

Reflexões sobre a prática: Sistemas de Informação em Saúde como ferramentas possíveis para a gestão e o planejamento no campo da atenção psicossocial

Reflections on practice: Health Information Systems as possible tools for management and planning in the field of psychosocial care

Bruna Fernanda Ferreira Fernandes

Psicóloga, Sanitarista pela Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (ESP/SES/PB), Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC/UFPB), João Pessoa, PB, Brasil;
E-mail: psicologia.brunafernandes@gmail.com; ORCID: 0000-0002-4314-0009

Leilane Menezes Maciel

Mestre em Psicologia Social/UFPB; Centro Universitário Santa Maria, Cajazeiras, PB, Brasil;
E-mail: leilanemacielpsico@yahoo.com.br; ORCID: 0009-0008-5140-292X

Contribuição dos autores: BFFF contribuiu para o delineamento da experiência, a seleção, construção e análise dos dados, escrita e revisão final do manuscrito. LMM atuou como tutora da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e contribuiu com a revisão final do manuscrito. Ambas se responsabilizam pelo conteúdo do artigo.

Conflito de interesses: Os autores declaram não possuir conflito de interesses.

Recebido em: 27/02/2024

Aprovado em: 12/07/2024

Editor responsável: Vanessa Iribarrem Avena Miranda

Resumo: Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) são ferramentas de apoio à gestão, planejamento, monitoramento e avaliação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Objetivo: Este trabalho tem por objetivo aproximar os dados e informações em saúde presentes nos SIS com o campo da saúde mental e atenção psicossocial. Descrição da Experiência: Trata-se de um relato de experiência que buscou construir, a partir das atividades de trabalho na Residência em Saúde Coletiva (RMSC/ESP-PB), um quadro síntese para demonstrar as possibilidades de acesso que os SIS oferecem diante da temática, em convergência com os cenários de prática da RMSC. A partir da discussão, observou-se que os SIS trazem dados que podem subsidiar aspectos importantes no campo da saúde mental e atenção psicossocial, o que pode auxiliar gestores, profissionais da assistência e o controle social na construção da análise da situação de saúde e indicadores de saúde. Conclusão: Em conclusão, os SIS por si só não alcançam a complexidade histórica, social, ética e subjetiva dos processos de saúde-doença-cuidado para saúde mental e atenção psicossocial, porém expressam as intencionalidades, racionalidades e contradições do próprio campo e do SUS.

Palavras-chave: Sistemas de Informação em Saúde; Atenção Psicossocial; Planejamento em Saúde.

Abstract: Health Information Systems are tools to support management, planning, monitoring and evaluation within the scope of the Unified Health System. Objective: This work aims to bring health data and information present in Health Information Systems closer to the health field mental and psychosocial care. Description of the Experience: This is, therefore, an experience report that sought to build, based on the work activities in the Public Health Residency, a summary table to demonstrate the possibilities of access that Health Information Systems offer in the face of the theme, in convergence with RMSC practice scenarios. From the discussion, it was observed that they bring data that can support important aspects in the field of mental health and psychosocial care, which can help managers, care professionals and social control in the construction of the analysis of the health situation and indicators of health. Conclusion: In conclusion, Health Information Systems alone do not reach the historical, social, ethical and subjective complexity of the health-disease-care processes for mental health

and psychosocial care, but they express the intentions, rationalities and contradictions of the field itself and of the SUS.

Keywords: Health Information Systems; Psychosocial Care; Health Planning.

INTRODUÇÃO

O contexto e a historicidade da Reforma Psiquiátrica transformaram, ao longo de sua trajetória, o que se entende por psicossocial. Para Costa-Rosa, Yassi e Luzio¹, antes o termo era designado para tratar de uma aproximação do psíquico e do social junto ao objeto da psiquiatria. Historicamente, quando a Reforma Psiquiátrica consegue atingir dimensões mais profundas e alcançar mudanças estruturais nas formas de cuidado, relações terapêuticas e práticas institucionais, o termo psicossocial torna-se um conceito.

Enquanto conceito, ganha-se novos elementos que compõem as dimensões essenciais da atenção psicossocial que exigem, dentre outras coisas, a desospitalização, desinstitucionalização, horizontalização das relações, autogestão e cogestão com participação e interlocução, liberdade, atenção integral e territorializada. Cada um desses elementos e tantos outros reforçam a profunda mudança de paradigma convocado pela atenção psicossocial enquanto conceito, exigindo significativas transformações para a criação de novos dispositivos institucionais que desafiem uma “outra lógica, outra fundamentação teórico-técnica e outra ética”^{1:16}.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS) é um marco dessas transformações e incorporação do conceito às práticas e políticas no Brasil. A normativa em questão dispõe sobre as diretrizes, objetivos e seus componentes para a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.²

Pensando no aspecto central dessa experiência, na normativa da RAPS há um objetivo específico que sinaliza sobre o monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção, trabalhado também como critério de

operacionalização da RAPS a nível nacional, estadual e municipal ². Ou seja, a normativa estabelece uma questão importante: a necessidade da análise e formulação de estratégias para o planejamento e gestão da rede psicossocial.

Trapé e Campos³ salientam que a atenção sob os aspectos de monitoramento e avaliação neste campo é expressa em documentos como Relatórios de Conferências de Saúde e de Saúde Mental, apesar disso, ainda é incipiente os documentos que contenham elementos mais substanciais em seu aspecto macroestrutural, sendo mais comum pesquisas no campo acadêmico que se relacionam com a avaliação de serviços e tecnologias para a saúde mental, mas com pouca abrangência no âmbito geral das políticas públicas.

Considera-se ainda a prevalência de pesquisas e enfoques qualitativos nos serviços, o que dificulta ainda a construção e estabelecimentos de indicadores de avaliação em saúde mental⁴, bem como as dificuldades relacionadas ao caráter ético e política da Reforma Psiquiátrica, além da dimensão subjetiva que atravessa o cuidado em saúde mental⁵.

De maneira abrangente, no SUS existem ferramentas de apoio ao planejamento que, de acordo com o Ministério da Saúde, “objetivam favorecer a prática gestora, a transparência e visibilidade possibilitada pelos meios eletrônicos de acesso público e tecnologia web, mecanismos facilitadores do direito à informação, participação e controle por instituições, usuários e cidadãos” ^{6:102}.

Uma das ferramentas em destaque são aquelas que podem ser acessadas por meio do TABNET definido como um tabulador genérico que permite organizar dados a partir de um acesso público, seu desenvolvimento pertence ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e, muitas de suas informações, são organizadas através dos dados gerados nos serviços e que são inseridos nos Sistemas de Informação em Saúde (SIS).

Os SIS se organizam enquanto instrumentos/arranjos informatizados que coletam, processam, armazenam e distribuem os dados produzidos nos serviços de saúde ou a ele vinculados, conferindo suporte para a produção

de informações que podem subsidiar a compreensão da situação de saúde e fundamentar a tomada de decisão no âmbito da gestão das políticas de saúde⁷⁻⁹.

Por esse motivo, os SIS compõem a estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde (RAS), sendo um dos componentes dos Sistemas de Apoio transversais as cinco redes temáticas prioritárias do SUS¹⁰, dentre elas a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que é o foco deste trabalho. Diante disso, objetivou-se identificar, a partir dos serviços de saúde que compõem a RAPS, quais os Sistemas de Informação em Saúde que estão presentes nas suas atividades e como eles podem subsidiar a gestão e o planejamento no campo da saúde mental e atenção psicossocial. Tem-se, então, o aspecto central dessa experiência.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo qualitativo descritivo do tipo relato de experiência, que se apoia na trajetória teórico-prática vivenciada durante o primeiro e segundo ano (2022-2024) da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (RMSC) que compõe o arcabouço dos programas de residências da Escola de Saúde Pública da Paraíba (ESP/PB), com apoio pedagógico do Centro Universitário Santa Maria (UNIFSM) e acompanhamento também da Secretaria Estadual de Saúde (SES/PB) por meio das cinco coordenações gerais das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no Estado.

Direcionada à formação de sanitaristas, a RMSC/ESP-PB tem sua ênfase nas atividades de gestão e planejamento em saúde, com foco também em habilidades e competências no cenário das Redes de Atenção à Saúde e para Educação em Saúde. Este trabalho concentra as atividades realizadas na 10ª Região de Saúde, no município de Sousa/Paraíba. No primeiro ano as atividades se concentram na 10ª Gerência Regional de Saúde e suas áreas técnicas como Vigilância Ambiental e Epidemiológica, Atenção Primária à Saúde e Apoio Institucional.

No segundo ano, as atividades acontecem em cinco Estabelecimentos Assistenciais de Saúde que são referências para as RAS prioritárias do SUS, sendo eles: Unidade Básica de Saúde/Estratégia de Saúde da Família (UBS/ESF), Hospital Geral, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro

Especializado em Reabilitação (CER) e Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Entre estes, apenas o CER não é considerado um componente específico da RAPS, o que demonstra a abrangência das atividades da residência que se relacionam com a rede escolhida como objeto desse trabalho.

Neste percurso, foi oportuno conhecer e trabalhar com alguns processos, como a coleta, processamento e análises dos dados epidemiológicos e/ou de produção pelas Secretaria Municipal de Saúde e pelos serviços, bem como os fluxos dos setores de vigilância epidemiológica hospitalar e vigilância em saúde municipal/estadual. Em todos esses casos, os SIS aparecem como estratégia para a consolidação das atividades.

Buscou-se construir, então, um quadro síntese dos Sistemas de Informação em Saúde presentes nos componentes da RAPS e que foram cenários de prática na residência, bem como descrever quais informações podem ser encontradas nesses SIS relacionadas aos debates no campo da saúde mental e atenção psicossocial. A proposta de direcionar a discussão para a RAPS aconteceu mediante a necessidade de maior atenção às estratégias de monitoramento e avaliação neste campo, aliada a instrumentos que já estão presentes no SUS e que fazem parte do cotidiano dos serviços. Para sua construção, a dinâmica ensino-serviço foi primordial, uma vez que proporcionava o contato direto com os SIS e seus operadores locais, além das buscas por dados através das plataformas de acesso livre promovidas pelo TABNET e baseadas em normativas propostas por documentos orientadores, como notas técnicas, manuais de preenchimento das Fichas de Notificação e/ou os manuais dos próprios SIS que trazem informações importantes para sua operacionalização.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao longo da construção deste trabalho e na experiência enquanto residente, identificou-se que analisar e atuar junto aos SIS não é apenas uma questão de números. Apesar de consultas no TABNET, por exemplo, resultarem em números, estes só se tornam significativos quando transformados em informações em saúde.

A informação em saúde consiste na descrição e representação limitada de um evento, agravo, atributo ou dimensão da situação de saúde-doença-cuidado de

indivíduos ou população, no tempo e espaço definidos, que foi (foram) selecionado(s), tratado(s) e organizado(s) a partir de determinados interesses e objetivos, por: alguém (profissional, gestor), de acordo com sua visão de mundo e domínio tecnológico e organização e/ou instituição, de acordo com as práticas, os saberes e as relações de poder que estão em disputa pela direcionalidade da política e/ou política pública. E a descrição ou representação encontra-se disponível, ou não, para divulgação e análise, podendo, enfim, ser utilizada para apoiar a decisão e exercício do controle social, reduzindo a incerteza da ação, conforme a correlação de forças e interesses presentes no processo decisório^{11:671}.

A definição acima é robusta e reflete a complexidade da discussão, uma vez que essas informações em saúde são fundamentadas na objetividade dos dados e na subjetividade dos interesses e conceitos construídos, os quais retroalimentam os SIS. Ou seja, há uma relação intrínseca entre informação em saúde e os SIS que não é linear, mas repleta de contrapontos, lacunas, disputas e interesses individuais e coletivos. Portanto, estabelecer essa relação no campo da saúde mental e atenção psicossocial torna-se ainda mais desafiador, devido à sua forte dimensão subjetiva e à fragilidade dos conceitos relacionados ao cuidado de pessoas com sofrimento ou transtornos mentais, bem como necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas.

Sendo assim, a atenção psicossocial é um processo social complexo¹². A construção apresentada no Quadro 1 não é linear e muito menos definitiva, incapaz de abarcar todas as dimensões que se entrelaçam dentro da dinâmica biopsicossocial interdependente e contraditória¹³. No entanto, é oportuna ao trazer elementos transversais às políticas de saúde, como a transversalidade da vigilância em saúde, a importância da Atenção Primária à Saúde, a urgência do debate sobre a atenção hospitalar na RAPS e a referência especializada que são os Centros de Atenção Psicossocial.

A construção deste trabalho baseou-se na divisão dos principais grupos de SIS apresentados por Neto e Chioro⁹, os quais contêm dados relevantes para fortalecer a atenção psicossocial no SUS. Na primeira coluna, são listados os SIS em questão, enquanto ao lado há a descrição dos tipos de dados disponíveis em cada um. Além de contribuir para o controle social dos dados^{6,7}, a seleção desses elementos considerou a acessibilidade pública, como o TABNET, utilizando os filtros e campos descritos.

Quadro 1. Síntese dos Sistemas de Informações em Saúde analisados na perspectiva da saúde mental e atenção psicossocial

SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE	DADOS DISPONÍVEIS PARA CONSULTA
Eventos de relevância para a saúde pública e epidemiologia	
Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)	<p>Número de Declarações de Óbitos com Causa básica de morte e/ou Causas externas a partir das opções:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Capítulo V - Transtornos mentais e comportamentais ou CID-10: F00-F99 2. Capítulo XX – lesão autoprovocada intencionalmente ou CID-10: X60-X84 e sequelas de lesões autoprovocadas intencionalmente ou CID-10: Y87.0).
Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)	<p>Consulta dos números de notificações de doenças e agravos de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Violência Interpessoal/Autoprovocada; 2. Intoxicações Exógenas com o campo “Circunstância da exposição/contaminação” preenchido com “tentativa de suicídio” 3. Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho.
Controle e monitoramento de procedimentos, serviços e programas de saúde	
Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)	<p>Consulta do Relatório de Produção a partir dos campos e filtros:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Problema/condição de saúde avaliada: saúde mental, usuário de álcool, usuário de outras drogas. 2. Conduta: encaminhamento CAPS 3. CIAP: a) Capítulo “psicológico” P01 – P99; b) Capítulo “problemas sociais” Z01 – Z29; 4. CID-10: F10 – F99; 5. Acompanhamento de visita domiciliar: saúde mental, tabagista, usuário de álcool. <p>Consulta do Relatório de Atividade Coletiva a partir dos campos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Público alvo: usuários de tabaco, usuários de álcool, usuário de outras drogas, portador de sofrimento mental/saúde mental; 2. Temas para Saúde: Dependência química/tabaco/álcool/outras drogas, saúde do trabalhador e saúde mental

<p>Sistema de Informações Hospitalares (SIH)</p>	<p>Consulta dos registros de procedimentos para Serviços Hospitalares de Referência (Hospital Geral):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Procedimentos relacionados aos Tratamentos dos transtornos mentais e comportamentais: a) tratamento clínico em saúde mental em situação de risco elevado de suicídio; b) tratamento clínico para contenção de comportamento desorganizado e/ou disruptivo; c) tratamento clínico para avaliação diagnóstica de transtornos mentais e adequação terapêutica, incluindo necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas; d) tratamento clínico de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool; tratamento clínico de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso do "crack"; e) tratamento clínico dos transtornos mentais e comportamentais devido ao uso das demais drogas e/ou outras substâncias psicoativas. 2. Procedimentos de Diárias de saúde mental em hospital geral: (7 dias, 8 a 15 dias e mais de 15 dias); <p>Consulta dos registros de procedimentos para Hospitais Psiquiátricos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Procedimentos relacionados aos Tratamentos dos transtornos mentais e comportamentais: a) tratamento em psiquiatria de curta permanência por dia (permanência até 90 dias); b) tratamento em psiquiatria por dia (com duração superior a 90 dias de internação ou reinternação antes de 30 dias).
<p>Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA)</p>	<p>Consulta dos registros de procedimentos dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS-PSI): a) acolhimento noturno de paciente em CAPS; b) acolhimento em terceiro turno de paciente em CAPS; c) acompanhamento de paciente em saúde mental (residência terapêutica); d) acolhimento diurno de paciente em CAPS; e) atendimento individual de paciente em CAPS; f) atendimento em grupo de paciente em CAPS; g) atendimento familiar em CAPS; h) atendimento domiciliar para pacientes de CAPS e/ou familiares; i) práticas corporais em CAPS; j) práticas expressivas e comunicativas CAPS; k) atenção às situações de crise; l) promoção de contratualidade no território. 2. Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I): Acolhimento inicial por CAPS. 3. Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA-C): a) ações de articulação de redes intra e intersetoriais; b) fortalecimento do protagonismo de usuários de CAPS e seus familiares; c) matriciamento de equipes da atenção básica; d) ações de redução de danos; e) acompanhamento de serviço residencial terapêutico por CAPS; f) apoio à serviço residencial de caráter transitório por CAPS; g) matriciamento de equipes dos pontos de atenção da urgência e emergência, e dos serviços hospitalares de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtornos mentais e com necessidades de saúde decorrente do uso de álcool, crack e outras drogas.

Fonte: Elaborado pelas autoras

Antes de avançar na discussão, é importante destacar que os procedimentos são registros das atividades realizadas durante o processo de trabalho, e por isso sua quantidade no SUS é expressiva. Eles são parte da Tabela SUS, acessível através da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do SUS (SIGTAP/SUS). Cada procedimento possui uma descrição que orienta sua finalidade, além de um código próprio composto por dez dígitos. Os seis primeiros dígitos categorizam o grupo, subgrupo e a forma de organização (dois dígitos para cada), facilitando sua busca e organização.

Vigilância em Saúde

Em 2018, a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) foi instituída como política pública de Estado e definiu os Sistemas de Informação em Saúde como uma das estratégias para organizar processos contínuos e sistemáticos de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde¹⁴.

Desenvolvido em 1975 e informatizado em 1979, o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) possui ampla abrangência em todo o território nacional e é uma das estratégias da política de vigilância em saúde, especialmente na vigilância epidemiológica. Através de investigações, o SIM proporciona conhecimento e detecção dos fatores e condições relacionados às causas de mortalidade, além de subsidiar a adoção de medidas para prevenção e controle de doenças e agravos, sejam eles transmissíveis ou não. Em nível federal, o Ministério da Saúde tem incentivado os gestores a utilizar o SIM para formular indicadores epidemiológicos em seus respectivos territórios, fornecendo suporte para a gestão em saúde¹⁵.

Nas Declarações de Óbito, instrumento de coleta de dados padronizado nacionalmente, especificamente no Bloco V das Condições e Causas do Óbito, é obrigatória a codificação no SIM da causa básica da morte. Esta é definida como a doença ou lesão que iniciou a cadeia de eventos patológicos que conduziram diretamente ao óbito, ou as circunstâncias do acidente ou violência que resultaram na lesão fatal¹⁵. A codificação é realizada com base na descrição fornecida pelo profissional médico responsável, utilizando a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)¹⁵.

Nesse contexto, buscou-se examinar o SIM à luz das discussões no campo da saúde mental e atenção psicossocial. Nele, é possível consultar o número de Declarações de Óbito (DOs) em que a causa básica está codificada nos Capítulos V - Transtornos mentais e comportamentais (F00 – F99), Capítulo XX - Lesão autoprovocada intencionalmente (X60 – X84) e sequelas de lesões autoprovocadas intencionalmente (Y87). Além disso, no Bloco XII das Causas Externas, estão indicadas as circunstâncias prováveis de morte não natural, sendo o suicídio (X60 – X84 e Y87) uma das variáveis possíveis de preenchimento.

Esses dados podem fornecer aos gestores parâmetros importantes, como a prevalência desses óbitos em determinado território, a série histórica dos óbitos para comparações e avaliação de políticas, entre outras possibilidades para a vigilância em saúde relacionadas aos debates no campo da saúde mental e atenção psicossocial.

O outro SIS escolhido para análise das possibilidades foi o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), que utiliza as Fichas de notificação e investigação de doenças e agravos como principal instrumento de coleta de dados. Os agravos não transmissíveis, como no caso das violências, representam um cenário significativo no perfil de morbimortalidade da população, configurando-se como um problema de saúde pública. Portanto, a vigilância das violências é uma parte importante do SUS, realizada através do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA/Sinan)¹⁶.

Um exemplo disso é o indicador 14 do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS), que se refere à 'Proporção de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida', com uma meta de 95% estabelecida para os municípios. Essa meta viabiliza o recebimento de recursos do programa. A ênfase no campo raça/cor sublinha a importância social e epidemiológica das questões étnico-raciais na análise da situação de saúde, possibilitando a formulação de políticas equitativas¹⁷.

Em Portarias de 2011¹⁸ e 2014¹⁹, as notificações de violência doméstica, violência sexual, violência autoprovocada e outras tornaram-se compulsórias nos serviços de saúde. A violência sexual e a tentativa de suicídio (autoprovocada) são notificações de caráter compulsório imediato (24 horas) para as Secretarias Municipais de Saúde²⁰. Essa medida visa garantir a adoção de ações eficazes de forma oportuna, como a contracepção de emergência e profilaxia das Infecções Sexualmente Transmissíveis no caso das violências sexuais, e o encaminhamento e vinculação da pessoa aos serviços de saúde voltados à atenção psicossocial, além da rede de atenção e proteção social no caso das tentativas de suicídio²¹.

Em relação às tentativas de suicídio, sua notificação pode ocorrer em outra ficha, a de Intoxicação Exógena, que também é de notificação compulsória, porém de caráter semanal. No campo 'Circunstância da exposição/contaminação', a tentativa de suicídio é uma das opções possíveis de preenchimento. Durante a vivência na residência, observou-se que em alguns estabelecimentos de saúde os casos de intoxicação exógena relacionados a tentativas de suicídio são registrados apenas na Ficha de Investigação de Intoxicações Exógenas, o que contraria a normativa do Ministério da Saúde. Esta estabelece que, nesses casos, a Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada também deve ser preenchida²¹.

Em ambas as fichas, há um campo de preenchimento essencial para a vigilância epidemiológica, que consiste na indicação se o fato da notificação está relacionado ao trabalho. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora enfatiza a vigilância em saúde, incluindo a relação das Doenças e Agravos Relacionados ao Trabalho (DART)²². Entre eles, os Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT) são de grande importância para o debate no campo da saúde mental e atenção psicossocial.

As notificações de TMRT são compulsórias na Rede Sentinela de Notificação Compulsória de Acidentes e Doenças Relacionados ao Trabalho, abrangendo desde serviços de Atenção Primária à Saúde até atenção especializada como CAPS e hospitais²². É válido destacar que a notificação nesses casos deve ser

feita após a confirmação donexo causal entre a condição e sua relação com o trabalho, o que requer dos profissionais de saúde atenção para determinar se os aspectos relacionados ao trabalho do usuário têm contribuído ou sido determinantes na deterioração de sua saúde.

Apesar de sua importância, a subnotificação dos TMRT é alta, com predominância da atuação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), mas ainda incipiente na Atenção Primária à Saúde (APS) e nos CAPS²³, por exemplo. A atenção aos aspectos relacionados aos processos de trabalho, como sua organização interna e fatores psicossociais como assédio, violência, riscos biológicos e químicos, é fundamental para os processos de cuidado e vigilância em saúde, devido ao seu papel estruturante tanto na vida socioeconômica quanto nos aspectos que afetam o desenvolvimento humano e psicológico dos usuários que acessam a RAS.

Atenção Primária à Saúde

Como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde e coordenadora do cuidado, a Atenção Primária à Saúde (APS), assim como a atenção psicossocial, propõe uma mudança de paradigma para promover outras formas de cuidado em saúde, comprometidas com a autonomia e com o território. Desde 2013, a APS conta com o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) como suporte para o registro de informações, monitoramento da situação de saúde e acompanhamento de indicadores de saúde de forma mais próxima dos territórios, sendo acessível para uso por profissionais de todas as equipes da APS.

A coleta de dados para o SISAB ocorre por meio da Coleta de Dados Simplificada (CDS) para equipes/Unidades Básicas de Saúde com baixa informatização, e do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) para equipes e UBS informatizadas. Através desses registros, é possível emitir relatórios que apresentam dados importantes para análise da situação de saúde em diferentes níveis de responsabilidade. Atualmente, o SISAB permite a emissão de seis tipos de relatórios para diversos fins²⁴. Neste trabalho, considerando a temática apresentada, dois relatórios se destacam: o Relatório de Saúde - produção e o Relatório de Saúde - atividade coletiva.

O primeiro relatório abrange os atendimentos realizados, ou seja, contém os dados registrados pelos profissionais de saúde a partir dos procedimentos executados com os usuários da APS²⁵. O SISAB oferece filtros para especificar melhor os dados nos relatórios, permitindo uma análise mais precisa das condições específicas. No filtro por Tipo de produção, é possível buscar os Atendimentos Individuais, nos quais estão registrados problemas/condições avaliadas. As opções pré-definidas incluem as principais abordadas na APS, como Tabagismo, Uso de álcool, Uso de outras drogas e Saúde Mental, que estão diretamente relacionadas com a política de atenção psicossocial.

Nos Atendimentos Individuais, outro registro importante é a Conduta do atendimento realizado, onde a opção 'Encaminhamento CAPS' permite verificar quantos atendimentos foram encaminhados para serviços de atenção especializada da RAPS em um determinado período de tempo. Além disso, há a opção de seleção dos 'Problemas/condições avaliadas' pelos profissionais durante o atendimento, utilizando códigos CID-10 ou da Classificação Internacional de Cuidados Primários (CIAP-2), que, no contexto da saúde mental e atenção psicossocial, podem corresponder aos códigos F10 – F99 (CID-10), P01 – P99 (CIAP-2) e Z01 – Z29 (CIAP-2). Também é possível registrar visitas domiciliares no campo por Tipo de produção, motivadas pelo acompanhamento de usuários com necessidades como saúde mental, tabagismo e uso de álcool.

No segundo tipo de relatório do SISAB, o relatório de Atividade Coletiva registra dados que vão além dos atendimentos individuais, incluindo atividades como Reunião de Equipe, Atendimento em Grupo, Avaliação/Procedimento Coletivo, Reunião Intersetorial/Conselho Local de Saúde/Controle Social, além de temas como Discussão de Caso e Projeto Terapêutico Singular. É possível também especificar o público-alvo das atividades, destacando-se usuários de tabaco, usuários de álcool, usuários de outras drogas, portadores de sofrimento mental/saúde mental, bem como temas de saúde que podem ser abordados com a comunidade e registrados, como Dependência Química/Tabaco/Álcool/Outras Drogas, Saúde do Trabalhador e Saúde Mental, que são os mais relevantes para esta discussão.

A existência desses relatórios demonstra que eles podem servir como base e mobilizadores para análise da situação de saúde do território adscrito, oportunizando o debate sobre os processos de cuidado que, articulados com a realidade local, reafirmam a importância da APS como primeiro componente da rede psicossocial e articuladora da RAS.

Atenção Hospitalar

O Sistema de Informações Hospitalares (SIH) está no SUS desde a década de 1990 e utiliza a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) como seu principal instrumento para registro de dados nos estabelecimentos hospitalares. O SIH foi criado com o objetivo de facilitar o repasse financeiro e o reembolso das internações e procedimentos realizados pelos serviços hospitalares²⁷.

Além das questões associadas ao financiamento, o registro das AIHs proporciona análises importantes através dos perfis de morbimortalidade das internações, do tempo de permanência, da taxa de mortalidade, entre outros indicadores. Através dos registros de procedimentos das ações de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas, destacam-se duas portarias específicas que estabelecem os procedimentos relacionados aos Serviços Hospitalares de Referência (Hospital Geral)²⁸ e Hospitais Psiquiátricos²⁹ para o cuidado dessa população.

A Portaria nº 953/2012 habilita os Serviços Hospitalares para Atenção à Saúde Mental, conforme o quinto componente da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que é a Atenção Hospitalar composta por enfermaria especializada em Hospital Geral e serviço Hospitalar de Referência. No documento constam seis procedimentos principais sob forma de organização 030317 – Tratamento dos Transtornos Mentais e Comportamentais e três procedimentos especiais na forma de organização 080201 – Diárias (destinadas ao período de permanência dos pacientes nos serviços hospitalares especializados em saúde mental)

Através desses registros, no qual cada procedimento descrito há um código específico a ser registrado nas AIHs, é possível realizar análises detalhadas sobre as internações hospitalares para tratamento clínico em saúde mental

em situações específicas, como o risco elevado de suicídio. Essas análises podem incluir: **a) Número de Internações:** permite consultar quantas internações foram realizadas na Paraíba em 2023 para tratamento clínico em saúde mental relacionado a situações de risco elevado de suicídio. Os códigos específicos nas AIHs identificam essas internações e possibilitam a extração de dados de sua frequência. **b) Tempo Médio de Internação:** registra-se também o tempo de permanência médio dos pacientes internados para tratamento clínico em saúde mental, permitindo análises sobre a duração média dessas internações e possíveis variações ao longo do tempo.

Os dados podem contribuir para as discussões sobre a desospitalização no âmbito do SUS. A temática no Brasil surge atrelada à Reforma Psiquiátrica, com vistas à desinstitucionalização das pessoas com transtornos mentais³⁰. Para Amarante³¹, as reformas de base preventiva e comunitária consistem, dentre outros processos, em medidas saneadoras e racionalizadoras, que podem ser expressas na diminuição tanto de leitos como do tempo médio de permanência hospitalar, isso em conjunto com ações de cunho preventivo, promocional e comunitário.

A habilitação de leitos de saúde mental em hospitais gerais, em contraponto aos hospitais psiquiátricos tradicionais, representa um avanço significativo na superação da lógica manicomial no Brasil. Os Registros das Diárias apresentados no Quadro 1, por exemplo, apenas podem ser feitos a partir de leitos habilitados em saúde mental, o que ainda configura um desafio no âmbito da gestão do SUS.

Falando em desafio, a Portaria nº 2.434/2018 inclui na Tabela de Procedimentos do SUS dois procedimentos a serem registrados por Hospitais Psiquiátricos. Sabe-se que os hospitais psiquiátricos não fazem parte dos componentes da RAPS, em virtude de sua historicidade marcada por forte apelo biomédico, medicalizante e não alinhado com a dimensão territorial proposta pela Reforma Psiquiátrica e, conseqüentemente, pelo SUS³².

Ainda assim, esses serviços compõem o mapa da saúde dos territórios e precisam também passar por processo de monitoramento e avaliação. É

interessante observar que os parâmetros de registros dos hospitais psiquiátricos, quando comparados aos dos hospitais gerais, são diferentes, sendo menos específicos e com tempo de permanência prolongado. Observar o número de registros desses procedimentos e compará-los em termos de série histórica ou com os outros procedimentos dos hospitais gerais pode servir de orientação para refletir sobre o papel que essas instituições têm no território e propor medidas para fortalecer os componentes da RAPS.

Em ambos os casos, no SIH através do TABNET, a consulta pode ser feita tanto pelo local de internação quanto pelo local de residência, possibilitando a observação de alguns fluxos assistenciais existentes no território. Esses fluxos são importantes para as discussões sobre os aspectos de regionalização e a habilitação/reordenamento de novos e antigos serviços de saúde.

Atenção Especializada e a referência de cuidado no território

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são dispositivos de base territorial e comunitária que assumem posição estratégica na organização da RAPS² e na consolidação da Reforma Psiquiátrica. Além de prestarem assistência direta à saúde da população que deles necessita, os CAPS também desempenham o papel de articulação e regulação da rede de serviços de saúde. Eles buscam suporte e assistência em outros serviços intra e intersetoriais, assim como na comunidade, para apoiar o processo de trabalho no cuidado de pessoas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Essa perspectiva de um serviço voltado ao cuidado em liberdade, fortalecimento de vínculos e garantia de direitos pode ser encontrada também nos registros de produção propostos pelo Ministério da Saúde, os quais, de forma geral, refletem as necessidades de cuidado em saúde, que podem ser individuais, coletivas e articuladas com ações de matriciamento. Esses registros são voltados também para atenção à crise, utilizando estratégias de redução de danos e alinhados com propostas comunitárias, domiciliares e familiares³⁴.

O Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS) foi instituído em 2012 com o objetivo de incluir as necessidades relacionadas ao monitoramento das ações e serviços de saúde, incluindo as da Atenção Psicossocial. As informações registradas no RAAS fazem parte do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), juntamente com o Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPAI) e o Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA-C). Nos CAPS, há registros que podem ser feitos a partir desses três instrumentos, os quais juntos expressam as atividades preconizadas pelos serviços e que devem compor o cuidado ao usuário de forma integrada.

O registro no RAAS corresponde ao número de procedimentos registrados de cuidado direto aos usuários do serviço e/ou seus familiares dentro ou fora da unidade, após ingresso no serviço. No BPA-I, encontram-se os números de acolhimentos iniciais por CAPS, e no BPA-C, o número de registros de ações institucionais e de articulação e sustentação de redes de cuidado³⁵. A relevância desses registros pode ser observada, por exemplo, no Sistema de Pactuação Integrada (SISPACTO), que inclui no indicador 21: “Ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica”, com base no registro do procedimento “03.01.08.030-5: Matriciamento de Equipes da Atenção Básica” registrado no BPA-C do SIA/SUS, e tem como meta pelo menos uma ação de matriciamento por mês a ser realizada por CAPS³⁶.

Através das possibilidades de registro destacadas no Quadro 1, é possível consultar quais atividades são mais prevalentes nos CAPS e fazer uma análise crítica se o serviço de base territorial e comunitária está conseguindo ir além de seus muros. Apesar de seus registros estarem em um sistema que leva o termo “ambulatorial” no nome, os CAPS tornam-se pouco efetivos quando limitam suas atividades apenas a essa lógica. As possibilidades de registro apresentadas sugerem uma alternativa a essa dinâmica e podem promover uma reflexão entre gestores e trabalhadores sobre os processos de trabalho no serviço.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para Moraes¹¹, a partir dos Sistemas de Informação em Saúde, é possível identificar a racionalidade organizativa adotada. Esta racionalidade é construída com base no contexto social, político, econômico, científico,

tecnológico e cultural daquele momento específico em que o SIS é desenvolvido e implantado. Essa questão também se reflete neste trabalho.

Nas atividades de vigilância epidemiológica, diagnóstico do território ou acompanhamento das atividades em serviços estratégicos, percebe-se a intencionalidade na definição do que se deseja como informação em saúde, influenciada pelos conceitos vigentes sobre saúde, doença e cuidado. No contexto da saúde mental e atenção psicossocial, este trabalho evidencia que há uma preocupação com a temática à nível de gestão e, conseqüentemente, existe uma viabilidade para a sistematização desses dados no SUS.

Apesar disso, o olhar sob esse dado a fim de interpretá-lo frente a realidade e ao que se pretende é um desafio. Durante a formação na residência, observou-se a fragilidade dessa dinâmica à medida que nos deparamos com diversas questões: o desconhecimento por parte de gestores e trabalhadores sobre os Sistemas de Informação em Saúde^{37,38}, a dificuldade de manuseio de novas tecnologias³⁷, a distância entre o que se faz e o que se registra, a falta de integração entre quem realiza a coleta dos dados (profissional da ponta) e quem coloca no SIS (digitadores)³⁷, a falta de integração consistente entre setores como vigilância em saúde, atenção primária e secretarias/gerências de saúde em níveis municipais e estaduais, o foco excessivo em aspectos quantitativos e a busca por indicadores prontos, negligenciando a reflexão sobre aspectos qualitativos, além da obsolescência de alguns SIS, como o próprio SIA que não permite o registro de mais de um CBO em um mesmo procedimento³⁷.

Em harmonia com o que é disposto por Moraes ao salientar que os SIS não descrevem ou representam a realidade em si¹¹, este trabalho não tem a intenção de responder de forma dicotômica se os SIS podem ou não subsidiar processos de gestão e planejamento no campo da saúde mental e atenção psicossocial. Ainda, como não se configura metodologicamente com um estudo ecológico, não irá se debruçar nas discussões, mesmo que relevantes, sobre a disponibilidade ou não desses registros, o que colocaria o estudo frente a outros debates.

A contribuição deste trabalho reside no entendimento de que saúde mental e atenção psicossocial são parte de um processo social complexo que está em constante movimento e reinvenção. Por isso, convoca os atores envolvidos a compreender os paradoxos, contradições e consensos¹². Reconhece-se que os Sistemas de Informação em Saúde não capturam toda essa complexidade, porém, por meio desta breve análise, demonstra-se como eles podem também expressar no SUS as intenções, a historicidade, as contradições e as racionalidades na relação entre saúde -cuidado no campo proposto.

Portanto, compreende-se que os Sistemas de Informação em Saúde apresentados, entre outros, podem ser elementos para mediar a compreensão de uma relação complexa. Este trabalho visa impulsionar o conhecimento sobre as informações em saúde, fortalecendo sua utilização pelos gestores, trabalhadores e controle social⁷, além de contribuir para a construção de indicadores⁴ de forma ascendente e integrada. Isso convoca diferentes atores a pensar em novos processos de trabalho, com o objetivo de propor mudanças significativas para o monitoramento e avaliação preconizados pela RAPS, proporcionando mais efetividade às estratégias de gestão, planejamento e cuidado no campo da saúde mental e atenção psicossocial.

REFERÊNCIAS

1. Costa-Rosa A, Luzio CA, Yasui S. Atenção Psicossocial: rumo ao novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: Amarante P, organizador. *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau; 2003. p. 13-44.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação Nº 3, de 28 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
3. Trapé TL, Onocko-Campos R. Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2017 [citado 13 nov. 2023];51(19):1-8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/3sXhdXkTM7m47WTDHBLFPyS/>
4. Onocko-Campos R, Furtado JP, Trapé TL, Emerich BF, Surjus LT de L e S. Indicadores para avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial tipo III: resultados de um desenho participativo. *Saude Debate* [Internet]. 2017 [citado 13 nov. 2023];41(spe):71–83. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/kCLMSXvttpqcQs4QvVQNGxm/>
5. Rocha KB, Zanardo GL de P. Validação de um instrumento para avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), versão para profissionais: Avalia-CAPS-P. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2022 [citado 13 nov. 2023];38(2):1-14. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ZfGT8VhrwjHLFX5pByXkx3f/>

6. Brasil. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Manual de planejamento no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. (Série Articulação Interfederativa, 4)
7. Brasil. Ministério da Saúde, Fundação Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/experiencia_brasileira_sistemas_saude_volume1.pdf
8. Brasil. Ministério da Saúde. Glossário temático: monitoramento e avaliação. Brasília: Departamento de Monitoramento, Avaliação e Disseminação de Dados e Informações Estratégicas em Saúde; 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/demas/publicacoes/glossario-tematico-monitoramento-eavaliacao.pdf>
9. Coelho Neto GC, Chioro A. Afinal, quantos Sistemas de Informação em Saúde de base nacional existem no Brasil? Cad Saude Publica [Internet]. 2021 [citado 13 nov. 2023];19(37):1-15. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/RzNmVjHqmLhPHZp6gfcDC6H/?lang=pt>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Gestão do SUS: Planejamento, Programação e Financiamento da Saúde [Internet]. 2022 [citado 06 dez. 2023]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/modulo2_gestao_planejamento_programacao_financiamento.pdf
11. de Moraes IHS, Fornazin M. Nem Tecnoforia nem Tecnofobia - Abordagem crítica da Incorporação das Tecnologias Digitais na Saúde. In: Saúde Coletiva: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: MedBook; 2022. p. 666–87.
12. Amarante P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013.
13. Sampaio JJC. Epidemiologia da imprecisão: processo saúde/doença mental como objeto da epidemiologia. 1. ed. Vol. 1. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1998.
14. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018. Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS). Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
15. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Declaração de Óbito: manual de instruções para preenchimento. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/ptbr/centraisdeconteudo/publicacoes/svsa/vigilancia/d-eclaracao-de-obito-manual-de-instrucoes-parapreenchimento.pdf>
16. Ministério da Saúde. Viva: instrutiva notificação de violência interpessoal e autoprovocada [Internet]. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado 06 dez. 2023]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpersonall_autoprovocada_2ed.pdf
17. Ministério da Saúde. Caderno de Indicadores PQA-VS 2023 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2023 [citado 06 dez. 2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/pqavs/publicacoes-tecnicas/caderno-de-indicadores-programa-de-qualificacao-das-acoes-de-vigilancia-em-saude-2023>

18. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM no 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. [Internet]. 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html

19. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM no 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. [Internet]. 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html

20. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS no 217, de 1º de março de 2023. Altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação GM/MS no 4, de 28 de setembro de 2017, para substituir o agravo “Acidente de trabalho: grave, fatal e em crianças e adolescentes” por “Acidente de Trabalho” na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos em de saúde pública, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. [Internet]. 2023. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0217_02_03_2023.html

21. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde [Internet]. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [citado 06 dez. 2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia/guiade-vigilancia-2022.pdf>

22. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 777, de 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde - SUS. [Internet]. 2004. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0777_28_04_2004.html

23. Melo C de F, Cavalcante AKS, Façanha KQ. Invisibilização do adoecimento psíquico do trabalhador: limites da integralidade na Rede de Atenção à Saúde. *Trab Educ Saude* [Internet]. 2019 [citado 13 nov. 2023];17(2):1-21. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/HPT6S5QXZrFjWRWQgRVXZPQ>

24. Sistema de Informação para a Atenção Básica (SISAB) [Internet]. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. [citado 10 jan. 2024]. Disponível em: <https://sisapsdoc.saude.gov.br/sisab/utilizando-sistema>

25. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota Técnica Explicativa – Relatório de Saúde (PRODUÇÃO). 2021 [citado 10 jan. 2024]. Disponível em: https://sisab.saude.gov.br/resource/file/nota_tecnica_relatorio_saude_producao_210802.pdf

26. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota Técnica Explicativa – Relatório de Saúde (ATIVIDADE COLETIVA). 2021 [citado 10 jan. 2024]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/sisab_notatecnica_relatorio_atividade_coletiva.pdf

27. Leandro BB da S, Rezende FAVS, Pinto JM da C. Informações e registros em saúde e seus usos no SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2020.

28. Ministério da Saúde. Portaria nº 953, de 12 de setembro de 2012. [Internet]. 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0953_12_09_2012.html
29. Ministério da Saúde. Portaria no 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e no 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. [Internet]. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html
30. Ministério da Saúde. Desospitalização: reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional [Internet]. Ministério da Saúde; 2020 [citado 13 nov. 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desospitalizacao_reflexoes_cuidado_atuacao_multiprofissional.pdf
31. Amarante PD de C. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria [Internet]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1996 [citado 13 nov. 2023]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/41910/3/amarante-9788575413272.pdf>
32. Conselho Federal de Psicologia, Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, Conselho Nacional do Ministério Público, Ministério Público do Trabalho. Hospitais psiquiátricos no Brasil: relatório de inspeção nacional. 2. ed. Impresso no Brasil; 2020.
33. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 [citado 13 nov. 2023]. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Saude_mental_no_SUS__os_centros_de_atencao_psicosocial/48
34. Cabral KV. O diagnóstico da Rede de Atenção Psicossocial do seu território [Internet]. Brasília: Fiocruz; 2022 [citado 13 nov. 2023]. Disponível em: https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2022/07/Cartilha02_CursoSaudeMentalFiocruz_Modulo-2_.pdf.pdf
35. Ministério da Saúde. Instrutivo Técnico da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) no Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [citado 13 nov. 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo_tecnico_raps_sus.pdf
36. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 8, de 24 de novembro de 2016. Dispõe sobre o processo de pactuação interfederativa de indicadores para o período 2017-2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde. [Internet]. 2016. Disponível em: <https://ti.saude.rs.gov.br/bi/file/fichas.pdf>
37. Silva N dos S, Camargo NCS, Bezerra ALQ. Avaliação dos registros de procedimentos por profissionais de Centros de Atenção Psicossocial. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018 [citado 18 nov. 2023];71:2191–8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/ZcZps4xvWYxsrkdZVtfDQdP/?lang=pt>
38. Pinheiro ALS, Andrade KTS, Silva D de O, Zacharias FCM, Gomide MFS, Pinto IC. Gestão da saúde: o uso dos Sistemas de Informação e o compartilhamento de conhecimento para a tomada de decisão. Texto Contexto Enferm. 2016;25(3):e3440015.