo SUS, de moradores procedentes do Extremo Sul Catarinense.

O hospital mais procurado foi, na imensa maioria dos casos, a Casa de Saúde Rio Maina, em Criciúma, cujas portas se propõem a fechar ao longo de 2013.

O sistema de saúde mental, no Extremo Sul Catarinense, está basicamente estruturado num modelo centrado na Casa de Saúde Rio Maina. Aquele hospital tem funcionado como porta de entrada do SUS para muitos casos que se agravaram por inexistência de serviços comunitários adequados.

A oferta de serviços comunitários de saúde mental, no Extremo Sul Catarinense é a mais pobre do estado, se comparada às outras regiões de saúde, em Santa Catarina.

Tabela ES-8. Número de internações psiquiátricas, por município de residência, de pacientes procedentes da Região de Saúde do Extremo Sul Catarinense, no quinquênio 2008 a 2012.

Reg Saúde/Municip	2008	2009	2010	2011	2012	Média	Total do quinquênio
.... Araranguá	129	127	122	112	105	119	595
.... B. Arroio do Silva	25	31	34	18	19	25	127
.... B. Gaivota	28	21	27	27	37	28	140
.... Ermo	7	6	3	6	2	5	24
.... Jacinto Machado	26	24	26	22	26	25	124
.... Maracajá	22	27	13	20	20	20	102
.... Meleiro	19	17	24	18	26	21	104
.... Morro Grande	5	7	7	3	5	5	27
.... Passo de Torres	32	23	29	33	42	32	159
.... Praia Grande	41	43	28	30	25	33	167
.... Santa Rosa do Sul	17	23	18	24	25	21	107
.... São João do Sul	37	37	32	31	38	35	175
.... Sombrio	63	73	65	87	91	76	379
.... Timbé do Sul	11	14	10	13	11	12	59
.... Turvo	39	27	20	12	21	24	119
Extremo Sul	501	500	458	456	493	482	2.408

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2013.

Quanto a estruturas residenciais temporárias, há necessidade regional de, pelo menos, 9 vagas em unidades de acolhimento para adultos, e de 4 infantojuvenis.

Tabela ES-9. Estimativa da necessidade de vagas em unidades de acolhimento para adultos e para menores de 18 anos, Extremo Sul Catarinense, 2013.

Município	População	Adulto	Infanto-Juvenil
Araranguá	62.308	3,1	1,4
Balneário Arroio do Silva	10.121	0,5	0,2
Balneário Gaivota	8.655	0,4	0,2
Ermo	2.049	0,1	0,0
Jacinto Machado	10.562	0,5	0,2
Maracajá	6.535	0,3	0,1
Meleiro	6.988	0,3	0,2
Morro Grande	2.886	0,1	0,1
Passo de Torres	6.964	0,3	0,2
Praia Grande	7.265	0,4	0,2
Santa Rosa do Sul	8.091	0,4	0,2
São João do Sul	7.035	0,4	0,2
Sombrio	27.165	1,4	0,6
Timbé do Sul	5.306	0,3	0,1
Turvo	12.001	0,6	0,3
Região do Extremo Sul	183.931	9	4

Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação, SUR, SES/SC, 2013.

3 Imagem objetivo inicial (a rede idealizada pelo Grupo Condutor Estadual e pela Câmara Técnica Regional)

A região precisa montar e qualificar NASF em todos os municípios que tenham pelo menos 3 equipes de Saúde da Família, agregando-lhes psicólogo e, se possível, psiquiatra.

As cidades maiores – Araranguá e Sombrio – obrigatoriamente precisarão ter também psiquiatras vinculados aos NASF, ou cedidos pelos CAPS, para poder matriciar.

Figura ES-6. Mapa rodoviário mostrando a Região de Saúde do Extremo Sul Catarinense, 2013.

O município de Turvo, com 12 mil habitantes, pode ser sede de um CAPS I regional, atendendo Ermo (que dista apenas 8 km), Jacinto Machado (distante 21 km), Meleiro (a 11 km), Morro Grande (a 22 km), e Timbé do Sul (a 21 km). Juntos, estes municípios somam um total de 39.793 habitantes.

Figura ES-7. Acessos rodoviários nas imediações de Turvo e Araranguá, 2013.

O CAPS I de Araranguá pode ser convertido em CAPS microrregional e atender Maracajá (distante apenas 12 km) e Balneário Arroio do Silva (a 11 km).

Figura ES-8. Acessos rodoviários nas imediações de Sombrio, 2013.

O município de Balneário Gaivota poderia ser atendido em CAPS I microrregional de Sombrio. Os dois municípios juntos somariam uma população de 35.920 mil habitantes. A distância entre Balneário Gaivota a Sombrio é de apenas 7 km. São, pois, cidades conurbadas.

A criação de um CAPS I microrregional em São João do Sul poderia atender Praia Grande (a apenas 16 km) e Santa Rosa do Sul (a 14 km). Estes três municípios juntos somam 21.264 habitantes.

Em Araranguá deve ser criado um CAPS AD II, regional, voltado aos problemas derivados de álcool, crack e outras drogas.

Deverá ser criado, também, em Araranguá, um CAPS i, regional, para atendimento de problemas próprios das faixas etárias infanto-juvenis. Este CAPS i poderia fazer avaliações, dar pareceres e dar orientações aos demais CAPS, sobre casos de crianças e adolescentes.

O Hospital Regional de Araranguá poderá criar um serviço psiquiátrico de qualidade, como referência regional, com pelo menos 10 leitos para tratamento regular, perfazendo os critérios mínimos de 1 leito para cada 23 mil habitantes, necessários à região. Poderia receber, ainda, um trabalho de qualificação do pessoal de seu pronto-socorro, para atendimento de urgências e emergências psiquiátricas.

A região tem demanda para uma unidade de acolhimento de adultos, com 9 a 10 vagas, e uma unidade infanto-juvenil, com 4 a 5 vagas.

Há 2 moradores institucionalizados no Hospital de Custódia e Tratamento, em Florianópolis, e 1 no Centro de Convivência Santana, que procedem do Extremo Sul. Um estudo personalizado destes moradores poderá indicar as formas de desinstitucionalização mais indicadas para cada caso. Um estudo prático sobre os institucionalizados na Casa de Saúde Rio Maina, procedentes da região, deverá mapear os candidatos a residenciais terapêuticos. Eles deverão constar nas reflexões da CIR, sobre sua inserção social e programas de reabilitação.

Os municípios da região têm responsabilidade sobre pessoas institucionalizadas ao longo de décadas, na Casa de Saúde Rio Maina. A criação imediata de um residencial terapêutico para crônicos institucionalizados é uma medida que não pode ser adiada.

Os tema cruciais que o Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina propôs à CIR, para debate, foram:

a) a criação de CAPS ADII regional em Araranguá.

b) a criação de um CAPS i regional em Araranguá.

c) a conversão do CAPS I de Araranguá em microrregional, atendendo Balneário Arroio do Silva.

d) a criação de um CAPS I microrregional em Turvo, atendendo Ermo, Jacinto Machado, Meleiro, Morro Grande e Timbé do Sul.

e) a criação de um CAPS I microrregional em Sombrio, atendendo Balneário Gaivota.

f) a criação de um CAPS I microrregional em São João do Sul, atendendo Praia Grande e Santa Rosa do Sul.

g) a criação de um Serviço Hospitalar de Referência no Hospital Regional de Araranguá, com 10 leitos.

h) adequação do pronto-socorro do Hospital Regional de Araranguá para atendimento de urgências e emergências psiquiátricas, com 2 leitos de curta duração disponíveis.

i) implantação de uma unidade de acolhimento de adultos, com 10 vagas, regional.

j) implantação de uma unidade de acolhimento infanto-juvenil, com 5 vagas, regional.

k) a criação de dois residenciais terapêuticos tipo I (com o máximo de 8 vagas cada um) para acolhimento de crônicos, com

programa de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial supervisionado por CAPS.

e) construção de contatos e vínculos intersetoriais, especialmente com o Sistema Único de Assistência Social.

f) definição, em protocolo, de um fluxo intersetorial entre instituições da educação, da segurança pública, da assistência social e da saúde.

g) montagem de um programa de qualificação e de educação continuada na atenção psicossocial, por parte da Secretaria de Estado da Saúde, abrangendo as equipes de saúde mental e de saúde da família, da região.

h) montagem de um programa de divulgação de protocolos assistenciais, a cargo da Secretaria de Estado da Saúde, capacitando as equipes da região para seu uso.

i) montagem de um programa de prevenção do óbito autoprovocado, a cargo da Secretaria de Estado da Saúde, voltado às equipes da região.

j) implantação e qualificação de trabalho de matriciamento microrregional, especialmente através dos CAPS e dos NASF de Turvo, Sombrio, São João do Sul e Araranguá.

k) incentivo à intensificação de supervisão de equipes de CAPS.

l) estabelecimento de NASF em todos os municípios que tenham 3 ou mais equipes de saúde da família.

m) montagem de um programa regional de desinstitucionalização, envolvendo familiares de egressos de longa permanência em hospitais especializados, segundo o Programa De Volta Para Casa e com apoio de programa de geração de emprego e renda.

4 A rede pactuada pela CIR

A Rede pactuada pela Comissão Intergestores Regional foi consolidada no documento cujo *fac símile* apresenta-se na sequência.

CIR EXTREMO SUL CATARINENSE

PROPOSTA DE ESTRUTURAÇÃO

REDE DE SAÚDE MENTAL

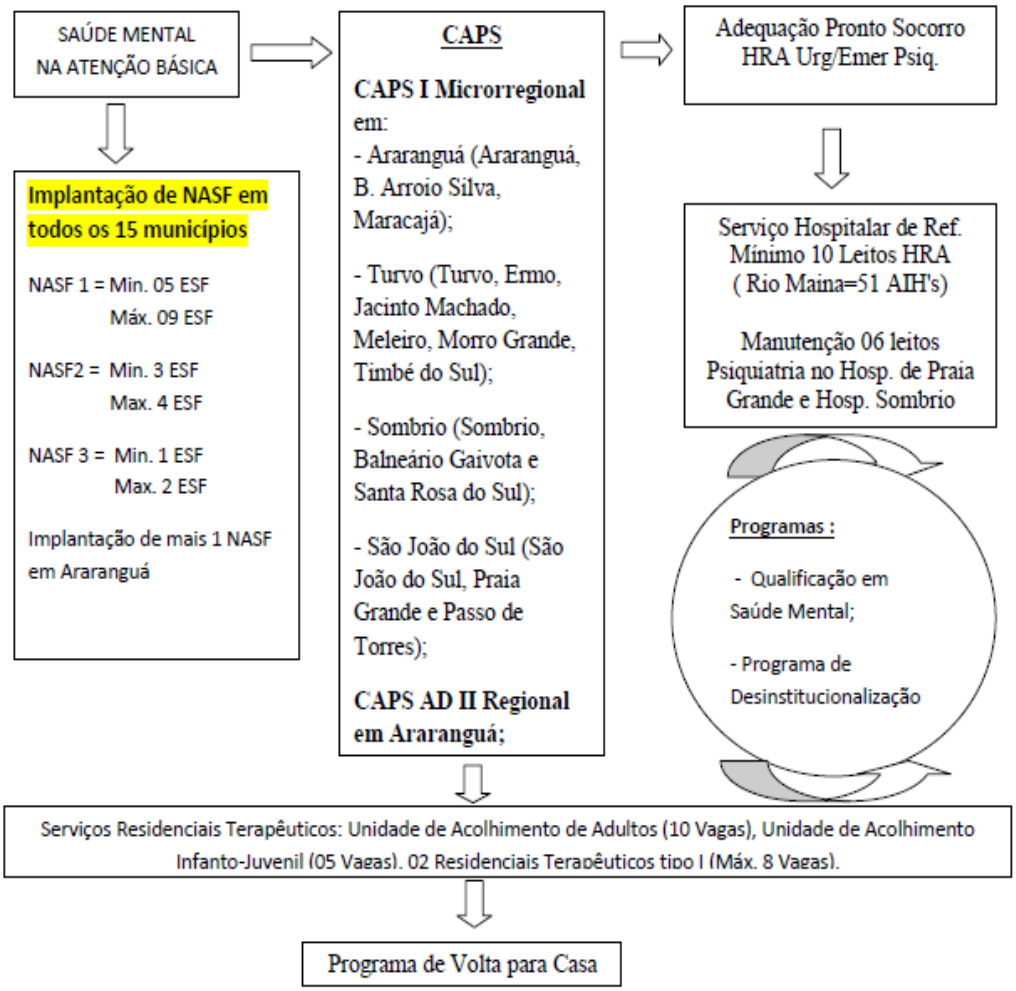
REGIÃO EXTREMO SUL CATARINENSE

CIR EXTREMO SUL CATARINENSE

RESUMO PROJETO

REDE DE SAUDE MENTAL - EXTREMO SUL CATARINENSE

CIR EXTREMO SUL CATARINENSE POPULAÇÃO: 183.931 habitantes



INTRODUCÃO / DIAGNÓSTICO

A Região abriga 3,5% da população do Estado de Santa Catarina, dividido em 15 municípios, com uma SDR - Secretaria de Desenvolvimento Regional.

Estatisticamente 1/4 da população, ao longo de um ano, apresentará queixas de ordem psíquica. Tais queixas, geralmente não representam doenças, mas apenas sintomas avulsos passageiros, que se resolvem espontaneamente, por atitudes e práticas individuais, ou por mecanismos sociais (como os religiosos e os de entidades de auto - ajuda). No entanto cerca de um décimo da população levará tais queixas aos serviços de saúde, demandando deles alguma conduta, e apenas 1% demandará assistência especializada.

Tabela da Estimativa do número de pessoas com manifestações de novas queixas de ordem psíquica e comportamental por ano - Ano 2013

	Queixas do espectro de					
Município	**Drogas**	**Psicoses**	**Humor**	**Neuroses**	**Outros**	**Total**
Araranguá	2492	623	4362	4985	1869	14331
Baln Arroio do Silva	405	101	708	810	304	2328
Baln Gaivota	346	87	606	692	260	1991
Ermo	82	20	143	164	61	471
Jacinto Machado	422	106	739	845	317	2429
Maracajá	261	65	457	523	196	1503
Meleiro	280	70	489	559	210	1607
Morro Grande	115	29	202	231	87	664
Passo de Torres	279	70	487	557	209	1602
Praia Grande	291	73	509	581	218	1671
Santa Rosa do Sul	324	81	566	647	243	1861
São João do Sul	281	70	492	563	211	1618
Sombrio	1087	272	1902	2173	815	6248
Timbé do Sul	212	53	371	424	159	1220
Turvo	480	120	840	960	360	2760
Região Extremo Sul	**7357**	**1840**	**12873**	**14714**	**5519**	**42304**

Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação, SUR, SES/SC, 2013

Estimativa de demanda de pessoas necessitando de Assistência por transtorno psíquico e comportamental, no período de um ano.

Demanda		
Município	Á Rede Básica	Especializada
Araranguá	5732	623
Baln Arroio do Silva	931	101
Baln Gaivota	796	87
Ermo	188	20
Jacinto Machado	972	106
Maracajá	601	65
Meleiro	643	70
Morro Grande	266	29
Passo de Torres	641	70
Praia Grande	668	73
Santa Rosa do Sul	744	81
São João do Sul	647	70
Sombrio	2499	272
Timbé do Sul	488	53
Turvo	1104	120
Região Extremo Sul	**16922**	**1839**

Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação, SUR, SES/SC, 2013

Tendo em vista a grande necessidade de organização da rede de saúde mental na região do Extremo Sul Catarinense, inicia-se um trabalho de estudo e organização dentro dos 15 municípios que compõe a região, buscando atividades que tragam melhor qualidade de vida aos pacientes bem como aos seus familiares.

A Região do Extremo Sul Catarinense conta hoje com:

MUNICÍPIOS	15
POPULAÇÃO	183.931
NASF IMPLANTADO	05
CAPS I	01
SAMU	05
HOSPITAL REGIONAL	01
HOSPITAL GERAL	06
PSCÓLOGOS NA REDE	17
PSIQUIATRAS NA REDE	04

PROPOSTA

Em face ao grande desafio de enfrentar as dificuldades na área de Saúde Mental, a rede ideal para atender a região do Extremo Sul Catarinense seria:

a) Turvo (12000 hab.): Implantação de um CAPS I Microrregional, atendendo á: Ermo, Jacinto Machado, Meleiro, Morro Grande e Timbé do Sul, totalizando 39.792 habitantes;

b) Araranguá:

=> Criação de um CAPS I microrregional atendendo à: Maracajá e Balneário Arroio do Silva;

=> Criação de um CAPS AD II regional, voltado a atender os problemas derivados de álcool, crack, e outras drogas;

c) Sombrio: Implantação de um CAPS I Microrregional atendendo o município de Balneário Gaivota, e Santa Rosa do Sul totalizando uma população atendida de 43.911 habitantes;

d) São João do Sul: CAPS I Microrregional atendendo à: Praia Grande, e Passo de Torres, juntos totalizariam uma população de 21.264 habitantes;

d) Implantação de 1 NASF em cada Município, com a contratação de um profissional de saúde mental,e implantação de mais 1 NASF no município de Araranguá;

e) Criação de um Serviço Hospitalar de Referência no Hospital Regional de Araranguá, com no mínimo 10 leitos (pela portaria 1 leito a cada 23.000 hab. a região teria direito a somente 8 leitos, na Casa de Saúde Rio Maina, há hoje pactuado 51 AIH's);

f) Ampliação de 01 para 06 Leitos de Psiquiatria no Hospital Nossa Senhora de Fátima em Praia Grande, e, criação de 06 leitos de Psiquiatria no Hospital Dom Joaquim em Sombrio ;

g) Adequação do pronto-socorro do Hospital Regional de Araranguá para atendimento de urgências e emergências psiquiátricas, com 2 leitos de curta duração disponíveis;

h) Criação da Câmara Técnica Permanente de Saúde Mental do Extremo Sul Catarinense;

i) Implantação de uma unidade de acolhimento de adultos Regional, com 10 vagas;

j) Implantação de uma unidade de acolhimento infanto-juvenil Regional com 5 vagas;

k) Criação de 2 residenciais terapêuticos tipo I (Máximo de 8 vagas) para acolhimento crônicos, com programa de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial supervisionado por CAPS;

l) Montagem de um programa de qualificação e de educação continuada na atenção psicossocial, por parte da Secretaria de Estado da Saúde, abrangendo as equipes de saúde mental e de saúde da família, da região;

m) Montagem de um programa regional de desinstitucionalização, envolvendo familiares de egressos de longa permanência em hospitais especializados, segundo o Programa de Volta Para Casa e com apoio de programa de geração de emprego e renda.

TABELAS AUXILIARES

NASF

MODALIDADE	Critério	Incentivo Financeiro	Equipes
NASF 1(Federal)	Mín. 05 ESF Máx. 09 ESF	Implant. R$20.000,00 Mensal R$ 20.000,00	- Equipe CH Mín. 200 Horas; - Prof. CH Mín. 20 Horas - Cada Ocup. deve ter no Mín. 20 e Máx.80 Horas
NASF 2 (Federal) (Máx. 1 Por Mun.)	Mín. 03 ESF Máx. 04 ESF	Implant. R$12.000,00 Mensal R$12.000,00	- Equipe CH Mín. 120 Horas; - Prof. CH Mín. 20 Horas - Cada Ocup. deve ter no Mín. 20 e Máx.40 Horas
NASF 3 (Federal) (Máx. 1 Por Mun.)	Mín. 01 ESF Máx. 02 ESF	Implant. R$ 8.000,00 Mensal R$ 8.000,00	- Equipe CH Mín. 80 Horas; - Prof. CH Mín. 20 Horas - Cada Ocup. deve ter no Mín. 20 e Máx.40 Horas
NASF SC (Até 04/2014)	Máx. 02 ESF	R$ 4.000,00 Mensal	- Equipe CH Mín. 120 Horas; - Prof. CH Mín. 20 Horas - Cada Ocup. deve ter no Mín. 20 e Máx.40 Horas

Profissionais que podem compor a Equipe:

Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clinica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitarista;

CAPS

O que é CAPS?

É um local para atendimento à população, onde é realizado o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Estes serviços devem ser substitutivos e não complementares ao hospital psiquiátrico de CAPS

MOD.	Descrição	Parâmetros Populacionais	Incentivo Financeiro
CAPS I	- Cidade de Pequeno Porte - toda clientela com transtornos mentais severos durante o dia (adultos, crianças e adolescentes e pessoas com problemas devido ao uso de álcool e outras drogas).	20.000 à 70.000	R$ 28.305,00
CAPS II	- serviços para cidades de médio porte e atendem durante o dia clientela adulta.	70.000 à 200.000	R$ 33.086,25
CAPS III	- serviços 24h, geralmente disponíveis em grandes cidades, que atendem clientela adulta.		R$ 63.144,38
CAPS i	- são serviços para crianças e adolescentes, em cidades de médio porte, que funcionam durante o dia.	70.000 à 200.000	R$ 32.130,00
CAPS ad	– são serviços para pessoas com problemas pelo uso de álcool ou outras drogas, geralmente disponíveis em	70.000 à 200.000	R$ 39.780,00

	cidades de médio porte. Funciona durante o dia.		
CAPS AD III (24 Horas)			R$ 78.800,00

Todos os tipos de CAPS são compostos por equipes multiprofissionais, com presença obrigatória de psiquiatra, enfermeiro, psicólogo e assistente social, aos quais se somam outros profissionais do campo da saúde.

SRT - Serviço Residencial Terapêutico

Entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos, moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social.

(Portaria/GM nº 106 - De 11 de fevereiro de 2000)

R$ 10.000 para cada módulo com 8 vagas (PORTARIA Nº 246, DE 17 DE FEVEREIRO DE 2005)

Características físico-funcionais dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental:
- Apresentar estrutura física situada fora dos limites de unidades hospitalares gerais ou especializadas, seguindo critérios estabelecidos pelos gestores municipais e estaduais;

- Existência de espaço físico que contemple de maneira mínima:

* dimensões específicas compatíveis para abrigar um número de no máximo 08 (oito) usuários, acomodados na proporção de até 03 (três) por dormitório.

* sala de estar com mobiliário adequado para o conforto e a boa comodidade dos usuários;

* dormitórios devidamente equipados com cama e armário;

*copa e cozinha para a execução das atividades domésticas com os equipamentos necessários (geladeira, fogão, filtros, armários etc.);

* garantia de, no mínimo, três refeições diárias, café da manhã, almoço e jantar.

Equipe técnica:

a. 01 (um) profissional médico;

b. 02 (dois) profissionais de nível médio com experiência e/ou capacitação específica em reabilitação profissional.

SERVICO HOSPITALAR DE REFÊNCIA
Conforme Portaria GM 148 de 31 de Janeiro de 2012

- Voltado para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas.

- Oferta de suporte hospitalar para situações de urgência/ emergência decorrentes do consumo ou abstinência de álcool, crack e outras drogas, bem como de comorbidades psiquiátricas e/ou clínicas advindas da Rede de Atenção às Urgências, da Rede de Atenção Psicossocial e da Atenção Básica;

- Funcionamento em regime integral, nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana, finais de semana e feriados inclusive, sem interrupção da continuidade entre os turnos.

- Internações de curta duração, até a estabilidade clínica do usuário, respeitando as especificidades de cada caso;

- Equipe Técnica Multiprofissional Varia de acordo com a quantidade de leitos implantados;

- Necessita de CAPS implantado no Município;

- 1 Leito para cada 23.000 habitantes (AMESC 183.931 / 23.000 = 7,99), e não pode exceder a 15% do total de leitos;

Incentivos Financeiros:

Leitos	**Incentivo Financeiro**
Até 05 Leitos	R$ 18.000,00
De 06 até 10 Leitos	R$ 33.000,00
De 11 até 20 Leitos	R$ 66.000,00
De 21 até 30 Leitos	R$ 99.000,00

O valor das diárias:

I - R$ 300,00 (trezentos reais) por dia até o 7º dia de internação;

II - R$ 100,00 (cem reais) por dia do 8º ao 15º dia de internação; e

III - R$ 57,00 (cinquenta e sete reais) por dia a partir do 16º dia de internação.

LEVANTAMENTO APROXIMADO DO CUSTEIO

CAPS I

Qte	Profissional	Carga Horária	Salário Aproximado
01	Coordenador	40	R$ 2500,00
01	Médico	40	R$ 10000,00
01	Psicologo	40	R$ 2500,00
01	Enfermeiro	40	R$ 2500,00
01	Assistente Social	30	R$ 2500,00
01	Terapeuta Ocupacional	30	R$ 2500,00
01	Técnica de Enfermagem	40	R$ 1400,00
01	Artista Visual	20	R$ 850,00
01	Recepcionista	40	R$ 850,00
01	Higienizadora	40	R$ 850,00
	* Sem considerar 13° e Férias	*Total*	***R$ 26450,00***
	Insumos(alimentação, material didático, expediente)	Mensal	**R$ 12000,00**
	Medicamentos	Mensal	**R$ 8500,00**
	Telefone	Mensal	**R$ 790,00**
	Luz e aguá	Mensal	**R$ 350,00**
	Alarme	Mensal	**R$ 500,00**
	Manutenção	Mensal	**R$ 200,00**
		Total geral	***R$ 48.880,00***

5 Ata da reunião da CIR da Região de Saúde do Extremo Sul Catarinense que discutiu o Plano de Ação Regional da Rede

ESTADO DE SANTA CATARINA
COMISSÃO INTERGESTORA REGIONAL
MACRO REGIÃO SUL- Extremo Sul

ATA DA REUNIÃO ORDINÁRIA N.º 60
DA COMISSÃO INTERGESTORA REGIONAL – AMESC

LOCAL: Auditório da Associação de Municípios da AMESC - Araranguá/SC
DATA: 19/11/2013
HORÁRIO: 09h30min horas

PRESENTES À REUNIÃO

Secretaria de Estado da Saúde:
Graziela Minatto de Souza

Secretários Municipais de Saúde:
Patrícia Gomes Jones Paladini, Eluana Generoso Rosso Tavares, Ana Back, Ana da Costa Ostetto, Claúdio Anacleto Costa, Carmen Yone Raiser da Cruz, Maria Conceição da Rosa Emerim, Rejane Elíbio Borba, Gislane Dias da Cunha, Gélson Correa, Cleonice Lima Silvano.

DESENVOLVIMENTO DOS TRABALHOS
A 060ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestora Regional teve início às 09h30min, com a presença dos membros acima descritos, sob a coordenação da Presidente Patrícia Gomes Jones Paladini.

Patrícia deu as boas vindas a todos os presentes e passou a palavra o Sr. Júnior do Sistema de Verificação de Óbitos (SVO) para informar aos secretários como funciona o serviço que é feito em Criciúma. Ficou decidido que será estudada uma forma de financiamento do serviço pelos municípios.

O secretário da CIR, Antonio Luis Silveira, apresentou o PLANO DA REDE DE SAÚDE MENTAL aos secretários que foi aprovado por unanimidade. Ficou também aprovada à criação de uma câmara técnica para tratar do referido plano e sua aplicação.

Ficou aprovada a distribuição de 125 AIH's que estão sobrando dos municípios de Meleiro, Passo de Torres e São João do Sul para os demais proporcionalmente pela população.

Cleonice falou sobre o funcionamento do Hospital Regional de Araranguá e deu uma avaliação positiva dos serviços prestados pelo mesmo. Os demais secretários também concordaram.

No dia 27/11/2013 haverá uma Audiência Pública sobre o Hospital Psiquiátrico do Rio Maina com Dr. Darlan.

Nos dias 05 e 06 de dezembro de 2013 haverá encontro estadual dos secretários municipais de saúde em Brusque.

A próxima reunião da CIR será em Praia Grande no dia 12/12/2013.

Não tendo mais assuntos para a pauta a reunião foi encerrada.

CIR EXTREMO SUL CATARINENSE

LISTA DE PRESENÇA

Lista de presença Reunião Ordinária da Comissão Intergestora Regional no dia 19/11/2013 no Auditório da AMESC Araranguá SC.

Município	Nome / Assinatura	Telefone	e-mail
Araranguá	Maria Aparecida Costa Ass:_____	39031900	saude@ararangua.sc.gov.br
Balneário Arroio do Silva	Patricia Gomes Jones Paladini Ass:	3526 0339 9106 5900	saúde@arroiodosilva.sc.gov.br
Baln. Gaivota	Eluana Generoso Rosso Tavares Ass:	3583 0218 99954891	eluanarosso@yahoo.com.br saudegaivota@contato.net
Ermo	Ass:_____	3546 0125	saudepmermo@contato.net

CIR EXTREMO SUL CATARINENSE

Município	Nome / Assinatura	Telefone	e-mail
Jacinto Machado	Ana Back Ass: Ana back	96014888 3535 1658	saude@jacintomachado.sc.gov.br
Maracajá	Vilmar Leandro Ass:_____	3523 1303 8478 3776	saudemaracaja@contato.net
Meleiro	Ana da Costa Ostetto Ass:	9117 2001 3537 1529	saúde@meleiro.sc.gov.br
Morro Grande	Rosane Florêncio Ass: Claudia Angelita Costa	3544 0071 8843 0249	saudemogra@hotmail.com
Passo de Torres	Lucio Hespanhol de Souza Ass:_____	48 3548 0035 51 9837 2585 51 9983 4728	hespanholdesouza@gmail.com

CIR EXTREMO SUL CATARINENSE

Município	Nome / Assinatura	Telefone	e-mail
Praia Grande	Carmen Yone Raiser da Cruz Ass:	3532 0132 9162 8603	sec.saude@bol.com.br
Santa Rosa do Sul	Maria Conceição da Rosa Emerim Ass:	3534 1176 3534 1274 8804 2073 8814 6500	pmsrs.saude@contato.net meiminim@gmail.com.
São João do Sul	Rejane Elibio Borba Ass:	3529 0218 88198320 96772283	saudesjs@hotmail.com
Sombrio	Gislaine Dias da Cunha Ass:	3533 1937 9985 2183	saude@sombrio.sc.gov.br
Timbé do Sul	Gelson Correa Ass:	3536 1378	saudetimbedosul@gmail.com

CIR EXTREMO SUL CATARINENSE

Município	Nome / Assinatura	Telefone	e-mail
Turvo	Cleonice Lima Silvano Ass:	3525 0107 3525 1480 99814480	cleonicek8@hotmail.com
22ª GERSA Araranguá SC	Graziela Minatto Ass:	8842 7046 9977 8553	regararangua@saude.sc.gov.br

6 A aprovação do Plano de Ação Regional da RAPS, dito Plano Regional de Saúde Mental do Extremo Sul Catarinense, pela CIR

CIR EXTREMO SUL CATARINENSE

DELIBERAÇÃO 010/CIR - Extremo Sul/2013

A Comissão Intergestora Regional Macro Região Sul – Extremo Sul Catarinense, no uso de suas atribuições em sua 60ª Reunião Ordinária no dia 19/11/2013,

APROVA

O Plano Regional de Saúde Mental do Extremo Sul Catarinense.

Araranguá, 19 de Novembro de 2013.

Patricia Gomes Jones Paladini
Presidente da Comissão Intergestora Regional
Região Extremo Sul Catarinense

DELIBERAÇÃO 011/CIR - Extremo Sul/2013

A Comissão Intergestora Regional Macro Região Sul – Extremo Sul Catarinense, no uso de suas atribuições em sua 60ª Reunião Ordinária no dia 19/11/2013,

APROVA

A Criação da Câmara Técnica de Saúde Mental do Extremo Sul Catarinense, sendo que:

- Cada Município deverá indicar um membro para compor a Câmara Técnica de saúde Mental;

- Esta Câmara Técnica deverá se reunir periodicamente para discutir, elaborar e executar o Plano Regional de Saúde Mental, bem como discutir as políticas públicas de Saúde Mental da Região do Extremo Sul Catarinense;

- Elaborar o Regimento Interno da Própria Câmara;

- Toda decisão da Câmara Técnica deverá ser aprovada na CIR, inclusive seu Regimento Interno

Araranguá, 19 de Novembro de 2013.

Patricia Gomes Jones Paladini
Presidente da Comissão Intergestora Regional
Região Extremo Sul Catarinense

CIR EXTREMO SUL CATARINENSE

DELIBERAÇÃO 012/CIR - Extremo Sul/2013

A Comissão Intergestora Regional Macro Região Sul – Extremo Sul Catarinense, no uso de suas atribuições em sua 60ª Reunião Ordinária no dia 19/11/2013,

APROVA

A Ampliação dos Leitos psiquiátricos do Hospital Nossa Senhora de Fátima do município de Praia Grande - SC, passando o mesmo a ter 06 (seis) Leitos Psiquiatricos.

Araranguá, 19 de Novembro de 2013.

Patricia Gomes Jones Paladini
Presidente da Comissão Intergestora Regional
Região Extremo Sul Catarinense

CIR EXTREMO SUL CATARINENSE

DELIBERAÇÃO 013/CIR - Extremo Sul/2013

A Comissão Intergestora Regional Macro Região Sul – Extremo Sul Catarinense, no uso de suas atribuições em sua 60ª Reunião Ordinária no dia 19/11/2013,

APROVA

A Criação de 06 (seis) Leitos psiquiátricos do Hospital Dom Joaquim do município de Sombrio - SC.

Araranguá, 19 de Novembro de 2013.

Patricia Gomes Jones Paladini
Presidente da Comissão Intergestora Regional
Região Extremo Sul Catarinense

Patrícia Gomes Jones Paladini
Presidente
Comissão Intergestora Regional

6 A matriz diagnóstica da Rede de Atenção Psicossocial para a Região de Saúde do Extremo Sul Catarinense, na forma da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde

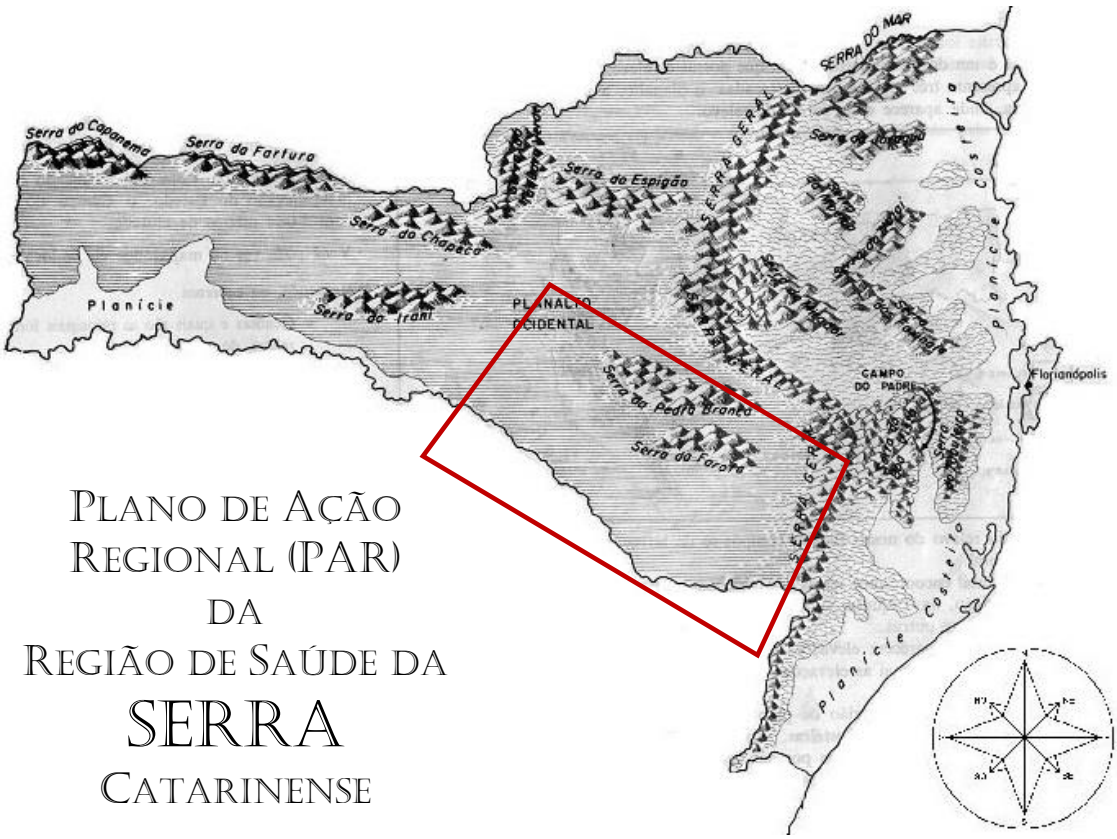
MATRIZ DIAGNÓSTICA - REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL					
Região de Saúde: **Extremo Sul Catarinense**					
15 Municípios: **Araranguá**, Balneário Arroio do Silva, Balneário Gaivota, Ermo, Jacinto Machado, Maracajá, Meleiro, Morro Grande, Passo de Torres, Praia Grande, Santa Rosa do Sul, São João do Sul, Sombrio, Timbé do Sul e Turvo.					
População: 183.931 habitantes					
COMPO-NENTE	**Ponto de Atenção**	**Necessidade**	**Existentes**	**Déficit**	**Parâme-tro**
I. Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde	76 equipes de Saúde da Família (ESF). Supervisão e apoio matricial organizado, regulação do acesso, protocolos assistenciais.	50 ESF (com 86,20% de cobertura).	26 ESF. Expandir e qualificar a supervisão e o apoio matricial organizado sobre as equipes de saúde da família; estabelecer regulação do acesso e protocolos assistenciais.	Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica, de 21 de outubro de 20 11
	Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas	0	0	0	Portaria que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família	15 NASF	4 NASF (somente 3 com psicólogo)	11 NASF. Incorporação de psiquiatras e psicólogos nos NASF	Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica - 2011
	Centro de Convivência	1	0	1	

COMPO-NENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Parâme-tro
II. Atenção Psicossocial Especiali-zada	Centro de Atenção Psicossocial				
	CAPS I	4	1 (em Araranguá)	3 microrregionais (em Turvo, Sombrio e São João do Sul)	Municípios ou regiões com pop. acima de 15 mil hab.
	CAPS II	0	0	0	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS III	0	0	0	Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab
	CAPS AD	1	0	1 (regional em Araranguá)	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS ADIII	0	0	0	Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab
	CAPS i	1		1 (regional, a definir o município)	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
III. Atenção de Urgência e Emergência	UPA / SAMU Sala de Estabilização Portas Hospitalares de Atenção à Urgência Pronto Socorro	1 unidade de suporte avançado (USA) e 3 unidades de suporte básico (USB)	1 USA (Araranguá) em 3 USB (Meleiro, Sombrio e Turvo)	0	Conforme orientações da Portaria da Rede de Atenção às Urgências, de 7 de julho de 2011.

COMPO-NENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Parâme-tro
IV. Atenção Residencial de Caráter Transitório	UA ADULTO	1 (com um total de 10 vagas)	0	1 (com um total de 10 vagas)	1 UA (com 15 vagas) para cada 10 leitos de enfermarias em hospital geral por município.
	UA INFANTO-JUVENIL	1 (com um total de 5 vagas)	0	1 (com um total de 5 vagas)	Municípios crianças e adolescen-tes em potencial para uso de drogas ilícitas ou em potencial para uso de drogas ilícitas.
	COMUNI-DADE TERAPÊU-TICA	1	0	1	
V. Atenção Hospitalar	LEITOS	10	0	10 leitos tipo adulto (no Hospital Regional de Araranguá)	
	ENFERMA-RIA ESPECIA-LIZADA	1 (com os 10 leitos para adultos no Hospital Regional de Araranguá, citados acima)	0	1 (com 10 leitos para adultos no Hospital Regional de Araranguá)	Portarias MS 1.615/12, 148/12, 953/12, 2.035/13; 1 leito para cada 23 mil habitantes Portaria nº 1.101/02.

COMPO-NENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Parâme-tro
VI. Estratégias de Desinstituci-onalização	SRT	2 Serviços Residenciais Terapêuticos tipo I (com até 8 moradores)	0	2 Serviços Residenciais Terapêuticos tipo I (com até 8 moradores)	A depender do nº de munícipes longamente internados
	PVC	16 inclusões no Programa de Volta para Casa	0	16	A depender do nº de munícipes longamente internados
VII. Reabilitação Psicossocial	Cooperativas sociais, empreendi-mentos solidários e iniciativas de geração de trabalho e renda	1	0	1	

Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina



Plano de Ação Regional (PAR) da Região de Saúde da SERRA Catarinense

CDLXXXIV

Rede de Atenção Psicossocial
de Santa Catarina

PAR

- Plano de Ação Regional -

Região de Saúde da
Serra Catarinense

CDLXXXV

Região de Saúde da Serra Catarinense:

Plano de Ação Regional para a Rede Psicossocial

1 Características básicas do território

A região abriga 4,5% da população do Estado de Santa Catarina, em 18 municípios. Tem duas Secretarias de Desenvolvimento Regional – SDR. Os habitantes de Lages correspondem a 55% da população da Serra. Contudo, somente eles têm acesso a CAPS i e a CAPS AD. Um dos problemas para a efetivação de consórcios microrregionais poderá ser a distância entre alguns municípios.

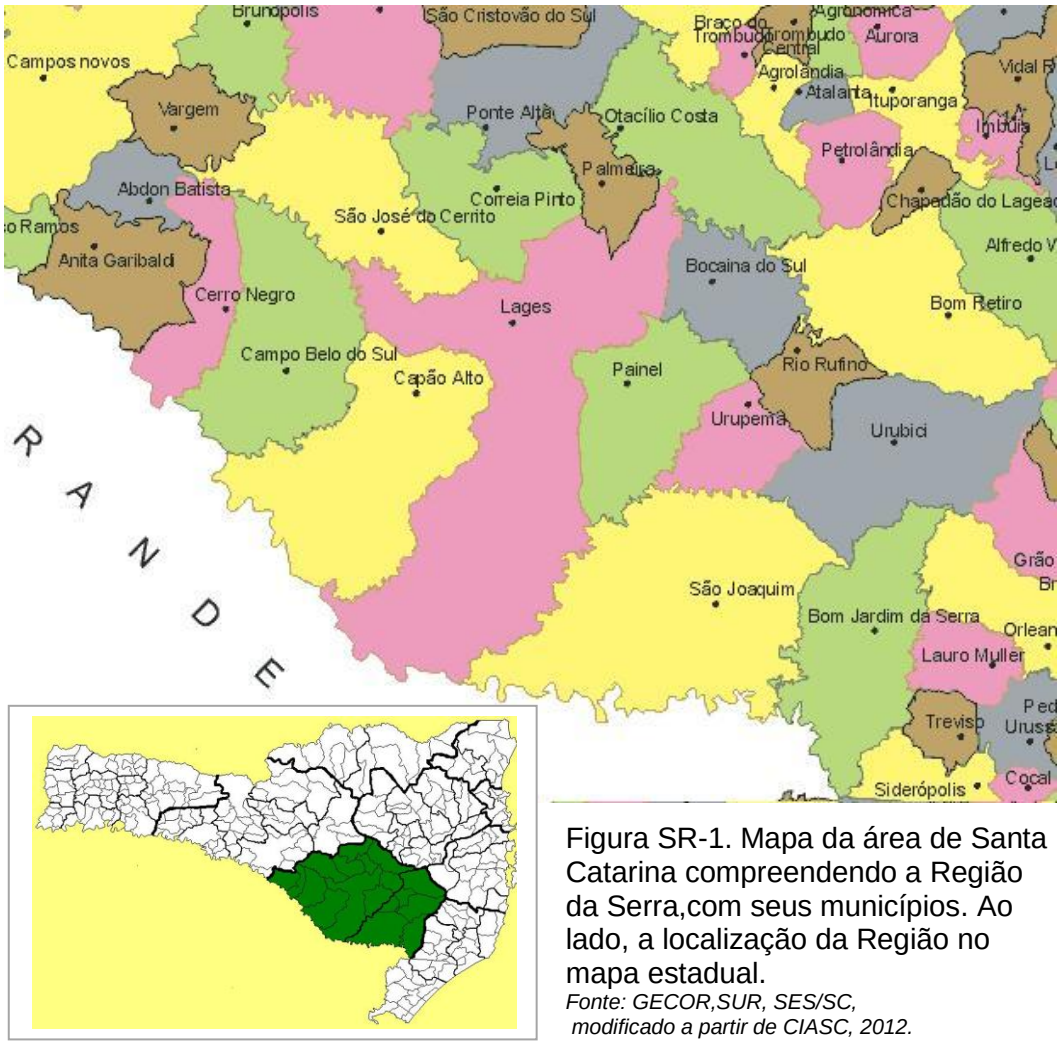


Figura SR-1. Mapa da área de Santa Catarina compreendendo a Região da Serra,com seus municípios. Ao lado, a localização da Região no mapa estadual.
Fonte: GECOR,SUR, SES/SC, modificado a partir de CIASC, 2012.

Pode-se inferir que cerca de um quarto da população, ao longo de um ano, apresentará queixas de ordem psíquica[182]. Tais queixas, geralmente, não representam doenças, mas apenas sintomas avulsos passageiros, que se resolvem espontaneamente, por atitudes e práticas individuais, ou por mecanismos sociais (como os religiosos e os de entidades de auto-ajuda, tipo Alcoólicos Anônimos, por exemplo). Contudo, cerca de um décimo da população levará tais queixas aos serviços de saúde, demandando deles alguma conduta. Eventualmente eles representam sinais e sintomas de transtornos mentais e comportamentais importantes. Uma fração menor da população (cerca de 1%) demandará assistência especializada.

Tabela SR-1. Estimativa do número de pessoas com manifestação de novas queixas de ordem psíquica e comportamental, ao ano, segundo categorias de sintomas, por municípios, Região de Saúde da Serra Catarinense, 2014.

Município	Queixas do espectro de					Total
	Drogas*	Psicoses**	Humor	Neuroses***	Outros	
Anita Garibaldi	335	84	586	670	251	1.926
B. Jardim Serra	178	44	311	355	133	1.022
Bocaina Do Sul	133	33	232	265	99	762
Bom Retiro	364	91	636	727	273	2.091
Campo Belo Do Sul	296	74	518	592	222	1.702
Capão Alto	109	27	190	217	81	624
Cerro Negro	140	35	245	280	105	806
Correia Pinto	578	144	1.011	1.156	433	3.323
Lages	6.264	1.566	10.962	12.528	4.698	36.019
Otacílio Costa	668	167	1.168	1.335	501	3.839
Painel	94	24	165	188	71	541
Palmeira	96	24	169	193	72	554
Ponte Alta	194	49	340	388	146	1.116
Rio Rufino	98	24	171	195	73	561
São Joaquim	1.004	251	1.758	2.009	753	5.776
São José Do Cerrito	364	91	637	728	273	2.094
Urubici	431	108	754	861	323	2.476
Urupema	99	25	173	198	74	569
Região da Serra	11.445	2.861	20.026	22.885	8.581	65.801

**Inclui álcool etílico e outras substâncias, exceto nicotina e cafeína.* ***Inclui queixas relacionáveis a psicoses orgânicas (F0) e funcionais (F2).* ****Inclui queixas relacionáveis a neuroses, estresse e somatoformes (F4).*
Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação, SUR, SES/SC, 2013.

[182] Para Goldberg e Huxley, cerca de 23% da população apresenta, em algum momento, sintomas positivos de ordem psíquica. Mário Teixeira, em amostras no município de Florianópolis, encontrou 25% da população nesta situação. Vide:

GOLDBERG, D. (1995) Epidemiology of mental disorders in primary care settings. **Epidemiologic Reviews**, 17, 182 -190.

TEIXEIRA, Mário Aurélio Aguiar. Estudo de Morbidade Psiquiátrica em Duas Localidades da Ilha de Santa Catarina (Florianópolis).(Tese). São Paulo: Escola Paulista de Medicina. São Paulo (UFSP), 1998.

Tabela SR-2. Estimativa do número de pessoas demandando assistência por transtornos psíquicos e comportamentais, no período de um ano, por município, Região de Saúde da Serra Catarinense, 2014.

Município	Demanda	
	À rede básica	Especializada
Anita Garibaldi	770	84
B. Jardim Serra	409	44
Bocaina Do Sul	305	33
Bom Retiro	836	91
Campo Belo Do Sul	681	74
Capão Alto	250	27
Cerro Negro	322	35
Correia Pinto	1.329	144
Lages	14.408	1.566
Otacílio Costa	1.536	167
Painel	216	24
Palmeira	222	24
Ponte Alta	446	49
Rio Rufino	224	24
São Joaquim	2.310	251
São José Do Cerrito	838	91
Urubici	990	108
Urupema	228	25
Região da Serra	26.320	2.861

Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação, SUR, SES/SC, 2013.

2 A rede existente hoje

A região conta com 7 NASF, distribuídos em 6 dos 12 municípios. Tem psicólogos em apenas 4 deles. Portanto, somente 22,2% dos municípios da região têm NASF que trabalhe temas de saúde mental.

Tabela SR-3. Número de NASF e de psicólogos trabalhando em NASF nos municípios da Região de Laguna, 2014.

Município	População	NASF	Psicólogo
Anita Garibaldi	8.374		
Bocaina do Sul	3.314		
Bom Jardim da Serra	4.443		
Bom Retiro	9.090	1	
Campo Belo do Sul	7.398		
Capão Alto	2.713	1	1
Cerro Negro	3.503		
Correia Pinto	14.447		
Lages	156.604	2	
Otacílio Costa	16.691		
Painel	2.351		
Palmeira	2.410		
Ponte Alta	4.853		
Rio Rufino	2.440	1	1
São Joaquim	25.111	1	
São José do Cerrito	9.104		
Urubici	10.767		1
Urupema	2.476	1	1
Região da Serra	286.089	7	4

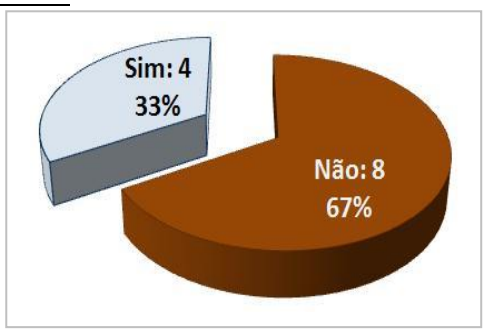


Figura SR-2. Número (absoluto e percentual) de municípios que têm e não têm NASF voltados à saúde mental, Região da Serra Catarinense, 2014.
Fonte: GEABS, SES/SC, 2013.

O município de Lages, que contém 55% da população regional, é razoavelmente aparelhado quanto aos CAPS. Contudo, com exceção de São Joaquim – que tem um CAPS I – os demais municípios não têm qualquer estrutura ambulatorial especializada. A região não conta com serviços de CAPS III. Estas carências geram a piora de muitos quadros. A

piora os obriga a buscar internação, por falta de atendimento precoce, seqüencial e eficaz.

Tabela SR-4 Disponibilidade de CAPS, segundo a modalidade, por município, na Região da Serra Catarinense, 2014.

Município	População	I	II	AD	i	III	Total
Anita Garibaldi	8.374						0
Bocaina do Sul	3.314						0
Bom Jardim da Serra	4.443						0
Bom Retiro	9.090						0
Campo Belo do Sul	7.398						0
Capão Alto	2.713						0
Cerro Negro	3.503						0
Correia Pinto	14.447						0
Lages	156.604		1	1	1		3
Otacílio Costa	16.691						0
Painel	2.351						0
Palmeira	2.410						0
Ponte Alta	4.853						0
Rio Rufino	2.440						0
São Joaquim	25.111	1					1
São José do Cerrito	9.104						0
Urubici	10.767						0
Urupema	2.476						0
Região da Serra	286.089	1	1	1	1		4

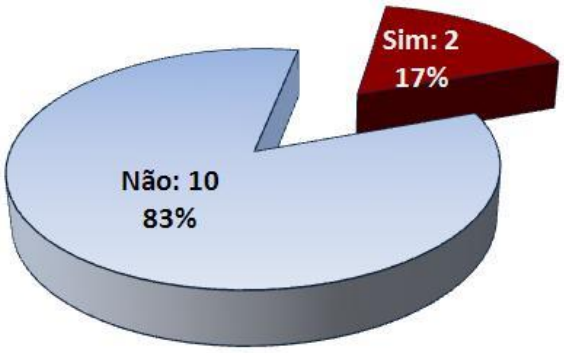


Figura SR-3. Percentual de municípios que têm e que não têm CAPS. Abaixo, representação da população regional, em números absolutos com e sem acesso a CAPS. Região da Serra Catarinense, 2014.
Fonte: GEABS, SES/SC, 2013.

Há 61 leitos psiquiátricos disponíveis em hospitais gerais da região. O tradicional Hospital Nossa Senhora dos Prazeres foi o pioneiro, no Brasil, a ter ala psiquiátrica pública dentro de hospital geral. Sob qualificação poderá facilmente se transformar em Serviço Hospitalar de Referência regional para transtornos mentais e decorrentes de álcool, crack e outras drogas, nos termos da Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012.

Tabela SR-5. Disponibilidade de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, em municípios da Região da Serra Catarinense, 2014.

Município	CNES – Hospital	Leitos
ANITA GARIBALDI	2300435 - HOSPITAL FREI ROGERIO	1
BOCAINA DO SUL	2300508 - BOCAINA DO SUL	30
LAGES	2504316 SOC. MÃE DA DIVINA PROVIDÊNCIA - HOSP. NOSSA SENHORA DOS PRAZERES	28
URUBICI	2300885 - HOSPITAL SÃO JOSÉ DE URUBICI	2

Fonte: CNES, 2013.

O Hospital de Bocaina do Sul foi fechado. Pelo modo como foi se estruturando nos últimos anos, assumiu características que o assemelhavam a um aspirante de hospital singelo e de parco vínculo com a rede, com problemas quanto a aspectos de vigilância sanitária, quanto à contratação de uma equipe comprometida, e quanto à qualidade dos processos de trabalho.

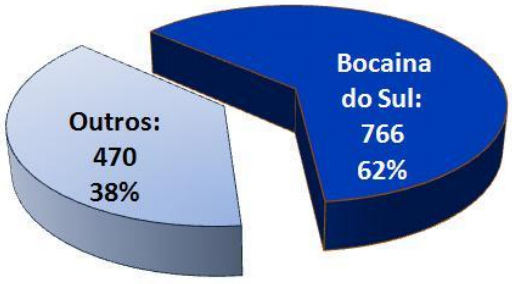
No último quinquênio (2008 a 2012), o hospital Nossa Senhora dos Prazeres, de Lages, teve uma média de permanência de 19 dias, para transtornos psiquiátricos. O de Bocaina do Sul teve uma média de 26 dias.

Tabela SR-6. Média de permanência, em dias, nas alas psiquiátricas hospitalares da Região da Serra Catarinense, 2013.

Município	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Bocaina do Sul	26,8	28,4	27,5	28,1	24,3	26,8
Lages	16,6	19,1	22,7	20,8	19,6	19,5
Total	22,2	23,8	25,4	25,2	22,5	23,7

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Figura SR-4. Número absoluto e percentual de internações psiquiátricas no hospital de Bocaina do Sul e em outros da região, Serra Catarinense, ano de 2012.
Fonte: SIH/SUS, 2013.



Ao todo, em 2012, foram feitas 1.236 internações nos quatro hospitais que internam casos psiquiátricos na região. Destas, 766 foram em Bocaina, município que não tem CAPS, não tem como fazer a regulação e nem um plano de devolução dos pacientes aos sistemas de saúde de seus municípios de procedência. Os CAPS de Lages tem administrado a lista de pacientes com pedido do internação hospitalar psiquiátrica.

Tabela SR-7. Número de internações psiquiátricas feitas pelo SUS, em hospitais gerais, por município, Região da Serra Catarinense, 2008 a 2012.

Município	2008	2009	2010	2011	2012	No período	Média anual
Anita Garibaldi	29	7	-	-	3	39	8
Bocaina Sul	684	558	520	665	766	3.193	639
Lages	548	524	407	451	461	2.391	478
Urubici	27	13	6	16	6	68	14
Região da Serra	1.288	1.102	933	1.132	1.236	5.691	1.138

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

O valor médio de uma internação, entre 2008 e 2012, foi de R$1.188,83 para os dois maiores hospitais. O valor da internação em Bocaina foi maior do que o valor em Lages, por ser mais comprida. O valor total médio das internações psiquiátricas, na soma das duas alas psiquiátricas da região, foi de R$1.114.871,44 por ano.

Tabela SR-8. Valor unitário das internações psiquiátricas pelo SUS, em hospitais gerais, municípios de Bocaina do Sul e Lages, Região da Serra Catarinense, 2008 a 2012.

Município	2008	2009	2010	2011	2012	Média do período
Bocaina Sul	1.045,75	1.254,22	1.533,75	1.559,49	1.357,79	1.343,51
Lages	636,42	848,60	1.268,41	1.177,47	1.101,68	982,26
Região da Serra	863,68	1.057,79	1.417,25	1.405,11	1.261,56	1.188,83

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Tabela SR-9. Valor total das internações psiquiátricas pelo SUS, municípios de Bocaina do Sul e Lages, de 2008 a 2012.

Município	2008	2009	2010	2011	2012	Média do período
Bocaina Sul	715.292,26	699.856,09	797.552,00	1.037.064,00	1.040.064,00	714.907,22
Lages	348.759,51	444.668,59	516.241,26	531.038,78	507.872,46	399.964,22
Região Serra	1.064.051,77	1.144.524,68	1.313.793,26	1.568.102,78	1.547.936,46	1.114.871,44

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

3 Imagem objetivo (a rede idealizada pelo Grupo Condutor e pela Câmara Técnica Regional)

O investimento em NASF que trabalhem com temas de saúde mental é uma das prioridades tecnicamente indicadas para a região, em

todos os municípios. É a partir das equipes dos NASF que poderão ser montadas as supervisões sobre a atenção primária e criado o apoio matricial.

Lages, uma da cidades mais gélidas do Brasil no inverno, precisa de um consultório na rua. A cidade está na lista do Ministério da Saúde como local preferencial para tal tipo de atendimento[183]. O serviço social da Prefeitura Municipal e o CAPS AD têm cadastros organizados de quase toda esta população.

Figura SR-5. Aspecto do consultório na rua, com os logotipos padronizados.

Tabela SR-10. Estimativa da necessidade de vagas em unidades de acolhimento para adultos e para menores de 18 anos, Região da Serra Catarinense, 2013.

Município	População	Adulto	Infanto-Juvenil
Anita Garibaldi	8.374	0,4	0,2
Bocaina do Sul	3.314	0,2	0,1
Bom Jardim da Serra	4.443	0,2	0,1
Bom Retiro	9.090	0,5	0,2
Campo Belo do Sul	7.398	0,4	0,2
Capão Alto	2.713	0,1	0,1
Cerro Negro	3.503	0,2	0,1
Correia Pinto	14.447	0,7	0,3
Lages	156.604	7,8	3,5
Otacílio Costa	16.691	0,8	0,4
Painel	2.351	0,1	0,1
Palmeira	2.410	0,1	0,1
Ponte Alta	4.853	0,2	0,1
Rio Rufino	2.440	0,1	0,1
São Joaquim	25.111	1,3	0,6
São José do Cerrito	9.104	0,5	0,2
Urubici	10.767	0,5	0,2
Urupema	2.476	0,1	0,1
Região da Serra	286.089	14	6

Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação, GECOR, SUR, SES/SC, 2013.

O Projeto Acolher, instituído em 2007, conta com uma unidade de acolhimento para moradores em situação de rua, de Lages ou migrantes, do sexo masculino, dependentes químicos (drogas e alcoolismo) ou com problemas mentais. Visa a reabilitação, a socialização

[183] Trata-se do cálculo de equipes que o Ministério poderá financiar, feito pela Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica (CGGAB), do Departamento de Atenção Básica. A lista de cidades que constam no levantamento está disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_consultorio_rua.php>.

e o resgate dos vínculos familiares já rompidos, em parceria com o CAPS AD. Lages, portanto, foi inovadora em termos de unidade de acolhimento.

Figura SR-6. Mapa rodoviário mostrando os acessos a Cerro Negro, 2013.

Anita Garibaldi (com 8.374 habitantes), está a 30 km de Cerro Negro (3.503 habitantes). Campo Belo do Sul (7.398 habitantes) está a 19 km. Apesar da distância, poderiam montar um CAPS I micorregional, funcionando como sede de um programa de matriciamento cuja equipe percorresse as unidades de saúde dos três municípios.

São José do Cerrito (com 9.104 habitantes), Capão Alto (2.713 habitantes) e Painel (2.351) podem se integrar aos CAPS de Lages, os quais poderão se transformar em regionais, com programas de matriciamento montados em conjunto com os NASF.

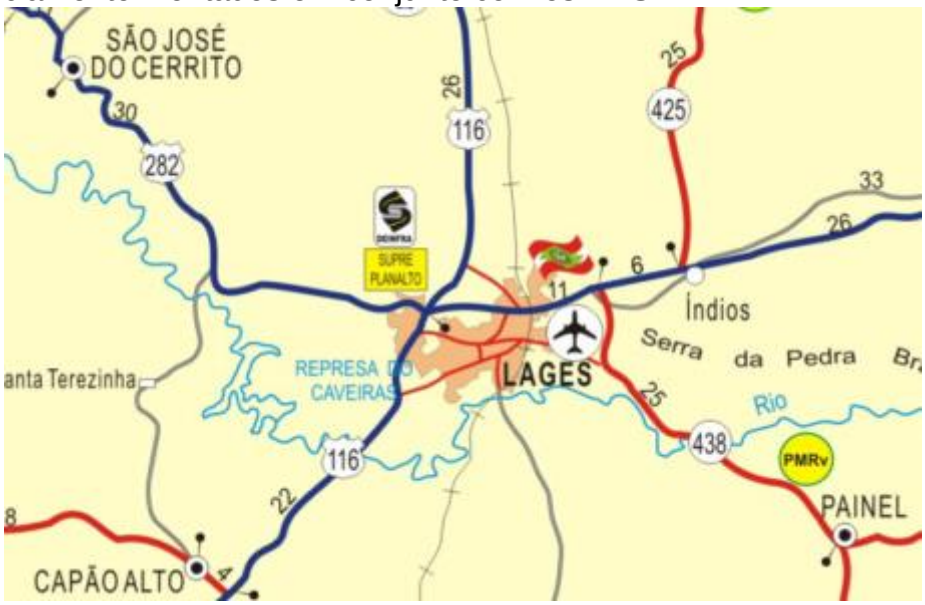


Figura SR-7. Mapa rodoviário mostrando os acessos a Lages, 2013.

Figura SR-8. Mapa rodoviário mostrando, a partir de Lages,as BR 116 e 282, e a SC 425.

São José do Cerrito (9.104 habitantes), Correia Pinto (14.447 habitantes) e Ponte Alta (4.853 habitantes), que são próximos, podem montar um CAPS I microrregional para o atendimento de ambos. Otacílio Costa (16.691 habitantes) e Palmeira (2.410), a 9 km, podem também se consorciarem, criando outro CAPS I.

Urubici (com 10.767 habitantes) dista 35 km de Bom Retiro (9.090 habitantes). Um CAPS microrregional poderia atender ambas as cidades, e fazer o trabalho de matriciamento da rede básica.

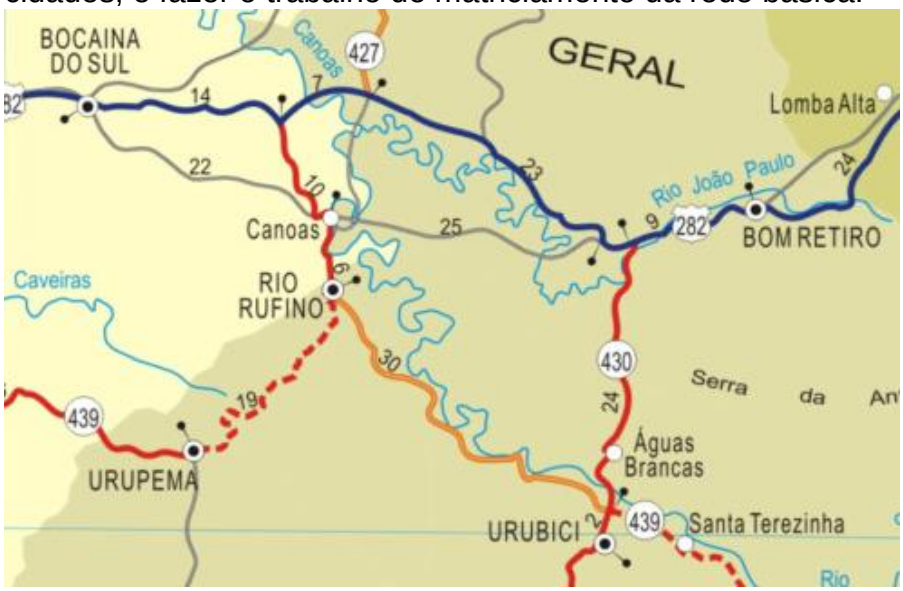


Figura SR-9. Mapa rodoviário: a área ao sul da BR 101 entre Bocaina e Bom Retiro.

O município de Urupema é bastante isolado dos demais, devendo trabalhar a qualidade de sua rede básica, com NASF. Rio Rufino (2.440 habitantes) dista 30 km de Urubici, sem asfalto. Por asfalto, está a 38 km de Bocaina do Sul (3.314 habitante), que por sua vez está a 40 km de Lages. São municípios que precisarão, também, montar um plano de qualificação da rede básica.

O CAPS de São Joaquim, município cuja população é 25.111, precisa ampliar seu CAPS I, tornando-se microrregional para receber os casos mais graves de Bom Jardim da Serra (4.443 habitantes), que fica a 38 km.

Figural SR-10. Acesso de São Joaquim a Bom Jardim da Serra, pela SC 438.

O Hospital Seara do Bem (registro no CNES 2662914) é um hospital pediátrico beneficente, contratualizado com o SUS, bem aparelhado, com um total de 72 leitos, que poderia abrigar 6 leitos psiquiátricos infantis. A Secretaria de Estado da Saúde poderia auxiliar na capacitação de pessoal vinculado ao hospital, para trabalhar com crianças apresentando transtornos psíquicos, como referência estadual. Um novo CAPS i, em Lages, poderia apoiar a manutenção da linha de cuidado, da regulação e da contrarreferência. Dez leitos do Hospital Nossa Senhora dos Prazeres poderiam ser incentivados e qualificados na montagem de um serviço regional de referência para adultos.

Os temas que o Grupo Condutor Estadual apresentou para debate na CIR incluíram:

a) a criação de um CAPS ADIII regional em Lages.

b) a criação de um CAPS i regional em Lages (voltado a atender a clientela de residência mais próxima, a supervisionar e matriciar casos de outros CAPS e a dar pareceres).

c) a criação de 4 novos CAPS I microrregionais, em Campo Belo, Correia Pinto, Otacílio Costa e Urubici.

d) A conversão do CAPS I de São Joaquim em microrregional.

e) de 2 unidades de acolhimento para adultos (com um total de 15 vagas entre as duas) e uma infanto-juvenil (6 vagas), como referências regionais.

f) estabelecimento de um consultório na rua, em Lages.

g) criação de um serviço residencial terapêutico, na forma de moradia para 5 internos de longa permanência na Grande Florianópolis, sendo 3 do Hospital de Custódia e Tratamento e 2 do Centro de

Convivência Santana. Estas pessoas, da região, poderão retornar assim que tiverem casa e apoio de um CAPS próximo, capaz de trabalhar com elas aspectos de reabilitação psicossocial.

h) a adequação do hospital Nossa Senhora dos Prazeres, em Lages, para se transformar em serviço de referência regional qualificado.

i) construção de contatos e vínculos intersetoriais, especialmente com o Sistema Único de Assistência Social.

j) definição, em protocolo, de um fluxo intersetorial entre instituições da educação, da segurança pública, da assistência social e da saúde.

k) montagem de um programa de qualificação e de educação continuada na atenção psicossocial, por parte da Secretaria de Estado da Saúde, abrangendo as equipes de saúde mental e de saúde da família, da região.

l) montagem de um programa de divulgação de protocolos assistenciais, a cargo da Secretaria de Estado da Saúde, capacitando as equipes da região para seu uso.

m) montagem de um programa de prevenção do óbito autoprovocado, a cargo da Secretaria de Estado da Saúde, voltado às equipes da região.

n) implantação ou qualificação de trabalho de matriciamento.

o) incentivo à intensificação de supervisão de equipes de CAPS.

p) estabelecimento de NASF em todos os municípios que tenham 3 ou mais equipes de saúde da família.

q) avaliação técnica do Hospital de Bocaina do Sul, levantando possibilidades de continuação ou não de seu funcionamento, a partir de uma reestruturação, incrementos na equipe e avanço em qualidade.

r) implantação de serviço hospitalar de referência em psiquiatria infanto-juvenil, no Hospital Seara do Bem, de Lages, a ser estruturado e ter sua equipe qualificada.

s) a qualificação do Hospital Nossa Senhora dos Prazeres como referência regional.

4 A rede pactuada na CIR

Ao decidir pela aprovação do PAR a Comissão Intergestores Regional ratificou o quadro abaixo, com a lista com os pontos pactuados entre os Municípios:

Plano de Plano de Ação Regional para a Rede Psicossocial

Região de Saúde da Serra Catarinense

- A criação de um CAPS ADIII regional em Lages.
- A criação de um CAPS i regional em Lages (conversão).
- A criação de 4 novos CAPS I microrregionais, em Campo Belo, Correia Pinto, Otacílio Costa e Urubici.
- A conversão do CAPS I de São Joaquim em microrregional.
- 2 unidades de acolhimento para adultos (com um total de 15 vagas entre as duas) e uma infanto-juvenil (6 vagas), como referências regionais.
- Estabelecimento de um consultório na rua, em Lages.
- Criação de um serviço residencial terapêutico, na forma de moradia para 5 internos de longa permanência.
- Estabelecimento de NASF em todos os municípios que tenham 3 ou mais equipes de saúde da família.
- 10 leitos HNSP, como serviço de referência a transtornos mentais e a transtornos resultantes do abuso de álcool, crack e outras drogas psicoativas, para adultos, sob regulação de um CAPS, de forma integrada aos serviços comunitáriosqualidade nas clínicas básicas.
- 10 leitos psiquiátricos infantis no Hospital Seara do Bem, de Lages.
- Definição, em protocolo, de um fluxo intersetorial entre instituições da educação, da segurança pública, da assistência social e da saúde.
- Montagem de um programa de qualificação e de educação continuada na atenção psicossocial, por parte da Secretaria de Estado da Saúde, abrangendo as equipes de saúde mental e de saúde da família, da região.
- Montagem de um programa de divulgação de protocolos assistenciais, a cargo da Secretaria de Estado da Saúde, capacitando as equipes da região para seu uso.
- Montagem de um programa de prevenção do óbito autoprovocado, a cargo da Secretaria de Estado da Saúde, voltado às equipes da região.
- Implantação ou qualificação de trabalho de matriciamento.
- Incentivo à intensificação de supervisão de equipes de CAPS.

5 Deliberação da CIR

GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Comissão Intergestores Regional – Serra Catarinense

DELIBERAÇÃO 024 CIR/13

A Comissão Intergestores Regional da Serra Catarinense, no uso de suas atribuições, em reunião ordinária do dia 07 de novembro de 2013

RESOLVE:

Aprovar a rede Psicossocial da Serra Catarinense.

Atenciosamente,

MARIA CRISTINA MAZZETTI SUBTIL
COORDENADORA DA CIR DA SERRA CATARINENSE

6 Matriz Diagnóstica da Rede na Região da Serra Catarinense

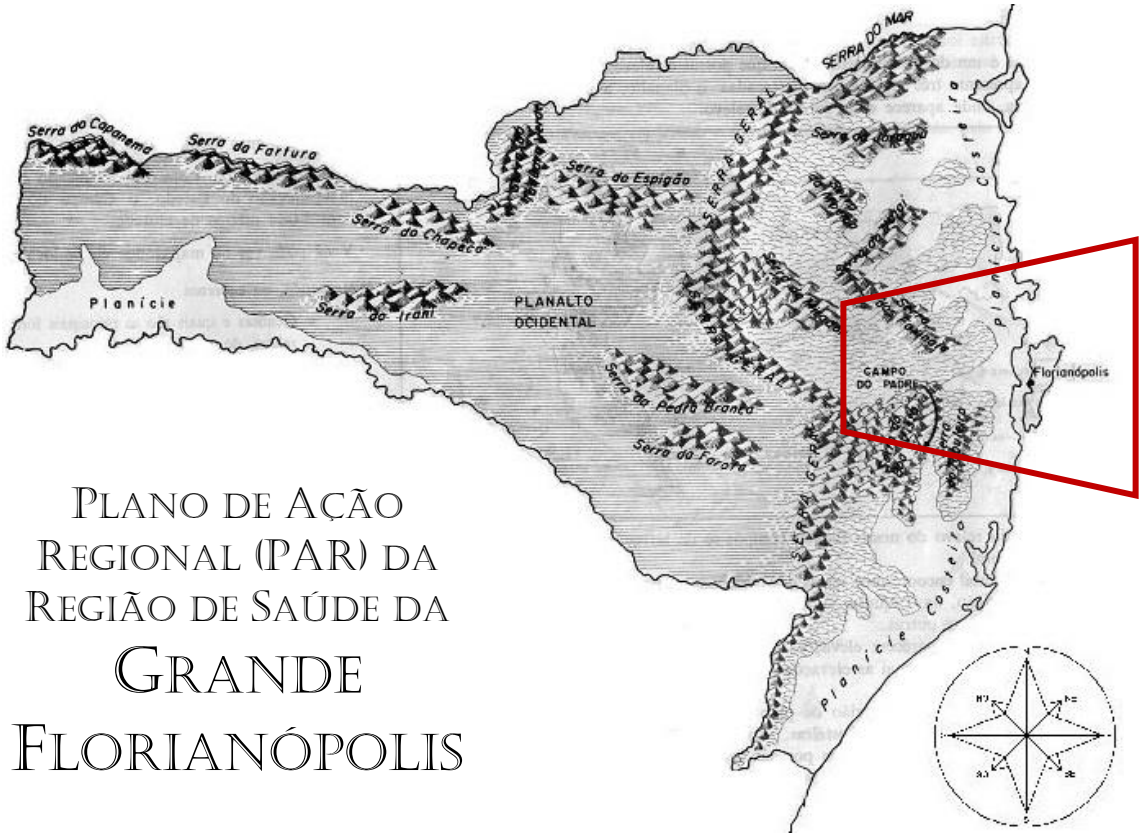
MATRIZ DIAGNÓSTICA - REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL					
Região de Saúde: **Serra Catarinense**					
18 Municípios: Anita Garibaldi, Bocaina do Sul, Bom Jardim da Serra, Bom Retiro, Campo Belo do Sul, Capão Alto, Cerro Negro, Correia Pinto, **Lages**, Otacílio Costa, Painel, Palmeira, Ponte Alta, Rio Rufino, São Joaquim, São José do Cerrito, Urubici e Urupema.					
População: 286.089 habitantes					
COMPO-NENTE	**Ponto de Atenção**	**Necessidade**	**Existentes**	**Déficit**	**Parâme-tro**
I. Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde	117 equipes de Saúde da Família (ESF). Supervisão e apoio matricial organizado, regulação do acesso, protocolos assistenciais.	80 ESF (89,22% de cobertura)	37 ESF. Supervisão e o apoio matricial organizado sobre as equipes de saúde da família, estabelecer regulação do acesso e protocolos assistenciais.	Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica, de 21 de outubro de 20 11
	Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas	1 consultório na rua	0	1 consultório na rua (Lages)	Portaria que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família	19 NASF	9 NASF (7 deles com psicólogo).	10 NASF. Incorporação de psiquiatras e psicólogos em NASF	Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica - 2011
	Centro de Convivência	2	0	2	

COMPO-NENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Parâme-tro
II. Atenção Psicossocial Especiali-zada	Centro de Atenção Psicossocial				
	CAPS I	5	1 (São Joaquim)	4 (Campo Belo, São José do Cerrito, Otacílio Costa, Urubici)	Municípios ou regiões com pop. acima de 20 mil hab.
	CAPS II	1	1 (Lages)	0	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS III	1	0	1	Municípios ou regiões com pop. acima de 200 mil hab
	CAPS AD	1	1 (Lages)	1 (município a definir)	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS ADIII	1	0	1 (regional, em Lages, qualificando o AD)	Municípios ou regiões com pop. acima de 200 mil hab
	CAPS i	1 (regional para dar pareceres e orientar outros CAPS)	1 (Lages)	0	Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab
III. Atenção de Urgência e Emergência	UPA / SAMU Sala de Estabilização Portas Hospitalares de Atenção à Urgência Pronto Socorro	2 unidades de suporte avançado (USA) e 9 unidades de suporte básico (USB).	2 USA (Lages e São Joaquim), 2 USB em Lages e 1 USB em São Joaquim, Campo Belo do Sul, Otacílio Costa, Bocaina do Sul, São José do Cerrito e Bom Retiro.	0	Conforme orientações da Portaria da Rede de Atenção às Urgências, de 7 de julho de 2011.

COMPO-NENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Parâme-tro
IV. Atenção Residencial de Caráter Transitório	UA ADULTO	1 (com um total de 15 vagas)	0	1	1 UA (com 15 vagas) para cada 10 leitos de enferma-rias em hospital geral por município.
	UA INFANTO-JUVENIL	1 (com um total de 6 vagas)	0	1	Municípios crianças e adolescen-tes em potencial para uso de drogas ilícitas ou em potencial para uso de drogas ilícitas.
	COMUNI-DADE TERAPÊU-TICA	1	0	1	
V. Atenção Hospitalar	LEITOS	15 (5 tipo adulto e 10 tipo infanto-juvenil)	0	5 leitos em Lages (Hosp. N. S. dos Prazeres); 10 infanto-juvenis em Lages (Hospital Infantil Seara do Bem)	Portarias MS 1.615/12, 148/12, 953/12, 2.035/13; 1 leito para cada 23 mil habitantes Portaria nº 1.101/02.
	ENFERMA-RIA ESPECIA-LIZADA	1	0	1	Portarias MS 1.615/12, 148/12, 953/12, 2.035/13; 1 leito para cada 23 mil habitantes Portaria nº 1.101/02.

COMPO-NENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Parâme-tro
VI. Estratégias de Desinstituci-onalização	SRT	1 Serviço Residencial Terapêutico tipo I (com até 8 moradores).	0	1	A depender do nº de munícipes longa-mente internados
	PVC	8	0	8	A depender do nº de munícipes longa-mente internados
VII. Reabilitação Psicossocial	Cooperativas sociais, empreendi-mentos solidários e iniciativas de geração de trabalho e renda	2	0	2	

Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina



Plano de Ação Regional (PAR) da Região de Saúde da Grande Florianópolis

Rede de Atenção Psicossocial
de Santa Catarina

PAR

- Plano de Ação Regional -

Região de Saúde da
Grande Florianópolis
(Região Metropolitana)

I. O Diagnóstico

1 Aspectos sanitários da geografia e da demografia regionais

A unidade federativa de Santa Catarina,no Brasil Meridional, foi dividida em 9 macrorregiões e em 21 regiões de saúde.

Tem na área metropolitana uma de suas áreas mais populosas. Administrativamente o núcleo metropolitano e sua área de expansão coincidem com a 18ª. Região de Saúde, dita Região da Grande Florianópolis.

Localização de Florianópolis no mapa do Estado de Santa Catarina.

Constituída por alguns municípios conurbados e por outros do entorno, foi a região metropolitana de capital sulina que mais cresceu na última década. Junto com Aracaju (SE) e João Pessoa (PB) formou o rol das três capitais-metrópoles litorâneas com maiores índices de crescimento e expansão geopolítica.

Abrange 22 municípios e tem uma população de 1.012.233 habitantes, sendo 49,02% do sexo masculino e 50,98 % do sexo feminino. Metade destes municípios tem menos de 10.000 habitantes e dois deles estão na faixa dos municípios com mais de 150.000 habitantes.

A densidade demográfica da Região Metropolitana é de 142,44 habitantes

por km^2, mas a concentração é bem maior no litoral, especialmente em São José (1.860 habitantes por km^2), Florianópolis (972 habitantes por km^2), Palhoça (347 habitantes por km^2) e Biguaçú (192 habitantes por km^2).

Distribuição da população em faixas, número de municípios em cada faixa e seu percentual na Região Metropolitana de Florianópolis, SC, 2012.

Número de Habitantes	Número de Municípios	Percentual do Municípios
Até 10.000	11	50%
De 10.001 a 50.000	7	32%
De 50.001 a 150.000	2	9%
Acima de 150.000	2	9%

Fonte: GECOR/SES/SC, 2012.

2 Diagnóstico Epidemiológico, das Estruturas e dos Processos

Do ponto de vista epidemiológico o transtorno psíquico e comportamental na Região Metropolitana de Florianópolis apresenta um perfil condizente com outras populações meridionais brasileiras. Um levantamento estatístico local, realizado por Teixeira (1998), utilizando metodologia embasada no *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI 3.1/1993), mostrou um elevado consumo de tabaco, álcool etílico e, em menor grau, de outras substâncias psicoativas.

Percentuais de prevalência de sintomas de transtornos mentais e comportamentais na população, segundo pesquisa de captação local, Florianópolis, SC, 1998.

Código CID-10	Sintomas na área dos transtornos*	Área	
		Urbana	Rural
F1	Por uso de substâncias psicoativas (álcool, tabaco, etc.)	16,23	12,74
F10	Por uso de álcool etílico	3,07	1,96
F2	Esquizofrênicos, esquizotípicos e delirantes	0,88	0,49
F3	Afetivos (do humor)	7,46	3,92
F4	Neuróticos, estresse e somatoformes	10,96	6,86
F5	Síndromes comportamentais e fisiológicas	0,4	0,4
F0 - F9	População positivada (indícios e queixas)	25,88	21,57

*Metodologia baseada na *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI 3.1/1993), abrangendo a faixa etária entre 16 e 65 anos de idade. Fonte: Teixeira, M. A. A. Estudo de Morbidade Psiquiátrica em Duas Localidades da Ilha de Santa Catarina (Florianópolis).(Tese). São Paulo: Escola Paulista de Medicina. São Paulo (UFSP), 1998.

O inquérito do INCA, de 2003, com 23.457 pesquisados, mostra que 25% da população masculina e 19% da população feminina de Florianópolis eram tabagistas[184]. O uso do tabaco torna elevado o percentual de pessoas apresentando sintomas relacionados ao uso de substâncias psicoativas, mas ele vem caindo gradativamente, por força de ações de saúde pública e de legislação, em quase todo o país, nos últimos dez anos. Por outro lado, o estilo de vida em conurbações, crescendo em população e em complexidade, tem

[184] BRASIL. Ministério da Saúde. INCA. Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Rio de Janeiro: INCA, 2003. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/publicacoes/publicacao_inquerito22_06.pdf>.

trazido aumento do consumo de derivados da coca. O uso de cocaína injetável em Florianópolis, que crescia na década dos 90, decaiu e cedeu lugar ao uso do crack fumado[185].

A equipe do CEBRID (Carlini et al., 2001[186]) encontrou um percentual de problemas com o álcool etílico, na população das maiores cidades brasileiras, entre 8 a 9,2%, maior, portanto, do que o percentual calculado em Florianópolis por Teixeira.

As cifras da pesquisa local não são muito distantes das de outros levantamentos realizados em regiões geográfica e etnologicamente semelhantes[187]. Alguns destes estudos epidemiológicos foram comparados ao local, mostrando sua possibilidade de adoção contemporânea, mantidas as margens de erro.

A tabela 2 mostra as estimativas de prevalência de problemas psíquicos, em percentuais e em número de casos, na Região Metropolitana de Florianópolis, para cada uma das categorias de transtornos psiquiátricos, segundo o glossário da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) da Organização Mundial da Saúde.

Estimativas da prevalência geral de sintomas e transtornos mentais e comportamentais na população da Região Metropolitana de Florianópolis, SC, 2012.

Código CID-10	Transtornos	Estimativa local	
		%	N. de casos*
F1	Por uso de substâncias psicoativas (inclui tabaco)	16,23	164.285
F17	Por uso só de tabaco	11	111.346
F10	Por uso só de álcool etílico	3,07	31.076
F1-	Por uso de outras substâncias psicoativas	2,16	21.864
F2	Esquizofrênicos, esquizotípicos e delirantes	0,88	8.908
F3	Afetivos (do humor)	7,46	75.513
F4	Neuróticos, stress e somatoformes	10,96	110.941
F41	Ansiosos	7,7	77.942
F45	Somatoformes	4,2	42.514
F5	Síndromes comportamentais e fisiológicas	0,4	4.049
F0 - F9	População positivada (apresentando indícios)	25,88	261.966
F0 - F9	População potencialmente demandando cuidados	10,2	103.248

*Estimativa baseada no censo demográfico do IBGE de 2010, para todos os municípios da Região Metropolitana de Florianópolis, que perfaz um total de 1.012.233 habitantes, levando-se em conta a projeção dos resultados da pesquisa epidemiológica de Teixeira (1998).

Se olharmos a tabela que mostra as prevalências encontradas em estudos de regiões brasileiras próximas e semelhantes, veremos que estas estimativas são bastante válidas. Do ponto de vista epidemiológico o sofrimento psíquico na Região Metropolitana de Florianópolis apresenta um perfil condizente, portanto, com o de outras populações meridionais brasileiras.

[185] SERRANO, A. I.; SECCHI, J. Z. Condições para a busca de reconhecimento legal dos programas de redução de danos e distribuição de cachimbos para dependentes de crack. **Novos Estudos Jurídicos**,v. 12, n. 2 (2007). Disponível em: <http://siaiweb06.univali.br/seer/index.php/nej/article/view/468 >.

[186] CARLINI, E. A., GALDUROZ, J. C. F., NOTO, A. R. et al. I Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil—2001, São Paulo. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 2002.

[187] Vide:
MELLO, M.F., MELLO, A.A.F., KOHN, R. **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed; 2007;
SANTOS, EG; SIQUEIRA, M. M. Prevalência dos Transtornos Mentais na População Adulta Brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **J Bras Psiquiatr**, 2010:59(3):238-46.

Percentuais de prevalência de sintomas de transtornos mentais e comportamentais em diversas populações, segundo pesquisas levadas em conta na estimativa da morbidade psiquiátrica da Região Metropolitana de Florianópolis, SC.

Código CID-10	Transtornos	Multicêntico (Almeida Filho et al.)	Captação em SP (Andrade et al.)	Estudo em Pelotas (De Lima et al.)	Estimativa inglesa (Goldberg, Huxley)	Estudo no RS (Blay et al.)	Estudo em SP (Lebrão, Laurenti)
		Ao ano	Ao ano				
F1	Por uso de substâncias psicoativas (álcool, tabaco, etc.)	8	4,5	8			
F17	Por uso de tabaco		11,4				
F10	Por uso de álcool etílico						
F2	Esquizofrênicos, esquizotípicos e delirantes	1 a 4			0,2 a 0,5		
F3	Afetivos (do humor)	3 a 10	7,6		0,1 a 0,5		
F32	Depressões				2 a 5		
F4	Neuróticos, por stress e somatoformes	18					
F41	Ansiosos		7,7		1,6 a 6		
F45	Somatoformes		4,2				
F5	Síndromes comportamentais e fisiológicas						
F0 - F9	População com queixas psíquicas menores					56	
F0 - F9	População positivada (indícios)		26	22,7			
F0-,F3-, F4-	Sintomas depressivos em idosos					22	18
F0 - F9	População potencialmente demandando cuidados	19 a 34					

Fontes:

1. ALMEIDA FILHO N, MARI JJ, COUTINHO E, FRANÇA JF, FERNADES JG, ANDREOLI SB, et al. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). Rev ABP-APAL. 1992;14(3):93-104.
2. ALMEIDA-FILHO N, MARI JJ, COUTINHO E, FRANÇA JF, FERNANDES J, ANDREOLI SB, et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity: methodological features and prevalence estimates. Br J Psychiatric. 1997;171:524-9.
3. ANDRADE L, WALTERS EF, GENTIL V, LAURENTI R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2002;37:316-25.
4. DE LIMA MS, HOTOPT M, MARI JJ, BÉRIA JU, DE BASTOS AB, MANN A. Psychiatric disorder and the use of benzodiazepines: in example of the inverse care law from Brazil. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 1999;34:316-22.
5. GOLDBERG, D; HUXLEY, P. Common Mental Disorders. A Bio-Social Model. Londres: Routledge, 1992.
6. GOLDBERG, D; HUXLEY, P. Mental Illness in the Community. Londres: Tavistock, 1980.
7. BLAY, S.L. _ Revisão e crítica da metodologia dos estudos sobre epidemiologia dos distúrbios psiquiátricos na população idosa _ *Rev ABP-APAL 11*: 1-9, 1989.
8. LEBRAO, Maria Lúcia; LAURENTI, Rui. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 8, n. 2, June 2005 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000200005&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Apr. 2012. http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2005000200005..

Nas estimativas atuais, feitas por projeções dos achados de Teixeira (1998), teríamos, arredondando, entre 103.000 e quase 262.000 pessoas com algum sintoma psíquico ou comportamental (incluindo o tabagismo, que é fator de elevação das cifras). Ao nos valermos do conceito de filtros de Goldberg e Huxley e calcularmos a prevalência anual esperada, segundo sua fórmula, teremos uma estimativa entre 210.544 e 255.083 pessoas que poderiam ter sintomas. Contudo, somente levar queixas pessoais à rede básica, em algum momento, pedindo algum tipo de atenção.

Para estimar a morbidade psiquiátrica, em percentuais e em número de pessoas, damo-nos conta de que, apesar de um quarto da população apresentar algum tipo de sintoma ou de queixas de ordem psíquica, somente 10% são identificados como problemas de saúde mental na rede básica e somente 1% será encaminhado aos cuidados de especialistas em saúde mental. A tendência da rede básica, na Região Metropolitana de Florianópolis será, pois, de contar com aproximadamente 82.600 casos envolvendo saúde mental, ao ano. Destes, mais de 8.000 casos poderão requerer tratamento especializado, com psiquiatra, psicólogo e terapeuta ocupacional.

Morbidade anual esperada, em população de risco*, segundo os indicadores de Goldberg e Huxley**, Região Metropolitana de Florianópolis, 2012.

Nível do serviço	% de Prevalência anual		Prevalência anual de casos previsível	
	Mínimo	Máximo	Mínima	Máxima
Adultos com sintomas psíquicos ou comportamentais	26	31,5	210.544	255.083
Consultando na rede básica	23	28	186.251	226.740
Transtornos identificados na unidade básica	10,2	10,2	82.598	82.598
Encaminhados a serviços especializados	1	2,4	8.098	19.435
Possivelmente necessitando de internação	0,2	0,6	1.620	4.859

*Levando em conta o percentual de 80% que utiliza os serviços do SUS.

GOLDBERG, D. (1995) Epidemiology of mental disorders in primary care settings. **Epidemiologic Reviews, 17, 182 -190; GOLDBERG, D. & HUXLEY, P. *(*1980*)* **Mental Illness in the Community**: The Pathway to Psychiatric Care. London: Tavistock Publication; O'SULLIVAN, T., COTTON, A. & SCOTT, A. (2005) Goldberg and Huxley's model revisited. **Psychiatric Bulletin**, 29, 116.

Esta população com queixas psíquicas nas unidades da rede básica tenderá a se distribuir, segundo as categorias nosológicas, conforme a próxima tabela, abrangendo uma clientela de mais de 186 mil pessoas no SUS.

Estimativa da necessidade de atendimento por sintomas psíquicos e comportamentais em serviços básicos de saúde, Região Metropolitana de Florianópolis, 2012.

Código CID-10	Tipo de transtorno	%	População
F1	Por uso de substâncias psicoativas	4	32.391
F0, F2	Psicoses	1	8.098
F3	Sintomas afetivos	7	56.685
F4	Transtornos neuróticos	8	64.783
F5-F9	Outros	3	24.294
F0-F9	Total	23	186.251

Da população em seguimento na rede básica, mais de 8.000 pessoas tenderão a necessitar de algum tipo de tratamento especializado, por equipe de saúde mental, ao longo do ano, em algum momento. Certamente um número bem menor terá problemas crônicos graves, que requeiram seguimento longo, continuado ou vitalício, caso funcionem os mecanismos de contra-referência. A distribuição dos casos, segundo categorias nosológicas, representa-se na próxima tabela.

Estimativa da demanda por serviços especializados de saúde mental, Região Metropolitana de Florianópolis, 2012.

Código CID-10	Tipo de transtorno	Demanda			
		Mínima		Máxima	
		%	População	%	População
F1	Por uso de substâncias psicoativas	0,38	3.037	0,4	7.288
F0, F2	Psicoses	0,21	1.685	0,2	4.049
F3	Sintomas afetivos	0,21	1.687	0,2	4.049
F4	Transtornos neuróticos	0,17	1.350	0,2	3.239
F5-F9	Outros	0,04	337	0,0	810
F0-F9	Total	1,00	8.096	1,0	19.435

Os parâmetros para avaliação da necessidade de leitos psiquiátricos estão indicados na tabela abaixo.

Necessidade de Leitos Hospitalares Psiquiátricos pelo SUS, segundo parâmetros em voga no país, para a população da Região Metropolitana de Florianópolis, SC, 2012.

Parâmetro	Indicador teórico por mil hab.	Número de leitos
Mínimo preconizado no Brasil	0,05	40
Máximo tradicionalmente usado no Brasil	0,61	494
Tradicional possibilitado pela Port. 1.101/2002	0,45	364
Tradicionalmente aplicado em SC	0,21	170

Fontes: Portaria 1.101 de 23 de agosto de 2002, do Ministério da Saúde; SES/SC, 2012.

A carência de leitos psiquiátricos na região chega, pois, a 170. É importante esclarecer que não se contabilizam os 160 leitos rotativos especializados, residuais, ainda existentes no Instituto de Psiquiatria de

Santa Catarina (IPq), em São José, próprios do SUS, que ao longo dos anos têm acolhido casos complexos vindos de todos os municípios do Estado, vários deles por ordem judicial.

3 Diagnóstico dos Gestores e Sanitaristas sobre os Serviços e as Fragilidades do Sistema quanto à Saúde Mental

Do ponto de vista de funcionamento atual dos serviços de saúde com atendimento em saúde mental, os gestores dos municípios da região e um grupo técnico de sanitaristas que fez o levantamento dos dados para o QualiSUS Rede, em 2012, concordaram sobre as seguintes fragilidades:

a) as equipes de saúde trabalhando nas unidades básicas manifestam grandes dificuldades na abordagem e no manejo de transtornos mentais e de transtornos comportamentais relacionados ao uso de substâncias psicoativas;
b) apesar da existência dos NASF, em particular dos NASF-SC, o matriciamento da rede, no que se refere à atenção psicossocial, é precário e insuficiente;
c) existe fragilidade na rede de atenção, no que se refere ao número de pontos, em todas as suas modalidades;
d) há déficit de comunicação entre os pontos;
e) há grave descompasso no desenvolvimento dos subsistemas municipais para a área de saúde mental;
f) o segundo município em população na Região Metropolitana tem uma rede embrionária mínima na área de saúde mental;
g) a falta de qualificação da rede básica na área de saúde mental, e a carência de serviços especializados, leva à manutenção do hospital psiquiátrico ainda em funcionamento como porta de entrada para alguns setores regionais;
h) 14 dos 22 municípios da Região Metropolitana têm população com menos de 20.000 habitantes, o que lhes dificultou a criação de CAPS e desincentivou o desenvolvimento de debates locais capazes de melhorar suas formas de abordar os problemas de saúde mental;
i) observa-se insuficiência e inadequação de espaços de internação para usuários de álcool e outras drogas, inclusive de crack, especialmente para mulheres;
j) há falta de protocolos de acesso, clínicos e terapêuticos para nortear as condutas gerenciais e das equipes terapêuticas;
k) é preponderante a ausência de mecanismos regulatórios e de avaliação para os serviços existentes;
l) os grandes hospitais gerais públicos – uma particularidade de Santa Catarina, pela sua condição de referência estadual ou macrorregional – concentram-se na região Metropolitana e são centros de especialidades médicas, sobrecarregados, tendo vocação definida, o que dificulta seu aproveitamento na assistência psiquiátrica;

m) os hospitais gerais contratados e filantrópicos localizam-se em municípios de menor população , com nº reduzido de leitos, e por conseguinte tornando-se pouco atrativa e antieconômica a utilização de espaços para assistência psiquiátrica, conforme limitação legal. A exigência de equipe especializada para atender um número restrito de leitos constitui-se em entrave importante para a expansão do número de leitos em hospitais gerais.
n) inadequação e déficit de espaços para internação de crianças e adolescentes durante crises por transtornos mentais ou por transtornos comportamentais relacionados ao uso de substâncias psicoativas;
o) Os serviços de emergências, incluindo os do SAMU, manifestam dificuldades para atender pacientes com transtornos mentais e com transtornos comportamentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

4 Proposições dos Gestores e Sanitaristas para Qualificar a Rede de Saúde Mental

Os gestores e técnicos ao se debruçarem sobre as dificuldades e carências apontadas no diagnóstico, sugeriram, então, a inclusão no projeto do QualiSUS Rede de:

a) planos de qualificação da rede básica e aprimoramento dos NASF para a saúde mental;
b) qualificação dos serviços de urgência e emergência para atendimento em saúde mental;
c) montagem de programa de educação permanente em saúde mental para a atenção básica;
d) qualificação das equipes dos CAPS;
e) fortalecimento dos processos de criação e de funcionamento de CAPS regionais;
f) qualificação dos tipos de pontos de atenção da rede psicossocial, a ser diversificada;
g) estabelecimento claro de fluxos de acesso a partir da atenção básica;
h) qualificação de equipes para atendimento nos CAPS i na Região Metropolitana;
i) adequação dos espaços físicos de atendimento infantil e de adolescentes em hospital geral público;
j) negociação da Secretaria de Estado da Saúde e dos municípios com as instituições mantenedoras de hospitais contratados com o SUS na Região, no sentido da disponibilização de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, estabelecendo um programa de incentivo à adesão;

k) qualificação de equipe e de espaço físico em hospital geral público estadual, possibilitando o atendimento de crises relacionadas ao uso de substâncias psicoativas, visando preferencialmente o gênero feminino;
l) criação de protocolos de acesso e protocolos assistenciais regionais, como estratégia de adesão às melhores práticas clínicas e de otimização de recursos, esquematizando processos de trabalho a serem aplicados, no sentido de garantir um funcionamento mínimo de qualidade;
m) organização de mecanismos de regulação, controle, avaliação e auditoria capazes de permitir um fluxo razoavelmente rápido e com poucos obstáculos, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada;
n) qualificação dos complexos reguladores nos aspectos específicos da saúde mental, adequando estruturas físicas e recursos materiais e humanos, informatizando os agendamentos e os encaminhamentos, montando filtros técnicos de qualidade, e estruturando bancos de informações úteis às atividades de gestão;
o) preparação dos complexos reguladores municipais para abrangerem os temas de âmbito local, em saúde mental;
p) preparação do complexo regulador estadual para regular as referências intermunicipais, em saúde mental;
q) qualificação dos mecanismos estaduais de avaliação, voltados à saúde mental, para mensurar o desenvolvimento da rede e diagnosticar seus valores, entraves e desvios.

II. Plano de Organização e Qualificação da Rede

1 Pontos de Atenção Básica que Podem Agir em Saúde Mental

A Rede de Atenção Psicossocial, na atenção básica em saúde, compreende, formalmente, as seguintes categorias de pontos de atenção:

a) **Unidade básica de saúde**[188]: ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial cuja responsabilidade é desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede.

b) Equipes de atenção básica para populações em situações específicas:

b.1) Equipe de **consultório na rua**:equipe constituída por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde. No âmbito da Rede de Atenção Psicossocial é responsabilidade da Equipe do Consultório na Rua ofertar cuidados em saúde mental para (i) pessoas em situação e rua em geral; (ii) pessoas com transtornos mentais e (iii) usuários de crack, álcool e outras drogas, incluindo ações de redução de danos, em parceria com equipes de outros pontos de atenção da rede de saúde, como Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, Prontos-Socorros, entre outros. Quando necessário, a equipe de Consultório na Rua poderá utilizar as instalações das Unidades Básicas de Saúde do território.

b.2) Equipe de apoio aos serviços do componente **atenção residencial de caráter transitório**: oferece suporte clínico e apoio a esses pontos de atenção. Essa equipe multiprofissional coordena o cuidado e presta serviços de atenção à saúde de forma longitudinal e articulada com os outros pontos de atenção da rede;

c) Centro de **convivência**: unidade pública, articulado às redes de atenção à saúde, em especial à Rede de Atenção Psicossocial, onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade. Os centros de convivência são estratégicos para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais e pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, através da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados

[188] Serviço de saúde constituído por equipe multiprofissional responsável por um conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, que abrange promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

espaços da cidade.

d) O núcleo de apoio à saúde da família (**NASF**): constituído por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento, que atuam de maneira integrada, sendo responsáveis por apoiar as equipes de saúde da família, as equipes de atenção básica para populações específicas e equipes da academia da saúde, atuando diretamente no apoio matricial e, quando necessário, no cuidado compartilhado junto às equipes das unidades a que o núcleo de apoio à saúde da família está ligado, incluindo o suporte ao manejo de situações relacionadas ao transtorno mental e aos transtornos comportamentais relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas.

2 Possibilidades Imediatas de Estruturação e de Qualificação da Saúde Mental na Saúde da Família

2.1 As Equipes de Saúde da Família

Na região, as equipes de saúde da família cobrem bem os municípios de população pequena e têm presença importante nos municípios maiores. Contam com 1.330 agentes comunitários de saúde, alocados em 252 equipes.

Quanto à saúde mental, contudo, somente o município de Florianópolis tem uma estrutura de supervisão matricial organizada. É o único que tem, também, sistema referenciamento regulado entre as unidades de atenção primária e os Centros de Atenção Psicossocial.

A qualificação das equipes de saúde da família, a organização do sistema regional de regulação do acesso, o estabelecimento de regras para o fluxo dos pacientes e o desenvolvimento de protocolos assistenciais, assim como a adoção de diretrizes terapêuticas claras em saúde mental, permitirão a passagem para formas de gestão mais efetivas.

A atenção primária à saúde, dita atenção básica, é o fundamento estruturante da rede temática de saúde mental. É na atenção primária que podem se articular os cuidados integrais necessários ao indivíduo na área de saúde mental, no território a que ele está adscrito, com a sua família e a sua comunidade. O paciente que não tem acolhida e tratamento adequado na rede básica chegará aos serviços especializados tardiamente e piorado.

Os serviços de atenção primária, em especial os da Estratégia Saúde da Família são, prioritariamente, a porta de entrada da rede de saúde mental, e deve apresentar ações proativas para atender as necessidades da população.

A atenção secundária à saúde, dita atenção especializada, deve se tornar a responsável fundamental pela promoção da competência da atenção primária nos cuidados em saúde mental. Isto poderá acontecer

através de ações específicas em saúde mental, compartilhando saberes e tarefas.

A atenção secundária é, também, diante das limitações da rede básica, responsável pela disponibilização dos recursos especializados para a atenção primária, segundo modelos a serem estabelecidos e pactuados, visando eficácia e efetividade.

O planejamento da gestão implica envolver as equipes de saúde da família nos temas de saúde mental, até o limite de sua possibilidade.

Cobertura da Região pela Estratégia de Saúde da Família e quantidade de equipes implantadas por município, Região Metropolitana de Florianópolis, SC, 2012.

Municípios	População	Percentual de Cobertura pela Saúde da Família	Nº Equipes de Saúde da Família
Águas Mornas	5.548	100%	02
Alfredo Wagner	9.410	100%	03
Angelina	5.250	100%	02
Anitápolis	3.214	100%	01
Antônio Carlos	7.458	100%	03
Biguaçu	58.206	94,8%	16
Canelinha	10.603	100%	04
Florianópolis	421.240	90,9%	111
Garopaba	18.138	100%	06
Governador Celso Ramos	12.999	100%	05
Leoberto leal	3.365	100%	02
Major Gercino	3.279	100%	01
Nova Trento	12.190	100%	04
Palhoça	137.334	65,3%	26
Paulo Lopes	6.692	100%	03
Rancho Queimado	2.748	100%	01
Santo Amaro da Imperatriz	19.823	100%	07
São Bonifácio	3.008	100%	01
São João Batista	26.260	100%	08
São José	209.804	54,3%	33
São Pedro de Alcântara	4.704	100%	02
Tijucas	30.960	100%	11
Total	1.012.233	75%	252

* 197 destas equipes da ESF estão homologadas conforme a Portaria 2812 /2011 e aderidas ao PMAQ-AB.
Fonte: GEABS/SES/SC, fevereiro 2012.

2.2 O papel dos NASF

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) estão previstos na Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, do Ministério da Saúde (republicada em 4 de março de 2008). Eles são fundamentais para o exercício do apoio matricial, complementado pelo encaminhamento de casos mais complexos a equipes de referência. O apoio matricial apresenta duas dimensões de suporte, uma assistencial e uma tecnicopedagógica.

A dimensão assistencial é aquela que vai produzir ação clínica direta com os usuários, enquanto que a ação tecnicopedagógica produzirá efeito educativo sobre a equipe. O conceito de apoio matricial tem uma dimensão sinérgica ao conceito de educação permanente. Portanto, a qualificação dos NASF passa a ser um dos focos da política estadual de saúde mental, pois através deles toda a rede básica estará sendo fortalecida na sua interface com a saúde mental. Devem ser sua preocupações: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização.

Este apoio do NASF significa colocar-se ao lado da ESF e ajudar no seu trabalho cotidiano, oferecendo retaguarda (pedagógica, gerencial, assistencial) nas áreas do saber de cada profissional, e com isso produzindo mudanças em seus processos de trabalho. O apoio matricial se concretiza por meio de:

a) espaços de educação permanente;
b) discussão de casos e atendimentos conjuntos;
c) construção coletiva de planos terapêuticos;
d) grupos compartilhados entre apoiadores e ESF;
e) intervenções conjuntas no território e ações intersetoriais;
f) atendimentos específicos do apoiador quando necessário.

O NASF I (composto por, no mínimo cinco profissionais de nível superior, de ocupações não-coincidentes) deve realizar as suas atividades vinculadas a no mínimo 8 Equipes de Saúde da Família, e no máximo a 20 equipes de saúde da família.

O NASF II (composto por, no mínimo três profissionais de nível superior, de ocupações não-coincidentes) deve realizar suas atividades vinculado a, no mínimo 3 (três) equipes de saúde da família.

Em Florianópolis a Secretaria Municipal de Saúde arbitrou que cada NASF deveria ser composto por um profissional de educação física, um assistente social, um nutricionista, um farmacêutico, um psicólogo, um pediatra e um psiquiatra.

Em Santa Catarina há NASF I cadastrados no Ministério da Saúde e NASF I e II montados segundo a Deliberação nº. 69 da Comissão Intergestores Bipartite, estadual, de 19 de fevereiro de 2010[189].

Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF) a ter saúde mental como um de seus alvos primordiais, por modalidade, Região Metropolitana de Florianópolis, SC, 2012.

Município	Tipos de NASF			N. total de NASF
	I (SC)	II (SC)	I (MS)	
Águas Mornas	1			1
Alfredo Wagner	1			1
Angelina		1		1
Anitápolis				0
Antônio Carlos		1		1
Biguaçu			1	1
Canelinha	1			1
Florianópolis			7	7
Garopaba	1			1
Governador Celso Ramos	1			1
Leoberto Leal				0
Major Gercino		1		1
Nova Trento	1			1
Palhoça			1	1
Paulo Lopes				0
Rancho Queimado		1		1
Santo Amaro da Imperatriz				0
São Bonifácio		1		1
São João Batista			1	1
São José				0
São Pedro de Alcântara		1		1
Tijucas				0
Região Metropolitana de Florianópolis	6	6	10	22

Fonte: GEABS/SES/SC, fevereiro 2012.

O estímulo para que psicólogos e psiquiatras venham a elencar os NASF em toda a região deve ser parte da política estadual de saúde mental, pois tais profissionais podem elevar a qualidade da assistência. Somente o município de Florianópolis conta com psiquiatras atendendo

[189] O NASF Santa Catarina I, é composto por 3 ou mais profissionais com jornada semanal de 40 horas e o NASF Santa Catarina II, é composto por 3 ou mais profissionais com jornada semanal de 20 horas. Os NASF Santa Catarina poderão ser compostos por profissionais das seguintes atividades do Código Brasileiro de Ocupações (CBO): Assistente Social, Profissional de Educação Física, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Médico Acupunturista, Médico Homeopata, Médico Pediatra, Médico Ginecologista e Médico Psiquiatra. Para o desenvolvimento das ações dos NASF Santa Catarina, são repassados pelo Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde, a título de incentivo financeiro, o valor mensal de R$ 8.000,00 por NASF Santa Catarina I e R$ 4.000,00 por NASF Santa Catarina II, além de uma parcela extra para o pagamento do 13º salário.

na maior parte dos NASF. No conjunto regional, porém, os psiquiatras não estão envolvidos e ainda há 8 NASF sem psicólogos.

Quantitativo de psicólogos lotados em Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF), por município, Região Metropolitana de Florianópolis, SC, 2012.

Município	Psicólogos em NASF
Águas Mornas	1
Alfredo Wagner	0
Angelina	1
Anitápolis	0
Antônio Carlos	0
Biguaçu	1
Canelinha	
Florianópolis	6
Garopaba	0
Governador Celso Ramos	1
Leoberto Leal	0
Major Gercino	0
Nova Trento	0
Palhoça	1
Paulo Lopes	0
Rancho Queimado	1
Santo Amaro da Imperatriz	0
São Bonifácio	1
São João Batista	0
São José	0
São Pedro de Alcântara	1
Tijucas	0
Região Metropolitana de Florianópolis	14

Fonte: GEABS/SES/SC, fevereiro 2012.

A política estadual de saúde mental deve manter um plano permanente de atualização e troca de experiências entre profissionais dos NASF, incentivando seu diálogo com os supervisores clínico-institucionais voltados aos CAPS, a fim de romper as resistências de limites rígidos entre a atenção primária e a secundária.

2.3 Consultórios na Rua

O município de Florianópolis conta com um consultório na rua, voltado a pessoas em vulnerabilidade social e situação de rua. Atua no período vespertino, na região central da cidade, abordando moradores de rua usuários de álcool e drogas. Possibilita conhecer sua situação de saúde e ofertar-lhes os serviços prestados pela Rede Municipal de Saúde. O Centro de Saúde da Prainha é a unidade de referência para os que necessitam de atendimento sanitário.

Esforços estaduais poderão ser envidados no sentido de que a Prefeitura de São José, na medida em que monte maior estrutura, possa estabelecer, também, ao menos um consultório na rua.

2.4 Atenção Residencial Transitória

O **"**Curso de Atualização em Técnicas de Tratamento em Dependência Química, com Ênfase no Crack", da Diretoria de Educação Permanente em Saúde (DEPS), da Secretaria de Estado da Saúde, com a primeira edição em 2012, é a etapa inicial para a qualificação de pessoal que poderá constituir equipes de apoio aos serviços do componente da rede denominado "atenção residencial de caráter transitório".

Um debate com os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) será importante na montagem destas equipes, pois caberá aos CAPS serem suas referências, confeccionar os planos terapêuticos singulares dos usuários, segundo sua área de adscrição, planejar a saída e recebê-los após a fase transitória. A admissão será indicada pelos CAPS e o tempo de permanência alcançará, no máximo, seis meses.

Equipes multiprofissionais coordenarão o cuidado e prestarão serviços nas unidades de acolhimento, que serão os residenciais transitórios. Tal assistência dar-se-á articulada com os outros pontos de atenção da rede. A fiscalização da Vigilância Sanitária deverá ser permanente.

Serão características típicas das unidades de acolhimento seu funcionamento ao longo das 24 horas do dia, em 7 dias da semana, em caráter residencial temporário. Oferecerão acolhimento voluntário e cuidados a pessoas com necessidades decorrentes do abuso de substâncias psicoativas que estejam em situação de vulnerabilidade social e familiar e que demandem acompanhamento terapêutico ou protetor. Elas proverão, portanto, moradia e convivência familiar e social (com atividades educativas para crianças e jovens), temporariamente. Conforme a Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012, do Ministério da Saúde, há duas modalidades de unidades:

a) **as unidade de acolhimento adulto**, destinada às pessoas maiores de 18 anos, de ambos os sexos, referências para grupos populacionais de 200.000 habitantes, com 10 a 15 vagas;
b) as **unidade de acolhimento infanto-juvenil**, destinada às crianças e aos adolescentes, entre 10 e 18 anos incompletos, de ambos os sexos, referências para grupos populacionais de 100.000 habitantes, com até 10 vagas.

As unidades de acolhimento poderão ser públicas ou advir de parceria com instituições ou entidades sem fins lucrativos, como as ditas "comunidades terapêuticas". O plano estadual contempla o estabelecimento inicial de unidades, na modalidade adulto, nos municípios de Florianópolis, São José e São Pedro de Alcântara. Contempla, também, o estabelecimento inicial, na modalidade infanto-juvenil, nos municípios de Florianópolis, São José e Palhoça. A de São

Pedro de Alcântara terá administração estadual e as demais serão contratualizadas em parcerias.

Proposta de criação de unidades de acolhimento na Região Metropolitana da Grande Florianópolis, SC, 2012.

Município	Unidade de Acolhimento	
	Infanto-Juvenil	Adulto
Florianópolis	1	1
Palhoça	1	1
São José	1	0
São Pedro de Alcântara	0	1
Total regional	3	3

3 Urgência e Emergência em Saúde Mental

Atualmente apenas o município de Florianópolis possui unidades de pronto atendimento de 24 horas (UPA), em numero de duas. Elas estão habilitadas e recebem custeio regular do Ministério da Saúde.

Os demais municípios não possuem, ainda, estrutura pré-hospitalar fixa. Destaca-se que as UPA nos municípios de Palhoça, São José e Biguaçu estão em construção, com atraso nas obras em São José.

Há plano para a construção de mais uma UPA em Florianópolis, uma em Garopaba e uma em Tijucas.

Alguns municípios possuem serviços de urgência funcionando de forma precária, sem apoio radiológico e sem serviços auxiliares de diagnóstico e terapia (SADT).

Propõem-se seis salas de estabilização na região: Alfredo Wagner, Governador Celso Ramos, Nova Trento, Paulo Lopes, Santo Amaro da Imperatriz e São João Batista.

O preparo de equipes dos serviços de urgência e emergência, inclusive do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), para o atendimento de casos psiquiátricos assume importância crucial na montagem de um sistema em rede organizado. Há 21 equipes de SAMU distribuídas pela região. O município Florianópolis, que conta com 7 delas implantadas, tem mais uma planejada.

Uma capacitação inicial, voltada às equipes de toda a região, introduzirá procedimentos de saúde mental no rol dos temas de tais serviços. Instalará novo paradigma em serviços que tem, comumente, rejeitado e evitado a discussão dos assuntos psiquiátricos. Para tanto, os mecanismos de regulação e um fluxo definido de encaminhamentos deverão estar em estruturação.

Na sequência, supervisão e educação continuada, voltadas especificamente aos temas de urgência e emergência psiquiátricas, deverão ser aplicadas,garantindo a qualidade permanente do atendimento.

Serviços de urgência e emergência existentes e propostos no plano, Região Metropolitana de Florianópolis, SC, 2012.

Município	SAMU existentes	UPA 24h existentes	Salas de Estabilização Propostas	UPA 24 h propostas
Águas Mornas	1 USB			
Alfredo Wagner	1 USB		1	
Angelina				
Anitápolis				
Antônio Carlos				
Biguaçu	1USB	1 nova		1
Canelinha				
Florianópolis	3 USA, 4 USB + 1 USA nova	2 + 1 nova		1
Garopaba	1 USB	1 nova		1
Gov. Celso Ramos			1	
Leoberto Leal				
Major Gercino				
Nova Trento	1 USB		1	
Palhoça	2 USB	1 nova		1
Paulo Lopes			1	
Rancho Queimado	1 USB			
S. Amaro da Imperatriz	1 USB		1	
São Bonifácio	1 USB			
São João Batista			1	
São José	1 USA, 2 USB	1 nova		1
S. Pedro de Alcântara				
Tijucas	1 USB	1 nova		1
Total	21 + 1	8	6	6

As salas de estabilização visam funcionar como local de assistência temporária para estabilização de pacientes críticos ou graves, vinculadas a um equipamento de saúde, em geral a um hospital.

São serviços a serem articulados e conectados com outros níveis de atenção, encaminhando os pacientes aos serviços que se mostrarem necessários, através da Central de Regulação da Urgências.

Uma sala de atendimento e de observação psiquiátrica de alto nível está sendo planejada num trabalho conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis e a Universidade Federal de Santa Catarina, na Emergência do Hospital Universitário da UFSC. Ela impor-se-á na prestação de serviços regionais e na formação de estudantes, inclusive como um dos cenários para a residência médica em psiquiatria e a residência interdisciplinar em saúde mental, ambas da Secretaria de Estado da Saúde

Estão sendo propostas salas de estabilização para Alfredo Wagner, Governador Celso Ramos, Nova Trento, Paulo Lopes e Santo Amaro da Imperatriz, onde também haveria atendimento a casos psiquiátricos de urgência, de forma intensiva e pontual, a partir de cursos de capacitação das equipes.

Para que tais serviços não venham a degenerar e a se transformar em supostos ambulatórios psiquiátricos, substituindo a porta de entrada dos casos não urgentes, os protocolos assistenciais específicos e a estruturação do encaminhamento, segundo fluxos regulados, precisarão ser simultaneamente construídos. O acolhimento será feito com simultânea classificação de risco, segundo o protocolo de Manchester, que valerá também para as centrais de regulação.

A colaboração intersetorial com serviços sociais precisará ser claramente definida em cada município, com pactuações próprias, para que haja o apoio às demandas sociais que extrapolam a área da saúde.

4 Os CAPS na Rede Regional

4.1 A Conceituação

Um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não-intensivo. Os CAPS, teoricamente, estão organizados nas seguintes modalidades:

a) CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para municípios com população acima de 20.000 habitantes. Em Santa Catarina há determinação de criar CAPS microrregionais, que atendam a mais de um município de população inferior a 20.000 habitantes, desde que a distância não dificulte a locomoção.

b) CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a

organização da rede de saúde local; indicado para municípios com população acima de 70.000 habitantes.

c) CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes.

d) CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para municípios ou regiões com população acima de 70.000 habitantes.

e) CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo 12 leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes.

f) CAPS i: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes.

4.2 O mapa atual dos CAPS, outros serviços ambulatoriais e a imagem objetivo

Há sete CAPS na Região Metropolitana, dos quais quatro estão na Capital. O município de São José, apesar de ser o segundo em população e o primeiro em economia, não incorporou o conceito de CAPS ao seu sistema municipal.

Atualmente, são complementares aos CAPS os ambulatórios especializados de psiquiatria, que suprem parte da carência de consultas. Há um ambulatório capaz de prestar atenção a problemas de saúde mental, vinculado aos Cursos de Medicina e Enfermagem da UNISUL, em Palhoça.

O Hospital Regional Homero de Miranda Gomes, que é estadual, sito em São José, tem um ambulatório que serve de referência – precária, pela limitação de seus recursos humanos e de tempo disponível - não só ao município, mas à região.

O Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON), complexo estadual compreendendo hospital, ambulatório e serviços de químio e radioterapia, em Florianópolis tem um ambulatório de saúde mental, com psiquiatra, psicólogo e terapeuta ocupacional, voltado a problemas de saúde mental em pacientes portadores de neoplasias.

O Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), mediante convênio firmado desde 2003 com a Residência Médica da Secretaria de Estado da Saúde[190] mantém um ambulatório de psiquiatria de alta qualidade.

Funciona, em fase inicial, o ambulatório de saúde mental infanto-juvenil, no Hospital Infantil Joana de Gusmão, com equipe especializada, a ser reavaliado no contexto da rede.

Propõe-se transformar os dois CAPS ad de Florianópolis em CAPS ad III, funcionando 24 horas. Propõe-se a criação de CAPS ad III também em Palhoça e em São José. Em São José cabem ainda, um CAPS II e um CAPS i.

Situação atual e proposta de transformação dos quantitativos e das modalidades de CAPS, Região Metropolitana de Florianópolis, SC, 2012.

Município	Situação atual	Proposta	
	CAPS existentes	CAPS a manter	CAPS a criar
Águas Mornas	--		
Alfredo Wagner	--		
Angelina	--		
Anitápolis	--		
Antônio Carlos	--		
Biguaçu	CAPS I	CAPS I	
Canelinha	--		
Florianópolis	CAPS II, CAPSi, 2 CAPSad	CAPS II, CAPSi	2 CAPS ad III
Garopaba	CAPS I	CAPS I	
Gov. Celso Ramos	--		
Leoberto Leal	--		
Major Gercino	--		
Nova Trento	--		
Palhoça	CAPS II	CAPS II	CAPS ad III
Paulo Lopes	--		
Rancho Queimado	--		
S. Amaro da Imperatriz			CAPS I
São Bonifácio	--		
São João Batista			CAPS I
São José			CAPS ad III, CAPS i, CAPS II
São Pedro de Alcântara	--		
Tijucas			CAPS I
Total	7	5	9

[190] A residência médica de psiquiatria, além de estar presente no ambulatório do HU, se desenvolve em serviços básicos, nos CAPS municipais de Florianópolis e no Instituto de Psiquiatria, em São José. Conta com 6 residentes novos por ano, tendo regularmente 18 pós-graduandos em atividade simultânea. É aprovada pelo MEC desde 2003.

Em Tijucas, Santo Amaro da Imperatriz e São João Batista propõe-se a implantação de CAPS I microrregionais, atendendo os municípios sede e alguns municípios vizinhos que pactuem o serviço.

5 A Atenção Hospitalar

A Rede de Atenção Psicossocial conta com duas modalidades de atenção hospitalar:

a) A **enfermaria especializada** para atenção às pessoas com transtorno mental ou comportamental por uso de substâncias psicoativas é montada em Hospital Geral, conforme a Portaria GM 3.088 de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde. Oferece tratamento hospitalar para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool, crack e outras drogas, em especial de abstinências e intoxicações severas. O cuidado ofertado deve estar articulado com o Projeto Terapêutico Individual desenvolvido pelo serviço de referência do usuário e a internação deve ser de curta duração até a estabilidade clínica.

O acesso aos leitos neste ponto de atenção deve ser regulado com base em critérios clínicos e de gestão por intermédio do Centro de Atenção Psicossocial de referência. No caso do usuário acessar a rede por meio deste ponto de atenção, deve ser providenciada sua vinculação e referência a um Centro de Atenção Psicossocial, que assumirá o caso.

b) O **serviço hospitalar de referência** para atenção às pessoas com transtorno mental e necessidades decorrentes do uso substâncias psicoativas, segundo a Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012, do Ministério da Saúde, oferece suporte hospitalar, por meio de internações de curta duração, para usuários de álcool ou outras drogas, em situações assistenciais que evidenciarem indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica ou psíquica, sempre respeitadas as determinações da Lei 10.216/2001, e sempre acolhendo os pacientes em regime de curtíssima ou curta permanência.

Quatro hospitais pequenos cadastrados na região podem conter diminutas enfermarias especializadas, somando 26 leitos. O Hospital Regional Homero Miranda Gomes, de São José (que tem um total de 235 leitos em várias especialidades) pode ter 30 leitos psiquiátricos e ser um serviço de referência em saúde mental. Outro hospital geral (com um total de 93 leitos) que pode assumir esta condição é o Hospital Santa Teresa, em São Pedro de Alcântara, onde podem ser estabelecidos 16 leitos. O Hospital Infantil Joana de Gusmão (contando com 116 leitos) capacitar-se-á para ser um serviço hospitalar de referência de saúde mental infanto-juvenil, podendo ter 20 leitos psiquiátricos.

É possível, pois, instalar 90 leitos para atenção especializada em saúde mental. O Hospital Santa Teresa precisa de recuperação e

adequações físicas, além de qualificação rápida de uma equipe recém concursada e admitida. O Hospital Infantil Joana de Gusmão implica reforma de parte da área e uma pequena ampliação. O Hospital Regional de São José necessita de obras físicas mais trabalhosas, constando de uma ampliação capaz de conter 30 leitos, e implicará a criação de uma equipe nova, envolvendo concurso e, quiçá, transferências de pessoal de outras unidades.

Enfermarias especializadas e serviços hospitalares de referência em saúde mental planejados, em hospitais gerais da Região Metropolitana de Florianópolis, SC, 2012.

Município	Hospital	Tipo de Administração	N. de leitos
Águas Mornas			
Alfredo Wagner			
Angelina			
Anitápolis			
Antônio Carlos			
Biguaçu	Municipal de Biguaçu	Direta Municipal	8
Canelinha	Fundação Municipal Hospitalar Canelinha	Direta Municipal	3
Florianópolis	Infantil Joana Gusmão	Direta Estadual	20
Garopaba			
Gov. Celso Ramos			
Leoberto Leal			
Major Gercino			
Nova Trento	Imaculada Conceição	Beneficiente Contratual	6
Palhoça			
Paulo Lopes			
Rancho Queimado			
Santo Amaro da Imperatriz	São Francisco	Beneficiente Contratual	9
São Bonifácio			
São João Batista	Monsenhor José Locks	Autárquica Municipal	
São José	Regional H. M. Gomes	Direta Estadual	30
São Pedro de Alcântara	Santa Teresa	Direta Estadual	14
Tijucas			
Total			90

6 Estratégias de Desinstitucionalização

O componente Estratégias de Desinstitucionalização é constituído por iniciativas que visam a garantir às pessoas em situação de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, garantindo autonomia, cidadania e inclusão social..

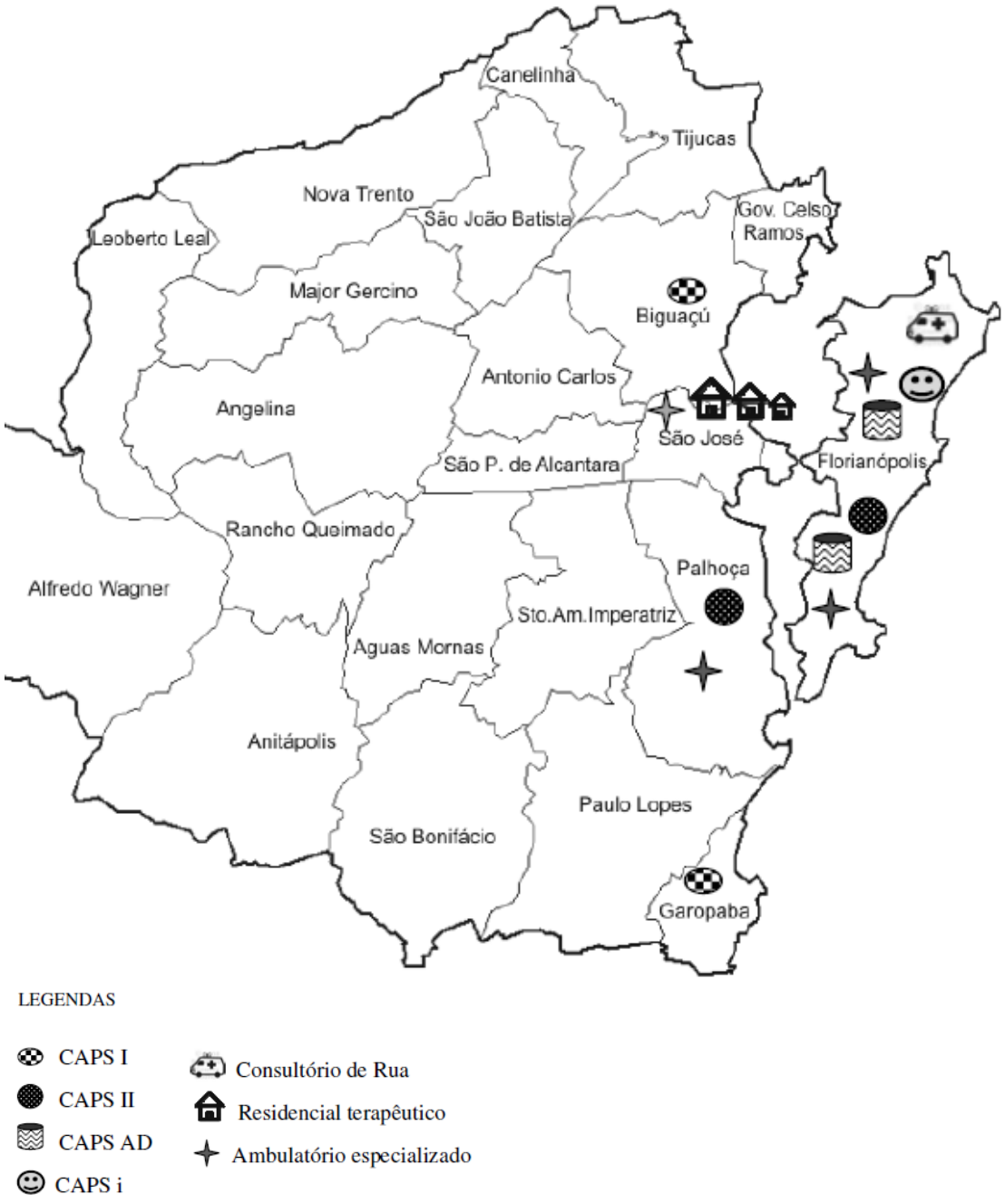
Os serviços residenciais terapêuticos são moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência em hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia. O Programa de Volta para Casa é um incentivo à inclusão social e à reabilitação.

Há três serviços residenciais terapêuticos no município de São José.

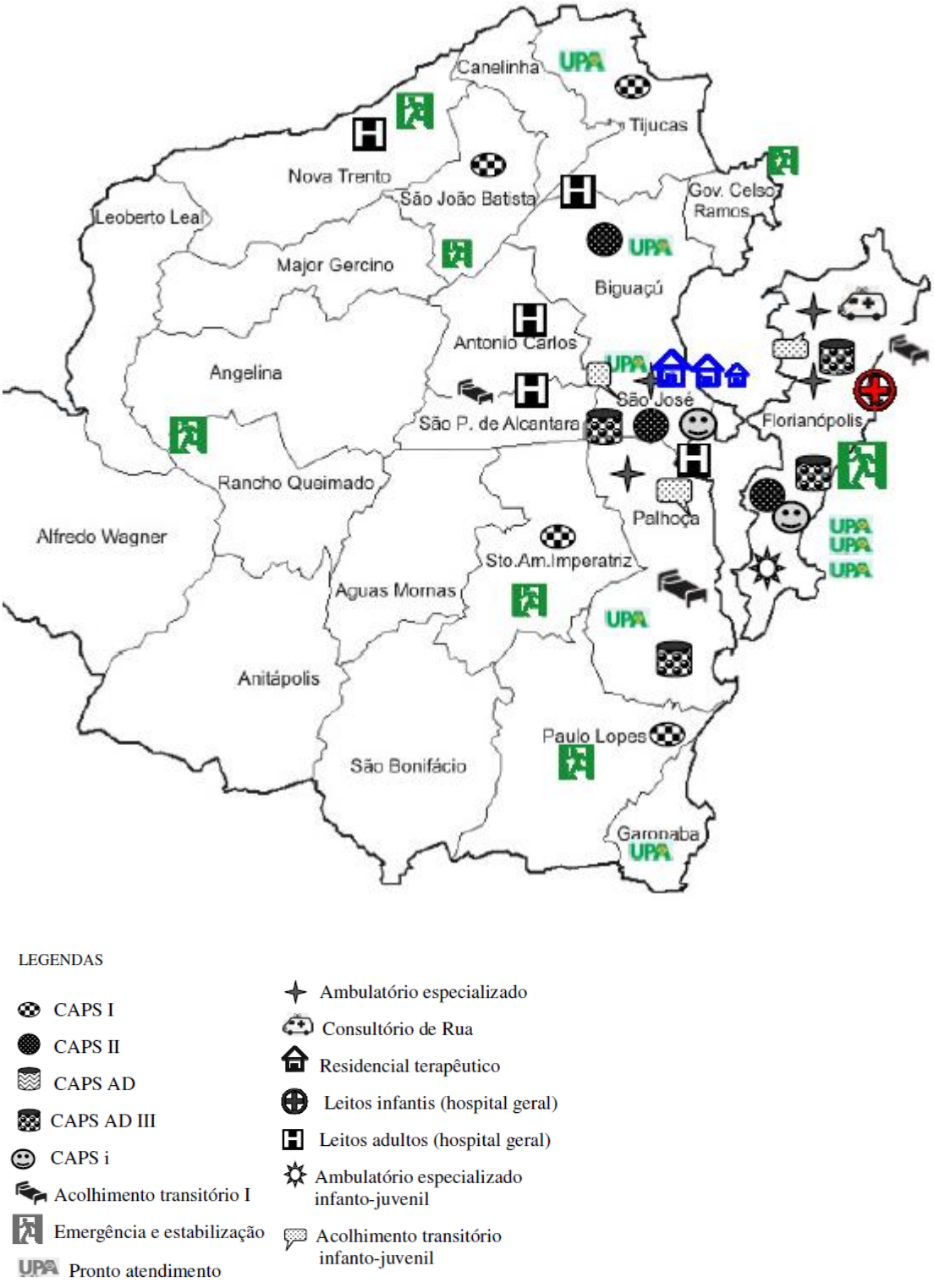
Os serviços de desinstitucionalização (alguns como residenciais permanentes para crônicos preparados para sair de longas internações em hospitais especializados), assim como as unidades de acolhimento (residenciais transitórias) poderão ter maior impulso mediante troca de experiências com entidades de serviço social que denotem interesse em organizar trabalhos conjuntos, especialmente quando se trata de integrar em comunidades de seus municípios antigos moradores do Hospital de Custódia e Tratamento.

7 Mapas esquemáticos regionais

Mapa esquemático da rede de saúde mental atualmente estabelecida na Região Metropolitana de Florianópolis, SC, 2012.



Mapa esquemático da rede de saúde mental idealizada em curto prazo, para a Região Metropolitana de Florianópolis, SC, 2012.



III. Excertos da Ata da CIB de 24 de maio de 2012 aprovando o Plano deliberado pela CIR em 16 de maio de 2012

ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

ATA DA 168ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

LOCAL: Rua Esteves Júnior, 160, 8° andar – CEP. 88015-130 – Centro – Florianópolis/SC
DATA: 24 de maio de 2012
HORÁRIO: 13 h

Presentes à Reunião

Secretaria de Estado da Saúde:
Acélio Casagrande; Winston Luiz Zomkowski; Luis Antonio Silva; Hélio Livino da Silva; Alfredo Schmidt Hebbel Busch; Jocélio Voltolini; Helma Finta Uba.

Conselho de Secretarias Municipais de Saúde:
Eloi Trevisan (Campo Erê); Celso Luiz Dellagiustina (Bombinhas); Oscar Ribeiro Fernandes (Major Vieira); Maria Regina de Souza Soar (Pomerode); Juliana Rigo (Blumenau); Denizéte Monteiro Mota (São José do Cerrito); Rafael Ávila Lopes (Lages).

/1

f) **REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA; REDE CEGONHA E REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA REGIÃO METROPOLITANA DE FLORIANÓPOLIS**

A CIB **APROVOU** o Plano Operativo da Rede Cegonha, para a Região Metropolitana de Florianópolis/Região de Saúde do PDR Grande Florianópolis, já deliberado em reunião da Comissão Intergestores Regional da Grande Florianópolis – CIR Grande Florianópolis, realizada em 16/05/2012. **APROVOU** o Plano Operativo da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS – para a Região Metropolitana de Florianópolis, já deliberado em reunião da Comissão Intergestores Regional da Grande Florianópolis – CIR Grande Florianópolis, realizada em 16/0/05/2012. **APROVOU** o Plano Operativo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências – RUE para a Região Metropolitana de Florianópolis, já deliberado

IV. Deliberação da CIB aprovando o Plano

GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Comissão Intergestores Bipartite

DELIBERAÇÃO 170/CIB/12

A Comissão Intergestores Bipartite, no uso de suas atribuições, em sua 168ª reunião ordinária do dia 24 de maio de 2012, Considerando

A Lei Federal 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;

A Portaria 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde;

A Portaria 3.088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS;

O Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei Federal 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da assistência à saúde e a articulação interfederativa.

APROVA

1. O Plano Operativo da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS – para a **Região Metropolitana de Florianópolis**, já deliberado em reunião da Comissão Intergestores Regional da Grande Florianópolis – CIR Grande Florianópolis, realizada em 16.05.2012.

2. O desenho da RAPS compreende a organização dos serviços regionais, a partir dos componentes e respectivos pontos de atenção preconizados pela Portaria nº 3.088:

– **Atenção Básica** (Unidades Básicas de Saúde, Equipes de Atenção Básica para situações específicas, Equipes de Consultório na Rua, Equipes de Apoio aos Serviços do Componente Residencial de Caráter Transitório, Centros de Convivência e Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF);
– **Atenção Psicossocial Especializada** (Centros de Atenção Psicossocial – CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPS AD III e CAPS Infantil);
– **Atenção de Urgência e Emergência** (SAMU, Salas de Estabilização, UPAs, Hospitais, Pronto Atendimento, Unidades Básicas de Saúde e Centros de Atenção Psicossocial);
– **Atenção Residencial de caráter transitório** (Unidades de Acolhimento Adulto e Infanto/Juvenil, Serviços de Atenção em Regime Residencial e Comunidades Terapêuticas);
– **Atenção Hospitalar** (Enfermaria em Hospital Geral, Serviços Hospitalares de Referência (Lei 10.26 de 2001) – Curta Permanência);

– **Estratégias de desinstitucionalização** (Serviços Residenciais Terapêuticos, sendo que os Hospitais Psiquiátricos Especializados são auxiliares até que a Rede se efetive, e Programa de Volta para Casa - Lei 10708/2003), e

– **Reabilitação Psicossocial** (Iniciativas de geração de trabalho e renda/ empreendimentos solidários/cooperativas sociais).

3. O desenho de rede aprovado prevê a criação e/ou qualificação de pontos de atenção, conforme quadro anexo.

Florianópolis, 24 de maio de 2012.

DALMO CLARO DE OLIVEIRA
Coordenador CIB/SES

ELOI TREVISAN
Coordenador CIB/COSEMS

V. Parecer da Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde sobre o Plano

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS
AREA TÉCNICA DE SAÚDE MENTAL
EM 01/08/2012

PARECER TÉCNICO Nº 02/2012

DADOS DO PROJETO

Proponente: Secretaria do Estado de Saúde
Estado: Santa Catarina

PARECER DA ÁREA TÉCNICA

1. A Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas ancorada na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 e nas Conferências Nacionais de Saúde e de Saúde Mental têm como diretrizes a garantia dos direitos humanos da pessoa com transtorno mental e/ou com necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool, crack e outras drogas, bem como a reorientação do modelo de atenção psicossocial, priorizando o cuidado em liberdade no território com ênfase em práticas comunitárias.

2. A Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial- RAPS, associada às demais portarias publicadas nos anos 2011/2012, visam ampliar e fortalecer a RAPS dos municípios e garantir o cuidado integral e longitudinal deste público com ênfase no campo de álcool, crack e outras drogas, permeado pela intersetorialidade e pela formação permanente dos profissionais, sempre com o olhar nos direitos humanos, na promoção de autonomia e no direito destas pessoas exercerem sua cidadania.

3. Nesta perspectiva a Portaria GM/MS nº 3.088 prevê os seguintes componentes e respectivos pontos de atenção para Rede de Atenção Psicossocial:

I. **Atenção Básica em Saúde:** Unidade Básica de Saúde, Núcleo de Apoio a Saúde da Família, Consultório na Rua, Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório e Centros de Convivência e Cultura;

II. **Atenção Psicossocial Especializada**: Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i, CAPS AD, CAPS AD III).

III. **Atenção de Urgência e Emergência:** SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde;

IV. **Atenção Residencial de Caráter Transitório:** Unidade de Acolhimento e Serviço de Atenção em Regime Residencial (Comunidades Terapêuticas)

V. **Atenção Hospitalar:** Enfermaria especializada em Hospital Geral e Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;

VI. **Estratégias de Desinstitucionalização:** Serviços Residenciais Terapêuticos e Programa de Volta para Casa; e

VII. **Reabilitação Psicossocial:** Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda, Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.

4. Estes pontos de atenção têm como objetivo permitir aos Territórios contar com uma rede ampliada e qualificada, capaz de fazer o enfrentamento aos desafios apresentados no campo da saúde mental, em especial no cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas que, dada sua complexidade, exige a articulação de todos os pontos de atenção e demais atores da sociedade para o estabelecimento do cuidado integral e sustentável.

5. O Grupo Executivo da Rede de Atenção Psicossocial aprovou a republicação da Portaria GM/MS nº 3.088. Dentre outras, há alteração da operacionalização da implantação da Rede de Atenção Psicossocial, prevista pela referida Portaria. O passo a passo se organiza em cinco passos:

Fase I – Diagnóstico e Adesão

Fase II - Desenho Regional da Rede de Atenção Psicossocial:

Fase III - Contratualização dos Pontos de Atenção:

Fase IV - Qualificação dos componentes:

Fase V – Certificação

6. Na fase I prevê-se a apresentação e análise da matriz diagnóstica, conforme o Anexo I da Portaria GM/MS nº 3088/2011 na Comissão Intergestores Regional (CIR) e no Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde dos Estados e do Distrito Federal (CGSES). A partir deste diagnóstico, na fase II, é realizada a elaboração da proposta de Plano de Ação Regional, pactuado na CIR e no CGSES, com detalhamento técnico de cada componente da RAPS, metas a serem cumpridas, cronograma de implantação, mecanismos de regulação, monitoramento e avaliação, incluindo as atribuições, as responsabilidades e o aporte de recursos necessários pela União, pelo Estado e Distrito Federal e pelos Municípios envolvidos. Estes, a partir do Plano de Ação Regional, aprovarão seu Desenho da Rede de Atenção Psicossocial na sua CIR e na CIB e elaborarão seu Plano de Ação Municipal, em consonância com o Plano de Ação Regional.

7. Na fase III prevê-se a contratualização pela União, pelos Estados e Distrito Federal e pelos Municípios dos pontos de atenção da RAPS, observadas as responsabilidades definidas para cada componente da Rede no desenho regional. E as fases IV e V efetivar-se-ão as qualificação e certificação da RAPS, esta última concedida pelo Ministério da Saúde aos gestores do SUS, em parceria com CONASS e CONASEMS, após a realização das ações de atenção à saúde previstas nos arts. 6º ao 12º da referida Portaria, e avaliadas na Fase de Qualificação dos Componentes. Serão desenvolvidas reavaliações de certificação anualmente.

8. Estando colocadas estas ponderações, esta Área Técnica avalia como imprescindível a participação dos gestores de saúde mental da capital e dos municípios

para os quais estão previstos serviços e ações da RAPS para a discussão do Plano Operativo Estadual de Saúde Mental 2012-2015 para a Região Metropolitana de Florianópolis. Sem a sua participação este documento e as próximas fases previstas no esquema de operacionalização da implantação da Rede de Atenção Psicossocial estarão comprometidos.

9. Sobre o Plano Operativo Estadual de Saúde Mental, para o período compreendido entre 2012 e 2015, da Região 18 – Grande Florianópolis, esta Área Técnica considera ser importante o apontamento trazido por esse documento sobre as fragilidades encontradas na Região e proposições para inclusão no Projeto QualiSUS Redes (páginas 7 a 10).

10. Em prol da continuidade do processo de construção do presente Plano, esta Área Técnica informa sobre outra alteração contida na republicação da Portaria GM/MS nº 3.088. A população exigida para habilitação de alguns tipos de CAPS foi reduzida: de 20 para 15 mil habitantes o parâmetro para CAPS I; de 150 mil para 70 mil habitantes o parâmetro para CAPS infantil; e de 200 para 150 mil habitantes o parâmetro de CAPS III e AD III. Estas alterações visam favorecer a expansão destes serviços. Desta forma, reconsidera-se a possibilidade de implantação de CAPS em muitos dos municípios da região.

11. Esta Área Técnica reforça a competência e necessidade de o Grupo Condutor Estadual da Saúde Mental incentivar a implantação de um Consultório na Rua no Município de São José, bem como dos diversos serviços propostos para o município.

12. Em julho do ano corrente efetivou-se a pactuação da qualificação dos dois CAPS AD de Florianópolis na Reunião Técnica do Plano Crack no município. Encontra-se em tramitação a aprovação de convênio entre Ministério da Saúde e Prefeitura Municipal de Florianópolis para a construção de um imóvel para a implantação de um CAPS AD III Ilha. Desta forma, esta Área Técnica reafirma sua posição favorável à qualificação dos dois CAPS AD de Florianópolis.

13. Ainda, e da mesma forma, esta Área Técnica é favorável à implantação de:

- um CAPS AD III em Palhoça;

- um CAPS I em Santo Amaro da Imperatriz;

- um CAPS I em São João Batista;

- um CAPS AD III, um CAPS i e um CAPS II em São José;

- um CAPS I em Tijucas.

14. Quanto ao Componente Atenção Residencial de Caráter Transitório, citado no item 2.4 do presente Plano Operativo. Os municípios de Florianópolis e de São José possuem população e características favorecedoras para a implantação de Unidade de Acolhimento Adulto (UAa), ainda que este último não tenha implantado o CAPS – condição para a instituição da UAa. Esta Área Técnica é favorável à implantação de ambos os serviços no município – os CAPS e as Unidades de Acolhimento Adulto e Infanto-juvenil.

15. O município de São Pedro de Alcântara não possui população que justifique a implantação de um CAPS, que é critério para a implantação da Unidade de Acolhimento, de acordo com a Portaria GM/MS nº 121, de 25 de janeiro de 2012. Assim, esta Área Técnica não é favorável à implantação da Unidade de Acolhimento Adulto no município de São Pedro de Alcântara.

16. Além de Florianópolis e São José, apontamos Palhoça, Biguaçu e Garopaba como municípios com características favoráveis à implantação da Unidade de Acolhimento Adulto, por já terem o CAPS implantado e em funcionamento, o que supõe uma rede que funcione a compor juntamente à Unidade de Acolhimento.

17. Esta Área Técnica é favorável à implantação das Unidades de Acolhimento Infanto-juvenil nos municípios de Florianópolis, São José e Palhoça.

18. O município de Florianópolis pactuou com o Ministério da Saúde e a Secretaria Estadual de Saúde, por ocasião da reunião técnica que tratou das ações do Plano Crack na capital, a implantação de três Unidades de Acolhimento Adulto e duas Unidades de Acolhimento Infanto-juvenil. Esta Área tem acompanhado tal implantação e consideramos esta iniciativa como representativa do fortalecimento da RAPS na região.

19. No componente Hospitalar da RAPS, no caso de até 10 leitos implantados, este serviço poderá funcionar em leitos de clínica médica ou pediatria, qualificados para o atendimento a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. No caso de mais de 10 leitos implantados, este serviço funcionará em enfermaria especializada para o atendimento desta população.

20. O texto do Plano Operativo apresenta a carência de 170 leitos hospitalares psiquiátricos na Região metropolitana, que tem população total de 1.012.233 habitantes. Considerando o parâmetro estabelecido pelo Ministério da Saúde na partir da Portaria GM/MS nº148, de 25 de janeiro de 2012 - 1 leito para cada 23.000 habitantes, o quantitativo de leitos necessário à região metropolitana de Florianópolis seria de 44 leitos de saúde mental em hospitais gerais. Ou seja, o parâmetro utilizado no Plano Operativo é distinto do utilizado pelo Ministério da Saúde ou o cálculo apresentado não se refere a leitos de saúde mental em hospital geral.

21. Ainda que tenhamos esta média aproximada de 44 leitos psiquiátricos em hospitais gerais previstos pelo parâmetro do Ministério da Saúde, não há rigidez quanto ao número. Prova disso é a pactuação de implantação de 53 leitos na Região metropolitana, que se deu por ocasião da incorporação do Estado ao Plano Crack é Possível Vencer, reunião tripartite aprovada e assinada no mês de julho do ano corrente. Os leitos estão distribuídos da seguinte forma:

- 30 no Hospital Regional São José – município de São José;

- 16 no Hospital Infantil Joana de Gusmão – município de Florianópolis;

- 7 no Hospital Universitário (UFSC) – município de Florianópolis (leitos de 72 h, funcionando como retaguarda para a Emergência psiquiátrica do HU)

23. Acordou-se que os leitos dos Hospitais São José e Hospital Infantil Joana de Gusmão serão viabilizados até dezembro de 2013. Ambos necessitam de adequação da área. Existe financiamento de R$ 360.000 previstos no Projeto QUALISUS para adequação do Hospital Infantil. Para a adequação do Hospital Regional São José, ficou pactuado que o Estado encaminharia projeto para ampliação do hospital para a implantação dos leitos psiquiátricos. O Ministério da Saúde ainda não recebeu o projeto.

24. Quanto aos leitos do Hospital Universitário – UFSC, o Ministério da Saúde está em contato com a Área Técnica responsável no Ministério da Educação para viabilizar a implantação dos leitos psiquiátricos. O HU está reformando com recursos do REUF, a obra deve ser finalizada até dezembro de 2012. Há como pendência a compra de equipamentos/mobiliário (orçado em R$300.00) e contratação de RH pela UFSC. Aguardamos mediação do MEC junto à UFSC para efetivação dessa contratação.

25. O Hospital Santa Teresa em São Pedro de Alcântara possui uma característica que está sendo analisada por diferentes Áreas Técnicas deste Ministério, para fins de resolução da situação. Ainda que este hospital tenha CNES de Hospital Geral, há moradores do Hospital Psiquiátrico Colônia Santana alocados em suas dependências. Esta configuração está em desacordo com a proposta da Portaria GM/MS nº 148. Por este motivo, não é possível a implantação dos leitos qualificados de psiquiatria nesse hospital.

26. Tendo em vista o quantitativo com que o Ministério trabalha, os leitos previstos nos Hospitais Regional São José, Infantil Joana de Gusmão e Universitário serão suficientes para suprir a demanda da região, não havendo necessidade de pactuação de novos leitos para a região.

27. Ainda que tenha sido citada Estratégia de Desinstitucionalização, ressaltamos a inexistência de planejamento de implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos

destinados à desinstitucionalização das pessoas moradoras do Hospital Psiquiátrico Colônia Santana.

28. Nesta mesma linha, apontamos para a importância de planejamento de implantação de Iniciativas de geração de trabalho e renda para contemplar o Componente Reabilitação Psicossocial contido na Portaria/GM Nº 3.088.

29. Esta Área Técnica se coloca à disposição para quaisquer orientações e esclarecimentos que se fizerem necessária.

Atenciosamente,

ROBERTO TYKANORI KINOSHITA
Coordenador da Área Técnica de Saúde Mental, Alcool e Outras Drogas
DAPES/SAS/MS

VI. A Matriz Diagnóstica da Rede

MATRIZ DIAGNÓSTICA - REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL					
Região: **Grande Florianópolis**					
22 Municípios: Águas Mornas, Alfredo Wagner, Angelina, Anitápolis, Antônio Carlos, Biguaçu, Canelinha, **Florianópolis**, Garopaba, Governador Celso Ramos, Leoberto Leal, Major Gercino, Nova Trento, **Palhoça**, Paulo Lopes, Rancho Queimado, Santo Amaro da Imperatriz, São Bonifácio, São João Batista, **São José**, São Pedro de Alcântara e Tijucas.					
População: 1.027.271 habitantes (IBGE, 2012)					
COMPO-NENTE	**Ponto de Atenção**	**Necessidade**	**Existentes**	**Déficit**	**Parâme-tro**
I. Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde	Supervisão e apoio matricial organizado, regulação do acesso, protocolos assistenciais.	252 equipes de saúde da família.	Expandir e qualificar a supervisão e o apoio matricial organizado sobre as equipes de saúde da família; estabelecer regulação do acesso e protocolos assistenciais.	Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica, de 21 de outubro de 20 11
	Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas	2 equipes de consultórios na rua	1 consultório na rua em Florianópolis	1 consultório na rua em São José, Equipes de apoio a unidades de acolhimento	Portaria que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família	22 (12 NASF I, 10 NASF II); Falta a participação de psiquiatras em 15 e de psicólogo em 14 dos 22 NASF existentes	22 NASF (sendo 12 NASF I e 10 NASF II).	Incorporação de psiquiatras em 15 e de psicólogo em 14 NASF	Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica - 2011
	Centro de Convivência				

COMPO-NENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Parâme-tro
II. Atenção Psicossocial Especiali-zada	Centro de Atenção Psicossocial				
	CAPS I	5 (Biguaçú, Garopaba, Tijucas, Santo Amaro da Imperatriz e São João Batista)	1 em Biguaçú; 1 em Garopaba)	3 microrregionais (em Tijucas, Santo Amaro da Imperatriz e São João Batista)	Municípios ou regiões com pop. acima de 20 mil hab.
	CAPS II	3 (Florianópolis, Palhoça e São José)	1 em Florianópolis, 1 em Palhoça	1 em São José.	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS III				Municípios ou regiões com pop. acima de 200 mil hab
	CAPS AD		2 em Florianópolis		Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS ADIII	Transformar os 2 CAPS AD de Florianópolis em AD III; criar em São José e Palhoça.		2 em Florianópolis, 1 em São José, 1 em Palhoça.	Municípios ou regiões com pop. acima de 200 mil hab
	CAPS i	2 (Florianópolis, São José).	1 em Florianópolis)	1 em São José.	Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab
III. Atenção de Urgência e Emergência	UPA / SAMU	3 UPA em Florianópolis, 5 em outros municípios (Garopaba, Tijucas, Biguaçu, Palhoça, São José); 22 equipes de SAMU; 6 salas de estabilização (Alfredo Wagner, Governador Celso Ramos, Nova Trento, Paulo Lopes, Santo Amaro da Imperatriz e São João Batista)	2 UPA em Florianópolis; 21 equipes de SAMU; 21 equipes de SAMU;	6 novas UPA (em Florianópolis, Garopaba, Tijucas, Biguaçu, Palhoça, São José); 1 nova equipe de SAMU em Florianópolis; 6 salas de estabilização (Alfredo Wagner, Governador Celso Ramos, Nova Trento, Paulo Lopes, Santo Amaro da Imperatriz e São João Batista).	Conforme orientações da Portaria da Rede de Atenção às Urgências, de 7 de julho de 2011.

COMPO-NENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Parâme-tro
IV. Atenção Residencial de Caráter Transitório	UA ADULTO	1 em Florianópolis 1 em São José 1 em Palhoça 1 em Garopaba 1 em Biguaçú		1 em Florianópolis 1 em São José 1 em Palhoça 1 em Garopaba 1 em Biguaçú	1 UA (com 15 vagas) para cada 10 leitos de enferma-rias em hospital geral por município.
	UA INFANTO-JUVENIL	1 em Florianópolis 1 em São José 1 em Palhoça		1 em Florianópolis 1 em São José 1 em Palhoça	Municípios crianças e adolescen-tes em potencial para uso de drogas ilícitas ou em potencial para uso de drogas ilícitas.
	COMUNI-DADE TERAPÊU-TICA		Há restrições das CT à participação no SUS por recusarem cumprimento de regras do sistema, em especial as de vigilância sanitária.		
V. Atenção Hospitalar	LEITOS				1 leito para cada 23 mil habitantes Portaria nº 1.101/02
	ENFERMA-RIA ESPECIA-LIZADA	53 leitos definidos em pactuação tripartite		30 leitos para adultos no Hospital Regional de São José; 16 leitos infanto-juvenis no Hospital Infantil Joana de Gusmão; 7 leitos no Hospital Universitário (UFSC).	

COMPO-NENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Parâme-tro
VI. Estratégias de Desinstituci-onalização	SRT	7 Serviços Residenciais Terapêuticos tipo I (com até 8 moradores); 2 Serviços Residenciais Terapêuticos tipo I (com até 10 moradores em cuidados permanentes). Manter os 3 residenciais de gestão estadual já existentes.	3 (de gestão estadual)	Criação do Programa Estadual de Desinstitucionalização com incentivo financeiro estadual para a criação de residenciais terapêuticos pela prefeituras municipais. Criação de 7 SRT tipo I e 2 SRT tipo II.	A depender do nº de munícipes longa-mente internados
	PVC	15 moradores crônicos do Centro de Convivência Santana não têm curador e nem renda, devendo ser alvo de ações que incluam o Programa de Volta para Casa		15 moradores a serem desinstitucionalizados, numa 1ª. etapa, poderão ser incluídos no Programa de Volta para Casa, dependendo de negociações com prefeituras na montagem de SRT.	A depender do nº de munícipes longa-mente internados
VII. Reabilitação Psicossocial	COOPE-RATIVAS	Há conflitos legais não resolvidos sobre o trabalho de civilmente incapazes em SC. A vinculação de cooperativas a CAPS pode levar a contestações na área trabalhista. O trabalho, em ritmo de terapia ocupacional, não pode ser remunerado ao paciente, sem riscos de problematização judicial.		Está em fase inicial um intercâmbio de idéias com equipes da Secretaria de Ação Social visando planos de geração de emprego e renda. Consultas ao Ministério Público precisarão ser efetuadas, para resolver conflitos legais sobre o trabalho de civilmente incapazes, a formação para o trabalho em oficinas de CAPS e mesmo em empregos protegidos.	