

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

FERNANDA BARRETO MIELKE

**Ações de Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família:
um estudo avaliativo**

**Porto Alegre
2009**

FERNANDA BARRETO MIELKE

**Ações de Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família:
um estudo avaliativo**

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Agnes Olschowsky

**Porto Alegre
2009**

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO-NA-PUBLICAÇÃO-CIP
BIBLIOTECA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM, UFRGS, Porto Alegre, BR-RS

M631a Mielke, Fernanda Barreto

Ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família: um estudo avaliativo [manuscrito] / Fernanda Barreto Mielke. – 2009.

140 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2009.

Orientação: Agnes Olschowsky

1. Avaliação em saúde – Saúde mental. 2. Saúde da família. I. Olschowsky, Agnes. II. Título.

NLM: WM30

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes - CRB 10/463

FERNANDA BARRETO MIELKE

**AÇÕES DA SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: um
estudo avaliativo**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 27 de fevereiro de 2009.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Agnes Olschowsky

Presidente – Orientadora

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Luciane Prado Kantorski

Membro

UFPEL



Prof. Dr. Jacó Fernando Schneider

Membro

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Christine Wetzel

Membro

EENF/UFRGS

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida e por sua presença constante em minha caminhada.

Ao meu companheiro Vinícius por ser meu parceiro em todos os momentos da vida, especialmente nessa jornada que nos trouxe tantas mudanças. Obrigado por teu amor e compreensão.

Aos meus pais, Paulo e Vera, pelo amor incondicional e ao meu irmão, Rafael, pela amizade sempre presente.

À minha orientadora, Agnes, pela amizade, pela compreensão e pelo aprendizado. Obrigado por respeitar meu tempo em cada nova etapa.

Às professoras Luciane Prado Kantorski e Christine Wetzel e ao professor Jacó Fernando Schneider pela amizade, e pelas contribuições nos momentos de reflexão e construção.

Aos profissionais da Estratégia Saúde da Família Pitoresca pela acolhida, pela confiança em meu trabalho e pelos bons momentos que juntos passamos.

Aos membros do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental – GEPESM pelos momentos de aprendizado compartilhado, pelas reflexões e pelas comemorações.

Aos colegas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFRGS, especialmente às amigas Adriana Serdotte Freitas Cardoso e Cintia Nasi, com as quais dividi ansiedades, angústias e muitas conquistas.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFRGS, nas pessoas das professoras Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha e Tatiana Engel Gerhardt, pela oportunidade de aprofundar meus conhecimentos.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES pelo apoio financeiro no desenvolvimento desta pesquisa mediante bolsa de estudos.

A todos que compartilharam comigo essa caminhada fica o meu *muito obrigado*.

Sem Mandamentos

(Oswaldo Montenegro)

Hoje eu quero a rua cheia de sorrisos francos
De rostos serenos, de palavras soltas
Eu quero a rua toda parecendo louca
Com gente gritando e se abraçando ao sol
Hoje eu quero ver a bola da criança livre
Quero ver os sonhos todos nas janelas
Quero ver vocês andando por aí
Hoje eu vou pedir desculpas pelo que eu não disse
Eu até desculpo o que você falou
Eu quero ver meu coração no seu sorriso
E no olho da tarde a primeira luz
Hoje eu quero que os boêmios gritem bem mais alto
Eu quero um carnaval no engarrafamento
E que dez mil estrelas vão riscando o céu
Buscando a sua casa no amanhecer
Hoje eu vou fazer barulho pela madrugada
Rasgar a noite escura como um lampião
Eu vou fazer seresta na sua calçada
Eu vou fazer misérias no seu coração
Hoje eu quero que os poetas dancem pela rua
Pra escrever a música sem pretensão
Eu quero que as buzinas toquem flauta-doce
E que triunfe a força da imaginação.

RESUMO

Com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, o território aparece como habitat privilegiado para o acompanhamento de usuários da saúde mental, propiciando a reinserção social. O objetivo deste estudo foi avaliar as ações de saúde mental desenvolvidas por equipes da Estratégia Saúde da Família. Estudo avaliativo de abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, seguindo os pressupostos metodológicos da Avaliação de Quarta Geração. Fizeram parte do estudo 14 profissionais de duas equipes de saúde da família de uma mesma unidade, no município de Porto Alegre/RS. A coleta de dados ocorreu por meio de observação e entrevistas individuais. Na análise dos dados emergiram três categorias: ações de saúde mental, facilidades para desenvolver ações de saúde mental e dificuldades para desenvolver ações de saúde mental. Este estudo permitiu avaliar que as equipes estudadas desenvolvem ações de saúde mental no território, buscando uma prática em saúde mental inclusiva. Apesar das dificuldades avaliadas: fragmentação da rede de saúde mental, falta de capacitação e preconceito com a loucura, as equipes avaliam como facilidades para as ações de saúde mental os apoios, reunião de equipe, agenda de saúde mental, conselho local de saúde, portas abertas e o Grupo Evolução. As ações de saúde mental avaliadas orientam-se pela concepção de um cuidado ampliado, sendo uma prática que busca o encontro e tem produzido saúde mental no espaço do território.

Descritores: Avaliação em Saúde. Saúde Mental. Saúde da Família.

RESUMEN

Con la Reforma Psiquiátrica Brasileña, el territorio aparece como principal hábitat para el acompañamiento de los usuarios de la salud mental, proporcionando la reinserción social. Este estudio tuvo como objetivo evaluar las acciones de salud mental desarrolladas por equipos de la Estrategia Salud de la Familia. Estudio de evaluación con abordaje cualitativo, el tipo estudio de caso, siguiendo los presupuestos metodológicos de la Evaluación de Cuarta Generación. Los participantes del estudio fueron 14 profesionales en dos equipos de salud de la familia de la misma unidad en la ciudad de Porto Alegre/RS. La recolección de datos fue a través de la observación y entrevistas individuales. En el análisis de los datos surgieron tres categorías: las acciones de salud mental, facilidades para desarrollar acciones de salud mental y dificultades para desarrollar acciones de salud mental. Este estudio ha evaluado que los equipos estudiados desarrollan acciones de salud mental en el territorio, en la busca de una práctica en salud mental inclusiva. A pesar de las dificultades evaluadas: la fragmentación de la red de salud mental, la falta de capacitación y lo prejuicio con la locura, los equipos evaluaron como facilidades para las acciones de salud mental los apoyos, la reunión del equipo, el orden del día de la salud mental, la junta de salud local, las puertas abiertas y el Grupo Evolución. Las acciones de salud mental evaluadas son guiadas por el diseño de una atención ampliada, sendo una práctica que busca el encuentro e tiene producido salud mental el espacio del territorio.

Descriptor: Evaluación em Salud. Salud Mental. Salud de la Familia.

ABSTRACT

With the Brazilian Psychiatric Reform, the territory appears as prime habitat for the accompaniment of the users of mental health, providing social reintegration. This study aimed to evaluate the actions of mental health developed by teams of Family Health Strategy. Evaluative study of qualitative approach, the type of case study, following the methodological assumptions of the Fourth Generation Evaluation. Study participants were 14 professionals in two teams of the family health of the same unit in the city of Porto Alegre/RS. Data collection was through observation and individual interviews. In analyzing the data emerged three categories: actions of mental health, facilities to develop actions of mental health and difficulties to develop actions of mental health. This study has assessed that the teams that were studied develop actions of mental health in the territory, seeking an inclusive practice in mental health. Despite the difficulties assessed: fragmentation of the network of mental health, lack of training and prejudice with the madness, the teams evaluate as facilities to develop the actions of mental health the support, the team meeting, the diary of mental health, the local health board, the open doors and the Group Evolution. The actions of mental health evaluated were guided by the design of an extended care, being a practice that seeks the meet and has produced mental health in the space of the territory.

Descriptors: Health Evaluation. Mental Health. Family Health.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes
CE	Estado de Ceará
CEP/SMSPOA	Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre
CEP/UFRGS	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASP	Conselho Nacional de Administração de Saúde Previdenciária
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAURGS	Fundação de Apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
GEPESM	Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
LOS	Leis Orgânicas da Saúde

MG	Estado de Minas Gerais
MPAS	Ministério de Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAM3	Pronto Atendimento Médico Cruzeiro do Sul
PE	Estado de Pernambuco
PSF	Programa Saúde da Família
PT-MG	Partido dos Trabalhadores do Estado de Minas Gerais
QUALIS/PSF	Programa Saúde da Família do Estado de São Paulo
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SE	Estado de Sergipe
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SP	Estado de São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	20
3 SAÚDE MENTAL, ATENÇÃO BÁSICA E AVALIAÇÃO EM SAÚDE	21
3.1 ORGANIZAÇÃO DO SETOR SAÚDE NO BRASIL	21
3.2 SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA	32
3.3 AVALIAÇÃO EM SAÚDE	41
4 METODOLOGIA	51
4.1 TIPO DE ESTUDO	51
4.1.1 Enfoque Responsivo	52
4.1.2 Metodologia Construtivista.....	53
4.1.3 Processo Hermenêutico Dialético	56
4.2 LOCAL DO ESTUDO	58
4.3 SUJEITOS DO ESTUDO	59
4.4 COLETA DE DADOS	60
4.4.1 Observação	60
4.4.2 Entrevista.....	61
4.5 APLICAÇÃO PRÁTICA DA COLETA DE DADOS	62
4.5.1 Contato com o campo.....	62
4.5.2 Organização da avaliação	63
4.5.3 Identificando os grupos de interesse	64
4.5.4 Desenvolvimento construções conjuntas.....	65
4.5.5 Ampliação das construções conjuntas.....	65
4.5.6 Preparação da agenda para a negociação	66
4.5.7 Execução da negociação	67
4.6 ANÁLISE DE DADOS	69
4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	70
5 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PITORESCA	72
6 AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA ESF	80
6.1 AÇÕES DE SAÚDE MENTAL	80
6.2 FACILIDADES PARA DESENVOLVER AÇÕES DE SAÚDE MENTAL	100
6.3 DIFICULDADES PARA DESENVOLVER AÇÕES DE SAÚDE MENTAL	114
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	121
REFERÊNCIAS	124
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	135
APÊNDICE B - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO	136
APÊNDICE C - INSTRUMENTO DE PESQUISA	137
ANEXO A – CARTA DE APROVAÇÃO	138
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO	139

ANEXO C – POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE
.....140

1 INTRODUÇÃO

Ao final do primeiro semestre do curso de graduação em Enfermagem (UFPEL), realizei estágio extracurricular em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o qual sabia ser um serviço que tinha a proposta de cuidado em saúde mental substitutiva ao hospital psiquiátrico.

No terceiro semestre, iniciei a participação no grupo de pesquisa Enfermagem, Saúde Mental e Saúde Coletiva e, em seguida, comecei as atividades como aluna de iniciação científica, sendo bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) por três anos. Nessa condição, tive a oportunidade de participar da pesquisa Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil, CAPSUL, em suas diferentes fases: elaboração do projeto, preparação e coleta de dados da etapa quantitativa, digitação dos dados quantitativos, preparação da etapa qualitativa, análise de dados e construção do relatório final.

A aproximação com o conhecimento científico e com as pesquisas fez-me entender o contexto atual das políticas públicas de saúde mental que propõe uma prática terapêutica no âmbito do território, enfatizando a singularidade dos indivíduos e suas dimensões familiares e socioculturais.

Assim, desenvolvi meu trabalho de conclusão de curso da graduação junto aos profissionais de um CAPS, buscando conhecer o entendimento dos mesmos acerca do cuidado em saúde mental prestado por eles no serviço.

Dentre os resultados dessa pesquisa chamou-me a atenção a dificuldade de consolidação da rede de cuidados em saúde mental. Conforme o Guia de Saúde Mental (BRASIL, 2001a), a Rede de Atenção Integral em Saúde Mental abrange serviços de todos os níveis de atenção, incluindo a atenção básica e os serviços especializados como CAPS, serviços residenciais terapêuticos, ambulatórios de saúde mental, hospitais-dia, leitos e unidades em hospitais gerais, serviços de urgência e emergência psiquiátricas, centros de convivência, geração de renda, dentre outros.

A rede do município em estudo não possuía serviços de saúde necessários para a efetivação de intervenções mais resolutivas que facilitassem a comunicação e a referência e contra-referência nas ações de saúde mental. Esse fato repercutia em

aumento da demanda do CAPS estudado, pois este acolhia todos os usuários que ali chegassem e, no entendimento da equipe, transtornos mais leves poderiam ser atendidos na atenção básica (MIELKE, 2007).

A partir dessa constatação, senti interesse em conhecer o atendimento em saúde mental desenvolvido junto à atenção básica, considerando que esse equipamento compõe a rede de cuidado em saúde mental. Associado a isso, há uma proposta nacional de inclusão de ações de saúde mental na atenção básica, especificamente na Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2001c).

As discussões realizadas no Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental (GEPESM) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul contribuíram para o melhor entendimento acerca da importância da aproximação da saúde mental e da atenção básica.

Na atualidade, existem dois modelos vigentes de atenção em saúde mental: modo asilar e modo psicossocial.

No modo asilar, há forte movimento no sentido da hospitalização, da medicalização e da objetificação do indivíduo, não o valorizando como ser humano. É um modo de atenção que reforça a necessidade da exclusão e do isolamento, fazendo a distinção entre louco e são tendo como principal equipamento de tratamento o hospital psiquiátrico. Há a estratificação do saber e do poder na equipe de trabalho, havendo uma relação verticalizada, em que poucos mandam e muitos obedecem. É possível identificar ainda a disciplina da especialidade, fragmentando o cuidado ao doente mental, desconsiderando-o enquanto sujeito (COSTA-ROSA, 2000).

Desde o tempo de Pinel, em 1792, encontramos as raízes desta forma isolacionista de tratamento. Porém, nos dias de hoje, não é aceitável a perpetuação dessas práticas segregativas, que aniquilam a vida das pessoas. Aliás, esta indignação teve seu início após a Segunda Guerra Mundial, quando o mundo começou a pensar novas formas de cuidar dos loucos, que não fosse o cativeiro centrado no hospital psiquiátrico.

A partir disso, intensificaram-se as experiências reformistas pelo mundo como a psicoterapia institucional, a comunidade terapêutica, a psiquiatria territorial, a desinstitucionalização, entre outras, indicando dois rumos para o manicômio: sua transformação em uma instituição reabilitadora ou sua extinção (DESVIAT, 1999).

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica tem seu estopim em 1978 com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que se caracterizou como um espaço de luta contra a forma de tratamento oferecida aos doentes mentais e contra as precárias condições de trabalho (AMARANTE, 1995). Esse movimento conta com a participação da sociedade civil, destacando os usuários da saúde mental e seus familiares, universidades, além dos profissionais de saúde.

Nesse sentido, constitui-se o modo psicossocial que valoriza e singulariza a subjetividade e existência da pessoa em sofrimento psíquico. A luta é a favor da desospitalização e da desmedicalização, recolocando o usuário como sujeito de sua vida. A interdisciplinaridade está presente nesse modo de atenção, visando não mais a fragmentação, mas o cuidado dos aspectos biopsicossocial, cultural, espiritual. Outro aspecto marcante é a liberdade do usuário de circular nos serviços de saúde e na comunidade, bem como a territorialização do atendimento, tendo como equipamentos para a realização do cuidado em saúde mental os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico (COSTA-ROSA, 2000).

O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira está inserido em um contexto reformista mais amplo, denominado Reforma Sanitária, que busca, entre outras diretrizes, a integralidade da atenção em saúde, a partir da crítica ao modelo centrado na doença, almejando o cuidado em saúde coletiva, implantando ações que privilegiem a promoção e prevenção da saúde.

Um aspecto importante a destacar nesse movimento é o surgimento do conceito de atenção primária à saúde nas universidades do Brasil, como uma alternativa ao modelo médico-centrado (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JR, 2001).

Na Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978 pela Organização Mundial da Saúde a atenção primária é definida como:

A assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias práticos, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, acessível a todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar em todas e em cada uma das etapas de seu desenvolvimento, com um espírito de auto-responsabilidade e autodeterminação. A atenção primária é parte integrante tanto do sistema nacional de saúde, do qual constitui a função central e núcleo principal, como do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de

saúde, levando ao mais próximo possível a atenção de saúde ao lugar onde residem e trabalham as pessoas, e constitui o primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária (OMS, 1978, p. 19).

Nesse sentido, a atenção primária à saúde é entendida como um modelo de gestão das políticas de saúde, utilizando o espaço do território como meio terapêutico e buscando fornecer de modo contínuo o atendimento das necessidades de saúde dos indivíduos na comunidade, objetivando prevenção e promoção de saúde.

Gil (2006) identifica que, no Brasil, o uso do termo atenção primária à saúde está atrelado ao caráter racionalizador da década de 1970, que priorizava a redução dos gastos com a saúde em detrimento às necessidades reais de saúde da população.

O termo atenção básica à saúde, surgido na década de 1990, depois de 20 anos da Conferência de Alma-Ata, sendo incorporado ao cotidiano do setor saúde, talvez pela própria trajetória da construção do SUS, é entendido como o modelo de gestão das políticas públicas de saúde, vislumbrando um conjunto de ações, coletivas e individuais, representando o primeiro nível de atenção à saúde, devendo seguir uma cadeia progressiva, garantindo o acesso aos cuidados e às tecnologias necessárias e adequadas para a promoção à saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos (BRASIL, 2005a). Nesse estudo optamos por utilizar o termo atenção básica, considerando seu caráter ampliado de atenção à saúde.

Em 1994, foi criado o Programa Saúde da Família, atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), entendido como reorientação do modelo assistencial no âmbito do SUS, com o propósito de modificar as práticas assistenciais, implantando equipes multiprofissionais, que devem estabelecer vínculo com a população mediante adstrição do território, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade dos profissionais com a comunidade (BRASIL, 2004a).

O conceito de território nesse modelo de cuidado extrapola a simples delimitação da área geográfica, considerando o espaço formado pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, interesses, amigos, vizinhos, família, instituições e cenários.

Dessa forma, Lyra (2007) e Pereira (2007) apontam que, a partir da mudança do modelo centrado no hospital para a criação de serviços territoriais abertos, houve o encontro entre a saúde mental e a atenção básica nas comunidades, propondo uma mudança efetiva e radical na assistência à saúde, privilegiando a descentralização e a abordagem comunitária e familiar. Dentre os objetivos em comum dessas duas áreas de cuidado, destaco o atendimento territorializado, a participação da família no cuidado, a priorização do acolhimento e da escuta ao usuário como objetivos fundamentais para a efetivação de ações de saúde mental no território.

Essa articulação da saúde mental com a atenção básica, utilizando recursos próprios da comunidade, possibilita a aceleração do processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica, pois deve melhorar a cobertura assistencial aos agravos mentais (OPAS, 2001).

A interlocução entre a saúde mental e a atenção básica também vai refletir no atendimento dos demais serviços substitutivos da rede de cuidados em saúde mental que, por vezes, é identificada como insuficiente para a assistência de uma demanda diversa devido à desarticulação e desconhecimento das propostas de atenção em saúde, bem como a falta de comunicação entre o conjunto de dispositivos sanitários e socioculturais que a compõem.

Em 2001, o Ministério da Saúde discutiu o Plano de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica, cujos resultados foram compilados no relatório lançado em 2003, sob o título "Saúde Mental na Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários" (BRASIL, 2003b) no intuito de aproximar as duas áreas: saúde mental e atenção básica.

Esse documento pauta-se em dois aspectos principais: o apoio matricial e a formação de recursos humanos na área de saúde mental, constituindo-se em desafios para efetivar práticas transformadoras, que possibilitem a reestruturação do conceito de saúde mental, em que a compreensão sobre a loucura seja positiva e não mais excludente e estigmatizada.

Assim, tenho como pressuposto que a inclusão da saúde mental na atenção básica por meio da ESF é fundamental e está ocorrendo de maneira lenta e gradual devido à necessidade de fortalecimento da rede de cuidados, bem como a incorporação e sensibilização de todos os atores envolvidos no cuidado à saúde.

Outra questão que tem interferido nesse processo refere-se ao pouco incentivo para capacitações em saúde mental, pois os profissionais da atenção básica sentem-se despreparados para atender aos indivíduos com sofrimento psíquico que chegam à ESF (ROSA; LABATE, 2003; LYRA, 2007; NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007).

Estudos apontam que as ações de saúde mental realizadas na ESF englobam acolhimento, interdisciplinaridade, vínculo, escuta, intersetorialidade, visitas domiciliares, discussão de casos em reunião de equipe, envolvimento da família no cuidado, acompanhamento de casos leves (ansiedade, depressão leve, problemas sociais), apesar de ainda se centrarem no atendimento médico e na medicalização (LANCETTI, 2002; BÜCHELE *et al*, 2006; TANAKA; LAURIDSEN-RIBEIRO, 2006; NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007).

Entendo que as ações de saúde mental desenvolvidas no território são importantes na reconstrução da autonomia do indivíduo em sofrimento psíquico, porque possibilitam que ele seja reconhecido como parte da comunidade e, igualmente, reconheça-se dentro dela enquanto sujeito com voz, exercendo sua cidadania e sua inserção na sociedade.

Conforme o exposto, a proposta deste estudo é avaliar as ações de saúde mental desenvolvidas na ESF, a partir do entendimento dos profissionais. Busca-se conhecer como as equipes de saúde da família integram essas ações em sua prática diária, na perspectiva de fortalecer a proposta de expansão e consolidação das ações de saúde mental na ESF.

2 OBJETIVOS

A presente pesquisa tem como objetivo geral:

- Avaliar as ações de saúde mental desenvolvidas por equipes da Estratégia Saúde da Família.

Os objetivos específicos concentram-se em:

- Identificar as estratégias para a implementação de ações de saúde mental.
- Construir com as equipes da ESF um processo avaliativo, participativo para análise das ações de saúde mental utilizadas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família

3 SAÚDE MENTAL, ATENÇÃO BÁSICA E AVALIAÇÃO EM SAÚDE

O objeto de estudo desta pesquisa são as ações de saúde mental desenvolvidas junto à Estratégia Saúde da Família. Assim, para buscar um conhecimento sobre esse tema e sua posterior análise, apresento um resgate histórico das transformações do sistema de saúde brasileiro, bem como a política de atenção em saúde mental enquanto uma proposta inclusiva de cuidado no território. Considerando o objetivo do estudo, apresento também o referencial teórico sobre avaliação qualitativa de serviços de saúde.

3.1 Organização do setor saúde no Brasil

A estreita ligação do setor saúde com a previdência social apresenta conseqüências na forma de estruturação das políticas públicas de saúde, interferindo também na organização do sistema de saúde e seus serviços.

Até 1920, as ações de saúde pública consistiam em campanhas sanitárias contra as endemias urbanas e rurais, de uma maneira autoritária. Na assistência individual, as ações eram basicamente privadas e, aqueles sem condições financeiras, os chamados indigentes, recebiam o atendimento de entidades de caridade, principalmente das Santas Casas de Misericórdia (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JUNIOR, 2001).

Em 1923, com a Lei Eloy Chaves, foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) nas empresas das estradas de ferro, garantindo aos trabalhadores do setor privado o benefício de aposentadorias, pensões e assistência médica aos titulares e dependentes (COHN, 1999).

As CAPs eram administradas por comissões compostas por representantes da empresa e dos empregados. A participação do Estado era à distância, exclusivamente para a resolução de conflitos entre a administração das CAPs e algum segurado (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989).

Neste período, tem-se o início da privatização da assistência médica. As CAPs eram organizadas por empresas e estas não dispunham de recursos suficientes para a construção de infra-estrutura própria de serviços médicos e a saída era a compra de serviços privados, através de credenciamento médico (COHN, 1999).

É possível resumir que a previdência social na década de 1920 tinha sua gestão organizada sob a natureza civil e privada, visto que o Estado, da mesma forma que não participava da administração, também não contribuía para as CAPs. As despesas nesse período foram elevadas, representando 65% da receita (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989).

Em 1930, ocorreram as crises mundial e nacional que levaram o Brasil à reorganização do seu sistema previdenciário. Nesse ano, também foram criados dois Ministérios: do Trabalho e da Educação e Saúde. Em 1933, foi implantada uma nova estrutura de previdência social, os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), vislumbrando uma diminuição nas despesas e aumento na receita (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JUNIOR, 2001). Estes institutos unificaram e absorveram as CAPs, sendo organizados por categoria profissional e não mais por empresas. A grande diferença é que os IAPs eram administrados pelo Estado (COHN, 1999).

A partir disso, o Estado aumentou a rigidez dos critérios para a concessão de benefícios, diminuindo os valores a serem concedidos e aumentando a contribuição dos segurados, elevando consideravelmente a receita da previdência e viabilizando o projeto de industrialização do país em detrimento da saúde (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989).

Assim, entendo que, no período de vigência das CAPs, no qual o Estado não tinha intervenção administrativa nem contribuinte, a arrecadação destinava-se para a saúde e previdência, apesar dos elevados gastos. Já no período dos IAPs, o governo utilizava a arrecadação previdenciária como mais uma fonte lucrativa para recursos financeiros, implementando outros projetos no país que buscavam o crescimento econômico, não atendendo às necessidades de saúde da população.

Nas décadas de 1940 e 1950, os IAPs foram sendo fortalecidos sob a lógica de aumento de receita e diminuição das despesas. Destaca-se, nesse período, a criação do Ministério da Saúde, em 1953 (LIMA; PINTO, 2003).

Após a Segunda Guerra Mundial, vivenciando o momento do crescimento econômico e de reconstituição social, a comunidade, tanto cultural como profissional,

chegou à conclusão de que o hospital psiquiátrico deveria ser transformado ou até mesmo extinto. A partir disso, começaram os movimentos de reforma da psiquiatria no mundo inteiro. O resultado deste movimento reformista resultou nos dois rumos que foram colocados ao manicômio: a transformação desse em uma instituição terapêutica reabilitadora, a exemplo da psicoterapia institucional e da comunidade terapêutica, ou o seu fechamento como pré-requisito para a reforma, conforme a psiquiatria democrática italiana e a desinstitucionalização (DESVIAT, 1999).

No Brasil, em 1941 foi criado o Serviço Nacional de Doenças Mentais – SNDM. Nessa época cerca de 80% dos leitos psiquiátricos eram em hospitais públicos, tais como Juqueri (SP) e São Pedro (RS), que eram o eixo orientador de assistência psiquiátrica, consolidando a política macro-hospitalar pública como principal intervenção sobre a doença mental. Novos instrumentos da psiquiatria biológica estavam sendo introduzidos à prática brasileira como o choque cardiazólico, a psicocirurgia, a insulino-terapia e a eletroconvulsoterapia. O decreto-lei 8.550, de 1946, que autorizava a realização de convênios com governo estadual para criação de hospitais psiquiátricos, fez com que ocorresse, em vários estados, um grande e rápido crescimento desse tipo de instituição, algumas delas até com características de hospitais-colônias. A maioria destas novas construções eram extremamente precárias e distantes dos centros urbanos. Dessa maneira, a função social do hospital psiquiátrico passou a ser a exclusão (PAULIN; TURATO, 2004).

Carvalho, Martin e Cordoni Jr. (2001) referem que, na década de 1960, em período de grande industrialização, no qual a urbanização foi acelerada, cresceu a quantidade de assalariados no país, que exigiam do Estado assistência médica, resultando em um consumo cada vez maior dos recursos previdenciários, gerando uma crise na previdência social, pois o aumento da receita não acompanhou a necessidade de benefícios para os trabalhadores.

Com o objetivo de uniformizar os benefícios prestados pelos Institutos, foi criada a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS/1960), passando a responsabilidade pela assistência médica a ser da Previdência Social, institucionalizando, de certa forma, a privatização da saúde (COHN, 1999).

Em 1966, no período da ditadura militar, ocorreu a unificação dos IAPs com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), vinculado ao Ministério do Trabalho e da Previdência Social. A assistência médica passou a ser prioridade

da previdência, que comprava serviços médicos do setor privado, pautado no modelo de assistência curativista-privatista (MOURA; MOURA, 1997).

Essa forma de gestão da saúde possibilitou uma cisão entre saúde coletiva e individual, pois a primeira era responsabilidade do Ministério da Saúde e, a segunda, do Ministério do Trabalho e Previdência Social.

É importante demarcar que, nesse período de privatização da saúde, a doença mental também se tornou uma mercadoria, bem como as demais patologias (AMARANTE, 1994). O tratamento oferecido nos hospitais psiquiátricos não era de qualidade, pois centrava o cuidado na doença, dando à internação e à medicalização determinado valor, pois esses equipamentos tornariam os loucos sãos e produtivos.

Carvalho, Martin e Cordoni Jr. (2001) apontam que a extensão da cobertura de assistência médica previdenciária a novas categorias sociais contribuiu para a crise da previdência, uma vez que houve aumento dos segurados e dos contratos com serviços privados. Para contornar essa crise, em 1974, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), que ficou responsável pelo atendimento médico-assistencial individualizado, reforçando a dicotomia entre coletivo (preventivo) e individual (curativo).

No final da década de 1970, o país enfrentou uma grave crise econômica, que culminou com a perda de poder aquisitivo dos assalariados e êxodo rural, fragilizando o suporte financeiro do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS/1977), cujos recursos advinham dos salários dos trabalhadores. Em 1979, veio ao público o *déficit* financeiro da previdência, configurando-se em um enorme rombo (COHN, 1999). Tal fato originou um movimento de insatisfação da população, expresso de várias formas, especialmente, através de manifestações políticas, nas quais a saúde aparecia como uma bandeira de luta por transformações no seu sistema de oferecimento à população.

No final dos anos de 1970, seguindo a crescente discussão pelas reformas nas políticas de saúde, a Reforma Sanitária ganha força e propõe a formulação de um pensamento crítico nas políticas de saúde (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JUNIOR, 2001). Instaurada em meio à redemocratização do país, após longos anos de ditadura militar, almeja melhorias no sistema de saúde e na qualidade de vida da população, especialmente os mais marginalizados socialmente.

A idéia do movimento reformista passa a ser considerada uma questão política, social e ideológica a partir da iniciativa dos Departamentos de Medicina Social e Preventiva das escolas médicas, que integram outros participantes da sociedade civil nessa luta pela melhoria da qualidade da saúde. É nesse momento também que ocorre a apropriação do conceito de atenção primária à saúde como modelo alternativo à atenção individualizada e privatista (ELIAS, 1993). Dessa forma, entende-se que esse movimento prioriza o atendimento da população de forma coletiva, valorizando ações no setor primário à saúde, entendendo esse espaço como privilegiado para promoção e prevenção da saúde da coletividade.

No bojo da Reforma Sanitária, outros movimentos sociais reformistas também estavam presentes, como é o caso da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

O estado do Rio Grande do Sul foi pioneiro na luta pela transformação da assistência psiquiátrica. A trajetória de resistência ao modelo tradicional de assistência e início da reforma psiquiátrica gaúcha é iniciada com a experiência de comunidade terapêutica da Clínica Pinel em 1969 e, posteriormente, em 1971 com a chegada da proposta de psiquiatria comunitária desenvolvida junto à Unidade Sanitária em São José do Murialdo, ambas as experiências em Porto Alegre, que se tornaram instrumentos de modernização na área de psiquiatria e saúde mental pela Organização Mundial de Saúde (WETZEL, 1995; KANTORSKI, 1998).

Esse pioneirismo teve impacto importante na organização e continuidade do movimento reformista, sendo o estado gaúcho o primeiro no Brasil a ter aprovada a lei de Reforma Psiquiátrica em âmbito estadual, ocorrida em 07 de agosto de 1992 – Lei Estadual nº 9.716 (KANTORSKI; WETZEL; MIRON, 2002). A ação gaúcha, buscando a transformação do modelo psiquiátrico tradicional, teve influências no movimento de reforma psiquiátrica nacional.

O movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira sofreu importante influência da Psiquiatria Democrática Italiana, caracterizada como um movimento de desconstrução ideológica, política e social da loucura, redimensionando esse processo e buscando reinventar o território das relações entre cidadania e justiça, valorizando a existência-sofrimento dos indivíduos chamados loucos. Esse movimento teve como seu principal idealizador o médico psiquiatra Franco Basaglia, que esteve no Brasil pela primeira vez em 1975 (AMARANTE, 1995).

O ponto crítico para o início do movimento de reforma psiquiátrica no Brasil foi a Crise da Divisão Nacional de Saúde Mental – DINSAM, órgão do Ministério da

Saúde que era responsável pela formulação das políticas de saúde mental. A crise ocorreu devido às condições precárias de trabalho, inadequação do quadro de recursos humanos, queixas salariais, o modelo médico-assistencial predominante. A greve ocorreu no ano de 1978, quando então começa a organização do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental - MTSM, no Rio de Janeiro. O MTSM inicialmente organizou um quadro de críticas ao modelo clássico de tratamento psiquiátrico, explicitamente médico-terapêutico. E, no intuito de realizar uma ação no campo social da psiquiatria, este movimento elaborou um pensamento crítico com relação à saúde mental, permitindo visualizar a inversão deste modelo através da desinstitucionalização (AMARANTE, 1995; 1996).

Em 1979, Basaglia esteve no Brasil pela segunda vez, realizando conferências, em contato direto com o MTSM e visitando instituições hospitalocêntricas, refazendo sua crítica a esse modelo assistencial que, segundo ele, fora construído para reprimir os trabalhadores que perderam a capacidade de responder aos interesses capitalistas de produção (BASAGLIA, 1982).

Conforme consta no Relatório da Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas:

A Reforma Psiquiátrica é um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005b, p. 6).

Nesse sentido, a Reforma Psiquiátrica caracteriza-se como um movimento político, social e ideológico em que os diversos atores acreditam ser possível outra forma de tratamento da doença mental que não seja somente o hospital psiquiátrico, a medicalização e a exclusão. Aparece como um movimento que tem entre seus propósitos a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial, possibilitando uma convivência com o louco nos diferentes espaços da cidade, sem a necessidade de afastá-lo, mas, de acordo com Olschowsky (2001), buscando promover novas

relações em que são questionadas as ações intervencionistas, limitantes e estigmatizantes.

Em 1982, foi criado o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde na Previdência Social pelo Conselho Nacional de Administração de Saúde Previdenciária, chamado Plano CONASP, que previa a redução dos gastos com a assistência médica, cotização de consultas e exames, reativação de hospitais pertencentes à previdência, racionalização do sistema de saúde, vinculação da clientela aos serviços básicos de saúde de sua área de moradia como porta de entrada, além de auditorias e fiscalização (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989). Este plano tinha dois cunhos distintos: a contenção de despesas com a saúde e a mudança do modelo assistencial em saúde.

Para reduzir os custos com a saúde, surge a proposta da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que buscava um controle maior sobre o setor privado, pagando as internações hospitalares pelo seu custo global. Com isso, houve diminuição da qualidade do atendimento hospitalar, pois os hospitais investiam menos em recursos materiais e humanos para o controle das despesas e efetivavam altas precocemente para um maior número de internações (COHN, 1999).

Em 1983, iniciou-se, no país, o programa de Ações Integradas em Saúde (AIS) que tinham o objetivo de criar uma rede pública e unificada para a promoção da descentralização e da universalização da atenção à saúde (MELO; CUNHA; TONINI, 2005). Essas AIS caracterizam-se como um modo de aproximação da idéia de cobertura universal da clientela, aumentando a eficiência nas ações de saúde.

Guedes (2001) salienta a importância das AIS como o início da gestão e participação social na saúde, pois implicaram na criação das comissões interinstitucionais em todas as esferas de governo, proporcionando que a população, usuária do sistema de saúde, participasse das decisões e discussões, atendendo ao princípio de participação popular da Reforma Sanitária.

No Rio Grande do Sul, na primeira metade da década de 1980, foi elaborado o Plano Estadual de Saúde Mental e, posteriormente, a criação da Comissão Interinstitucional de Saúde Mental que a partir da delimitação de prioridades de atenção elaborou um manual de cuidados primários de saúde mental e organizou um treinamento dos trabalhadores da rede pública estadual (WETZEL, 1995).

Na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em Brasília, no ano de 1986, a Reforma Sanitária tem sua primeira vitória efetiva. É nesse evento que se

consolida a idéia de saúde como um direito do cidadão e dever do Estado, sendo pauta de três dos principais temas da conferência, “justamente o mais amplo, menos técnico e o mais político” (GALLO *et al*, 1988, p.414).

É importante destacar que nessa conferência os usuários do sistema de saúde estavam presentes e se fizeram ouvir, contribuindo para a criação de um sistema mais igualitário, que oferecesse atendimento de qualidade a toda a população. Isso demonstra uma transformação na lógica de participação no sistema de saúde: a partir do movimento reformista, a sociedade participa efetivamente da gestão em saúde, não se cristalizando apenas como usuários desse sistema. Assume a responsabilidade, juntamente com os trabalhadores, governantes e prestadores de serviços, sobre a formulação, gestão, execução e avaliação das políticas públicas de saúde (GALLO *et al*, 1988).

Podemos concluir que a Reforma Sanitária é inspirada em um modelo assistencial igualitário, coletivo e de promoção da saúde. É um processo de reflexão e transformação das práticas em saúde, implicando na mudança do modelo assistencial, que vai considerar o sujeito e suas necessidades, seu direito à saúde, à participação e à integralidade da atenção entre outros.

No que se refere ao movimento da Reforma Psiquiátrica, os anos de 1980 foram marcados por grandes avanços. Em julho de 1987, foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, que teve como propostas gerais a ampliação do conceito de saúde, a participação popular na saúde mental e a sugestão para que os trabalhadores da área revisassem seu papel dentro do novo modelo de atenção em saúde mental, o psicossocial (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2001). A influência dessa conferência foi um importante passo no movimento reformista no país, apontando questionamentos bem como novas propostas para a efetivação da atenção psicossocial.

Ainda em 1987, em dezembro, ocorreu o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, sob o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, apresentando três eixos principais: a ampliação da discussão sobre a loucura nas práticas assistenciais, a organização dos profissionais da área com o Estado, visto que agora eram trabalhadores da rede pública e a reflexão sobre a prática profissional cotidiana na busca pela ruptura com o isolamento social. Abre espaço também para que a sociedade participe das discussões sobre saúde mental e psiquiatria (AMARANTE, 1995).

No mesmo ano, o deputado Paulo Delgado (PT-MG) apresentou ao Congresso Nacional o projeto de lei que propunha a mudança do modelo assistencial em saúde mental, assegurando a implantação do modo psicossocial. Esse projeto de lei tramitou por 12 anos no Senado, sofrendo várias modificações e, somente, em 06 de abril de 2001, foi aprovada a Lei nº 10.216, conhecida como lei da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001b). Em seu corpo, apresenta os direitos do indivíduo em sofrimento psíquico, recomenda sobre as internações e indica que o tratamento deve, preferencialmente, ocorrer em serviços comunitários de saúde mental.

Em 1987 ainda, no Rio Grande do Sul, teve início uma nova coordenação do Programa de Atenção Integral em Saúde Mental, a nível estadual, que traçou nova orientação para esse setor. Em maio de 1987, foi organizado o I Encontro Estadual de Saúde Mental, congregando além dos trabalhadores, usuários e gestores do estado, participantes do Uruguai e da Argentina, iniciando um processo de mobilização na área (MIRON, 1993).

Em 1988, é inaugurado o Centro Comunitário de Saúde Mental em São Lourenço do Sul/RS, composto por diversas modalidades de atendimento, trabalhando sob a lógica da atenção psicossocial, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica (WETZEL, 1995).

O estado do Rio Grande do Sul aprovou em 7 de agosto de 1992 a Lei Estadual nº 9.716, que dispôs sobre a Reforma Psiquiátrica no estado. Essa lei prevê a gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico por uma rede integrada, com vários serviços assistenciais de atenção como ambulatórios, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, leitos em hospitais gerais, centros de convivência, centros de atenção psicossocial, lares abrigados, pensões e similares, sendo vedada a construção, ampliação e contratação de novos leitos em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004c).

Em 1988, o movimento da Reforma Sanitária assegurou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal Brasileira, contemplando aspectos priorizados na VIII CNS: a saúde como direito de todos e dever do Estado, conforme o artigo 196 e, no artigo 198, apresenta três principais diretrizes para o funcionamento deste sistema: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1988a).

Em 1990, ocorre a promulgação das Leis Orgânicas da Saúde (LOS) nº8080 e nº8142. A primeira regulamenta o SUS e dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços. A lei nº8142 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema de saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, orientado assim o controle social e o financiamento do SUS (BRASIL, 1990a,b).

O SUS não se resume apenas à prestação de serviços de saúde, mas se trata de um sistema complexo, com a responsabilidade de articulação e coordenação de ações promocionais e preventivas, bem como de tratamento e reabilitação da saúde da população (VASCONCELOS; PASCHE, 2006). Assim, o SUS caracteriza-se como conquista de uma luta social e política e que, para sua efetivação, conta com a participação popular nos espaços de elaboração e decisão das políticas públicas.

A partir da criação do SUS, a concepção do processo saúde-doença é ampliada, compreendendo que fatores sociais, econômicos, psicológicos, políticos, culturais e espirituais têm interferência na vida cotidiana das pessoas e, por essa razão, devem ser considerados ao se produzir saúde.

Devido à forte tendência à manutenção das práticas dominantes em saúde, que priorizavam as consultas médicas individuais, com enfoque na doença, a construção da atenção básica, enquanto ações de saúde no âmbito individual e coletivo que buscam as possibilidades de viver de modo saudável, considerando a singularidade e a inserção sociocultural, foi dificultada. Assim, para tal, era necessário efetivar as mudanças propostas pela Reforma Sanitária, asseguradas pelo SUS (CUNHA, 2005). Tornou-se imprescindível buscar uma nova forma de organização dos processos de trabalho em saúde que alcançassem seu objetivo maior, ou seja, a integralidade da atenção.

De acordo com os princípios assistenciais e organizativos do SUS como universalidade, integralidade e equidade, no contexto da descentralização e do controle social, a atenção básica foi sendo gradualmente fortalecida e constituindo-se como porta de entrada preferencial ao sistema de saúde (ABP, 2006).

No ano de 1994, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), com o objetivo de reorganizar a prática assistencial, centrando a atenção em saúde ao núcleo familiar enquanto objeto de cuidado e apostando nas práticas que vão além

daquelas baseadas na cura da doença e na hospitalização (FRANCO; MERHY, 1999).

Com a Norma Operacional Básica (NOB) 01/1996, os municípios passaram a receber incentivo financeiro para a implantação do PSF (BRASIL, 1996b). Esse recurso financeiro trouxe um crescimento acentuado das equipes do PSF no país e, atualmente, existem 27.324 equipes de saúde da família implantadas em 5.125 municípios brasileiros, atingindo a cobertura populacional de 87,7 milhões de pessoas (46,6% da população brasileira) (BRASIL, 2007).

Após a expansão quantitativa do PSF, passou-se a uma discussão da qualidade desse programa e sua integração na rede assistencial de serviços de saúde, caracterizando-o como uma estratégia que possibilitaria a integração e promoveria a organização das atividades de saúde em território definido. Com isso, a amplitude de programa setorial de saúde foi ampliada para uma estratégia de estruturação do sistema público de saúde a partir do redirecionamento das prioridades das ações de saúde, prometendo trabalhar na perspectiva da vigilância à saúde e desenvolvimento de uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes. O PSF passa a ser entendido como Estratégia Saúde da Família (ESF), tendo em vista que sua implantação busca estruturar o sistema público de saúde, não se constituindo como proposta temporária (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006; PAIM, 2008).

A Estratégia Saúde da Família é operacionalizada através da implantação de equipes multiprofissionais nas unidades básicas de saúde, responsáveis pelo acompanhamento um determinado número de famílias (1000 famílias ou 4500 pessoas/equipe de saúde da família) sob a lógica da territorialidade e da adstrição da população. É pautada na construção do vínculo e na co-responsabilização do cuidado (BRASIL, 2004a). Pode-se referir ainda que a ESF tenha a prática do acolhimento como fundamental para o alcance de seus objetivos.

As equipes da ESF são compostas, minimamente, por 01 médico de família, 01 enfermeiro, 01 técnico/auxiliar de enfermagem e 06 agentes comunitários da saúde (BRASIL, 2004a).

A forma como a ESF foi concebida remete à construção de uma gestão compartilhada, existindo uma rede de compromissos e responsabilidades que são

assumidas pelos gestores, profissionais, usuários do sistema de saúde e comunidade em geral.

No âmbito da saúde mental, em 1992, foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental, discutindo a atenção integral, territorialização, direito e terapêutica cidadã. Nesse período, o país já vivenciava algumas experiências reformistas em saúde mental, passando por uma transformação teórica, prática, jurídica e cultural. Uma das deliberações dessa conferência foi a reafirmação dos princípios do SUS, propondo a constituição de uma rede de serviços de saúde diversificada, qualificada e ordenada (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2001).

Entendendo os movimentos das Reformas Sanitária e Psiquiátrica como contemporâneos e, simultaneamente, propondo transformações no modelo assistencial que buscam a promoção da saúde, tendo como foco de ação o sujeito no território, a parceria com a ESF aparece como um dispositivo fundamental para efetivação de ações de saúde mental, confluentes com a integralidade da atenção.

3.2 Saúde Mental e Atenção Básica

Os cuidados em saúde mental devem ser fornecidos através de serviços de saúde gerais e das comunidades locais. Grandes e centralizadas instituições psiquiátricas têm de ser substituídas por outros serviços de saúde mental mais adequados (OMS, 2003, p. viii).

Como refletem Lancetti e Amarante (2006) a ESF é, por assim dizer, um Programa de Saúde Mental, pois preconiza a continuidade da atenção, pauta-se no acolhimento como estratégia de intervenção e desenvolve ações coletivas, além do vínculo que há entre a equipe e a comunidade.

A proximidade com as famílias e com a comunidade faz das equipes de saúde da família recursos estratégicos para o enfrentamento de importantes problemas de saúde pública, incluindo o sofrimento psíquico. Poder-se-ia dizer que todo o problema de saúde é, também, e sempre, um problema de saúde mental, e que toda a saúde mental é, e sempre será, produção de saúde. Assim, faz-se importante e necessária a articulação da saúde mental com a atenção básica (BRASIL, 2005b).

A atenção básica e a saúde mental trabalham pautadas na incorporação de tecnologias leves que se caracterizam como aquelas centradas na intervenção interpessoal, no acolhimento, na escuta e na criação de vínculo terapêutico (MERHY, 2007c). Constituem-se como práticas em saúde complexas, delicadas, que possibilitam encontros inovadores (PEREIRA, 2007).

Dessa forma, o espaço do território aparece como habitat privilegiado para o acompanhamento de usuários da saúde mental, propiciando o encontro entre profissionais, usuários e comunidade.

O território é uma força viva de relações sociais concretas; é o lugar social onde se tecem as referências de vida, onde a pessoa conhece os meios segundo os quais se montam essas relações (AMARANTE, 1994). Desse modo, quando o usuário encontra-se em seu local de moradia, com pessoas que reconhece como parte de sua rede social de apoio, com as quais mantêm vínculos e interações, ele poderá estar em melhores condições para retomar sua vida.

Retomar sua vida consiste na reabilitação psicossocial, baseada em aumentar as habilidades da pessoa em situação de doença, diminuindo os danos causados pela mesma, devendo contemplar os três vértices da vida humana: casa, trabalho e lazer (SARACENO, 1999).

Assim, para que se tenha reabilitação, é imprescindível que o sujeito em sofrimento psíquico seja inserido na vida social. A reinserção consiste na retomada da autonomia e da cidadania, em que a pessoa conquista sua liberdade e exercita sua subjetividade, circulando nos espaços da comunidade e promovendo novas relações. A partir dessa condição é que as ações de reabilitação terão sentido na vida do usuário.

Com o movimento de reforma brasileira, foi possível vislumbrar a inversão do modelo clássico de tratamento psiquiátrico, essencialmente médico centrado, abrindo assim as portas para a desinstitucionalização (AMARANTE, 1995).

A desinstitucionalização consiste em um processo complexo de reconstrução da psiquiatria e seu objeto de intervenção. É constituída por algumas características apresentadas por Rotelli, Leonardis e Mauri (2001):

- a) É uma mudança de paradigma: significa desmontar a lógica racionalista problema-solução, na qual é dado o problema – doença mental – e, a partir disso, se busca a solução, ou seja, a cura. Percebe-se claramente que o objeto de intervenção é a doença mental exclusivamente. A mudança consiste

- em criar intervenções práticas que remontem as estruturas que fazem com que a doença mental assumam determinada forma, tornando a pessoa doente o objeto principal de cuidado.
- b) Mobiliza todos os envolvidos na instituição. A desinstitucionalização tem por atores principais os profissionais que trabalham dentro da instituição, que desenvolvem o trabalho de terapeutas. Conta também com os pacientes, familiares, administradores, políticos, sociedade em geral. Mas, os profissionais locais irão ativar essa rede de relações na instituição. De nada adianta ter uma política ou um programa voltado para a desinstitucionalização se os profissionais que estão dentro das instituições não acreditarem que a proposta pode dar certo.
- c) Transforma as relações de poder: concretizada em simples gestos, como eliminar a contenção, restabelecer a relação do indivíduo consigo mesmo, reconstruir o direito e a capacidade do uso de objetos pessoais, extinguir o uniforme, dar voz ao paciente, abrir as portas, excluir as grades, produzir espaços e relações de interlocução, liberar sentimentos, eliminar a coação, ter liberdade. A partir disso, modificam-se as relações de poder anteriormente verticalizadas na busca pela horizontalização das relações no novo processo de cuidar em saúde mental. Essas ações mostram que a desinstitucionalização é um trabalho terapêutico voltado para a pessoa que sofre com a doença mental, no intuito de amenizar seu sofrimento. *“Talvez não se ‘resolva’ por hora, não se ‘cure’ agora, mas, no entanto, seguramente se cuida”* (p.33), e cuidar significa *“ocupar-se aqui e agora”* (p.33) em transformar o viver e o sentir o sofrimento do indivíduo com transtorno mental e, ao mesmo tempo, transformar sua vida cotidiana.
- d) Utiliza a própria instituição para desmontá-la: as transformações acontecem de dentro da instituição, a partir do que nela existe. É na utilização dos recursos e dos problemas internos que se buscam novas alternativas de tratamento. Essa, talvez, seja a principal diferença da desospitalização vivenciada por alguns países, na qual o paciente recebia a alta e passava a ser de responsabilidade de ninguém; era abandonado à própria sorte mais uma vez. No processo de desinstitucionalização, o paciente é acompanhado dentro e fora da instituição, na medida em que conquista novos espaços na comunidade. Por isso, é necessária a criação de serviços substitutivos ao

hospital psiquiátrico, para que o paciente tenha outras possibilidades de atendimento. A desospitalização faz parte do processo de desinstitucionalização, mas oferece a assistência necessária.

- e) Busca a eliminação da internação, criando serviços totalmente substitutivos: os serviços substitutivos têm a responsabilidade pela totalidade das necessidades e demandas de saúde mental de determinada população. As formas de financiamento para a saúde mental também se diferenciam. E os profissionais tornam-se mais competentes e autônomos no desenvolvimento de suas atividades.

Concluindo, desinstitucionalizar significa responder mais às necessidades dos usuários do que as da própria instituição (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001). Baseado nessas concepções é que o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira vem se organizando junto ao sistema de saúde.

O entendimento acerca dos serviços de saúde mental foi constituído enquanto necessidade de construção de uma Rede de Atenção Integral em Saúde Mental, abrangendo serviços de todos os níveis de atenção.

Apesar da ampliação dos serviços substitutivos em saúde mental, o número de serviços e de profissionais capacitados para atender à população brasileira ainda é insuficiente. Com a grande demanda em saúde mental na atenção primária, é importante expandir as ações de saúde mental para esse espaço de assistência à saúde (PEREIRA, 2007).

A atuação em saúde mental no território prioriza a organização de ações de saúde mental a partir do trabalho da ESF junto à comunidade e à família, por reconhecerem esses lugares como espaços em que surgem as primeiras dificuldades e necessidades de cuidados em saúde mental (CASÉ, 2000).

A inclusão de ações de saúde mental na atenção básica, especialmente na ESF, foi organizada a partir da implantação do apoio matricial.

O conceito de apoio matricial foi proposto por Campos (1999) na perspectiva da mudança de modelos assistenciais em saúde, pautados no vínculo terapêutico. O apoio matricial é um arranjo organizacional para desenvolver o trabalho em saúde.

O objetivo do apoio matricial é oferecer retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico às equipes de referência (CAMPOS; DOMITTI, 2007). No caso deste estudo, a equipe de referência é a equipe de saúde da família, que deve receber apoio matricial das equipes especializadas em saúde mental.

Na lógica do matriciamento, não há encaminhamento, diferindo da noção de referência e contra-referência. Há co-responsabilização pelo usuário, discutindo amplamente o desenho de projeto terapêutico, que será executado por um conjunto mais amplo de trabalhadores. O cuidado é organizado de forma horizontal, ou seja, as duas equipes, matricial e de referência, são responsáveis pelo caso (CAMPOS, 1999).

A estrutura de referência e contra-referência quase não permite que os profissionais mantenham um diálogo sobre os casos, pois cada profissional atende ao usuário no seu espaço de cuidado, na intenção de garantir qualidade na atenção em saúde, sem, necessariamente, haver interlocução entre os serviços de saúde. Outra questão que interfere é que, na lógica do encaminhamento, em muitos momentos, é longa a espera para o acesso ao serviço de saúde, uma vez que a rede de saúde não é conhecida pelos próprios profissionais e é insuficiente na oferta dos serviços.

Nesse sentido, identifico que o matriciamento pode permitir o estabelecimento de vínculo entre os profissionais das duas equipes envolvidas, além do vínculo com o usuário do serviço, favorecendo um acompanhamento mais intensificado de casos mais urgentes e dos casos crônicos, através da responsabilização compartilhada.

A responsabilização compartilhada é efetivada nas discussões dos casos, nas intervenções e atendimentos em conjunto, na priorização de situações de risco e, principalmente, na assistência não manicomial no território (BRASIL, 2003b). A idéia é que, a partir de um trabalho conjunto, entre as duas equipes, mantenham-se dois princípios: o da territorialidade, para que a pessoa em sofrimento psíquico encontre na equipe de saúde local, com quem mantém vínculo, o auxílio que necessita; e o da integralidade, na busca do atendimento ampliado ao indivíduo em suas diferentes necessidades.

As equipes matriciais são compostas por psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e enfermeiros, estando abertas a outros profissionais que venham a contribuir para a reabilitação psicossocial dos usuários. A forma de atuação das equipes matriciais está em sintonia com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, contribuindo para a efetivação do processo de reabilitação psicossocial (LANCETTI; AMARANTE, 2006).

O apoio matricial tem se mostrado de fundamental importância, fazendo com que a saúde mental saia do isolamento de seus núcleos especializados e seja uma

parte do todo na saúde dos usuários, diminuindo barreiras e preconceitos com relação à saúde mental (NASCIMENTO, 2007).

A proposta do Ministério da Saúde para a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica foi efetivada no ano de 2001, na Oficina de Trabalho para Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica. Participaram desse evento 09 secretarias municipais e 01 secretaria estadual de saúde, que foram escolhidas por já possuírem experiências em andamento da inclusão de ações de saúde mental na atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2001c).

Nessa oficina, foram apresentadas as ações de saúde mental a serem desenvolvidas na atenção básica, propostas pelo Plano Nacional, quais sejam:

- a) Atuação e sensibilização para a escuta e compreensão da dinâmica familiar e das relações sociais envolvidas;
- b) Sensibilização para a compreensão e identificação dos pontos de vulnerabilidade que possam provocar uma quebra ou má qualidade dos vínculos familiares e sociais;
- c) Incorporação da saúde mental nas ações voltadas para: hipertensão, diabete, saúde da mulher, criança e adolescente, idoso, alcoolismo e outras drogas, violência urbana entre outros;
- d) Acompanhamento de usuários egressos de internações psiquiátricas, egressos dos NAPS/CAPS e de outros recursos ambulatoriais especializados;
- e) Construção de intervenções terapêuticas de forma individualizada, respeitando a realidade específica local e voltada para a inclusão social;
- f) Mobilização de recursos comunitários, estabelecendo articulações com grupos de auto-ajuda, associações de bairros, conselho tutelar, entre outras organizações populares;
- g) Promoção de palestras, debates, atividades artísticas e de grupos de uma maneira geral com temáticas específicas de acordo com a realidade e o interesse de cada comunidade;
- h) Buscar pela construção de novos espaços de reabilitação psicossocial dentro da comunidade como oficinas comunitárias e outros criados pela mobilização social.
- i) Ações promotoras e preventivas para diminuir o comportamento violento, o uso/abuso de álcool e outras drogas, o isolamento social/afetivo, o sentimento

de baixa estima, a dedicação exclusiva e competitiva à atividade de trabalho, a violência intra-familiar, a exclusão social e a prostituição infantil.

O princípio que organiza as ações de saúde mental conjuntamente com o matriciamento é que as situações de risco sejam atendidas prioritariamente, ou seja, as situações de exclusão social, como os egressos de internações hospitalares, prisão domiciliar, moradores de rua ou em situação de abandono; os transtornos mentais severos e persistentes; casos de suicídio e tentativa de suicídio; violência familiar; e uso e abuso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003b; LANCETTI; AMARANTE, 2006).

Outro aspecto que consta na proposta do Ministério da Saúde é a formação profissional, articulando saúde mental e atenção básica. A diretriz nesse sentido é a atualização em saúde mental e temas afins, seguindo os princípios da Reforma Psiquiátrica, voltando-se principalmente para questões como a autonomia do usuário e a participação da família no processo de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2003b).

A prestação de cuidados em saúde mental na atenção básica requer investimento significativo na formação dos profissionais da rede básica para detectar e tratar as pessoas em sofrimento psíquico, devendo atender às necessidades específicas dos diferentes grupos de profissionais, como médicos, enfermeiros, entre outros (OMS, 2003).

A política de formação de recursos humanos para o SUS prioriza a estratégia da Educação Permanente em Saúde como elemento principal para a transformação das práticas em saúde, através da Portaria nº198/2004¹ (BRASIL, 2004b).

A formação profissional também envolve as equipes de apoio matricial, tendo em vista que se pensa em formação permanente em serviço e não apenas pontual. As equipes de matriciamento podem desenvolver ações de formação continuada em serviço, discutindo publicações científicas em momentos oportunos com a equipe de saúde da família (BRASIL, 2003b).

Muitas experiências têm se mostrado positivas com relação à implantação do matriciamento em saúde mental na atenção básica. Concentram-se especialmente

¹ Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências.

nas regiões nordeste e sudeste do país, nas quais a Estratégia Saúde da Família teve seu início a mais tempo do que no restante do país.

Em 1995, a coordenação do Programa de Saúde da Família de Camaragibe/PE organizou uma equipe de saúde mental para atender à demanda em saúde mental das famílias cadastradas no município. A partir disso, foi realizada uma pesquisa em campo para o conhecimento da clientela de saúde mental e a preparação dos agentes comunitários de saúde (ACS) para a coleta de dados (CASÉ, 2002).

Essa equipe de saúde mental é composta por quatro psicólogos, dois psiquiatras e um terapeuta ocupacional que desenvolvem atividades como estudos de casos; interconsulta; orientação e formação de grupos terapêuticos na comunidade; discussões sobre filmes e vídeos; visitas domiciliares; capacitação em psicofarmacologia para os clínicos; palestras para a comunidade, monitorando as 32 unidades de saúde da família do município a cada 30 ou 45 dias.

Como fruto desse trabalho, hoje as equipes de saúde da família têm outro entendimento acerca da loucura, saúde e doença mental, diminuindo a dissociação entre orgânico e psíquico. As equipes locais mantêm melhor comunicação com as equipes de saúde mental, havendo uma maior autonomia das equipes de saúde da família para resolução de casos de saúde mental, que antes eram entendidos como exclusivamente do especialista.

Lancetti (2002b) apresenta a experiência ocorrida em São Paulo/SP, no Projeto QUALIS/PSF, em 1998. A partir da criação de duas equipes volantes de saúde mental, foram realizadas capacitações para as equipes de saúde mental matriciais bem como para as equipes de saúde da família. Foi uma proposta bem aceita nos locais envolvidos, buscando os “recursos escondidos da comunidade”, mas com restrições de alguns profissionais de saúde.

Algumas questões políticas e administrativas levaram à extinção do projeto de saúde mental instituído, mas as equipes de saúde da família incorporaram a metodologia proposta e continuam acompanhando os casos de saúde mental com zelo e dedicação.

Em Aracaju/SE, o início da proposta de apoio matricial ocorreu a partir da participação na oficina de discussão do plano nacional de inclusão das ações de saúde mental na atenção básica, em 2001. A tentativa de aproximação das duas áreas ocorreu por meio do Projeto Equipes Itinerantes, cujo apoio especializado

aconteciam com visitas às unidades ESF, previamente agendadas. Nessas visitas eram realizados atendimentos conjuntos, troca de saberes, discussão de casos e educação permanente (LIMA, 2007).

A partir da ampliação da cobertura da ESF, em 2002, houve aumento da demanda em saúde mental, mas também foi ampliada a rede de saúde mental do município e, com isso, as equipes dos CAPS foram consideradas como potentes recursos para o trabalho conjunto com a atenção básica.

As equipes dos CAPS, além do atendimento no serviço, organizam-se em três ou quatro mini-equipes para ofertar o apoio matricial. Cada equipe matricial atende a cerca de nove equipes de saúde da família. O apoio matricial busca a troca de conhecimentos, saberes, propostas de ação e práticas conjuntas na construção dos projetos terapêuticos singulares, igualmente descobrindo recursos terapêuticos na comunidade.

Essa proposta trouxe a redução de 24% do número de internações psiquiátricas e redução de 80 leitos psiquiátricos. Ainda há dificuldades a serem superadas, e a maior delas consiste na dificuldade da mudança do objeto da clínica para o “sujeito em relação” por parte de alguns profissionais da rede de saúde em geral.

A experiência de Campinas/SP, iniciada em 2002, conforme relatam Campos e Nascimento (2007), aponta os avanços e as dificuldades para o matriciamento em saúde mental, em construção, das equipes do Programa Paidéia de Saúde da Família. Dentre os avanços, citam-se a formulação e apresentação de propostas de roteiro para orientar o olhar, a percepção, a avaliação e a conduta das equipes de referência na prática do acolhimento; a substituição de ofertas organizadas por ações estabelecidas nos projetos terapêuticos singulares, construídos em equipe, junto com o usuário; a configuração de novas iniciativas de atenção, envolvendo ambas as equipes e a comunidade; e a capacitação e educação continuada.

Com relação às dificuldades percebidas, apontam a insuficiência de recursos humanos; a rotatividade de profissionais de ambas as equipes; a assistência ainda comprometida com práticas medicalizantes e corporativas de alguns profissionais, dificultando a integração, o enfrentamento e a composição entre os profissionais; e o acolhimento ainda descompassado, necessitando maior qualificação.

As referidas autoras apontam que ainda é preciso avançar no entendimento acerca do apoio matricial, suas múltiplas contribuições e seu modo de operar no âmbito da atenção básica.

Ainda podemos citar outras experiências bem sucedidas de matriciamento em saúde mental como é o caso de Quixadá/CE, iniciado em 1994; Cabo de Santo Agostinho/PE, em 1998; Araçuaí, Vale do Jequitinhonha/ MG, em 1998; Sobral/CE, em 1999.

É interessante destacar que a pouca capacitação em saúde mental e de educação permanente na área foram dificuldades encontradas na maioria das experiências citadas, dificultando a implantação de matriciamento e perpetuando, talvez, a manutenção dos encaminhamentos para a especialidade da psiquiatria.

Por outro lado, as experiências apresentadas demonstram a possibilidade de uma nova forma de atendimento em saúde mental, pautada no território, na responsabilização compartilhada, em articulação com os serviços que compõem a rede de atenção integral em saúde mental, especialmente a atenção básica.

A saúde mental na atenção básica visa qualificar o atendimento integral às famílias com base na humanização da assistência (ROSA; LABATE, 2003) e a atenção básica para a saúde mental favorece e fortalece a reinserção social do usuário na comunidade.

Assim, entendo que a consolidação da rede de cuidados é uma das diretrizes centrais da política de saúde mental no Brasil, e que a articulação com a atenção básica busca contemplar os princípios que fundamentam o sistema de saúde brasileiro, bem como a Reforma Psiquiátrica: noção de território, intersectorialidade, reabilitação psicossocial, desinstitucionalização, promoção de cidadania e construção de autonomia dos usuários e familiares.

3.3 Avaliação em Saúde

As definições acerca do termo avaliação são variadas e distintas, sendo difícil encontrar um consenso entre os diversos autores.

Uma das definições possíveis para avaliação é que esta se constitui em um processo intencional, técnico e político, isento de neutralidade, auxiliado por diferentes áreas do conhecimento e que pode ser aplicado às práticas profissionais,

organizações, redes de serviços, programas e atividades, inclusive no setor saúde (ADAMI; MARANHÃO, 1995).

Para Contandriopoulos *et al* (1997), avaliar consiste em emitir um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou qualquer de seus componentes, objetivando auxiliar a tomada de decisão. Este julgamento pode resultar da aplicação de critérios e normas, consistindo na avaliação normativa, ou ser elaborado a partir de um procedimento científico, caracterizando a pesquisa avaliativa.

As avaliações analisam e julgam os processos e os resultados visam à tentativa de soluções (PATTON, 2002). Avaliar significa emitir um julgamento sobre um conjunto complexo e variado de questões, que exige um posicionamento crítico do avaliador-pesquisador e uma atitude compreensiva, entendendo os processos de mudanças que ocorrem na implantação de novos serviços de saúde (PINHEIRO; GULJOR; SILVA JUNIOR, 2007).

Guba e Lincoln (1989) identificam quatro gerações dentre os diferentes significados atribuídos à avaliação. A transição de uma geração para outra não representou o desaparecimento ou desuso da anterior, mas sim o acúmulo e o desenvolvimento do conhecimento.

A primeira geração é baseada quase que inteiramente na mensuração, especialmente do saber. O grande objetivo da escola era ensinar às crianças aquilo que era conhecido como verdade e, para tal, utilizavam como instrumentos de avaliação os testes de memória, considerados efetivos para esse fim. Qualquer variável poderia ser mensurada. Mensuração e avaliação eram entendidas como sinônimos. Este tipo de avaliação é utilizado em larga escala, por exemplo, nas provas de vestibular.

A segunda geração surgiu de uma deficiência encontrada na primeira, que tornava os estudantes objetos da avaliação. Era necessária uma revisão dos currículos escolares. Essa geração ficou conhecida como a geração da descrição, pois sua maior finalidade era identificar e descrever como os programas educacionais alcançavam seus objetivos. Nessa geração, nasceu a avaliação de programas. O avaliador assumia outra função além do papel técnico anterior: era um descritor. Assim, a mensuração passa a ser considerada como mais uma ferramenta na avaliação.

A inclusão do julgamento no processo avaliativo fez emergir a terceira geração. O avaliador era caracterizado por seus esforços em realizar julgamentos e assume mais uma função, a de juiz, sem perder as demais adquiridas a partir das gerações anteriores. O julgamento era parte integrante da avaliação.

Guba e Lincoln (1989) referem ainda que todas as três gerações contribuíram para avanços na área da avaliação; porém, apresentavam alguns problemas e limitações. A primeira limitação é a tendência à lógica gerencial, ou seja, o avaliador é contratado pelo gerente, para o qual se submete no estabelecimento de parâmetros e limites do estudo e para quem se reporta. Esta relação tradicional entre gerentes e avaliadores raramente é desafiada e, ainda, produziu conseqüências indesejáveis, a saber:

a) Com esse arranjo, o gerente não participa da avaliação, suas qualidades e práticas gerenciais não podem ser colocadas em questão, nem pode ser o gerente responsabilizado por uma avaliação que ele não produziu.

b) A típica relação entre gerente e avaliador é *desempoderadora* e injusta. O gerente tem o poder derradeiro para determinar quais serão as questões da avaliação, como as questões serão coletadas e interpretadas e para quem os resultados serão divulgados. A decisão final é do gerente. Essa forma de avaliação *desempodera* os grupos de interesse que podem ter outras questões para serem respondidas, outros caminhos para respondê-las e outras interpretações para elas. É difícil, senão impossível, conduzir uma avaliação em quaisquer das três gerações aberta às demandas de outros grupos de interesse. Todo o processo é injusto para com os outros grupos de interesse, cujas demandas potenciais não são nem solicitadas nem honradas, enquanto que o gerente é elevado a uma posição de muito poder.

c) A típica relação entre gerente e avaliador não é franca. Frequentemente, o gerente retém o poder, contratualmente, para determinar se os resultados da avaliação serão divulgados e para quem. Tem sido comum o avaliador negociar as informações para se liberar da obrigação de produzir qualquer relatório. Isso parece uma troca razoável: o avaliador protege sua integridade através da guarda de prerrogativas editoriais, enquanto o gerente, por sua vez, decide sobre a divulgação das informações. Mas os grupos de interesse que desconhecem os resultados foram efetivamente impedidos de tomar qualquer ação que esses resultados possam ter sugerido para eles, inclusive e, o mais importante, a proteção dos seus

interesses. Foi negado a eles o privilégio da informação e, conseqüentemente, seus direitos.

d) A típica relação entre gerente e avaliador é muito provável que se torne *aconchegante* para alguém. Conceder ao gerente o poder para determinar a forma da avaliação é, na realidade, entrar em conluio com ele. Há muitas vantagens para ambos nessa combinação. Pelo lado do gerente, uma avaliação conduzida de maneira a salvar o inofensivo gerente, enquanto *desempodera* os possíveis rivais, é claramente preferível a uma que mantém o gerente responsável e possibilita que os rivais assumam algum mínimo poder. Pelo lado do avaliador, uma avaliação feita de maneira a ganhar a aprovação do gerente provavelmente conduz a outros contratos e garante uma fonte estável de rendimentos.

Outra dificuldade apontada por Guba e Lincoln (1989) nas três primeiras gerações é o fracasso para acomodar o pluralismo de valores. É comum dizer que a sociedade compartilha valores e que alguns valores caracterizam sociedades. Na década de 20, passamos a compreender nossa sociedade como pluralística em valores. O nascimento do julgamento na avaliação é contemporâneo com o do pluralismo de valores. O termo avaliação é lingüisticamente enraizado no termo valor.

A questão de quais serão os valores que irão dominar em uma avaliação ou como as diferenças de valores serão negociadas é agora o grande problema.

Há muito tempo se tem alegado que, apesar da existência de diferenças de valores, os resultados de uma avaliação poderiam ser confiáveis porque a metodologia usada é científica e a ciência é comprovadamente livre de valores. Mas, como se pode ver, a afirmação de que a ciência é livre de valores pode ser seriamente contestada. E se a ciência não é livre de valores, então, nesse caso, não somente os resultados estão sujeitos a diferentes interpretações, mas também os fatos são determinados em interações com o sistema de valores que o avaliador traz consigo. Então toda a ação de avaliação torna-se uma ação política (GUBA; LINCOLN, 1989).

A questão da liberdade de valores é completamente ressonante com a tendência gerencial. Se os valores não fazem diferença, então os resultados de uma avaliação representam o estado das coisas *como elas realmente são*; eles devem ser aceitos como verdades objetivas. O fato de o gerente estabelecer os limites e parâmetros para o estudo seria, então, relativamente sem conseqüências, como

seria o fato de que ele controla as perguntas feitas, a metodologia e os resultados (GUBA; LINCOLN, 1989).

A última consideração dos autores acerca dos problemas e limites dessas três gerações é a hegemonia do paradigma positivista, cuja dependência dos métodos científicos teve como conseqüências as que seguem.

- a) Conduziam a avaliação como se não existisse um contexto, mas somente sob condições cuidadosamente controladas. Tais condições eram instituídas na esperança de que os fatores locais irrelevantes pudessem ser ignorados e os resultados obtidos fossem mais generalizáveis.
- b) O compromisso com esse paradigma parece conduzir à grande dependência de instrumentos formais quantitativos. O rigor desse paradigma parece prometer repouso sobre a dureza dos dados. Dados duros implicam em dados quantificáveis, dados que podem ser mensurados com precisão e analisados com poderosas ferramentas matemáticas e estatísticas. Aquilo que não pode ser mensurado, não pode ser real, verdadeiro.
- c) Os métodos nesse paradigma prometem fornecer informações sobre como as coisas realmente são. A verdade não é negociável. Pode-se garantir que a natureza constitui os dados que são apresentados, não havendo argumentos com eles ou a negação dos mesmos.
- d) Esse paradigma fecha alternativas para pensar sobre a avaliação. Uma vez que os cientistas descobrem a verdade sobre as coisas, qualquer alternativa deve estar errada. Não há negociações possíveis sobre o que é verdade.
- e) A ciência é livre de valores e a aderência a este paradigma alivia o avaliador de qualquer responsabilidade moral por suas ações. O avaliador não pode ser responsabilizado pelos achados que simplesmente refletem o que existe na natureza.

Nenhuma das três gerações conseguiu resolver ou minimizar essas dificuldades apresentadas. Guba e Lincoln (1989) sugerem que estamos vivendo a quarta geração, caracterizada por uma avaliação construtivista e responsiva, com a qual este estudo busca aproximações.

Donabedian (1984), autor de destaque na área de avaliação da qualidade da atenção médica, apresenta a tríade estrutura, processo e resultado. Considerando que cada parte da tríade complementa-se, a melhor estratégia para a avaliação da

qualidade exige a seleção de indicadores representativos dos três aspectos, visto que separados, apresentam problemas e insuficiências.

Freeborn e Greenlick (1973 apud SILVA; FORMIGLI, 1994) agregam outro componente a essa tríade, porque consideram que a avaliação deve contemplar não apenas a efetividade técnica e a eficiência, mas também a efetividade psicossocial, dada pela satisfação de usuários e profissionais em relação à acessibilidade, à qualidade do cuidado, à relação interpessoal e à organização do sistema.

A pesquisa avaliativa pode ser realizada em praticamente qualquer tentativa explícita de resolver os problemas ou trazer mudanças no que está planejado. É possível distinguir duas modalidades bastante distintas para a avaliação. As avaliações somativas são aquelas que julgam a efetividade geral para informar as principais decisões sobre a continuidade de um programa, buscando generalizações, baseada basicamente em dados quantitativos. As avaliações formativas servem para melhorar um programa, política ou produto. Têm o objetivo de *formar* o que está sendo estudado. Não há tentativas de fazer generalizações dos resultados desse tipo de avaliação. Dependem basicamente de métodos qualitativos; os resultados são de um contexto específico (PATTON, 2002).

A avaliação qualitativa deseja compreender quais os *significados* que os sujeitos atribuem às dimensões do programa ou *como se dá*, na prática e no cotidiano, a interface entre a realização das ações do programa e os discursos e concepções sobre essas ações (DESLANDES, 2008).

Com as transformações do modo psicossocial de atenção em saúde mental, a pesquisa avaliativa vem contribuir para a consolidação dessa proposta de intervenção, bem como explicitar as diferentes dimensões e significados das ações desenvolvidas no cotidiano do trabalho. É necessário o desenvolvimento de processos avaliativos que busquem, por meio da qualidade, a tentativa de soluções construídas conjuntamente com os diversos grupos de interesse envolvidos com o cuidado em saúde mental.

Os novos serviços e novos dispositivos em saúde mental exigem a construção de novos modos de aferir, interpretar, compreender e avaliar a produção de subjetividades, já que os modelos arcaicos são insuficientes para dar conta desses novos projetos e objetivos (AMARANTE; TORRE, 2007, p. 48).

A avaliação deve se caracterizar como um processo, incluindo diferentes grupos interessados no objeto a ser avaliado, sendo construída e direcionada para a realidade específica em que será utilizada (FURTADO, 2001).

É importante considerar que as pesquisas avaliativas qualitativas desenvolvidas nos novos serviços e dispositivos sejam desenhadas a partir do estudo do cotidiano de cada lugar, privilegiando análises que considerem a complexidade do objeto (WETZEL; KANTORSKI, 2004).

Para a realização deste estudo, que tem como tema central a inclusão das ações de saúde mental na ESF, é importante utilizar uma metodologia de avaliação que propicie a participação daqueles diretamente envolvidos no processo e nos resultados oriundos dessa avaliação. Por isso, optei pela avaliação de quarta geração, que é caracterizada pela participação, pela construção conjunta entre avaliador e avaliado, pelos aspectos responsivo e formativo que buscam ser alcançados com essa metodologia.

Os estudos de Furtado (2001) e Wetzel (2005), a partir da utilização dos pressupostos da avaliação de quarta geração, demonstraram a riqueza dos dados, auxiliando no planejamento e na gestão do cuidado em saúde e, especificamente, em saúde mental.

Wetzel e Kantorski (2004) apontam que a proposta de avaliação de quarta geração, na medida em que proporciona a negociação dos resultados com todos os interessados, vai ao encontro da ação social organizada objetivando a mudança, propondo o diálogo entre sujeitos de direito.

A questão da avaliação em saúde mental aparece no texto do relatório final da I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1987, vinculada ao critério de fiscalização por parte da população (BRASIL, 1988b), ou seja, o exercício do controle social. Ainda não se vislumbrava a prática avaliativa como instrumento de apoio ao planejamento e à gestão em saúde mental.

Na II Conferência Nacional de Saúde Mental (1992), a avaliação aparece como uma forma de melhorar a qualidade da atenção. Consta no capítulo intitulado “Gerenciamento” do relatório final dessa conferência que é premente “garantir a criação de mecanismos de avaliação da qualidade de serviços, que enfatizem o conhecimento do território, da realidade local e da natureza do cuidado prestado” (BRASIL, 1994, p.16). O entendimento sobre o uso da avaliação e seus resultados sofreu mudanças e, assim, avaliar torna-se parte da prática gerencial.

No relatório dessa conferência, consta ainda um tópico sobre a realização de avaliações por meio de pesquisas epidemiológicas e sócio-antropológicas, divulgando os resultados acerca da rede de saúde mental e dos avanços tecnológicos na área.

Nesse sentido, há uma abertura para a academia, enquanto formadora de trabalhadores em saúde para o SUS, em realizar pesquisas com esse enfoque, consumindo os resultados das mesmas para o gerenciamento das práticas em saúde mental.

No relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001), é possível identificar a retomada do uso da avaliação como forma de fiscalização. Com a complexidade dos novos serviços substitutivos, cria-se a necessidade de implementar uma política de avaliação tanto epidemiológica quanto da qualidade dos serviços e das ações de saúde mental nas três esferas de governo (BRASIL, 2002). A avaliação aparece tanto como método de fiscalização como propulsora de mudanças na gestão em saúde mental.

O momento atual tanto para a saúde e saúde mental como para as pesquisas avaliativas é de transição paradigmática, na busca pela melhoria da qualidade de vida e de atenção em saúde. Assim, são necessários novos referenciais para a avaliação de serviços de saúde mental e atenção psicossocial, de caráter substitutivo, no âmbito da Reforma Psiquiátrica (AMARANTE; TORRE, 2007). É consenso que são necessárias novas formas de avaliação em saúde mental, dada a complexidade do objeto de cuidado no modo psicossocial.

É urgente a superação de questões da avaliação clássica, como a centralidade no avaliador, nos resultados e nas expressões numéricas. É imprescindível incluir os sentidos e significados atribuídos pelos diversos atores em seu cotidiano (PINHEIRO; GULJOR; SILVA JUNIOR, 2007).

O modelo estrutura-processo-resultado utilizado em avaliações de saúde, em geral, não proporciona flexibilidade suficiente, quando se considera a avaliação da qualidade da assistência psiquiátrica; ele não cobre nem descreve integralmente o que ocorre na relação complexa entre serviços, usuários e comunidade (SARACENO; FRATTURA; BERTOLOTE, 1993). É claro que pesquisas que utilizam este referencial metodológico contribuem para a atenção em saúde mental; porém, não é possível fixar-se somente a essa forma de avaliação. É importante que se dê voz aos atores que constroem o cenário do cuidado em saúde mental.

A avaliação em saúde mental não foge às características do campo da avaliação, cuja natureza é normativa e positivista, utilizando técnicas pautadas na medição, quantificação e categorização, focando na doença e no desvio orgânico (AMARANTE; TORRE, 2007).

Saraceno, Frattura e Bertolote (1993) consideram que é importante incluir indicadores leves (*soft*), que envolvem questões como agradabilidade do quarto, personalização dos espaços e privacidade, que são importantes indicadores de estrutura, por exemplo, mas que somente podem ser determinados pelo grau de satisfação do usuário. Além disso, devem considerar as características afetivas, que não são habitualmente mensuradas por escalas numéricas, mas são baseadas em características inefáveis.

Vale destacar que os estudos realizados no campo da avaliação em saúde mental são recentes, especialmente no que se refere aos serviços substitutivos.

Em outubro de 2008, foi realizado o Seminário de Avaliação em Atenção Psicossocial, em Pelotas/RS. Esse evento reuniu sete diferentes experiências de avaliações quantitativas e qualitativas, contempladas pelo Edital MCT-CNPq / MS-SCTIE-DECIT / CT-Saúde – nº 07/2005, além da participação de representantes do Ministério da Saúde. As pesquisas apresentadas nessa ocasião foram:

- a) Análise da efetividade das práticas terapêuticas dos Centros de Atenção Psicossocial do Estado de Mato Grosso, sob a coordenação de Alice Guimarães Bottaro de Oliveira (UFMT);
- b) Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial do Município de São Paulo, coordenada por Andréia de Fátima Nascimento (USP);
- c) Os CAPS e os cuidados psicossociais: cenários e possibilidades na evolução dos portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do Sul do Brasil, coordenada por Elaine Tomasi (UCPEL);
- d) Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil, sob a coordenação de Luciane Prado Kantorski (UFPEL);
- e) Articulando experiências, produzindo sujeitos e incluindo cidadãos: um estudo sobre as novas formas de cuidado em saúde mental na Bahia e em Sergipe, Brasil, coordenada por Mônica de Oliveira Nunes (UFBA);
- f) Pesquisa avaliativa da rede de Centros de Atenção Psicossocial de Campinas: entre a saúde coletiva e a saúde mental, coordenada por Juarez Pereira Furtado (UNIFESP);

- g) Transformação do modelo de atenção pública em saúde mental e seus efeitos no processo de trabalho e na saúde mental dos trabalhadores, sob a coordenação de Selma Lancman (USP).

Esse evento propiciou o conhecimento de outras realidades brasileiras e permitiu a discussão sobre possibilidades de estudos avaliativos no campo da saúde mental, contribuindo com as reflexões e ampliação do conhecimento da área, considerando as diretrizes do modo psicossocial de atenção bem como a promoção da integralidade da saúde.

A partir disso, a presente pesquisa pretende contribuir na consolidação de ações de saúde mental na ESF, buscando, por meio de um processo de avaliação qualitativa, refletir sobre o cotidiano de trabalho das equipes de saúde da família, no intuito de auxiliar no planejamento e na gestão do cuidado em saúde mental.

Penso que a avaliação irá facilitar no surgimento de estratégias e/ou dispositivos para lidar com a saúde mental por meio de ações de promoção de saúde, capacitação dos profissionais e ampliação dos esforços para uma real transformação dessas práticas e sua consolidação como rede de cuidados que considera os indivíduos em seu contexto social.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

A presente pesquisa consiste em um estudo qualitativo, do tipo estudo de caso desenvolvido a partir da Avaliação de Quarta Geração, proposta por Guba e Lincoln (1989) adaptada por Wetzell (2005).

O método qualitativo aplica-se ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, obtidos pela interpretação humana a respeito de como convivem, constroem, sentem e pensam sobre si e sobre o mundo. Utilizado especialmente para pesquisas com grupos delimitados, sob a ótica dos atores e das relações, permite desvelar processos sociais pouco conhecidos bem como construir novas abordagens, conceitos e categorias durante a investigação (MINAYO, 2007).

A pesquisa qualitativa facilita o estudo das questões em profundidade, abertas e em detalhes, pois não se restringe em categorias pré-determinadas de análise (PATTON, 2002).

O estudo de caso é o estudo de eventos que ocorre em um contexto de vida real, quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão definidos (YIN, 2001). Busca a maior quantidade possível de informações de um único caso, almejando informações do tipo *como*, denotando a especificidade, e do tipo *por que*, demonstrando o grau de profundidade das questões (ROESE, 1998).

O estudo de caso é utilizado para mapear, descrever, analisar contextos, relações e percepções de determinado fenômeno ou situação, bem como para gerar conhecimento sobre o evento estudado. Objetiva retratar a realidade de maneira detalhada, conhecer os processos relacionais e os fatores que interferem no contexto, a partir de uma realidade delimitada (MINAYO, 2007).

A Avaliação de Quarta Geração propõe uma avaliação construtivista responsiva. Minha aproximação com esse referencial metodológico ocorreu durante a realização da pesquisa CAPSUL.

O termo *responsiva* é utilizado para designar um caminho diferente de focalizar a avaliação, isto é, na decisão de quais são seus parâmetros e limites,

delimitados por meio de um processo interativo e de negociação que envolve *stakeholders*, aqui traduzido como grupos de interesse e que consome uma parte considerável de tempo e de recursos. O termo *construtivista* é usado para designar a metodologia utilizada para realizar a avaliação, sendo também chamado de interpretativo ou hermenêutico. É um modo responsivo de focar e um modo construtivista de fazer, pois se caracteriza como um processo interativo e de negociação (GUBA; LINCOLN, 1989).

Os grupos de interesse são formados por pessoas com características comuns que têm algum interesse no desempenho, no produto ou no impacto do objeto da avaliação, ou seja, estão envolvidos ou potencialmente afetados pelo programa e eventuais conseqüências do processo avaliativo (GUBA; LINCOLN, 1989).

A opção por uma pesquisa qualitativa com o referencial da Avaliação de Quarta Geração deve-se ao fato de que essa proposta metodológica possibilita que os grupos de interesse sejam ouvidos em suas demandas e necessidades. A partir de uma negociação entre eles, considerando suas colocações e possibilidades, é viável pensar novas dinâmicas de trabalho, ou seja, novas ações para a inclusão da saúde mental da ESF, melhorando a qualidade desse atendimento nos serviços de saúde.

4.1.1 Enfoque Responsivo

A avaliação responsiva tem como elementos a serem enfocados as reivindicações, preocupações e questões, as quais são identificadas pelos grupos de interesse que se submetem a algum risco pela avaliação. Os grupos de interesse apresentarão diferentes reivindicações, preocupações e questões e é tarefa do avaliador desvelá-las e direcioná-las na avaliação (GUBA; LINCOLN, 1989).

Existem diferentes grupos de interesse, conforme abordam Guba e Lincoln (1989): os agentes: pessoas envolvidas em produzir, utilizar e implementar o processo avaliativo; os beneficiários: pessoas que tiram proveito de alguma forma no uso da avaliação e; as vítimas: pessoas que são negativamente afetadas pelo uso do processo avaliativo.

A avaliação não é somente responsiva porque busca visões diferentes dos grupos de interesse, mas porque ela responde aos itens na subseqüente coleta de dados. É provável que os diferentes grupos de interesse tenham construções também diferentes a cerca de determinada reivindicação, preocupação ou questão. A maior tarefa do avaliador é conduzir a avaliação num caminho em que cada grupo de interesse confronte e negocie suas construções com todos os outros grupos, em um processo denominado hermenêutico-dialético (GUBA; LINCOLN, 1989).

A avaliação responsiva visa alcançar um consenso sobre todas as reivindicações, preocupações e questões, mas nem sempre isso é possível.

Neste estudo, a partir de um grupo de interesse, que identificou questões relevantes sobre as ações de saúde mental na ESF, buscou-se o enfoque responsivo.

4.1.2 Metodologia Construtivista

A metodologia construtivista é a proposta de uma abordagem substitutiva ao modo científico positivista que caracteriza a maioria das avaliações dos últimos séculos. Baseia-se em um sistema de crenças que é oposto a essa ciência, chamado paradigma. Não é possível aprovar ou desaprovar um paradigma de forma absoluta, mas os autores afirmam que o paradigma positivista apresenta determinados limites que podem ser superados com o paradigma construtivista (GUBA; LINCOLN, 1989).

Ontologicamente, nega-se a existência de uma realidade objetiva, afirmando que as realidades são construções sociais da mente e que podem existir tantas construções quanto são as pessoas. Se as realidades são construções, então não se pode, exceto por imputações mentais, ter leis imutáveis que governem as construções, como as leis de causa e efeito. Epistemologicamente, o paradigma construtivista nega a possibilidade do dualismo sujeito-objeto, sugerindo ao invés disso que os achados do estudo existem porque existe uma interação entre observador e observado que cria o que emerge da investigação. Metodologicamente e, em conseqüência das considerações anteriores, o paradigma construtivista rejeita o controle experimental que caracteriza a ciência positivista e o substitui pelo

processo hermenêutico-dialético que propicia vantagens e considera a interação entre observador e observado para criar a realidade construída o mais informada e sofisticada quanto pode ser feita de modo individual (GUBA; LINCOLN, 1989).

Existe ressonância entre o paradigma que propõe a metodologia hermenêutica dialética e o modelo de avaliação que depende exatamente desse processo: o foco responsivo pede uma metodologia construtivista e essa se ajusta ao processo de pesquisa que necessita da avaliação responsiva (GUBA; LINCOLN, 1989).

As características que diferem a metodologia construtivista da ciência positivista são apresentadas pelos autores:

- a verdade é o assunto de consenso entre as construções e não em correspondência à realidade objetiva;
- os fatos não tem significado, exceto dentro de uma estrutura de valores, não há avaliação objetiva de alguma proposição;
- as causas e efeitos não existem exceto por imputação;
- o fenômeno pode ser entendido somente dentro do contexto no qual ele é estudado, não permitindo generalizações;
- as intervenções não são estáveis, mas mudadas pelo contexto em que ocorrem;
- a mudança não pode ser projetada, é um processo não-linear que envolve a introdução de nova informação e aumenta a sofisticação no seu uso, dentro da construção das pessoas envolvidas;
- a avaliação produz dados em que fatos e valores são interligados;
- a responsabilidade é uma característica do conglomerado de forma mútua e simultânea;
- os avaliadores são pares subjetivos com os grupos de interesse na criação dos dados;
- os avaliadores são orquestradores do processo de negociação que culmina num consenso, mediante construções mais bem informadas e sofisticadas;
- os dados de avaliação derivam de construções que não possuem status ou legitimação especial, representando simplesmente outra construção a ser considerada na busca de consenso.

Por que utilizar as reivindicações, preocupações e questões dos grupos de interesse como organizadores da avaliação? Guba e Lincoln (1989) apontam cinco razões:

1. Os grupos de interesse são grupos de risco, porque os resultados da avaliação podem não contemplar seus interesses. O grupo de risco deve ter a oportunidade para fazer quaisquer reivindicações, ou levantar quaisquer questionamentos que julgar necessários, para que suas demandas sejam honradas.
2. Os grupos de interesse estão sujeitos à exploração, perda de poder e perda dos direitos. A avaliação é uma forma de pesquisa cujo produto final é a informação e esta é poder. O poder da pesquisa pode ser utilizado de muitas maneiras, mesmo contrárias ao interesse dos grupos.
3. Os grupos de interesse são os usuários da informação da avaliação. Informação essa que eles percebem como responsiva às suas reivindicações, preocupações e questões e, sendo dada a oportunidade para que suas demandas sejam contempladas na avaliação, eles também verão uma forma de se inserirem como sujeitos políticos, estando aptos para fazê-lo com base em uma legitimação informal que não teriam de outro modo.
4. Os grupos de interesse estão em numa posição de ampliar a extensão da pesquisa avaliativa com o grande benefício do processo hermenêutico dialético. Grande parte do tempo e da energia do avaliador é dispensada simplesmente para identificar os grupos de interesse e interagir com eles para entender suas reivindicações, preocupações e questões. Com freqüência, a natureza das demandas dos grupos de interesse é imprevisível para quem não é membro do grupo. Isso força o grupo a confrontar com as construções dos demais grupos. O efeito desse confronto produz mudanças rápidas na construção de todos os grupos e, se não levar a um consenso, expõe as diferentes posições de maneira mais clara. Se a proposta da avaliação é refinar e melhorar, os princípios da hermenêutica dialética não poderiam apresentar melhor serventia.
5. Os grupos de interesse são mutuamente educados pelo processo de avaliação de quarta geração. O envolvimento dos grupos de interesse nessa metodologia implica mais do que simplesmente identificar e descobrir quais são suas reivindicações, preocupações e questões. Cada participante é

requerido para confrontar e dar conta das demandas vindas dos outros grupos. Isso não significa que devam aceitar as opiniões e julgamentos dos outros, mas que negociem com os pontos de diferença e conflito, reconstruindo suas próprias construções para acomodar as diferenças ou que desenvolvam argumentos para que as outras proposições não sejam assimiladas. Um grande aprendizado acontece. Cada grupo começa a entender melhor suas construções, as revisa para torná-las mais informadas e sofisticadas e, também, passam a entender melhor as construções dos outros grupos.

A Avaliação de Quarta Geração é a forma de avaliação em que as reivindicações, preocupações e questões dos grupos de interesse servem de base para determinar qual informação é necessária a ser implementada dentro dos preceitos metodológicos do paradigma construtivista (GUBA; LINCOLN, 1989).

Este trabalho teve como cenário a Estratégia Saúde da Família, enfocando as ações de saúde mental no espaço da atenção básica a partir de um grupo de interesse que, durante o processo avaliativo, trouxe informações sobre a temática da pesquisa e, conjuntamente, propôs novas construções.

4.1.3 Processo Hermenêutico Dialético

Guba e Lincoln (1989) propõem o processo hermenêutico dialético para alcançar o que foi exposto anteriormente. É hermenêutico porque tem caráter interpretativo e dialético porque representa a comparação e o contraste das diferentes visões para o alcance de um alto nível de síntese. No entanto, o maior propósito desse processo não é justificar a própria construção de alguém ou para atacar o ponto fraco da construção de outros, mas formar a conexão entre eles que permite mútuas explorações por todas as partes. O alvo desse processo é chegar ao consenso quando este é possível; quando não é possível, o processo expõe e clarifica as visões diferentes e permite a construção da agenda de negociação.

Se o processo é bem-sucedido, todas as partes (incluindo o pesquisador) provavelmente terão reconstruído as construções com as quais iniciaram. Todas as partes são então simultaneamente educadas (porque eles alcançam novos níveis de

informação e sofisticação) e empoderados (porque suas construções iniciais são totalmente levadas em consideração e porque cada um teve a oportunidade de providenciar uma crítica, para corrigir, para emendar ou para estender todas as construções) (GUBA; LINCOLN, 1989).

Para os autores, a negociação hermenêutica dialética produtiva requer certas condições para ter sucesso enquanto processo. Essas condições incluem: o compromisso de todas as partes para trabalhar a partir de uma posição de integridade; a mínima competência das partes para se comunicarem; disposição de partilhar o poder entre as partes; disposição para mudar se acharem as negociações persuasivas; disposição para reconsiderar seus valores como apropriados e o compromisso de dispor de tempo e recursos requeridos.

A execução do processo hermenêutico dialético ocorre através do seguinte modelo esquemático:

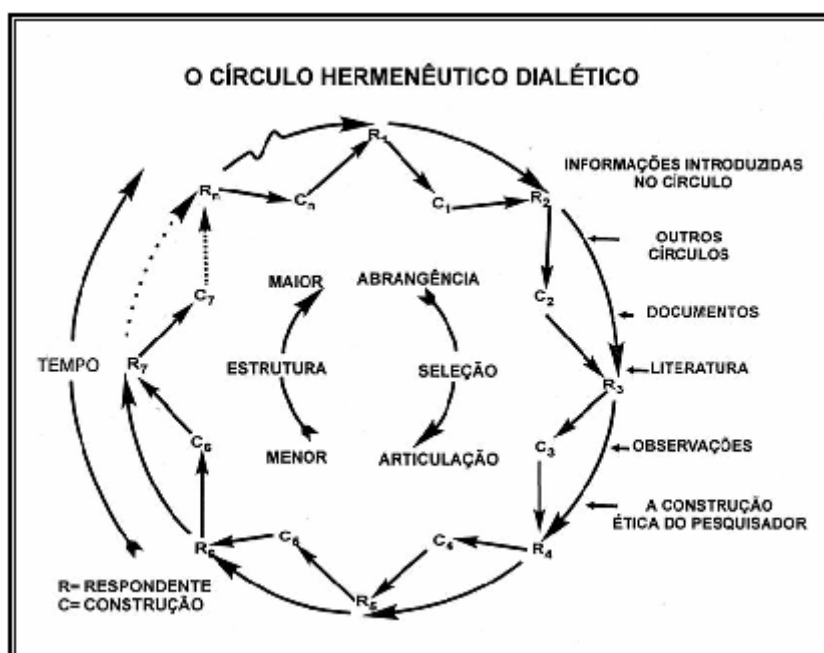


Figura 1 – Círculo Hermenêutico Dialético.

Traduzido por Wetzel (2005) a partir de Guba e Lincoln (1989).

Como primeiro passo, o respondente inicial, R₁, é selecionado pelo pesquisador por razões convencionais, como sua posição estratégica frente ao objeto da avaliação. Esse respondente participa de uma entrevista aberta para determinar uma construção inicial em relação ao foco da pesquisa. O respondente é questionado para descrever o foco, como ele o constrói e comentá-lo em termos pessoais. Em avaliações, esses comentários poderiam incluir observações sobre as

reivindicações, preocupações e questões e observações sobre o que é positivo e negativo no serviço.

Os temas centrais, concepções, idéias, valores, preocupações e questões propostas por R_1 são analisadas pelo pesquisador, formulando sua construção inicial, denominada C_1 . A análise de dados ocorre simultaneamente à coleta de dados.

Após, R_2 é entrevistado. Quando R_2 comentou todas suas questões, os temas da análise de R_1 são introduzidos e R_2 é convidado a comentá-los. Como resultado, a entrevista com R_2 produz informações não apenas de R_2 , mas também a crítica dos dados e construções de R_1 .

O pesquisador completa a segunda análise resultando na formulação de C_2 , agora uma construção mais informada e sofisticada baseada em duas fontes: R_1 e R_2 e, assim, ocorre até chegar ao último entrevistado, fechando o círculo entre os participantes.

As informações do círculo não necessitam limitar-se ao que o pesquisador ou os respondentes trazem para o círculo. É possível introduzir outros dados que a oportunidade e a necessidade fazem emergir, como construções de outros grupos, dados de observações, documentos, literatura e a construção ética do pesquisador.

Os círculos não precisam ser formados somente por indivíduos similares, pessoas que assumem o mesmo papel, do mesmo sexo ou idade. Eles podem ser constituídos de pessoas muito diferentes, mas talvez seja difícil encontrar as condições mínimas de sucesso do processo hermenêutico dialético, pois se buscam pessoas dentro de um mesmo contexto.

Essa metodologia, por seu caráter inclusivo e participativo, possibilitou a avaliação da realidade de uma Unidade de Saúde da Família sobre a questão da saúde mental na atenção básica, propiciando construções mais sofisticadas e informadas, que poderão repercutir na reorganização do trabalho do grupo de interesse sobre as questões, problemas e reivindicações do tema avaliado.

4.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido na Estratégia Saúde da Família Pitoresca, localizada na Zona Leste do município de Porto Alegre. A escolha foi intencional, pela inserção da Escola de Enfermagem nesse local, através de estágios de graduação em saúde mental, com acadêmicos do quinto semestre e por se mostrar um espaço propício ao desenvolvimento deste estudo.

A aproximação com o local do estudo ocorreu no segundo semestre de 2007, quando realizei a disciplina Estágio de Docência na Graduação I, do Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS. Na atividade de acompanhar os alunos em campo de estágio, tive a oportunidade, durante todo o semestre, de participar das reuniões de equipe e buscar saber o interesse dos profissionais na realização dessa pesquisa, bem como desenvolver atividades em parceria com as equipes.

O município de Porto Alegre, capital do Estado do Rio Grande do Sul, apresenta uma população de 1.440.930 habitantes (IBGE, 2007). O município conta, no momento, com 117 Unidades Básicas de Saúde, tendo 94 equipes de saúde da família e 8 centros de saúde.

A ESF Pitoresca faz parte da Gerência Distrital Lomba do Pinheiro/Partenon, juntamente com outras 11 unidades básicas de saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2008). Atende 1.719 famílias, distribuídas em duas equipes de saúde da família. A equipe 1 atende 915 famílias e a equipe 2, 804 famílias.

4.3 Sujeitos do estudo

O grupo de interesse escolhido para participar desse estudo foram os profissionais que compõem as equipes de saúde da família da ESF Pitoresca. Essa opção está relacionada ao objetivo de dar voz ao trabalhador e, a partir de suas informações e construções durante o processo avaliativo, proporcionar o empoderamento pelo caráter formativo da metodologia.

A Estratégia Saúde da Família Pitoresca é composta por duas equipes de saúde da família. As equipes contam com dois médicos de família, dois enfermeiros, quatro técnicos de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, totalizando 14 profissionais de saúde.

Cada equipe é responsável por determinado número de famílias, conforme mencionado anteriormente, divididas em 8 micro-áreas do território adstrito. Na época da coleta de dados, uma das equipes estava sem dois agentes comunitários de saúde.

Foram incluídos todos os profissionais de saúde que concordaram em participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), totalizando 14 entrevistados.

Os sujeitos do estudo deveriam atender ao seguinte critério de inclusão:

- a) Trabalhar na Unidade de Saúde da Família há, pelo menos, seis (6) meses, pois se entende que nesse tempo o profissional já esteja inserido no contexto do serviço.

4.4 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada através das técnicas de observação e entrevista, sobre as quais discorro a seguir.

4.4.1 Observação

A observação possibilita um contato pessoal e estreito entre o pesquisador e seu objeto de estudo, constituindo-se no melhor teste de verificação da ocorrência do fenômeno. Possibilita também que o pesquisador aproxime-se da visão de mundo dos observados (LUDKE; ANDRÉ, 1986). A observação foi utilizada para conhecer a dinâmica da unidade de saúde em estudo.

Para compreender detalhadamente a complexidade de muitas situações, a participação direta em e a observação do fenômeno de interesse podem ser os melhores métodos de coleta de dados; porém, a observação exige grande energia e concentração (PATTON, 2002).

Para organizar as observações, foi utilizado um roteiro (Apêndice B) no qual constam aspectos relevantes a serem observados, sendo registrados em diário de

campo. O diário de campo é um instrumento em que são anotadas todas as informações que não sejam registro de entrevistas, como conversas informais, comportamentos, festas, gestos e expressões (MINAYO, 2007), além das reflexões de quem observa a realidade.

Inicialmente, a observação foi realizada de forma mais livre, buscando conhecer o funcionamento do serviço, fase que é denominada por Guba e Lincoln (1989) de etnografia prévia. Em um segundo momento, a observação foi mais direcionada às questões do estudo, buscando compreender como a equipe desenvolve as ações de saúde mental no território.

Foram realizadas 226 horas de observação no período de abril a junho de 2008, identificadas pela letra "O" e o número de acordo com a ordem cronológica de realização. Foram acompanhadas as reuniões de equipe, os grupos em saúde (idosos, saúde mental), as comemorações de aniversário, as reuniões do conselho local, as visitas domiciliares, acolhimentos entre outras atividades que ocorreram nesse período.

A realização da observação foi importante porque a equipe foi permitindo minha presença em seu espaço de trabalho, criando vínculos que contribuíram para a realização das entrevistas. Do mesmo modo, também pude conhecer melhor cada profissional, as relações da equipe entre si, com dos demais serviços e com a supervisão do serviço.

4.4.2 Entrevista

A entrevista propicia uma interação entre entrevistador e entrevistado, havendo uma atmosfera de influência recíproca entre ambos, permitindo a captação imediata e corrente da informação desejada (LUDKE; ANDRÉ, 1986).

O propósito da entrevista é nos permitir entrar na perspectiva do outro, pois a observação não nos permite apreender sentimentos, pensamentos e intenções. As entrevistas qualitativas começam com a consideração de que a perspectiva do outro é significativa e reconhecível. Esta técnica é utilizada para descobrir o que está no interior e na mente do outro, para coletar suas histórias (PATTON, 2002).

Neste estudo, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, contemplando questões pertinentes ao tema da pesquisa (Apêndice C).

A partir da aplicação do círculo hermenêutico dialético, as primeiras entrevistas possivelmente sejam pouco estruturadas, permitindo que o entrevistado fale livremente sobre as questões do estudo. À medida que a análise e as observações vão contribuindo na identificação de novos questionamentos, a entrevista tornar-se-á mais estruturada (WETZEL, 2005).

As entrevistas foram identificadas com a letra “P” de profissional, seguida do número da entrevista. Exemplo: P1: corresponde à entrevista com o profissional número 1, assegurando o anonimato dos sujeitos.

Foram realizadas 14 entrevistas, contemplando a totalidade dos profissionais de saúde da ESF Pitoresca. As entrevistas foram gravadas em MP3 e transcritas na íntegra.

4.5 Aplicação prática da coleta de dados

A aplicação prática do processo da Avaliação de Quarta Geração apresenta algumas etapas para seu desenvolvimento, propostas por Guba e Lincoln (1989). Nesse estudo, utilizei as etapas adaptadas por Wetzel (2005) que consistem em: contato com o campo, organização da avaliação, identificando os grupos de interesse, desenvolvendo construções conjuntas, ampliando as construções conjuntas, preparando a agenda de negociação e executando a negociação.

4.5.1 Contato com o campo

Ao desenvolver o estágio de docência na graduação, realizei um primeiro contato, informal, com as equipes de saúde na intenção de apresentar os objetivos do estudo e o interesse dos sujeitos em participar do mesmo.

Após esse contato inicial, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CEP/UFRGS) e da

Secretaria de Saúde do Município de Porto Alegre (CEP/SMSPOA), tendo em vista que a unidade de estudo faz parte deste órgão, em observância às exigências formais contidas na Resolução nº 196/ 1996² do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996a).

O projeto foi aprovado no CEP/UFRGS sob o número 2007817, em 28 de fevereiro de 2008 e no CEP/SMSPOA sob o número 238, em 15 de maio de 2008. Posteriormente à aprovação do CEP/UFRGS, foi encaminhado um convite formal junto à coordenadora da ESF Pitoresca para a realização da pesquisa.

Em 27 de março de 2008, o projeto foi apresentado em uma reunião de equipe, explicando as etapas de desenvolvimento do mesmo, discutindo a proposta da pesquisa e negociando a participação e o envolvimento de todos que seriam entrevistados. Uma cópia do projeto foi entregue à coordenadora do serviço, estando à pesquisadora à disposição para esclarecimentos.

A partir da concordância dos sujeitos do estudo, foi dada a continuidade das etapas seguintes.

4.5.2 Organização da avaliação

Nessa etapa, a principal tarefa do pesquisador é ganhar o direito de entrada, estabelecendo uma relação de confiança. A confiança é algo a ser construído e, devido à sua fragilidade, pode ser facilmente destruída. Por isso, é importante que o pesquisador seja conhecido pelos entrevistados, que irão falar de seus problemas, preocupações e situações.

Outro aspecto importante nessa fase é a *prior ethnography*, traduzida como etnografia prévia, que consiste em viver e experimentar o contexto por algum tempo como observador participante, sem ainda estar engajado nas atividades da avaliação. A partir da etnografia prévia, conversa-se com as pessoas e são conhecidos os líderes informais (GUBA; LINCOLN, 1989).

² Resolução 196/ 1996 do Conselho Nacional de Saúde que diz respeito à pesquisa envolvendo seres humanos, sendo solicitado aos entrevistados uma autorização para participação no estudo, garantindo-lhes anonimato e sigilo, bem como o direito de acesso aos dados coletados e direito de desistir de sua participação a qualquer momento.

Iniciei minha participação no cotidiano do serviço em abril, indo em dias e horários alternados. A partir de maio, sistematizei minha presença diária naquele espaço, iniciando as observações mais direcionadas sobre o tema da pesquisa. Assim, eu era convidada a participar de atividades que se desenvolviam no serviço, como grupo de idosos, grupo da saúde mental, visitas domiciliares, consulta de enfermagem, acolhimento entre outros.

Essa etapa foi importante porque a equipe passou a me reconhecer como integrante do serviço, visto que eu desenvolvia atividades junto às equipes conforme necessidade e solicitação.

O direito de entrada foi ganho a partir da criação do vínculo com as equipes, quando eles perceberam que além de estar ali para desenvolver a pesquisa, buscava auxiliá-los no possível com as demandas, especialmente naquelas que se referiam à saúde mental.

4.5.3 Identificando os grupos de interesse

Não há como privilegiar todos os grupos de interesse que são identificados no cenário de uma avaliação de serviço; porém, alguns significados podem ser utilizados para classificar as audiências nas categorias *incluído* e *excluído*. Os autores apontam que o único critério razoável e ético que pode ser usado para este propósito é o interesse relativo (*relative stake*), pois algumas audiências estão em posição de maior risco do que outras (GUBA; LINCOLN, 1989).

Os critérios normalmente usados para a seleção são inapropriados nessa metodologia, pois a principal meta da avaliação de quarta geração é ser formativa, abrindo o discurso para a possível reconstrução baseada no acréscimo de conhecimento e sofisticação.

O grupo de interesse deste estudo foi composto pelos profissionais das duas equipes de saúde da família, objetivando um processo formativo dos mesmos a partir da identificação de questões relacionadas às ações de saúde mental no espaço da unidade básica.

4.5.4 Desenvolvimento construções conjuntas

Esse passo envolveu a aplicação do círculo hermenêutico dialético descrito anteriormente. O propósito de desenvolver o círculo primeiramente é descobrir tantas diferentes construções quanto possível.

Na primeira entrevista, foi solicitado ao entrevistado que falasse sobre as dificuldades e as facilidades para realizar o atendimento em saúde mental na unidade. Já nas primeiras entrevistas surgiram questões que foram introduzidas nas seguintes, resultando em construções mais sofisticadas.

Cada entrevista era analisada imediatamente após sua realização. Essa análise imediata consistia em fazer com que os materiais das entrevistas estivessem disponíveis para serem comentados nas entrevistas subsequentes.

Todos os entrevistados foram espontâneos, trazendo situações vivenciadas com relação ao tema do estudo, apresentando dados da realidade, corroborando com os dados coletados nas observações.

Ao final dessa etapa, emergiu uma construção conjunta do grupo de interesse.

4.5.5 Ampliação das construções conjuntas

Nas etapas anteriores, o círculo hermenêutico dialético foi desenvolvido, o que facilitou a emergência das construções conjuntas pelo grupo de interesse. Mas muitas outras informações estavam disponíveis e tiveram um impacto sobre essas construções. Esse material foi sistematicamente introduzido para informar as construções, levando-as a um elevado nível de sofisticação (GUBA; LINCOLN, 1989).

As informações adicionais buscadas foram:

1. Documentos e registros: estão entre as mais disponíveis, acessíveis e ricas fontes de informação. Alguns documentos ministeriais foram introduzidos no círculo como informações sobre o plano nacional de inclusão das ações de saúde mental e apoio matricial.

2. Observação: há grande sinergismo entre entrevista e observação. Inicialmente, foi realizada uma observação livre, com interesse na etnografia prévia e para ganhar o direito de entrada no campo. A observação, aparentemente casual, levantou questões úteis introduzidas nas entrevistas bem como as entrevistas conduziram para observações produtivas. Dos dados observacionais introduzi a questão do relacionamento com os alunos de graduação da UFRGS e com os residentes do Programa de Residência Integrada em Saúde e o grupo terapêutico desenvolvido na unidade.
3. A construção ética do avaliador: seria ingênuo supor que o avaliador não tem um conhecimento prévio e opiniões sobre a avaliação e seu contexto. Não há problema de introduzir as construções do avaliador, se essa construção é colocada ao lado de todas as outras para sofrer o mesmo tipo e grau de crítica.

As informações foram introduzidas ao círculo para informar as construções existentes. Quando essas informações foram expostas e negociadas, o fim da interação hermenêutica foi atingido. As construções do grupo de interesse foram agrupadas em categorias.

4.5.6 Preparação da agenda para a negociação

A sessão de negociação é o mecanismo destinado para mostrar e levar em conta toda a gama de valores. Se os círculos anteriores são determinantes de *quais* “fatos” deveriam ser coletados, a sessão de negociação decide *o que eles significarão*.

A preparação da agenda para a negociação envolve uma série de atividades por parte do avaliador.

- Definir as unidades de informação nos termos dos grupos de interesse que as fizeram emergir, seguido de muita discussão, para torná-los tão claro quanto possível para todos.
- Providenciar material impresso e audiovisual para que todos os envolvidos tenham acesso às informações da avaliação.
- Negociar a melhor data para todos os participantes.

Assim, participei da reunião de equipe na semana anterior a da negociação. Expliquei no que consistia a negociação, expondo que nesse momento apresentaria os dados analisados para discussão, validando a construção do grupo de interesse e também refazendo-a, se necessário. Fiz o convite para que todos participassem da mesma, discutindo o melhor horário para sua realização. Todos concordaram que seria ideal realizar essa etapa no primeiro horário da tarde, antes do início da reunião de equipe e se comprometeram a estarem presentes.

4.5.7 Execução da negociação

A negociação também deve ser hermenêutica e dialética na sua forma e processo.

As negociações terminam quando algum consenso é atingido em cada demanda não-resolvida. Na realidade, a nova construção comum é alcançada pelo consenso que substitui as construções desenvolvidas, mas nem sempre o consenso será atingido; construções competitivas permanecerão. A maior responsabilidade da negociação será, nesse caso, delinear cuidadosamente as diferenças que caracterizam essas construções competitivas como a base de esforços futuros para alcançar o consenso (GUBA; LINCOLN, 1989).

Com relação à ação a ser desenvolvida a partir da avaliação, três possibilidades vêm à mente. É provável que todas as três existirão dentro da mesma avaliação (GUBA; LINCOLN, 1989):

- Resolução total: quando alguma demanda é totalmente resolvida, a ação a ser tomada é evidente. Algumas não requerem ações, exceto a continuidade de determinada conduta. Outras requerem algum refinamento ou aperfeiçoamento e outras sugerem sua rejeição ou abandono: a estratégia não funciona e provavelmente não deve ser usada novamente.
- Resolução parcial ou incompleta: por uma variedade de razões, incluindo a inabilidade de adquirir todas as informações desejáveis, algumas demandas permanecerão não resolvidas. A ação é adiada até a realização de mais estudos e considerações. O mecanismo para esse estudo adicional deve ser

proposto ou implementado. Algum compromisso pode ser implementado até a informação adicional ser avaliada.

- Não resolução: Possivelmente, construções conflituosas são retidas. Pouco pode ser feito exceto continuar trabalhando no problema e tentar uma acomodação para permitir uma ação prática. Seria lamentável se uma acomodação prática não pudesse ser atingida, porque a única alternativa nesse caso seria não ter ação nenhuma ou determinar uma ação arbitrariamente.

Na etapa da negociação, participaram 13 profissionais, faltando apenas um entrevistado que se encontrava em licença de saúde. A supervisora da Gerência Distrital Lomba do Pinheiro/Partenon também estava presente, pois a reunião de negociação havia sido combinada antes da reunião de equipe. A supervisora havia ido à unidade para participar da reunião de equipe e, uma vez estando presente, foi convidada pela coordenadora do serviço a participar da negociação. A presença dela, inicialmente, inibiu a participação dos sujeitos do estudo, mas, através de suas contribuições, deixou-os a vontade para comentar sobre os resultados.

O consenso sobre as unidades de informação apresentadas na negociação foi atingido após as discussões. Durante a negociação, o grupo de interesse avaliou que algumas das ações de saúde mental estavam relacionadas com a integração e ação conjunta com outras instâncias.

Outra construção da negociação sugerida pela supervisora distrital foi que os resultados da pesquisa fossem apresentados à Gerência Distrital Lomba do Pinheiro/Partenon, para que possivelmente chegassem às instâncias superiores, que pudessem dar maior resolutividade às demandas pactuadas.

Os resultados dessa pesquisa também foram apresentados junto ao Conselho Local de Saúde, pois os profissionais, na negociação, avaliaram essa necessidade. Na reunião do Conselho Local, em que foram apresentados os dados da pesquisa estavam presentes quatro conselheiros usuários, além de uma das enfermeiras do serviço. As unidades de informação foram discutidas e esclarecidas e os conselheiros se propuseram a encaminhar as questões avaliadas para discussão no Conselho Distrital de Saúde.

4.6 Análise de dados

Para a análise dos dados utilizou-se o Método Comparativo Constante, pois esse permite que a análise seja realizada concomitantemente à coleta dos dados.

Esse método tem origem em Glaser e Strauss para o desenvolvimento de teorias, sendo utilizado por Lincoln e Guba (1985) para o processamento de dados.

O método comparativo constante fornece ferramentas para trabalhar com a subjetividade do pesquisador, que não só é reconhecida, mas aceita como parte fundamental do ato de pesquisar. Funciona através da interação dialética entre o pesquisador e o objeto de seu estudo (ANGELIS, 2005).

O método, quando utilizado na análise de dados, apresenta duas etapas: identificação das unidades de informação e categorização.

Tarefa aparentemente fácil de ser realizada, a identificação das unidades de informação foi utilizada como base para definir as categorias. Uma unidade deve ter duas características principais. A primeira delas é ser heurística, isto é, deve apontar para algum entendimento ou ação necessários ao pesquisador; somente assim será útil. A segunda característica é que deve ser a menor parte da informação sobre algo que se mantém por si mesmo, devendo ser passível de interpretação sem que se necessite acrescentar outra informação que não seja a ampla compreensão do contexto em estudo. A unidade pode ser uma sentença ou um parágrafo (LINCOLN; GUBA, 1985).

As unidades de informação foram obtidas do material empírico coletado, sendo registradas de forma compreensível a qualquer leitor que não somente a pesquisadora. Cada unidade foi codificada de acordo com a fonte da qual foi extraída, no caso deste estudo, entrevistas ou observações.

Na etapa de categorização, buscou-se unificar em categorias provisórias todas as unidades de informação relacionadas ao mesmo conteúdo, buscando a consistência interna das categorias. Essas categorias foram apresentadas aos sujeitos do estudo, na fase de negociação, para verificar se a construção da pesquisadora estava de acordo com o que foi coletado. Foram possíveis novas reconstruções durante essa etapa, chegando-se às categorias definitivas.

As categorias foram definidas de tal forma que fossem internamente as mais homogêneas possíveis, ou seja, que seu conteúdo interno fosse análogo,

possibilitando a identidade da categoria; e externamente as mais heterogêneas possíveis, para que cada categoria conservasse sua identidade, não se sobrepondo às demais. Assim, o resultado dessa etapa consiste em três categorias, apresentadas no quadro abaixo.

Quadro 1 – Categorias

Ações de saúde mental	<ul style="list-style-type: none"> • Tecnologias em saúde • Condições para ações de saúde mental • Saúde mental do trabalhador
Facilidades para desenvolver ações de saúde mental	<ul style="list-style-type: none"> • Apoios • Reunião de equipe • Agenda de saúde mental • Portas abertas da ESF Pitoresca • Conselho Local de Saúde • Grupo Evolução da Pitoresca
Dificuldades para desenvolver ações de saúde mental	<ul style="list-style-type: none"> • Fragmentação da rede de serviços de saúde mental • Falta de capacitação em saúde mental • Preconceito com a loucura

Na redação final da análise, foram utilizados trechos de entrevistas, de observações, da reunião de negociação e da reunião com o conselho local de saúde, que foram identificadas como: P1 – entrevista com o profissional número 1; O3 – observação do terceiro dia; N – anotações da negociação e CLS – anotações da reunião com o conselho local de saúde.

4.7 Considerações Éticas

Para garantir as questões éticas que envolvem a realização dessa pesquisa, o projeto foi submetido à análise e posterior aprovação do CEP/UFRGS sob o

número 2007817, em 28 de fevereiro de 2008 e, no CEP/SMSPOA, sob o número 238, em 15 de maio de 2008.

Após, solicitou-se a autorização da coordenadora da ESF Pitoresca para participação e início da investigação, informando os objetivos e os princípios éticos do estudo.

Posteriormente, os profissionais de saúde da ESF Pitoresca foram apresentados à pesquisa e convidados a participarem, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme Resolução nº 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996a).

5 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PITORESCA

A unidade iniciou suas atividades em 18 de fevereiro de 2002, já com duas equipes de saúde da família (PORTO ALEGRE, 2003). Seu horário de funcionamento é das 8h às 12h e das 13h às 17h. A coordenação desse serviço é de uma das enfermeiras que compõem a equipe de profissionais.

A área adstrita da ESF Pitoresca compreende um total de 1719 famílias, divididas em oito micro-áreas, distribuídas conforme a tabela abaixo.

Tabela 1 – Distribuição das famílias adstritas por micro-área e equipe.

Equipe	Micro-área	Número de famílias
1	1.1	250
	1.2	252
	1.3	192
	1.4	221
Total 1		915
2	2.1	224
	2.2	175
	2.3	206
	2.4	199
Total 2		804
Total geral		1719

Fonte: ESF Pitoresca, 2008.

Cada micro-área é responsabilidade de um agente comunitário de saúde e cada área é atendida por um médico, uma enfermeira e dois técnicos de enfermagem.

As equipes eram inicialmente compostas cada uma por um médico de família, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde. O serviço ainda conta com uma auxiliar de serviços gerais.

Uma mudança administrativa ocorrida em agosto de 2007, a qual rescindia o convênio com a empresa FAURGS³, responsável pela contratação dos profissionais

³ FAURGS – Fundação de Apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

das equipes de saúde da família do município, afetou diretamente a estruturação dessas equipes. Desde 2005, vinham ocorrendo vários debates entre FAURGS e prefeitura do município de Porto Alegre sobre a cobrança de uma taxa administrativa que não constava no contrato iniciado em 2000. A prefeitura alegava que essa cobrança era irregular, enquanto que a FAURGS defendia que essa verba referia-se a custos de despesas administrativas dos contratos dos profissionais. Como a prefeitura não pagava essa taxa, a FAURGS optou por encerrar sua participação no convênio, em agosto de 2007 (GRUPO DE PROFISSIONAIS DO PSF DE PORTO ALEGRE, 2007; ZERO HORA, 2007).

Para dar continuidade ao atendimento de cerca de 350 mil pessoas, que são atendidas pelas equipes de saúde da família, a prefeitura firmou o convênio com uma nova empresa: Instituto Sollus⁴, de São Paulo, sob caráter emergencial, dentre as cinco empresas candidatas, conforme relato do prefeito municipal (GAÚCHA AM, 2007).

Três pontos são importantes nessa nova contratação. Um deles é que a nova empresa não era desejada pelos sindicatos das categorias profissionais, especialmente a médica, pois não admitiam perdas nos benefícios trabalhistas. Outro é que a secretaria municipal de saúde não respeitou uma deliberação do Conselho Municipal de Saúde, que determinava a manutenção do contrato com a FAURGS. Além disso, os profissionais da saúde da família, por não conhecerem essa nova empresa contratante, buscaram informações acerca da mesma e ficaram insatisfeitos, pois entenderam que a empresa não era idônea (GRUPO DE PROFISSIONAIS DO PSF DE PORTO ALEGRE, 2007).

Isso ocasionou o pedido de demissão de alguns profissionais das equipes de saúde da família do município, levando à necessidade de contratação de novos profissionais. Especificamente, na ESF Pitoresca um médico pediu demissão e foi substituído.

Penso ser importante assinalar aqui a questão da terceirização de recursos humanos para a ESF. O prefeito em exercício do município de Porto Alegre alega que não é possível manter a contratação de funcionários do quadro permanente para a ESF porque, se os governos federal e estadual resolvem não dar continuidade à proposta da saúde da família, a prefeitura terá que manter esses

⁴ O Instituto Sollus é uma entidade paulista caracterizada como uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP).

profissionais, mesmo sem verba específica para esse fim. A ESF é um projeto dinamizador do SUS, sendo entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial (BRASIL, 2004a) e, dessa forma, deve ser prioridade dos governos, nas três instâncias.

Assim, não é possível aceitar, passivamente, que os profissionais da ESF do município sejam contratados de forma terceirizada, pois isso repercute na organização do trabalho e em questões trabalhistas, uma vez que a forma de contrato é usada pelo gestor municipal e pela empresa contratante em seu próprio benefício, ou seja, quando os profissionais reivindicam aumento salarial o gestor municipal refere que essa demanda é responsabilidade do Instituto Sollus e, quando, na realização de campanhas como a de vacinação, fora da jornada de quarenta horas semanais, o Instituto Sollus refere que essa demanda oriunda-se da prefeitura.

É importante relatar aqui que a contratação terceirizada interfere no trabalho junto à ESF, pois os profissionais percebem esse vínculo empregatício como provisório e sem estabilidade, o que repercute no desenvolvimento de suas atividades.

Na hora do almoço, comentando sobre a atual situação dos profissionais da saúde da família em geral, as enfermeiras contaram sobre uma colega enfermeira que foi demitida porque questionava muito as decisões [...]. O medo de perder o emprego é presente nas equipes. (O7)

Em relação aos agentes comunitários de saúde (ACS), esses profissionais passaram a ser contratados diretamente pela prefeitura municipal, pois já haviam realizado um processo seletivo público. Anteriormente, os oito ACS tinham um contrato provisório e com essa mudança a ESF Pitoresca ficou sem dois de seus ACS, pois um era aposentado e o outro pediu demissão, tendo seis ACS durante a coleta de dados.

No que se refere ao território adstrito da ESF Pitoresca, definido com oito micro-áreas, durante a coleta de dados, houve uma reestruturação por definição da gerência distrital. A micro-área 1.1 seria trocada por outra micro-área da Unidade Básica de Saúde São Carlos. Devido a dificuldades de aceitação daquela comunidade quanto à inserção da equipe da ESF Pitoresca nessa nova região, a gerência distrital decidiu que a UBS São Carlos manteria a cobertura das duas

áreas: a de sua competência e assumiria a micro-área da ESF Pitoresca. Assim, no período de coleta dos dados, a unidade estava estruturando a reorganização das demais sete micro-áreas.

Apesar das mudanças ocorridas, independente da insatisfação com a nova empresa contratante, com a perda de membros da equipe e com a reestruturação de sua área de abrangência, as equipes da ESF Pitoresca mantiveram seus atendimentos e funcionamento, tendo presente a busca da melhoria de seu desempenho e qualidade da atenção em saúde.

Na primeira etapa das observações, foi possível apreender como a equipe organiza-se para desenvolver as ações de saúde no território.

O primeiro aspecto importante a destacar é que a unidade não conta com técnico administrativo, o que acarreta em sobrecarga de trabalho, principalmente aos técnicos de enfermagem. Num total de quatro profissionais, os técnicos de enfermagem dividem-se para atender à recepção, o acolhimento, à sala de curativos e à sala de vacinas.

Na verdade, o que os profissionais do posto querem, e precisam, é de um agente administrativo. (O1)

As auxiliares de enfermagem se dividem para atender na recepção, revezando com o acolhimento, vacinação e curativos. [...] o trabalho que elas desempenham na recepção é um “quebra-galho” quase que permanente, pois não há burocrata e nem uma previsão ou se quer uma certeza de que um dia terá um ali. [...] A falta de um agente administrativo dificulta e muito o processo de trabalho das equipes. (O2)

Os técnicos de enfermagem na atividade de recepção orientam e fornecem material aos usuários para realização de exames, separam e organizam os prontuários para as consultas agendadas e de demanda espontânea e concentram as tarefas de atendimento de telefone, uma vez que o aparelho está localizado na nessa sala, contando com o auxílio de um ACS por semana até cerca de 10h da manhã.

A marcação de consultas na central de marcação do município, recebimento e encaminhamento de recados, recebimento e despacho do malote, organização e conferência das consultas marcadas pela central de marcação são tarefas divididas entre as equipes. Todas essas atividades deveriam ser realizadas por um agente

administrativo e facilitariam o trabalho prioritário dos profissionais de saúde, ou seja, a promoção da saúde.

No primeiro horário da manhã (das 8h às 9h), os quatro técnicos de enfermagem concentram suas atividades no acolhimento, pois a demanda de atendimento nesse período é grande, em média 30 atendimentos.

Às 8h25min tinham 13 pessoas aguardando acolhimento. (O2)

Até agora, 9h, já foram 32 fichas de atendimento. (O4)

Os enfermeiros também realizam acolhimento na parte da manhã e os médicos atendem às consultas do dia, que são os acolhimentos realizados pelos técnicos de enfermagem e enfermeiros, os quais avaliaram a necessidade da consulta médica.

Às 10h iniciam as consultas agendadas tanto para médicos como para enfermeiros. A ESF Pitoresca tem a seguinte organização para o agendamento das consultas: a cada vinte dias “abre a agenda”, ou seja, os usuários vão até a unidade para agendar consultas médicas nas áreas de clínica geral, puericultura, saúde mental e hipertensão arterial e diabete mellitus. A agenda para pré-natal está sempre aberta, não necessitando de espera do dia específico para a marcação da consulta, conforme orientação do Ministério da Saúde. Um dos enfermeiros dedica-se à saúde da mulher e o outro prioriza a saúde da criança, ambos mantendo a agenda aberta, seguindo orientação do Ministério da Saúde.

[...] para marcar consulta tem que ser presencial [...] Hoje abriu a agenda. Então os usuários chegam e solicitam a marcação de consultas. Passam pelo acolhimento para marcar a consulta. (O4)

Toda a semana os médicos, os enfermeiros e os técnicos de enfermagem realizam visitas domiciliares junto com os agentes comunitários de saúde. Há uma tarde dedicada a essa atividade para cada equipe da ESF Pitoresca.

A ESF Pitoresca é espaço de ensino-aprendizagem de alunos do curso de graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) na área de saúde mental. Também recebe os residentes do Programa de Residência Integrada em Saúde, ênfase em Saúde Mental Coletiva, da Escola de Saúde

Pública, do Governo do Estado do Rio Grande do Sul, desenvolvida junto ao Hospital Psiquiátrico São Pedro. Ambos os estágios são realizados por meio de convênio entre UFRGS e prefeitura e governo estadual e municipal, respectivamente.

Semanalmente, às quintas-feiras, no horário das 13h às 15h, ocorre a reunião de equipe, na qual são discutidas questões administrativas da organização e planejamento do trabalho, casos de usuários e famílias com maior necessidade de atenção, entre outros. Todos os profissionais de saúde participam desse momento, bem como os alunos de graduação e a professora responsável e os residentes da Escola de Saúde Pública.

A área física da unidade é pequena, não havendo espaço para a realização de reuniões de equipe, orientação de profissionais e alunos e grupos em saúde, que são desenvolvidos na escola da comunidade, no espaço da recepção ou mesmo na cozinha.

A reunião de equipe acontece na parte da sala de espera, numa “tentativa de roda”, visto que pela estrutura física não é possível fazer um círculo e bem todos conseguem se enxergar. (O1)

Grupo de planejamento familiar: [...] será realizado no dia 22/04, na Escola X, às 14h. [...] Enfermeiro 1 comenta também que o grupo da Melhor Idade ocorre nas segundas quartas-feiras de cada mês – o próximo será dia 14/05 [...] O grupo coordenado por Enfermeiro 2, de Citopatológico, será dia 23/04 [...] o grupo de saúde mental será dia 18/04, na Escola. Duas ACS vão acompanhar os grupos a partir do próximo. (O4)

Conversamos um pouco na sala dela (enfermeira) quando a professora e seus alunos chegaram das visitas e solicitaram um espaço na sala para fazerem as evoluções de enfermagem. (O32)

A ESF Pitoresca tem a área física descrita de acordo com dados observacionais (O2 e O3).

Sala 1: consultório. Sala pequena; com duas janelas; uma maca de metal; armário de vidro com materiais, enfeites e vidros com animais peçonhentos; uma balança adulta; um espelho; cadeiras; um quadro de escrita à caneta; um mural; um ventilador de teto.

Sala 2: consultório. Sala pequena; com uma janela; três cadeiras; uma maca; um biombo; uma escada; uma mesa auxiliar com material esterilizado; um armário

de vidro e metal com material da coordenadora; uma mesa de metal; um computador; uma mesa com material da coordenadora; um banco de metal para exames ginecológicos; um ventilador de teto; uma lixeira de material contaminado; um foco de luz; uma pia; um negatoscópio.

Sala 3: consultório. Contém uma mesa de madeira; duas cadeiras; uma mesa com computador; um armário de vidro com papéis e formulários da SMS/MS; um biombo; uma mesa auxiliar com sonar e gel; uma maca; uma escada; uma lixeira de material contaminado; um banco de metal para exame ginecológico; uma pia; um foco de luz; um lixo comum; uma mesa auxiliar com material esterilizado para coleta de exame citopatológico; ventilador de teto. Sala pequena, com uma janela.

Sala 4: consultório. Sala pequena; com uma janela; uma mesa de madeira; um mural; um negatoscópio; um armário de vidro com formulários e caixas de medicação; uma mesa auxiliar com microscópio e materiais esterilizados; um banco para exame ginecológico; um foco de luz; uma lixeira de material contaminado; uma pia; uma maca; uma mesa auxiliar com sonar e gel; uma escada; um biombo; duas cadeiras; um ventilador de teto.

Banheiro de funcionários com chuveiro, pia e vaso sanitário, tamanho médio; e a cozinha com uma mesa com seis lugares (bancos fixos), um fogão de quatro acendedores, dois armários aéreos, um balcão com pia, uma geladeira, uma mesa auxiliar com microondas e filtro de água, um rádio e um pequeno ventilador de mesa. A cozinha é bem pequena.

No final do posto há uma dispensa com material de limpeza, onde há um armário de metal no qual os funcionários guardam seus pertences. É também onde se guardam as caixas de medicamentos lacradas que ainda não estão em uso.

Sala 5: vacinas e medicamentos. Sala pequena; com uma janela; uma maca; uma geladeira; uma mesa de metal; uma cadeira; um balcão com pia; caixa térmica; um armário com três portas; uma bancada aérea com medicação; um lixo; um descartex; sem ventilador.

Sala de espera: contém três bancos de três lugares cada um, encostados na parede e seis cadeiras ao centro. Tamanho médio. Com um ventilador de teto, com três murais: um para avisos, outro para divulgações e outro para mostrar as faltas nas consultas.

Sala de Nebulização: um armário de vidro com material para nebulização; um tubo de oxigênio; uma cadeira; uma pia; um lixo comum; uma escada. Espaço bem pequeno.

Banheiro para usuários: tamanho médio com pia e vaso sanitário, algumas cadeiras e lixo comum. Com agarradores laterais perto do vaso, nas paredes.

Recepção: dentro da recepção está localizado um espaço para a farmácia. Recepção tem uma mesa de metal; duas cadeiras; uma prateleira de madeira com os prontuários; uma mesa auxiliar; balcão com vidro separando o usuário do atendente; um armário com duas portas onde se guardam material expediente e formulários; uma mesa com arquivos; uma mesa com telefone e impressora; uma mesa com computador; duas lixeiras; duas janelas pequenas. O espaço é pequeno, concentrando vários materiais o que torna difícil a circulação.

Na primeira semana de trabalho de campo, os profissionais médicos apresentaram uma proposta de reorganização do atendimento em saúde mental, tendo como objetivo mapear os usuários que fazem uso de psicofármacos a partir da renovação das receitas controladas no serviço. Estavam no início do projeto, ainda elaborando os instrumentos de coleta de dados. Era possível perceber que era uma proposta desses profissionais e não da equipe, já que eles fazem a maioria dos atendimentos em saúde mental.

O médico contou que em parceria com a outra médica estavam organizando o atendimento em saúde mental. Tem agora um projeto para mapear os casos de saúde mental da área de abrangência da unidade e assim iniciar intervenções. [...] achei a idéia ótima [...] estão se organizando melhor. (O1)

Independente das dificuldades administrativas e das limitações de espaço físico, os profissionais das equipes são dedicados em suas atividades, buscando obter resultados satisfatórios tanto para os usuários quanto para as equipes e serviço de saúde, mostrando o seu comprometimento com a proposta de trabalho.

6 Ações de saúde mental na ESF

Tendo o objetivo de avaliar as ações de saúde mental desenvolvidas por equipes da ESF, nesse capítulo apresento as categorias obtidas a partir da análise dos dados.

Considerando a Reforma Psiquiátrica Brasileira, em que a desinstitucionalização transformou as relações do cuidado em saúde mental, propondo novas alternativas de atenção com foco no sujeito em seu território, a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica, a partir da ESF, pode favorecer a consolidação da rede de cuidados em saúde mental, bem como a reinserção social do indivíduo em sofrimento psíquico.

Essas ações exigem dos profissionais de saúde um trabalho terapêutico voltado à pessoa, tendo presente que saúde mental significa apropriar-se ativamente da vida e da cidadania, ou seja, como afirma Rotelli, Leonardis e Mauri (1994) *“talvez não se ‘resolva’ por hora, não se ‘cure’ agora, mas, no entanto, seguramente se cuida”* (p.33).

6.1 Ações de saúde mental

A categoria ações de saúde mental apresenta as atividades desenvolvidas na ESF Pitoresca referentes à atenção em saúde mental no território e às condições para seu desenvolvimento nesse espaço.

Nessa categoria, também é discutida a saúde mental do trabalhador, pois entendo que as relações entre trabalhadores e usuários podem caracterizar-se como fontes de prazer e sofrimento, dependendo das condições em que o trabalho se organiza, ou seja, o alcance das ações de saúde mental podem ser procuradas e encontradas nas possibilidades de adaptação entre o que deve ser feito e o desejo dos trabalhadores.

Oliveira (2007) refere que a Reforma Psiquiátrica tem possibilitado a construção de um novo modelo de atenção em saúde mental que se orienta pelo psicossocial, na qual o sofrimento mental não é um fenômeno exclusivamente individual, mas que ocorre em pessoas que se relacionam, dando uma perspectiva sociocultural, política, biológica e psicológica para as intervenções de saúde.

No processo avaliativo, os profissionais da ESF Pitoresca utilizam diversas tecnologias em saúde para realizar ações de saúde mental.

O termo tecnologia freqüentemente era utilizado para determinar somente o conjunto de instrumentos materiais de trabalho. Especialmente em saúde, remetia à função técnica dos objetos materiais nos processos produtivos. Gonçalves (1994) apresenta uma nova concepção de tecnologia em saúde sendo o conjunto de saberes e instrumentos que expressam, nos processos de produção dos serviços de saúde, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social.

O conceito de tecnologia não se restringe apenas aos aspectos técnicos do trabalho, mas envolve diretamente as relações sociais de produção que se estabelecem nos processos de trabalho, que se concretizam no ato do trabalho em saúde.

Corroborando com o autor citado, Merhy (2007c) classifica três tipos de tecnologias envolvidas no trabalho em saúde: leve, que envolve as tecnologias das relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento; leve-dura, que é o caso dos saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia; e dura, que abrange os equipamentos tecnológicos como máquinas, normas, estruturas organizacionais.

As tecnologias leves caracterizam o trabalho vivo em ato, que é aquele que sofre influência real do trabalhador concreto e seu modo de utilizá-lo no ato produtivo, como é o caso do trabalho em saúde. O processo de trabalho em saúde pode ser caracterizado como trabalho vivo em ato que propicia autonomia aos profissionais (MERHY, 2002).

A ESF tem seu trabalho organizado a partir das tecnologias leves, pois está pautada nos princípios da integralidade, da qualidade, da equidade e da participação social e, mediante a adstrição da clientela estabelece vínculo com a população, possibilitando compromisso e a co-responsabilidade entre equipe e comunidade (BRASIL, 2004a).

O processo avaliativo evidenciou que as ações de saúde mental desenvolvidas na ESF Pitoresca são caracterizadas como tecnologias leve, leve-dura e dura, pois os entrevistados trazem o acolhimento, a escuta, o vínculo, a visita

domiciliar, as discussões de casos a consulta médica, a farmacologia e o grupo terapêutico como equipamentos utilizados na atenção em saúde mental.

Uma das principais ações desenvolvidas é o acolhimento que, apesar de não ser uma ação específica da área de saúde mental, muito favorece ao usuário em suas necessidades.

O acolhimento é entendido como uma prática de trabalho que busca garantir a escuta, a relação vincular, a responsabilização, a atenção resolutiva, a promoção da cidadania e a autonomização do usuário (OLIVEIRA; SILVA; TUNIN, 2002). Nessa ação espera-se a produção do encontro entre trabalhador e usuário, num momento íntimo de relação interpessoal e de troca mútua. A prática do acolhimento deve desencadear a prática da escuta, pois nesse momento o profissional volta-se ao usuário, sendo empático e afável.

O acolhimento é o estabelecimento de uma relação solidária e de confiança entre os profissionais e os usuários do sistema de saúde, sendo essencial ao processo de co-produção de saúde, atendendo aos princípios do SUS (BRASIL, 2005a).

[...] O suporte a gente sempre dá, o acolhimento tu sempre dá. [...] a gente vai ali no acolhimento, escuta. (P3)

[...] o acolhimento é feito sempre [...] durante o horário de trabalho existe o acolhimento [...] o atendimento rápido que eu digo é que a pessoa vem aqui e é atendida [...] mesmo se ela estiver em surto, se ela estiver precisando de uma medicação. (P7)

[...] primeiro a escuta [...] a gente faz as abordagens nas famílias [...] ou então [...] os familiares vêm direto aqui (na unidade) [...] quando o paciente está surtando [...] e aqui passa pelo acolhimento [...] que é feito com a enfermagem e o médico sempre faz uma escuta. (P8)

A prática do acolhimento é uma possibilidade de universalização do acesso, na medida em que todos são acolhidos pelo serviço. Está baseado na inversão da organização e do funcionamento do serviço, quando passa a ser usuário-centrada (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999). Nesse sentido, na ESF Pitoresca a prioridade no atendimento é a acolhida e a escuta ao usuário, mesmo que, aparentemente, não se possa ser resolutivo, mas os entrevistados apontam essas atividades como uma ação em saúde mental, pois avaliam que o aspecto relacional dessa intervenção

atende a uma necessidade de saúde daqueles que lá chegam, promovendo saúde mental de ambos: trabalhador e usuário.

No imaginário em saúde, acolher e ouvir, muitas vezes, não se caracterizam como cuidado em saúde e as equipes sentem-se como se não tivessem feito nada por aquele usuário, porque “apenas” o acolheram, não evidenciando sua ação como ato de saúde. O pressuposto dos profissionais, até mesmo pela formação hospitalocêntrica, é de que a centralidade do trabalho em saúde está nos procedimentos, exames e medicações adequados a cada patologia (CUNHA, 2005).

Na negociação, foi discutida a importância do acolhimento e da escuta em saúde mental. No momento em que foi exposto que essas tecnologias leves eram ações importantes em saúde mental no âmbito da ESF, muitos profissionais expressaram perplexidade. A partir do esclarecimento do valor da escuta e do acolhimento, concordaram que ambas as ações constituem-se em importantes estratégias de tratamento e de reinserção social, pois, no contexto do território, aparecem como ações importantes no estabelecimento do vínculo.

Assim, pode-se considerar o acolhimento e a escuta como ferramentas essenciais no trabalho em saúde, particularmente em saúde mental, quando se dá voz ao sofrimento do outro, propondo-se a auxiliá-lo na busca da resolução. Por isso, uma escuta qualificada faz a diferença na decisão da conduta adequada.

Especificamente na área de saúde mental, a escuta minimiza o problema, fazendo com que a pessoa tenha condições de refletir melhor sobre sua situação e tomar a melhor decisão.

A escuta não se limita somente ao que foi falado, mas também às lacunas do discurso, exigindo do profissional percepção para trabalhar sob esses silêncios. Além disso, para escutar é imprescindível conhecer quem se escuta, sobre o que fala e como fala (SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2006), envolvendo o vínculo entre trabalhador-usuário. Assim, a escuta é bastante valorizada e deve ser entendida como parte fundamental do cuidado em saúde mental.

Na ESF Pitoresca, o acolhimento é uma prática cotidiana, atendendo toda a demanda em saúde. Particularmente, nas ações de saúde mental os profissionais gostariam de ter mais tempo para desenvolver essa atividade, visto que essa área da saúde utiliza-se em muito essa tecnologia leve.

[...] é uma questão de saúde pouquinho complicada, que não é numa consulta que tu resolve, que não é num grupo, tem que ser uma coisa muito bem direcionada e tem que ser uma coisa forte, um trabalho forte em cima. (P7)

[...] Falta é tempo pra gente parar [...] e conversar [...] falta é tempo, espaço para gente [...] não dá tempo. Saúde mental tu tem que ter tempo [...] depois que começar a fazer o atendimento ali, não pode cortar no meio [...] e mandar o paciente embora. (P11)

A falta de tempo para acolhimento e escuta é avaliada pela rápida realização dessa atividade, uma vez que a demanda da unidade é grande e, as equipes buscam agilizar o atendimento bem como uma resolução imediata das solicitações dos usuários.

Talvez a questão da produtividade, exigida nos relatórios mensais encaminhados para as instâncias superiores, com relação à quantidade de atendimentos realizados, tenha influência no tempo gasto em cada acolhimento, pois é preciso alcançar a meta de atendimentos para que o trabalho seja considerado efetivo a partir de dados quantitativos.

Sabe-se que a possibilidade de a gerência controlar e regulamentar todo e qualquer trabalho possível e imaginável retira do trabalhador a responsabilidade pela criação autônoma no trabalho (CAMPOS, 2002). Ou seja, quando as regras e normas são rígidas, a autonomia do profissional é diminuída, tornando o processo de trabalho engessado. A questão não é desvalorizar a produtividade quantitativa do trabalho, mas é não organizar o trabalho exclusivamente em função dessa produtividade, como se esse item garantisse qualidade em saúde.

A autonomia do trabalho vivo em ato, no caso da saúde, é bem ampla; portanto “capturar” globalmente o autogoverno nas práticas de saúde é muito difícil, se não impossível pela própria natureza do trabalho em saúde. Assim, na micropolítica do processo de trabalho em saúde não cabe a noção de impotência, pois se o processo de trabalho está sempre aberto ao trabalho vivo em ato, é porque ele pode ser sempre “atravessado” por diferentes lógicas de trabalho (MERHY, 2002).

Com isso, os profissionais da ESF Pitoresca têm autogoverno para reorganizar seu processo de trabalho, pautados no trabalho vivo em ato, readequando a questão do tempo de cada acolhimento. Sempre que julgarem que um usuário necessita mais tempo naquele atendimento, eles podem fazê-lo e,

estarão desenvolvendo ações de saúde mental e proporcionando novos espaços de organização e resistência ao modo asilar, possibilitando avanços e mudanças para uma prática de atenção psicossocial e consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

É importante ter a consciência de que, conforme aponta Campos (2002), o trabalho em saúde para ser eficaz e resolutivo dependerá sempre de certa autonomia dos responsáveis pelas ações em saúde, ou seja, os profissionais.

O acolhimento, especialmente quando se fala em serviços no território, está diretamente relacionado ao estabelecimento do vínculo, que é outra ação de saúde mental desenvolvida no contexto estudado.

[...] as pessoas com o tempo começam a ter confiança na gente e nos passar os problemas. (P6)

[...] Ela vem aqui, é atendida, a gente muitas vezes retorna na [...] família [...] na casa do paciente [...] está sempre tendo um olhar em cima [...] e tenta preservar o vínculo com o posto. (P8)

Dona A, que participa do grupo de saúde mental veio ao posto hoje pela manhã. Veio sozinha para marcar consulta para a irmã e a neta. Ela é bem recebida pela equipe, sendo chamada pelo nome. (O4)

O vínculo refere-se a uma relação de plena confiança, permeada pela responsabilização e pelo compromisso. O vínculo traz consigo a idéia do usuário enquanto sujeito autônomo, que participa ativamente do processo de saúde. E assim têm-se dois enfoques: o do profissional e o do usuário, que juntos são responsáveis pela produção do cuidado (MERHY, 1994).

A partir do vínculo se assume um compromisso com o problema do usuário, envolvendo responsabilização no cuidado em saúde. Quando o usuário entra no sistema de saúde, pela atenção básica, ele passa a ser de responsabilidade daquela equipe, que conjuntamente com ele, o acompanha na promoção de sua saúde. É a responsabilidade mútua entre equipe e usuário.

O vínculo se estabelece a partir do momento em que o usuário encontra na equipe uma ajuda concreta para sua necessidade e, essa, por sua vez, acredita na possibilidade de um desfecho positivo. O vínculo é terapêutico quando propicia espaços de produção de sujeitos autônomos, trabalhador e usuário, buscando eficácia no cuidado em saúde (CAMPOS, 1994).

Essas tecnologias em saúde: acolhimento, escuta e vínculo, permitem aumentar o grau de autonomia do usuário, auxiliando-o a ser cada vez mais determinante no seu modo de andar a vida (MERHY, 1994).

Na saúde mental caracterizam-se como ações preponderantes para as intervenções, sendo equipamentos estratégicos para o cuidado no território, permitindo uma “intimidade terapêutica” no sentido do trabalhador estar aberto à escuta das necessidades de saúde do usuário, numa postura mais acolhedora.

As tecnologias relacionais vão ao encontro da reinserção social proposta pela Reforma Psiquiátrica, estimulando o usuário na retomada de sua vida com autonomia, valorizando sua cidadania, fortalecendo a capacidade de conhecer o outro a partir de seus desejos e necessidades, possibilitando a desmistificação da loucura como incapacitante, trazendo para o foco o sujeito.

Outra ação de saúde mental avaliada pelas equipes é a visita domiciliar. A visita domiciliar não é uma prática nova no campo da saúde, mas na atualidade aparece como prática inovadora, pois facilita o acesso ao serviço bem como às ações de saúde, respondendo às necessidades dos usuários por meio do acolhimento e do vínculo, sendo um instrumento que busca o fortalecimento das mudanças propostas para a atenção básica (MANDÚ *et al*, 2008).

[...] fazer uma boa VD, olhar o ambiente do paciente. (P1)

[...] se precisar a gente vai atrás também, faz visita. (P10)

[...] aqui é discutido todos os casos, são atendidos, a gente faz visita. (P13)

A utilização da visita domiciliar como uma ferramenta de cuidado envolve os diferentes profissionais da equipe bem como a família e o usuário. Abrange ações desde a promoção até a recuperação da saúde, englobando mais do que o fornecimento de um tratamento padrão (LACERDA *et al*, 2006). A estratégia da visita domiciliar propicia o fortalecimento do vínculo entre o serviço e a comunidade, se caracterizando como aspecto positivo no cuidado integral, possibilitando conhecer a realidade das condições sócio-econômicas e das relações no ambiente familiar (COIMBRA, 2007).

Entrar na casa das pessoas, observar hábitos, relações, rotinas pode ser importante para planejar e executar ações sanitárias. É importante respeitar a individualidade da família bem como os objetivos do projeto terapêutico traçado para fortalecer o vínculo estabelecido entre serviço e família (ABRAHÃO; LAGRANGE, 2007).

A visita domiciliar na ESF Pitoresca é com maior frequência realizada pelo agente comunitário de saúde, pois além de ser uma atividade inerente ao seu trabalho, é esse profissional que vive na comunidade e, portanto, transita no território com maior facilidade e acesso à comunidade, sendo “porta de entrada” para os demais profissionais das equipes.

Durante as visitas, aos usuários com transtorno mental, os agentes de saúde conhecem as condições de saúde do usuário e sua família e, por meio do questionamento do uso da medicação psicotrópica buscam iniciar uma interlocução sobre as questões de saúde mental.

Não se pode deixar de destacar a importância de não reduzir a visita domiciliar em saúde mental ao simples acompanhamento do uso de medicação psicotrópica, devendo essa estar direcionada sempre para a integralidade do cuidado à saúde e abordando as demais questões que envolvem a vida cotidiana.

A VD enquanto uma ação de saúde mental possibilita uma interação mais efetiva entre os atores envolvidos, aparecendo como um instrumento que pode facilitar a assistência integral ao usuário, assim como, o cuidado à família. Concretizando-se, desse modo, numa estratégia eficaz para conhecer a organização das atividades cotidianas dos usuários e familiares e realizar uma intervenção mais próxima da realidade (OLIVEIRA, 2001).

Outra questão avaliada como ação de saúde mental é a discussão de casos dos usuários com sofrimento psíquico no cotidiano do trabalho da equipe; espaços no qual cada profissional apresenta seu ponto de vista e, juntos, decidem por estratégias de cuidado a essas pessoas.

[...] a gente passa o caso [...] aí é discutido ali e a gente já vê o que vai fazer. (P4)

[...] a discussão de caso que não deixa de ser um apoio para os pacientes, que a gente está preocupado, está discutindo, está levando, está resolvendo. (P12)

[...] discute em reunião de equipe, aquela coisa toda, aí já passa, a gente já conversa. (P14)

Na cozinha, falei do caso que vamos atender amanhã. Ele (médico) até lembrou que podemos passar o caso para a equipe do São Pedro, para agilizar. (O17)

As discussões de casos acontecem em diferentes momentos do trabalho, buscando a troca de informações para planejar intervenções de promoção de saúde mental. No dia-a-dia: nas consultas, nas conversas informais no horário do lanche, no acolhimento, na recepção, de diferentes modos e oportunidades a equipe da ESF Pitoresca conversa e organiza ações de saúde mental, tendo na discussão das idéias, das impressões sobre os usuários e sua família recursos para pensar, inventar e transformar o cuidado aos indivíduos com sintomas psiquiátricos.

Nas reuniões de equipe, essa discussão é mais socializada com todos os profissionais, tendo formalmente um espaço de pauta intitulado “famílias-problemas”, abrangendo não só os casos de saúde mental como todos considerados “problemáticos”, ou seja, àqueles nos quais são identificados questões de dificuldades de abordagem e aproximação do usuário e/ou da família, desorganização das atividades da vida diária tais como não ter recursos para alimentação, para levar ao médico, para comprar medicação, não ter familiar ou alguma rede de apoio, não aderir ao tratamento indicado, estar apresentando sintomas de crise, entre outros.

Essa discussão conjunta das equipes propicia a reflexão acerca dos conceitos de saúde e doença mental bem como novas possibilidades de ações de saúde mental junto a essas pessoas em sofrimento psíquico no território.

Na discussão do caso é levada em consideração a história familiar e de vida de cada usuário, singularizando sua existência. Cada profissional contribui com alguma informação para a definição da melhor conduta para cada caso. Por exemplo, o ACS relata como foi a visita domiciliar, o técnico em enfermagem traz o relato do acolhimento, a enfermeira e o médico comentam sobre as consultas e a equipe passa a conhecer o caso de um modo mais integral, o que possibilita diferentes idéias e olhares para a atenção em saúde.

Por isso, ter espaços para reflexão das intervenções possíveis e necessárias é uma importante ação de saúde mental, pois é no coletivo que produzimos no outro possibilidades de viver com mais dignidade, permitindo que o agir trabalhador esteja

aberto para modificar seu processo de trabalho e aprendendo com o próprio fazer do outro, um fazer compromissado com a produção de relações vivificados que vêm no outro um sujeito fundamental (MERHY, 2007a).

O momento da discussão do caso provoca também a co-responsabilização da equipe com seus usuários, propondo mudança nos profissionais, novas configurações no trabalho e construindo novos valores, uma cultura e comportamento pautados pela solidariedade, cidadania e humanização da assistência. Assim, o trabalho em saúde vai estar ligado a uma “face humanitária”, dando sentido à produção do acolhimento, da responsabilização e do vínculo, implicando na construção de uma nova postura dos profissionais ante os usuários e operando no trabalho vivo em ato a produção de relações, tão fundamentais para o trabalho em saúde (FRANCO; MERHY, 2007).

A consulta médica também se constitui em ação importante no âmbito da saúde mental. O momento da consulta, assim como o acolhimento, é um importante dispositivo para a escuta das necessidades do usuário.

Esse espaço de encontro entre trabalhador e usuário fortalece os laços vinculares, na medida em que valoriza e permite a expressão do sofrimento, das necessidades, das dúvidas e dos afetos, “no sentido de passarem a ter seu trabalho determinado pelo uso de tecnologias leves, que operam em relações intercessoras entre trabalhador-usuário” (FRANCO; MERHY, 2007, p.121). É um local no qual o usuário tem a liberdade de expor seus anseios e desejos, suas necessidades de saúde, confiando e sentindo que é cuidado. Essa ação produz alívio e a sensação de resolutividade frente às suas demandas.

Na consulta se utiliza o acolhimento enquanto uma técnica, que gera procedimentos e ações organizadas que facilitam a escuta, a análise, a avaliação do risco e a oferta de soluções ou alternativas aos problemas apresentados (SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2006). O aspecto relacional que permeia a consulta é importante na reabilitação psicossocial do usuário, pois nesse espaço é possível desenvolver melhor a questão da “reconquista” da vida, retomando a cidadania do usuário.

[...] é o acompanhamento com o médico [...] que o médico vai acompanhando. (P4)

[...] e na medida do possível a gente ou passa para a consulta médica ou agenda um horário [...] e às vezes eu passo para a enfermeira conversar [...] coisas mais complicadas que exigem um pouco mais da pessoa. (P5)

[...] ele (médico) tenta ver o que ele pode fazer [...] e orienta a marcar uma consulta para essa pessoa, para vir até ele e conversar com ele. (P9)

A consulta deve ser uma ação clínica, norteadada pela idéia de encontro e atenção à necessidade de saúde apresentada, se constituindo num dispositivo de cuidado. É importante atentar que a consulta médica hegemonicamente, é um procedimento centrado no profissional médico que prescreve uma intervenção.

Na ESF Pitoresca a consulta médica de saúde mental está muito relacionada com a questão da farmacologia, ou seja, o ato da renovação da receita dos psicofármacos. Não resta dúvida que uma boa clínica, a qual identifica e avalia sintomas que orientam uma conduta terapêutica são fundamentais no trabalho em saúde.

Deve-se atentar, no entanto, ao fato de não reduzir a consulta médica à simples renovação da prescrição de medicamentos e tratamento. Os profissionais que realizam a consulta na ESF Pitoresca devem buscar construir espaços de troca e de produção de saúde, colocando a doença entre parênteses e propiciando um contato que rompe com a estrutura simplificada de diagnosticar e prescrever. O que se quer em qualquer ação de saúde é dar atenção, acolher, considerar e escutar atentamente uma pessoa que não está reduzida à sua doença, ou seja, uma clínica ampliada.

Outro aspecto que interfere nesse processo de consulta médica refere-se ao núcleo de competência desse profissional. O conceito de núcleo de competência, conforme Campos (2000), é entendido como uma aglutinação de conhecimentos e a conformação de um padrão concreto de compromisso com a produção de valores de uso, demarcando uma área de saber e de prática profissional.

Talvez o profissional médico considere que as consultas e a renovação das receitas controladas sejam as ações de saúde mental que ele pode oferecer aos usuários que buscam sua ajuda. Com isso, estaria realizando as ações que define como de sua competência, ou seja, diagnosticar e tratar, simplificando sua ação de saúde mental a uma prática linear de causa e efeito. No modo psicossocial busca-se um saber prático, uma proposta menos autoritária e limitante que relaciona

diferentes espaços e interpretações, promovendo novas relações com a doença mental, considerando sua complexidade, autonomia e cidadania (OLSCHOWSKY, 2001)

Na ESF Pitoresca, a partir da realização dos estágios dos alunos de graduação em Enfermagem, a área médica teve a iniciativa de mapear os usuários da saúde mental, definindo que isso seria feito por meio da renovação de receitas. Foi organizado um instrumento de coleta de dados sobre a situação do usuário, contendo informações sobre uso de medicamento, internações e a utilização dos outros serviços de saúde além da ESF Pitoresca. Para a aplicação do instrumento, todos os profissionais da equipe foram envolvidos, ou seja, quando o usuário chegava para consulta, acolhimento, realização de curativos, recebia visita domiciliar era conjuntamente feito os questionamentos previstos.

[...] Porque agora o X e a Y (médicos) organizaram aquele livro, estão organizando, todo um trabalho em cima. (P2)

Após a reunião, o médico e eu conversamos mais um pouco sobre o instrumento, trocamos idéias e fomos aplicar o primeiro questionário junto ao prontuário, e vimos que haviam coisas para serem melhoradas. Trocamos mais idéias e resolvemos que a aplicação diretamente com o usuário seria mais fácil do que a consulta ao prontuário. (O4)

Perguntei sobre a reorganização da saúde mental. Ele (médico) disse que agora vão imprimir as folhas e apresentar novamente para a equipe. Querem fazer uma “mini capacitação” com a equipe para todos auxiliarem na coleta dos dados. (O17)

As consultas e as discussões de caso podem ser caracterizadas como tecnologias leve-duras, porque além do aspecto relacional, envolvem os conhecimentos adquiridos pelos profissionais.

É preciso valorizar o conjunto de opções terapêuticas disponíveis, dando um valor às tecnologias leves em saúde, pois promovem um encontro entre o profissional e usuário, reconhecendo a existência de um processo singular que facilita a descoberta da responsabilidade da intervenção que persegue a produção de cuidado (MERHY, 2007b).

Assim, nas ações de saúde mental o vínculo, por meio do encontro com o profissional, é essencial na promoção de resultados que ampliem a vida dos

usuários em sofrimento psíquico, pois escutando, acolhendo, interagindo estaremos construindo novas relações e novas formas de atenção em saúde mental.

Na ESF Pitoresca é realizado o Grupo Evolução, um grupo terapêutico que ocorre mensalmente, do qual participam cerca de dez usuários da saúde mental acompanhados de um familiar, avaliado como uma outra ação de saúde mental.

Essa atividade iniciou em dezembro 2007, por iniciativa de uma médica que compunha a equipe anteriormente e pela professora enfermeira da área de saúde mental da UFRGS, que desenvolve estágio curricular na ESF Pitoresca. Atualmente o grupo é coordenado pela professora, tendo ainda a participação de dois agentes comunitários de saúde, dois mestrandos e acadêmicos de graduação. É uma ação de extensão universitária que tem efetivado o processo de integração docente assistencial, possibilitando a construção de espaços de reabilitação psicossocial no território e, fomentado ações para diminuir o preconceito e segregação das pessoas com diagnóstico de doença mental.

O grupo tem como objetivo atuar conjuntamente com equipe, usuários e familiares de indivíduos com transtorno mental severo, buscando a inserção social, a manutenção da desinstitucionalização, o estabelecimento de vínculo e acolhimento das demandas da vivência com o sofrimento psíquico.

Apesar de não participarem do grupo, os profissionais da ESF Pitoresca entendem essa atividade como uma ação que contribui no atendimento em saúde mental.

[...] é uma forma de dividir suas dúvidas, ou as suas certezas, ou as suas mazelas, as coisas da sua vida e da sua doença, [...], o sofrimento psíquico. (P1)

[...] eu achei maravilhoso! Eu nunca participei de nenhum [...] mas o fato deles estarem vindo, coisa que a gente nunca teve aqui antes [...] Eu achei super importante [...] e o último grupo que eles fizeram aqui do lado eu achei bem legal, eles participam e gostam [...] Achei bem interessante, acho que é um grupo que tinha que se firmar. (P5)

[...] lá é o momento deles conversarem entre si, cada um, trocar entre si, é um outro tipo de intervenção. (P12)

Ao nascer o homem é incluído no grupo familiar, iniciando sua participação na atividade grupal (ZIMERMAN, 1997b). Ao longo da vida, é incluído em vários grupos,

seja por vontade própria, por necessidade ou por imposição. A inserção nos diferentes grupos tem distintas repercussões na vida da pessoa.

A participação em um grupo interfere na estruturação das convicções dos participantes bem como no desenvolvimento de suas capacidades (CARLOS, 1998). Ao participar de um grupo, a pessoa expõe seu modo de pensar e viver a vida, estando aberta ou não às novas construções que emergem do grupo.

Os grupos terapêuticos também têm sua vertente sócio-educativa. Muitos dos usuários que participam do Grupo Evolução pouco saem de casa, e os temas abordados nesse espaço, escolhidos pelos participantes, versam sobre a vida cotidiana e, também sobre a doença mental e a medicação que utilizam.

Hoje falamos sobre como cada um havia passado o mês e iniciamos a leitura do material distribuído no grupo anterior sobre esquizofrenia. Quando comentamos sobre a crise, um usuário disse que o que acontecia na crise era um “excesso de loucura”. Achei interessante essa maneira de descrever a crise. (O8)

A utilização do grupo terapêutico como equipamento de atenção em saúde mental e de reinserção social aparece como um dispositivo estratégico de ação de saúde mental, pois por meio da socialização, da fala, da convivência tem propiciado encontros em que há comunicação, participação promovendo conhecimento, confiança, novas relações com o outro e com o espaço do território. O Grupo Evolução tem dado visibilidade para a ESF Pitoresca que os seus participantes são pessoas capazes, autônomas, que convivem naquele espaço da cidade. É uma atividade que reinventa a vida em seu aspecto mais cotidiano, pois é do cotidiano, principalmente, que se encontram privados os chamados doentes mentais (SARACENO, 1996).

Os entrevistados avaliam que acolhimento, escuta, vínculo, visita domiciliar, discussão de casos, consulta médica e o Grupo Evolução são ações de saúde mental desenvolvidas na ESF Pitoresca. Avalio que essas equipes, dentro das propostas de atenção em saúde mental no território, utilizam diferentes recursos e modos de agir junto aos indivíduos em sofrimento psíquico o que tem possibilitado a construção de uma nova prática que convive com pessoas consideradas diferentes, mas que são sujeitos com direitos e com deveres.

Saliento ainda a importância de não se restringir somente a essas ações já desenvolvidas, pois novas necessidades de saúde e novos encontros surgem e constroem as ações de saúde mental, pautadas na diretriz da integralidade.

Outra questão avaliada é a inclusão de ações de saúde mental na ESF, para a qual há uma orientação de implantação do apoio matricial, que tem como objetivo oferecer uma retaguarda assistencial bem como orientações técnicas às equipes de referência. Essa ação é pautada no vínculo terapêutico das equipes, co-responsabilização dos casos, favorecendo um acompanhamento mais intensificado de casos urgentes e crônicos, por meio da troca de informações, construção e compartilhamento de diferentes recursos, pessoas e idéias para atenção em saúde mental.

Apesar de não conhecerem a proposta oficial de inclusão das ações de saúde mental na atenção básica a partir da ESF, os profissionais têm idéia de como deveria ser organizado o trabalho nesse sentido.

[...] Eu acho que teria que ser por bairro, bem assim mesmo sabe. Uma equipe, como se fosse um PSF só de saúde mental, atendendo só moradores do Partenon ou só os usuários do São Carlos, da Pitoresca [...]. Eu acho, para resolver só assim. (P4)

[...] acho que teria que ter pelo menos na gerência um local onde a gente conseguisse encaminhar [...] eu acho que deveria ser uma equipe multidisciplinar, mas voltados todos para saúde mental. (P5)

[...] tem que ter um vínculo aberto para tu poder discutir um caso, saber o que está acontecendo e uma referência [...] Ele sempre vai ficar aqui, o paciente sempre vai ser atendido nessa unidade, mas ele vai e volta, pelo menos uma avaliação do especialista para a gente ter uma idéia. (P12)

Na negociação foi apresentada às equipes da ESF Pitoresca a proposta ministerial de inclusão das ações de saúde mental na atenção básica, buscando o caráter formativo do processo avaliativo. Assim, após esclarecimento e discussão das estratégias previstas no documento apresentado, os profissionais visualizaram o apoio matricial como uma forma de acompanhamento e orientação que facilitaria a realização das ações de saúde mental em seu território, contemplando a promoção da saúde.

Mas quem seria essa equipe de apoio matricial naquele espaço? Todos os entrevistados avaliaram que deveria ser uma equipe multidisciplinar, composta por profissionais com formação em saúde mental.

Identificaram também que os residentes do Programa de Residência Integrada em Saúde poderiam ser considerados como apoio matricial. Na medida em que houve aprofundamento dessa discussão, ou seja, sua sofisticação, avaliaram pelo fato desse grupo não ser vinculado à prefeitura bem como apresentarem uma participação transitória relacionada ao período de residência haveria uma dificuldade na construção do vínculo necessário para o apoio matricial. Os profissionais consideram a residência como um espaço de aprendizado e, em muitos momentos, tem sido organizada conforme interesse e disponibilidade desses residentes, o que tem prejudicado a continuidade e o compromisso com a ESF Pitoresca, pois há um privilégio para o ensino em detrimento de ações de apoio no cuidado em saúde mental, o que repercute no compartilhamento da responsabilidade.

A equipe identifica a equipe de residentes do São Pedro como sua equipe matricial, porém é uma lógica que não funciona, pois nem sempre vem equipes “boas” de residentes. [...] A equipe coloca que os residentes do São Pedro não deveriam ser esse apoio matricial, pois mudam todo ano além da residência ser um espaço de aprendizagem. (N)

Após essa discussão, os profissionais avaliaram a necessidade da coordenação de saúde mental do município, oferecer apoio matricial tendo pelo menos uma equipe especializada que atenda às unidades básicas de saúde e de saúde da família da gerência distrital Lomba do Pinheiro/Partenon.

Há uma equipe de saúde mental da gerência, mas que não atende a demanda da ESF Pitoresca porque entendem que o Programa de Residência Integrada em Saúde deveria atender às questões de saúde mental dessa região. Como apontado anteriormente esse programa não tem funcionado sob a lógica do matriciamento.

[...] A equipe de saúde mental que funciona dentro [...] do nosso Partenon [...] ela não nos pertence, ela é pra atender a Lomba. [...] Eu acho que tinha que ter, uma equipe de referência em saúde

mental dentro do distrito, próximo ao menos [...] como aqui [...] na Tobias Barreto uma equipe de saúde mental, que essa que não é para nós, que é para atender a outros. (P2)

A equipe de apoio matricial deveria ser a da Tobias Barreto, que é a gerência a qual pertence à Pitoresca. (N)

Dessa forma, as equipes avaliam que não contam com apoio matricial, mas gostariam que a equipe que existe na gerência assumisse a responsabilidade da atenção em saúde mental nesse território.

A Política Municipal de Saúde Mental (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2008) (Anexo C) não prevê a implementação de equipes de apoio matricial, tendo três eixos de direcionamento: qualificação da atenção básica, ampliação da rede de serviços especializados, promoção e desenvolvimento da intersetorialidade.

Há um direcionamento para a constituição de equipes de saúde mental nas gerências distritais, tendo na lógica da referência e contra-referência e interconsultas como dispositivos para as intervenções junto à atenção básica. Esse modo de funcionamento contrapõe-se à idéia de matriciamento, pois não há por parte dos profissionais envolvidos uma co-responsabilização dos casos, ou seja, cada um faz a sua parte no seu local de ação e não se comunicam e partilham o cuidado em saúde mental que busca uma ação de saúde mais integral.

A transformação dessas equipes especializadas em equipes matriciais propiciaria uma maior qualidade nas ações de saúde mental na ESF, uma vez que os profissionais conjuntamente conheceriam e discutiriam os casos, trazendo as especificidades e a subjetividade de cada intervenção. Outra questão relacionada ao matriciamento refere-se à educação permanente em serviço que pela proximidade e compartilhamento das ações de saúde mental, facilitariam a identificação das necessidades de aprendizado a partir da experiência vivida no território.

A saúde mental do trabalhador foi incluída nessa categoria porque se considera que somente é possível desenvolver ações de saúde mental quando se cuida da saúde mental dos profissionais responsáveis por essas ações.

A qualidade da assistência está diretamente relacionada à saúde dos trabalhadores que a realizam (COIMBRA *et al*, 2005). Por isso, cuidar da saúde mental do trabalhador é uma ação de saúde mental, pois a sensação de prazer com o trabalho produz bem-estar e motivação, o que repercute nas intervenções do dia-

a-dia e, pode possibilitar a realização de um trabalho mais positivo. As ações de saúde mental preconizam o encontro com o outro e, o trabalhador cuidado vai poder produzir uma atenção mais criativa, afetiva e efetiva junto aos usuários que demandam sua intervenção.

O trabalho ocupa lugar fundamental na vida das pessoas, não somente porque é destinado a esse fim mais da metade do tempo em que nos encontramos acordados, mas também porque é a principal fonte de inserção econômica, permitindo a satisfação de necessidades psicossociais, que envolvem status, prestígio, relações interpessoais, apoio social, desenvolvimento pessoal, auto-estima, entre outros (ALVARADO, 2006). Da mesma forma que o trabalho se caracteriza como atividade de prazer, ele também pode ser um fator desencadeador de sofrimento psíquico.

O sofrimento psíquico é constituído por vários aspectos: história familiar, experiência de vida individual e coletiva, história biológica e, também, pelo trabalho. Mas, ainda persiste a idéia de que o trabalho não tem correlação com o sofrimento psíquico, sendo esse exclusivamente determinado por questões pessoais, que devem ser tratadas depois da jornada de trabalho (BORSOI, 2007).

A dificuldade de perceber a influência do trabalho na vida das pessoas ainda é grande. É importante, compreender o trabalho em seus aspectos objetivos e subjetivos, que interferem na qualidade de vida.

Os profissionais da ESF Pitoresca avaliam que não são consideradas as suas necessidades de cuidado enquanto trabalhadores que também sofrem com sua atividade.

[...] porque a nossa saúde mental está abalada, nós não vamos ter para onde ir. (P2)

[...] nós temos saúde mental? Não temos. Pois é, e quem nos acolhe em saúde mental? [...] nós aqui, no posto, não temos nenhum tipo de acolhimento de parte nenhuma. [...] eu acho que nós precisamos também de um suporte muito bom de saúde mental. Aliás todo profissional de saúde precisa. (P3)

[...] acaba acarretando tudo e eu não sei [...] tirar isso de mim, os meus problemas mais os problemas das pessoas, aquilo ali vai me... acumulando. (P9)

A saúde mental do trabalhador: quem cuida do cuidador? Existe esse espaço de cuidado à saúde mental do trabalhador? Todos afirmam

que não. Cada um se vira como pode, com plano de saúde particular, com assistência psicológica. (N)

Quando essa questão foi abordada durante a negociação, lembraram que, em anos anteriores, os residentes do Programa de Residência Integral em Saúde Mental realizavam um momento de escuta junto aos ACS e, também educação em serviço, que os auxiliava concretamente nas ações de saúde mental. Essa atividade não era extensiva a toda equipe e nem uma proposta sistematizada e contínua junto aos profissionais.

A preocupação com o desgaste no trabalho encontra-se descrita na III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, em que é apontada a necessidade de uma política adequada de recursos humanos que considere a importância do trabalhador de saúde mental na produção dos atos de cuidar e privilegie a dimensão subjetiva, humanizante e solidária, não aceitando condições indignas e precárias (BRASIL, 2002).

Entendo que o trabalho na ESF exige dos profissionais um olhar ampliado da saúde, em que a oferta de acolhimento e de si é uma necessidade constante que ocasiona nesses trabalhadores uma tensão, pois é na relação com o outro que criam e inventam seu trabalho.

Ferreira e Mendes (2001) colocam que o prazer é vivenciado quando o trabalho favorece a valorização e o reconhecimento profissional, especialmente pela realização de uma tarefa significativa e importante para a organização e a sociedade. A forma como o trabalho é realizado permite (ou não) uma percepção significativa, influenciando o sentido particular que ela assume para cada sujeito, emergindo vivências de prazer e de sofrimento.

É nesse sentido que a saúde mental do trabalhador deve ser considerada, pois ao ouvir e escutar esse profissional há acolhida e alívio de suas dúvidas e anseios, refletindo na organização e realização de seu trabalho, possibilitando assim a sensação de bem-estar e trabalho produtivo.

A própria organização do serviço pode gerar sofrimento aos trabalhadores, quando há normas rígidas e exigências constantes.

A enfermeira fala que a entrega da produtividade é até amanhã. (O4)

A Sollus sollicita programação para o dia das mães. [...] Toda semana há demandas do tipo relatórios, documentos, solicitações, que devem ser entregues nos prazos. (O9)

Glanzner (2008) refere que o trabalho não pode ser entendido como realizado por pessoas sem identidade, sem história; instrumentos para atingir a sua finalidade. Essa concepção torna o trabalho um espaço pobre, bruto, penoso, levando a vivenciá-lo como uma atividade tensa, rotineira, sem prazer, o que pode levar ao sofrimento e prejuízo da saúde mental do trabalhador.

Dejours esclarece que:

Entre o homem e a organização prescrita para a realização do trabalho, existe, às vezes, um espaço de liberdade que autoriza uma negociação, invenções e ações de modulação do modo operatório, isto é, uma invenção do operador sobre a própria organização do trabalho, para adaptá-la às suas necessidades, e mesmo para torná-la mais congruente com seu desejo. Logo que esta negociação é conduzida a seu último limite, e que a relação homem-organização do trabalho fica bloqueada, começa o domínio do sofrimento – e da luta contra o sofrimento (DEJOURS, 1987, p. 15; 1994).

Na problematização do trabalho os profissionais da ESF Pitoresca vivenciam sofrimento e prazer, pois essa vivência articulada às exigências da organização das atividades cotidianas aparece como fator de risco para o aparecimento do sofrimento e ameaça à saúde mental do trabalhador.

É na organização do trabalho – entendida como divisão de tarefas e, sobretudo, divisão entre os homens para manutenção das tarefas representadas pelas hierarquias, responsabilidades e sistema de controles – que devem ser procuradas as forças que empurram os sujeitos em direção ao sofrimento ou ao prazer no trabalho (DEJOURS, 1992).

Nesse sentido, as ações de saúde mental realizadas na ESF Pitoresca devem ser consideradas na sua dimensão organizacional e nas relações sociais ali estabelecidas, devendo ser aproveitadas como um espaço em que a subjetividade e os desejos aparecem como centrais na produção do prazer ou sofrimento. Essas ações configuram-se como um trabalho coletivo que busca a promoção da saúde e requer também pensar no cuidado do trabalhador, pois quando esse sofre terá dificuldades para ser continente com o sofrimento do outro.

Quanto menor a autonomia do profissional na organização de suas atividades, maior é a possibilidade do trabalho gerar sofrimento psíquico (GLINA *et al*, 2001).

É necessário pensar sobre a existência de um espaço de escuta para esses profissionais, mas também é importante refletir sobre o processo de trabalho instituído na ESF Pitoresca, uma vez que essa atividade é condicionada por uma realidade complexa, influenciando e influenciada pelas questões técnicas, pelas relações entre equipe, usuários, familiares e comunidade que vão constituir e condicionar as ações de saúde mental que tem a intenção de promover a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial.

Assim, a saúde mental do trabalhador deve ser entendida como uma ação de saúde mental na ESF, porque só consegue cuidar quem é cuidado, quem consegue sentir-se valorizado em sua subjetividade, fazendo a diferença nas ações que realiza no seu trabalho.

6.2 Facilidades para desenvolver ações de saúde mental

Nesta categoria apresentamos as facilidades avaliadas pelos profissionais para desenvolver ações de saúde mental no território.

Conforme mencionado anteriormente, a ESF Pitoresca é espaço de ensino-aprendizagem para alunos do curso de graduação em Enfermagem da UFRGS e para os residentes do Programa de Residência Integrada em Saúde, ênfase em Saúde Mental Coletiva. Como ambos os estágios são em saúde mental, os profissionais das equipes os avaliam como apoios no desenvolvimento das ações de saúde mental.

Os alunos da graduação em enfermagem cursam o quinto semestre e realizam suas atividades na ESF Pitoresca nas quintas-feiras e sextas-feiras, durante o turno da tarde. A partir da discussão de casos nas reuniões de equipe são demandados a esses estagiários a realização de visitas domiciliares e consultas de enfermagem na unidade com usuários em sofrimento psíquico.

Essas atividades ocorrem integradas com o envolvimento das equipes e, a primeira visita ou contato sempre acontece com a participação de um agente

comunitário de saúde, buscando facilitar a aproximação e iniciar vínculo necessário para a atenção em saúde mental.

Do mesmo modo que as demandas dos casos ocorrem nas reuniões de equipe realizadas nas quintas-feiras à tarde, os estagiários e a professora retornam as informações e as ações realizadas frente às solicitações. Isso tem se caracterizado como uma ação conjunta de saúde mental realizada na ESF Pitoresca.

[...] eu acho excelente o trabalho que eles fazem [...] eles são interessados, eles fazem visitas, eles participam da reunião, eles discutem casos [...] fazem grupos, eu acho que o trabalho é excelente, está muito bem focado mesmo. (P7)

[...] eu acho que eles são bem interessados, eles fazem um trabalho bem importante [...] eles se interessam pelo paciente [...] se preocupam com a população [...] aquele paciente pode estar com [...] risco de suicídio [...] marcam um horário, sempre se dispuseram a tudo [...] Eu acho que sim, que é uma ótima ajuda, eles também aprendem, nós aprendemos também, mas eu acho que é uma importante ajuda que a gente tem do pessoal da UFRGS, porque olha a psicoterapia que eles fazem com esses pacientes, e a gente sabe que tem resultado [...] Eles conseguem fazer também que a gente se interaja um pouco mais com a população, porque eles trazem informações para gente [...] Então acho que é muito importante e de grande valia [...] É mais uma mãozinha que a gente tem para [...] tentar na saúde mental sair alguma coisa. (P12)

[...] já teve dois pacientes [...] que ela (professora) assistiu durante todo o tempo que os estagiários estiveram aqui, eles iam sempre nas sextas-feiras [...] na casa e tudo. [...] os pacientes adoravam eles [...] muito bom. (P13)

A aproximação entre a teoria e a prática promove espaço de interlocução entre os acadêmicos e os profissionais, propiciando a troca de experiências e informações, buscando a melhoria da qualidade do atendimento ofertado à comunidade.

Essa aproximação da universidade com a ESF Pitoresca tem potencializado a integralidade da atenção em saúde mental, pois por meio da troca de informações, dos saberes e dos fazeres conseguem promover diferentes modos e ações junto aos indivíduos em sofrimento psíquico. Ao mesmo tempo, essa articulação entre ensino e serviço tem possibilitado a discussão das ações de saúde mental realizadas em conjunto, gerando aprendizado e suscitando espaços de promoção de saúde.

Do mesmo modo, essa experiência é percebida como parceria no trabalho realizado na ESF Pitoresca, pois a experiência prática dos alunos tem auxiliado nas atividades realizadas pelas equipes e despertado o interesse pelas ações de saúde mental.

O Programa de Residência Integrada em Saúde, ênfase em Saúde Mental Coletiva é desenvolvido pela Escola de Saúde Pública, do Governo do Estado do Rio Grande do Sul. A área de ênfase Saúde Mental Coletiva é realizada junto ao Hospital Psiquiátrico São Pedro. Fazem parte dessa residência as seguintes profissões: educação física, educação artística, enfermagem, psicologia, serviço social e terapia ocupacional. As turmas da residência integrada em saúde mental se renovam a cada ano e cada turma é composta por cerca de três a quatro residentes das diferentes áreas (ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO RIO GRANDE DO SUL, 2008).

As equipes apontam que os residentes do São Pedro ou a interconsulta, como os denominam, sempre foram um grande apoio na área de saúde mental, mas pontualmente a turma desse ano não tinha tido contribuições efetivas até o momento da coleta dos dados, de acordo com os profissionais.

[...] dos residentes, desse ano estão deixando a desejar [...], mas até então davam uma mão bem boa para a gente [...] na verdade, eram uma referência para a gente. (P2)

[...] a gente sempre teve uma ajuda muito, muito boa deles [...] Eles davam também uma assessoria para a gente [...] às vezes tu está cansado, toda situação que está acontecendo. (P4)

[...] o grupo que estava no semestre anterior era um grupo que se mostrou bem engajado [...] aderiu às ações que nós estávamos fazendo [...] contribuíram dentro do que eles podiam, mas sem deixar [...] de fazer a coisa como a gente vinha fazendo como equipe, não teve antagonismo, foi bom [...] A outra equipe teve problemas [...] é difícil dizer [...] a residência integrada te oferece outros profissionais [...] que se tu for ver a princípio é uma coisa super rica [...] é um baita recurso... quanta coisa podia ser feita [...] a princípio é uma ótima proposta. (P10)

Os profissionais apontam que o atual grupo de residentes tem apresentado resistência a dar continuidade às atividades que vinham sendo desenvolvidas pelos

grupos anteriores e, freqüentemente, não compareciam às reuniões de equipe para organizar as atividades.

Os grupos anteriores realizavam visitas domiciliares, encontros com os agentes comunitários de saúde para discutir manejo com os usuários em sofrimento psíquico e, também davam suporte e apoio a esses profissionais. Pude acompanhar essas atividades enquanto realizava o estágio docência na graduação no semestre anterior à coleta de dados desta pesquisa, em que via o grupo anterior ao atual mais participante e integrado com a ESF Pitoresca.

[...] Esse ano a gente vê realmente que parece que eles não querem ter [...] o contato com o usuário. A visão que eu tenho é essa, que eles não querem ter um contato com o usuário, eles querem conversar com os médicos do posto, mas eles não querem ter contato. (P4)

A agente comunitária de saúde comenta que as outras equipes de residentes faziam um trabalho de escuta com os agentes comunitários, auxiliando na vida pessoal e de trabalho desses profissionais. [...] A interconsulta se caracteriza como um apoio existente, mas que esse ano não está sendo aproveitado, não há parceria nem responsabilização compartilhada. (N)

Os residentes do São Pedro não compareceram mais uma vez à reunião de equipe e o médico ficou muito incomodado com essa atitude: ligaram pela manhã comunicando que não iriam ao posto naquela tarde. É visível que as equipes não estão considerando a ajuda que os residentes poderiam dar, pois até o momento eles nada fizeram de concreto para contribuir com a unidade. (O22)

Ao longo do semestre os residentes compareceram a quatro reuniões de equipe de dez realizadas. Esse não comparecimento era entendido pelas equipes como desinteresse por esse estágio apesar de diversas tentativas para integrar esses residentes nas atividades da ESF Pitoresca, solicitando o desenvolvimento das mesmas ações que os grupos anteriores realizavam. O grupo atual dispunha-se a somente realizar interconsulta com os médicos, o que gerou conflitos junto à equipe. Assim, os residentes nos dias de reuniões geralmente justificavam suas ausências com outras atividades da residência, o que resultou num afastamento do campo e distanciamento das equipes, pois é no espaço das reuniões que se discute, se organiza e se demanda atividades conjuntas.

Outro fator avaliado pelas equipes é a falta de supervisão dos residentes, o que tem dificultado a integração com a ESF Pitoresca.

Os residentes do São Pedro avisaram não virão à reunião de equipe. O médico ficou visivelmente incomodado com esse fato e comentou que eles não poderiam faltar a um estágio, mas como não há supervisão presente, os residentes “tomam conta” do seu estágio, desenvolvendo-o como desejam. (O22)

Os profissionais do posto pensam que deveriam participar na avaliação dos residentes, porque não há um supervisor no campo, para avaliá-los. (N)

A equipe não participa da avaliação dos residentes bem como não participa da avaliação dos acadêmicos de enfermagem. Mas o que eles pontuam é a questão da supervisão. Os acadêmicos de enfermagem são supervisionados pela professora responsável em campo de estágio. Já a supervisão dos residentes não se faz presente na unidade ao longo da permanência dos residentes na mesma e, não é prática desse programa fazer contato com a ESF Pitoresca para avaliar o andamento do estágio.

A supervisora do Programa de Residência Integrada em Saúde, ênfase em Saúde Mental Coletiva compareceu na primeira reunião de equipe dos novos residentes para fazer a apresentação dos mesmos. Devido ao questionamento da ESF Pitoresca sobre quais as atividades que os residentes deveriam desenvolver nesse estágio, é que a supervisora compareceu novamente para esclarecer as dúvidas da equipe frente ao programa.

A supervisora apresentou as duas residentes e explicou o fluxo de atendimento do ambulatório do Hospital Psiquiátrico São Pedro, reforçando que esta é a referência da ESF Pitoresca. (O2)

A supervisora da residência compareceu sozinha à reunião de equipe para esclarecer alguns acontecimentos ocorridos com os residentes. Disse que a residência era realizada por meio de interconsultas e discussão de casos, sendo essas as atividades dos residentes. (O31)

A supervisão é uma questão importante, porque o Programa de Residência Integrada em Saúde é espaço de formação e de ensino, devendo, portanto, ser supervisionada, seja pelo responsável da instituição promotora da residência seja por um profissional da unidade de saúde designado para tal função. É justamente a isso que as equipes se referiam quando questionaram a forma de avaliação dos

residentes: se a supervisora não está presente nas atividades dos residentes, como poderá avaliar o desempenho dos mesmos?

A formação em saúde não deve estar baseada somente na busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças, mas deve buscar desenvolver condições para atender às necessidades de saúde da população, da gestão e do controle social, redimensionando a autonomização das pessoas (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Para isso, a formação em saúde deve estar em sintonia com a realidade dos espaços nos quais ocorre, auxiliando na produção do cuidado.

A participação dos residentes é importante para a unidade, conforme o relato dos entrevistados sobre os grupos de anos anteriores. Porém, deve haver melhor diálogo entre o Programa de Residência Integrada em Saúde e a ESF Pitoresca, discutindo aspectos relevantes para a formação dos residentes bem como para o processo de trabalho da unidade, para que a presença dos residentes seja uma facilidade concreta, independente da mudança dos grupos a cada ano.

Aproximar a teoria da prática é o ideal desejado, mas não se caracteriza como tarefa fácil. Para que isso ocorra de maneira produtiva, é preciso haver abertura tanto do aprendiz quanto do profissional da unidade, pois conforme aponta Freire (1996) não é possível ensinar sem aprender e vice-versa.

A reunião de equipe foi avaliada pelos profissionais como uma facilidade para realizar ações de saúde mental no território por caracterizar-se como um espaço de discussão de casos, de elaboração coletiva do planejamento e avaliação dessas ações, possibilitando a organização do processo de trabalho das equipes.

A reunião de equipe é realizada semanalmente, às quintas-feiras, no horário das 13h às 15h, sendo coordenada pela enfermeira, que também organiza as pautas. Há uma escala entre todos os profissionais para a redação da ata.

As pautas geralmente se organizam da seguinte forma: relato de reuniões; assuntos diversos da semana; famílias-problemas; afastamentos, folgas e horário para médico; espaço para professora da UFRGS; espaço para os residentes do Hospital Psiquiátrico São Pedro e diversos.

[...] é um espaço sempre bom [...] para a gente discutir os casos e para se tentar soluções [...] a reunião de equipe é muito importante [...] e deve continuar sempre. (P7)

[...] é o único momento que a gente tem que não está cada um envolvido [...] no seu afazer diário [...] e que a equipe pára para discutir coisas coletivas. A gente aborda o caso, principalmente das famílias-problemas e cada um dá o seu relato: o agente comunitário que visitou a casa, o técnico que fez uma visita ou aplicou medicamento, [...] a enfermeira fez avaliação, o médico fez uma VD. A gente discute os encaminhamentos, tem a equipe de saúde mental dos acadêmicos da UFRGS, tem também, a princípio, a interconsulta, que também contribui. Então é um momento que, eu acho muito bom, rico. (P10)

[...] é o momento que a gente [...] sabe de tudo que acontece [...] tu sabes todos os problemas que aconteceram naquela semana no posto [...] Eu acho que é um espaço importante [...] na reunião de equipe é o momento que a gente tem para a equipe interagir, saber de tudo. (P14)

O espaço da reunião de equipe é considerado um momento de troca de informações, de diálogo sobre as dificuldades individuais e coletivas em atingir os objetivos implicados no cuidado em saúde e sobre os êxitos obtidos naquela semana. É ainda momento para aliviar angústias e tirar dúvidas (SILVA; TRAD, 2005), pois é a ocasião em que os profissionais da ESF Pitoresca podem expor as situações cotidianas do seu trabalho, permitindo uma discussão e reflexão daquilo que pensam, sabem, fazem e que almejam realizar, buscando assim facilitar e diminuir obstáculos em suas atividades. É um espaço de encontro e de expressão de idéias, de dúvidas, de acertos e desacertos que ajuda os profissionais a se verem como uma equipe de trabalho, mesmo que haja dificuldades entre eles e as atividades, configurando-se como um momento em que se identificam como um grupo, pois partilham a produção da saúde e as ações que realizam para o alcance desse objetivo.

Destaco as famílias-problemas, título da pauta em que se discutiam os casos urgentes a serem resolvidos, como vacinação em atraso, usuários acamados e com problemas sociais, entre outros e, também os casos de saúde mental, definindo as condutas.

Famílias-problemas. Apresentei o caso do usuário X, usuário de cocaína que deseja parar o uso. A agente comunitária comenta que a esposa dele a procurou dizendo que eles querem ajuda para sair dessa situação. Relato que realizei entrevista com o casal e me comprometi de ver qual o encaminhamento para ele. O médico diz que talvez ele pudesse ser encaminhado ao ambulatório de drogadição, do São Pedro. Ao final da reunião ele fará o

encaminhamento para os residentes levarem e marcarem e, depois a agente comunitária entregará para ele. (O18)

Famílias-problemas. A ACS X traz o caso da usuária Y (usuária da saúde mental), que tem três filhos e não está usando anticoncepcional. A ACS fala que conversou com a cunhada da usuária e que é difícil controlá-la para tomar o remédio. O médico relata um pouco da história dessa usuária que teve um natimorto em casa e ficou desesperada com essa situação e acabou desenvolvendo um transtorno mental. Os profissionais comentam que a história de vida dela é muito triste, e que devem ajudá-la. Ficou combinado que no próximo dia 26 a ACS irá avisá-la para ir ao posto fazer a injeção anticoncepção. Farão um cartaz com a data para não esquecerem. A ACS também colocará um lembrete no celular. (O31)

As famílias-problemas demonstram o interesse e comprometimento das equipes da ESF Pitoresca, pois é nesse item de pauta que os profissionais produzem e organizam um cuidado direto e individualizado para cada situação por meio da discussão dos diversos olhares e saberes de cada trabalhador ali reunido.

Nas ações de saúde mental esse espaço caracteriza-se como uma aproximação de práticas que amplia a possibilidade da construção de projetos terapêuticos que considerem a vida do usuário em questão e as suas redes de apoio no território.

Essa discussão tem propiciado às equipes da ESF Pitoresca uma prática de desinstitucionalização e atenção psicossocial, pois conjuntamente os profissionais têm buscado novos dispositivos e estratégias de cuidado no espaço do território, investindo nas pessoas para além do adoecimento, mas olhando suas histórias de vida e suas condições de existência.

Valorizar e reconhecer as famílias-problemas na reunião de equipe assume uma importância fundamental para o avanço na integralidade da atenção em saúde, pois é nessa discussão que os profissionais rompem com o olhar centrado na doença e o ampliam para as necessidades de viver a vida no território, ou seja, consideram que a saúde mental tem implicações com moradia, trabalho, lazer e as relações do usuário com sua família, com as equipes de saúde e com a cidade.

As equipes organizaram um espaço na agenda da área médica para atender a demanda em saúde mental, o que foi avaliado como agenda de saúde mental da ESF Pitoresca, sendo uma facilidade para a realização das ações de saúde mental. Esse atendimento acontece quinzenalmente, sendo que um dos médicos atende nas segundas-feiras e o outro nas terças-feiras, no período da tarde.

[...] eles têm na agenda um horário reservado pra saúde mental [...] a cada quinze dias. (P5)

[...] na agenda sempre tem um espaço reservado para paciente com problema de saúde mental [...] Geralmente tem sempre em aberto, eu vejo por esse lado essa facilidade. (P8)

[...] A gente disponibilizou uma agenda específica para saúde mental [...] temos uma tarde semana sim, semana não, específica para saúde mental, [...] atende aqueles que espontaneamente marcam consulta e a gente também marca para aqueles que estão renovando receita há muito tempo sem consultar ou para aqueles que se identifica que tem uma situação aguda. (P10)

A agenda da médica tem atendimento para saúde mental dia 28/04, na segunda-feira, mas ainda não tem ninguém agendado. (O4)

O espaço disponibilizado nas agendas médicas para atendimento exclusivo de saúde mental mostra que as equipes da ESF Pitoresca identificam a necessidade de atenção em saúde mental, pois se deparam cotidianamente com problemas de saúde mental.

Essa agenda tem propiciado uma aproximação do usuário com a equipe de saúde que no território realiza o cuidado, ampliando o exercício de uma clínica que olha a pessoa com uma doença, pois mesmo consultando devido a sua patologia, o profissional médico se defronta com histórias de vida e suas necessidades de atenção e intervenção.

Tu viu [...] aquele menino que veio aqui [...] ele tem 15 anos e está usando crack, quer sair da droga. (P2)

Chegou uma mulher na recepção solicitando um hospital para internar uma pessoa que estava em depressão [...] ela respondeu que tratava-se de seu ex-marido [...] contou que na verdade ele era usuário de cocaína e estava tentando sair da droga. (O16)

[...] a partir do momento em que se olha para os casos de saúde mental de outra forma, as pessoas que necessitam passam a procurar o serviço. (N)

Desse modo, o agendamento tem possibilitado a transformação do lugar social da loucura, em que as ações de saúde mental no território podem confrontar resistências e ampliar possibilidades de intervenção, construindo redes que podem superar a discriminação e o estigma da loucura, direcionando para uma prática em

que a avaliação em saúde mental se torne constante e que faça parte da cultura dos serviços de saúde (AMARANTE; TORRE, 2007).

Quando a possibilidade de agendamento existe, há uma facilidade e um estímulo das pessoas que se encontram em sofrimento psíquico busquem auxílio no território junto à ESF Pitoresca, o que contribui na consolidação da proposta da Reforma Psiquiátrica, ou seja, desinstitucionalização e atenção psicossocial. Isso pode ser visualizado especialmente junto aos usuários com abuso de substâncias, que não freqüentam regularmente a unidade e, ultimamente, eram a demanda que mais procurava atendimento.

Outra facilidade avaliada pelos profissionais são as portas abertas da ESF Pitoresca, que é percebida como uma abertura e acesso à unidade.

Utilizo o conceito de acesso apresentado por Starfield (2002) segundo a qual o acesso está diretamente relacionado à acessibilidade. A acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem ao serviço, ou seja, faz parte da estrutura da unidade de saúde e, o acesso é a forma como a pessoa experimenta essa acessibilidade. Nessa concepção, acessibilidade seria a provisão de atenção e o acesso seria o recebimento de atenção, sendo sinônimo de utilização do serviço. Nesse entendimento, além da recepção do usuário pelo serviço, as equipes também oferecem o cuidado a esses usuários.

Pela organização do processo de trabalho das equipes da ESF Pitoresca, todas as pessoas que chegam são atendidas, ou seja, passam pelo acolhimento, independente da necessidade que apresentam.

No caso específico da saúde mental é imprescindível chegar a um serviço de saúde e ser recebido, pois isso é experimentado pela pessoa que chega como atenção, acolhida de seu sofrimento o que favorece a proposta de reabilitação psicossocial. É esse primeiro acesso que entendo como de vital importância para a atenção em saúde mental, pois o indivíduo em sofrimento psíquico que chega à unidade está fragilizado e em crise e, conforme a acolhida e a disponibilidade de atendimento se inicia o vínculo, fundamental para o estabelecimento de ações de saúde mental.

[...] estar dentro da comunidade [...] estar aqui com a nossa unidade onde as pessoas vivem, isso facilita que elas estão já aqui [...] nós estamos ao alcance da mão das pessoas, então se elas, querendo procurar um auxílio, tem possibilidade tanto consulta agendada

quanto vindo em demanda espontânea quanto se precisar a gente vai atrás também, faz visita. (P10)

Sim, o acolhimento tem para todos, mentais ou não mentais. (P11)

[...] portas abertas aos pacientes isso sempre tem [...] eles sempre têm, eles vêm aqui [...] a gente sempre atende. (P12)

A acessibilidade inclui a dimensão geográfica, que envolve características relacionadas à distância e ao tempo necessários para alcançar e obter os serviços (STARFIELD, 2002).

Geograficamente a ESF Pitoresca está acessível à população adstrita da área, sendo localizada em um ponto estratégico do bairro, estando próxima das duas escolas de ensino da comunidade, da associação de moradores, situada em uma rua asfaltada e que faz parte do itinerário da linha do ônibus do bairro.

Vale destacar ainda que a ESF emerge, no contexto da transformação da assistência, como uma ferramenta para diminuir a desigualdade na acessibilidade aos serviços de saúde (SOUSA, 2008). E tem cumprido esse papel, como foi possível avaliar nesse estudo, sendo, por vezes, a única porta aberta encontrada pelos usuários da saúde mental, no âmbito da rede de serviços de saúde mental.

Sabe-se que a acessibilidade aos serviços de saúde é um aspecto fundamental para a obtenção de uma assistência eficiente e de qualidade. A importância de organizar o processo de trabalho das equipes da ESF Pitoresca de forma a contemplar esse aspecto caracteriza-se como uma facilidade para desenvolver as ações de saúde mental no âmbito do território, favorecendo a reinserção social do usuário da saúde mental.

Outro aspecto avaliado como facilitador das ações de saúde mental é a utilização do Conselho Local de Saúde

De acordo com a resolução nº333/2003 o conselho de saúde é um órgão colegiado, deliberativo e permanente do SUS em cada esfera de governo. A descentralização do poder de decisão tem determinado a ampliação dos conselhos de saúde que se estabelecem, por exemplo, em conselho local de saúde (BRASIL, 2003a).

Na área adstrita da ESF Pitoresca existe o conselho local de saúde, que é composto pela enfermeira da unidade, que coordena as reuniões desse órgão e, por

três usuários do serviço de saúde. Esse conselho foi criado com a abertura da ESF Pitoresca há cinco anos e reúne-se mensalmente, na última segunda-feira.

Os conselheiros também estão envolvidos em outras atividades como orçamento participativo, além de se fazerem presentes na reunião do conselho distrital de saúde.

No momento da realização da pesquisa, o conselho estava programando uma atividade na comunidade para discutir controle social, considerando as eleições deste órgão previstas para o final do ano de 2008.

O conselho local de saúde aparece nas entrevistas como um meio de ampliar a discussão sobre a inclusão da saúde mental na atenção básica. Os profissionais da ESF Pitoresca acreditam que, partindo dessa instância de governo, se possa almejar a efetividade do apoio matricial no município.

[...] eu acho que teria que começar de algum jeito [...] claro, que o jeito é o conselho, seria bom que levasse para o conselho local [...] e começar a ir em cima, ir em cima até tu conseguires alguma coisa [...] levar para o conselho local seria um começo. (P4)

Eu acho que pode ser uma tentativa [...] que tem alguém mais pedindo um apoio [...] e se eles vão conseguir ou não eu não saberia dizer [...] mas eu acho que todas as tentativas para conseguir melhorar essa parte (saúde mental) é importante. (P5)

Eu acho que seria bem importante [...] porque eles são da comunidade [...] estão representando a comunidade daqui, do posto. [...] se eles fossem lá para fazer a parte deles [...] eu acho que seria interessante. Eu acho que talvez desse uma referência, uma continuidade. (P14)

O conselho local de saúde, com o poder que lhe é instituído, pode sim ser esse “começo”, pois esse órgão pressupõe participação da comunidade, no qual a população pode se organizar em movimentos de reivindicação, fazendo emergir interesses coletivos comuns.

Os conselhos de saúde podem constituir-se em espaços de participação popular e controle social. Foram criados como instâncias de decisão na gestão pública, a partir de demandas dos movimentos sociais em saúde e pelo processo de democratização do setor saúde a partir do Estado (ACIOLE, 2005).

Nesse sentido, a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica a partir da reivindicação do conselho local é potencializada, pois é demandada pela

comunidade e estimula o compartilhamento do cuidado em saúde mental enquanto dever, direito e responsabilidade de todos daquele território: profissionais e comunidade.

Os dados desta pesquisa foram apresentados na reunião do conselho local no mês de agosto de 2008, conforme determinado durante a reunião de negociação com as equipes da ESF Pitoresca. Para tal, os resultados foram organizados enfatizando as questões do apoio matricial, saúde mental do trabalhador e fragmentação da rede de saúde mental avaliados como prioridades na reunião de negociação pelos profissionais.

Na reunião do conselho local esses tópicos foram discutidos amplamente e, os conselheiros identificaram a necessidade de encaminhamento dessa pauta na reunião do conselho distrital de saúde.

Valorizar o conselho local de saúde, entendendo-o como uma facilidade no âmbito da saúde mental, demonstra o envolvimento político das equipes buscando utilizar os espaços legais de poder para melhorar o atendimento na área de saúde mental.

O Grupo Evolução da Pitoresca é avaliado também como uma facilidade para desenvolver ações de saúde mental no contexto estudado.

A participação em grupos conforme mencionado anteriormente ocorre no momento em que nascemos. Experimentamos nossas lições de relacionamento humano na convivência em grupo, a partir do qual adquirimos nossa identidade, nos reconhecendo como parte daquele todo (BROFMAN, 2008).

Na saúde mental a participação em atividades grupais possibilita que o indivíduo em sofrimento psíquico reconstrua seus vínculos consigo, sua família e seus apoios, muitas vezes perdidos e/ou fragilizados por longos anos de exclusão social. Assim, o grupo aparece como uma ação de saúde mental terapêutica que possibilita recriar a sua identidade bem como o mundo social, como destacam as falas abaixo.

[...] Ela é uma pessoa que faz tudo dentro da casa dela. Eu sinto que ela não tem ninguém para ouvir ela, ninguém para conversar com ela, porque ela sempre assumiu a família da irmã dela [...] Então, para ela, eu senti que foi uma coisa maravilhosa (o Grupo Evolução) [...] porque ela fala onde estiver do grupo. (P4)

[...] eu digo que é um grupo de auto-estima para a família. Eu achei bem legal, tanto [...] para os familiares quanto para os pacientes, [...] eu vejo que eles estão se sentindo importantes, reconhecidos como pessoa [...] está sendo bem legal. (P8)

[...] foi uma boa mesmo, porque não tinha nada disso aqui [...] e as pessoas gostam muito de grupo [...] tu vêes que as pessoas estão engajadas [...] perguntam 'ah, quando é que vai ter? Não posso faltar!'. Eu não participei ainda, mas eu acho que é bem legal. [...] Então, eu acho que é um grupo que tem tudo para dar certo. [...] É importante, com certeza. Eu acho que é o momento que eles têm para desabafar. (P14)

Falei do grupo de saúde mental na reunião de equipe, seus participantes e que estava muito bom. As duas agentes comunitárias de saúde também falaram que gostaram. (O9)

Um grupo não é simplesmente um somatório de indivíduos, mas se constitui como nova entidade, com mecanismos próprios e específicos. No grupo algumas combinações de regras e normas se fazem necessárias e são denominadas *setting* ou enquadre grupal. Especificamente, no caso do grupo terapêutico, o enquadre é fundamental, pois estabelece os limites necessários para o funcionamento adequado do grupo, criando um novo espaço para os participantes, no qual há a identificação entre eles (ZIMERMAN, 1997a).

Outro aspecto sobre a dinâmica grupal é que o grupo possibilita a sociabilização e a comunicação, além de ter a função de espelho, no qual há o reconhecimento de si e do outro (ZIMERMAN, 1997b).

O Grupo Evolução da ESF Pitoresca tem possibilitado aos seus participantes socialização e comunicação, caracterizando-se como um espaço de reconhecimento das pessoas em sofrimento psíquico como sujeitos de direitos, de possibilidades e de deveres junto aos profissionais e comunidade.

A partir da participação no grupo alguns participantes iniciaram um convívio social fora do espaço grupal. A comunicação é estimulada em todos os participantes, possibilitando um espaço de fala, independente dos modos e dos tempos de cada sujeito no grupo, o que tem levado à descoberta de quem são, como são e o que podem ser.

O grupo tem seu funcionamento próprio, mobilizando emoções, resgatando o passado conforme ele se apresenta no presente e permitindo o crescimento de cada participante reconhecendo a sua individualidade. Terapeuticamente tem grande

valor e tem possibilitado a aproximação entre os usuários que dele participam e a ESF Pitoresca.

Em relação ao envolvimento das equipes da ESF Pitoresca nessa atividade identifiquei que as equipes avaliam como importante, porém sua integração é sinalizada como uma responsabilidade da professora da UFRGS que coordena o grupo. Participam duas agentes comunitárias de saúde que avaliam positivamente o grupo, mas sua participação restringe-se ao boletim diário de atendimento, no qual é registrada a produtividade dos profissionais.

Avalio que essa dificuldade de integração e participação das equipes no grupo está relacionada com a prática asilar da saúde mental, em que o indivíduo em sofrimento psíquico é uma pessoa incapaz e perigosa e os profissionais centram suas ações no controle da doença, excluindo de si a responsabilidade de uma prática psicossocial, em que as ações de saúde mental opõem-se à hospitalização, medicalização e objetificação, tendo a participação e a interdisciplinaridade como metas radicais que facilitam a interlocução e livre trânsito do usuário (COSTA-ROSA, 2000).

É interessante que os profissionais se apropriem desse grupo, entendendo-o como uma atividade das equipes de saúde, não o vinculando exclusivamente à presença da professora da UFRGS, para que, efetivamente, ele seja uma ação em saúde mental e uma facilidade para propiciar novas ações na área.

6.3 Dificuldades para desenvolver ações de saúde mental

A fragmentação da rede de serviços de saúde mental é avaliada como uma das dificuldades para o desenvolvimento de ações de saúde mental na ESF Pitoresca.

A rede especializada em saúde mental do município conta com 4 CAPSII adulto, 2 CAPSad, estando um em fase de implantação, 2 CAPSi, uma oficina de geração de saúde e trabalho, 2 residenciais terapêuticos, uma pensão protegida, um programa de redução de danos, uma comunidade terapêutica, um plantão de emergência em saúde mental e ambulatórios e equipes de saúde mental nas 8 Gerências Distritais, mas ainda não trabalhando sob a lógica do matriciamento. A

rede ainda conta com leitos psiquiátricos em dois hospitais gerais. (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2008) (Anexo C). Vale ainda destacar que o município conta com serviços conveniados para internação hospitalar com o Hospital Psiquiátrico São Pedro, Hospital Espírita de Porto Alegre, Clínica São José, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Hospital São Lucas da PUC e Hospital Petrópolis.

Tendo em vista o tamanho da população de Porto Alegre, 1.440.930 habitantes (IBGE, 2007), essa rede especializada em saúde mental tem dificuldades no atendimento das demandas de saúde mental devido ao número reduzido de serviços de saúde mental bem como a falta de comunicação e articulação entre os serviços existentes.

A quantidade reduzida de serviços de saúde mental gera uma dificuldade, se não a maior delas, avaliada pelos profissionais da ESF Pitoresca que é a referência.

A demora de alguns atendimentos especializados, como o da psiquiatria, configura-se como um nó crítico na questão da integralidade, afetando-a negativamente (COIMBRA, 2007).

Dificuldade de ter uma continuidade [...] encaminhar para outra referência, conseguir um encaminhamento em tempo hábil, de ajudar o paciente realmente. (P1)

[...] a maior dificuldade que a gente encontra não é aqui [...] mas no segundo atendimento, que seria em nível de ambulatório [...] que a gente tem dificuldade na rede do Partenon [...] que a gente não tem CAPS. Então, a gente às vezes fica sem saber o que fazer com o paciente [...] Ele chega aqui, é atendido, precisa de um atendimento, está com risco de vida, risco de suicídio, vai no PAM3, não tem leito, volta para o posto, o posto encaminha para um CAPS, para ter um atendimento com continuidade, chega nesse momento não encontra. (P8)

A área mais difícil de conseguir é a saúde mental [...] mandam para um lado não é ali, manda para outro, volta para o posto [...] as portas estão fechadas. Porque tem pessoas há dois anos esperando por um psiquiatra e não tem, não consegue marcar [...] uma fila enorme [...] quando passa para frente é que emperra, porque aqui são discutidos todos os casos, são atendidos. (P13)

Depois ligamos (o médico e eu) para o GHC para ver o fluxo do CAPSad para encaminhar o X. O GHC não é referência para o Partenon. Então, entramos no site da prefeitura e buscamos a rede de atenção especializada. Pegamos o telefone da Unidade Santa Marta para saber o fluxo. É marcado pela central de marcação. O médico fará um encaminhamento para o X e tentaremos marcar um psiquiatra para lá. (O32)

A médica comenta que a rede de saúde mental é inferior às demais redes, como saúde da mulher ou saúde do adulto [...] Comentam que o grande problema da referência é ela funcionar [...] Enfatizaram que é importante ter fluxo da rede. (N)

Fragmentação é o ato de fragmentar, que significa partir em pedaços (MICHAELIS, 2007). Este termo é aqui utilizado porque a rede de saúde mental do município está constituída “aos pedaços”, ou seja, são poucos os serviços para o tamanho da cidade e a rede atual não está nem articulada, nem completa. Assim, o que existe são fragmentos, são partes de um todo a ser alcançado: a rede de saúde mental⁵.

A rede de saúde mental deve ser constituída por diferentes dispositivos psicossociais, funcionando de forma articulada e tendo os Centros de Atenção Psicossocial como serviços estratégicos na organização de sua porta de entrada e sua regulação (BRASIL, 2008).

Em Porto Alegre o serviço que tem sido porta de entrada e regulador da rede na referência e contra-referência é a atenção básica.

Para municípios com mais de 200.000 habitantes a rede deve contar, minimamente, com CAPSII, CAPSIII, CAPSad, CAPSi, capacitação para o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) e, rede básica com ações de saúde mental a partir de núcleos de atenção integral com matriciamento (BRASIL, 2008). Dessa forma, avalia-se que faltam serviços a serem implementados na rede municipal de saúde mental para a consolidação da proposta da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Essa fragmentação dificulta a articulação necessária entre os serviços para garantir o acesso dos usuários nos diferentes dispositivos de saúde mental. Com isso, a realidade se apresenta de forma negativa, com usuários sem o atendimento que necessitavam, terapêuticas sem continuidade, internações em hospitais psiquiátricos e baixa qualidade no atendimento oferecido a essa clientela.

O município necessita reorganizar a rede de saúde mental a partir dos dispositivos que já existem, atentando para as recomendações da Coordenação Nacional de Saúde Mental, obviamente respeitando a singularidade das condições locais. Entendo que nem sempre é possível colocar na prática tudo o que está na

⁵ A rede integral de saúde mental é apresentada no capítulo 1 – Introdução, p.13.

teoria, mas é importante buscar aproximações entre elas para que o processo de desinstitucionalização e a Reforma Psiquiátrica sejam concretizados e consolidados.

Sabe-se que a proposta de rede de saúde mental do governo federal é viável e tem mostrado resultados positivos em diversos municípios do país, quando os serviços funcionam articuladamente, estão em número suficiente e a atenção oferecida é de qualidade.

Acredito que quantidade não é garantia de qualidade, mas quando se tem uma rede suficiente, com os serviços que são necessários, a qualidade passa a ser desejada pelos profissionais, que se estimulam a alcançar os objetivos propostos em seu serviço.

A observação na coleta dos dados permitiu avaliar que os profissionais da ESF Pitoresca estavam sempre buscando a referência em saúde mental e, na maioria das vezes, não a encontravam. Mas quando conseguiam uma resposta positiva nessa busca, o profissional sentia-se fortalecido e esperançoso na realização de ações de saúde mental no território.

Avaliamos a importância e a responsabilidade do gestor municipal na constituição e fortalecimento de uma rede de atenção em saúde mental para a inclusão dessas ações enquanto uma estratégia da atenção básica.

Outra dificuldade avaliada pelos profissionais da ESF Pitoresca é a falta de programa de educação em serviço na área de saúde mental. Alguns dos profissionais já realizaram capacitações nessa área, mas enfatizam que deveria ser algo mais freqüente sendo norteada pelas diretrizes da reforma psiquiátrica, abordando tópicos como o desenvolvimento de atividades na comunidade, por exemplo, indo além do aspecto biológico simplesmente: sinais, sintomas, medicação.

[...] a equipe não tem capacitação para atender em saúde mental; não tem acontecido nenhum tipo de capacitação por parte da Secretaria ou da Sollus. (P2)

[...] capacitação existe, tem cursos, tem momentos, mas ainda está muito voltada para a questão do enfoque clínico da saúde mental, do diagnóstico e tratamento [...] a capacitação às vezes deixa a desejar [...] tu podes ir além disso e daí buscar outras coisas mais interessantes [...] de ver a pessoa como sujeito, de ver a situação da subjetividade, da história de vida, da história familiar [...] ir um pouco além dessa coisa mais dura do diagnóstico clínico. (P10)

[...] tivemos vários encontros no São Pedro, depois nunca mais a gente teve nada [...] acho que há uns 4 anos. (P14)

A capacitação ainda está voltada para a questão da doença, sendo importante que enfocasse mais o manejo, o cuidado em si [...] Enfatizaram que é importante ter mais capacitação com novo enfoque na saúde. (N)

A formação dos profissionais de saúde deve instigar práticas que proporcionem ao indivíduo em sofrimento psíquico as mais diversas possibilidades de exercer sua subjetividade, aumentando sua cidadania, autonomia e capacidades, entendendo-o como sujeito que se relaciona com a sociedade, a influencia e é por ela influenciado (OLSCHOWSKY, 2001). Por isso, a capacitação não deve ser algo linear com conteúdos clínicos da doença e seu tratamento, mas deve estar inserida em um programa de educação permanente em saúde mental, visualizando as proposta da Reforma Psiquiátrica e as necessidades dos profissionais.

A formação deve também estar voltada às reais necessidades de saúde da população, sendo permeada pelas questões da gestão setorial, do controle social e de práticas de atenção que possibilitem a autonomização do usuário (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). É necessário extrapolar o aspecto exclusivamente biológico, não tendo como referência apenas o diagnóstico, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças.

Na Política de Saúde Mental do município de Porto Alegre é apresentada, como desafio, a capacitação permanente dos profissionais da atenção básica envolvendo todos os aspectos relacionados à saúde mental. Porém, não é explicado como essa capacitação será desenvolvida e implementada junto aos serviços de saúde, pois na ESF Pitoresca, por exemplo, nem todos os profissionais têm capacitação na área.

Na política de inclusão das ações de saúde mental na atenção básica é contemplada a formação profissional através de atualização em saúde mental no bojo da Reforma Psiquiátrica, podendo ser desenvolvida através das equipes matriciais.

Como o município não trabalha sob a lógica do matriciamento, uma possibilidade seria a parceria com as universidades, considerando o compromisso social dessas instituições com a formação da população. Avalio também que essa educação em serviço deveria ser organizada a partir das demandas das equipes da

atenção básica, priorizando os enfoques a serem desenvolvidos conforme a necessidade de cada categoria profissional ou de cada equipe considerando o seu contexto de trabalho.

Entendo ainda que essas capacitações devem também considerar as necessidades de saúde dos usuários que são atendidos nos serviços. Pois o foco das intervenções, não se restringe a ações meramente técnicas, devendo propiciar a construção de novas pactuações em que o sofrimento psíquico circunscreve-se pela noção de integralidade, como nexos constituintes de novas práticas propostas pela Reforma Psiquiátrica e dos preceitos do SUS (GULJOR; PINHEIRO, 2007).

Outra questão avaliada pelas equipes da ESF Pitoresca está relacionada ao preconceito com a loucura.

O movimento da Reforma Psiquiátrica traz uma nova concepção sobre loucura, entendendo-a como uma força ativa, como potencialidade de transformação, como produção de novos registros de tempo e de espaço (CARVALHO; AMARANTE, 2000). A loucura é algo que faz parte do cotidiano social, sendo vista como algo possível de se conviver, da qual podemos nos aproximar sem medo, pois dela também fazemos parte.

Busca-se uma concepção mais positiva de loucura em que saúde e doença não são pólos distintos nem contraditórios como bem e mal, certo ou errado, mostrando que a razão também faz parte da loucura e que a linha que as separa não é absoluta nem irreversível, sendo freqüentemente tênue e sutil (OLSCHOWSKY, 2001).

Apesar dessa nova concepção, o preconceito com a loucura e com os indivíduos em sofrimento psíquico ainda persiste.

[...] existe um preconceito muito grande com relação à doença mental, porque a gente sabe muito bem que o São Pedro, um exemplo existe há muitos anos e praticamente era um depósito de pessoas que estavam lá dentro [...] Acho que a maioria pode viver normalmente na sociedade, caminhar na rua, que não vai fazer nada para ninguém. Então essas pessoas não deveriam ser discriminadas como elas são. [...] É que na realidade o médico da família ele é um médico que tem a orientação, ele tem o treinamento para fazer os programas que o Ministério prevê para a Saúde da Família. [...] eu não tenho conhecimento se saúde mental inclui isso. Eu acredito que não, na minha ótica, porque os programas são bem definidos [...] talvez a unidade básica não seja para isso. Eu imagino que ela não tenha essa resolutividade [...] não é para ter no PSF isso [...] Eu acho

que a gente trabalha muito com questão de prevenção da saúde [...] E eu acho que a saúde mental foge um pouquinho nesse sentido do PSF, na minha opinião [...] eu acho que aqui não deveria ter. (P7)

A questão do preconceito ainda é grande e por isso não se inverte a lógica. (N)

Existe uma ambigüidade em relação ao atendimento dos transtornos mentais no espaço do território, na qual infiro a relação com o preconceito, em que o louco deve ser excluído da sociedade.

Isso demonstra que o problema não são apenas os muros concretos dos hospitais psiquiátricos como os do Hospital Psiquiátrico São Pedro, mas sim os muros internos de cada pessoa, especialmente nos profissionais de saúde, o que não tem permitido que se viva a Reforma Psiquiátrica no cotidiano dos serviços de saúde (MIELKE, 2007).

É preciso desmistificar a loucura mostrando sua nova 'cara' proposta pela Reforma Psiquiátrica, ou seja, todos nós temos comportamentos diferentes que podem não serem entendidos pelo outro, mas mesmo diferentes somos capazes de viver a vida na sociedade. A principal mudança para efetivar o processo de reabilitação psicossocial deve ocorrer em cada um de nós, estando abertos para reconstruir conceitos, saberes, práticas e condutas, nos responsabilizando pela mudança efetiva do olhar que damos à loucura e ao louco, valorizando a subjetividade deste cidadão.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira revolucionou a área de psiquiatria, ampliando-a para saúde mental, cujo conceito abrange as questões psicossociais, políticas, jurídicas, técnicas, espirituais, culturais, tendo um olhar para além do biológico. A loucura, então, deixa de ser assunto distante do cotidiano e passa a fazer parte da vida da sociedade, que assume papel fundamental no novo olhar em saúde mental: o psicossocial.

No modo psicossocial de atenção acredita-se em um cuidado participativo, ou seja, integrando profissionais de saúde, usuários da saúde mental, seus familiares e comunidade, cada um com sua parcela de responsabilidade pela inclusão social daquele que sofre psiquicamente. Os dispositivos para atenção em saúde mental estão na comunidade onde habitam aqueles que necessitam dessa ação. O cuidado deixa de ser altamente especializado, exclusividade de determinado profissional, incluindo cuidados sociais, que envolvem moradia, lazer, trabalho, relações interpessoais entre outros.

Nesse novo modo de cuidar em saúde mental o território é fundamental para a reinserção social do indivíduo em sofrimento psíquico. O conceito de território extrapola o simples aspecto geográfico, sendo entendido como território social, abrangendo as questões do cotidiano da vida humana: as relações, os vínculos, os momentos de tensão e de prazer, a comunicação, a inclusão e a exclusão, a interação.

Nesse sentido, a atenção básica em saúde mostra-se como grande parceira no processo de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. Com a implantação da ESF que tem como objeto de seu cuidado a família no território social, o encontro entre a atenção básica e saúde mental é avaliado como positivo, pois fortalece e expande a proposta de desinstitucionalização e reinserção social da pessoa com transtorno mental, possibilitando que esse sujeito seja reconhecido como parte da comunidade e, se reconheça dentro dela.

As ações de saúde mental avaliadas na ESF Pitoresca demonstram que é possível realizar esse cuidado no território social. O uso de tecnologias leves e leve-duras para desenvolver essas ações tem propiciado a valorização e singularização do usuário em sofrimento psíquico, que é estimulado a reconquistar o que foi

perdido em longos períodos de exclusão e alienação, ou seja, há um reposicionamento da pessoa enquanto sujeito cidadão, autônomo, capaz de viver a vida na sociedade.

Avalio que as equipes da ESF Pitoresca são comprometidas com o cuidado em saúde mental, desenvolvendo ações que buscam efetivar uma prática em saúde inclusiva, que atenda às necessidades do usuário em sofrimento psíquico, não visualizando somente o aspecto psíquico, mas atentando às demais interferências que ocorrem na vida dessas pessoas.

Esse é o olhar integral que tanto se tem falado, e que, muitas vezes, sofisticamos esquecendo o quão simples ele pode se apresentar na prática no cotidiano dos serviços de saúde. Simples no sentido de que ele acontece na recepção daqueles que chegam, na escuta, na acolhida, no olhar para a pessoa, no valorizar aquilo que falado, expressado ou solicitado, está ali, diariamente, exigindo dos profissionais essa ação, essa atenção que promove e produz saúde mental.

Atenção integral é conseguir responder as demandas do usuário, naquele momento único de sua existência, estando alerta para escutar e acolher, sendo empático e resolutivo. Em muitos momentos, a resolutividade é estar aberto para a escuta e para olhar para a pessoa que nos fala e demanda algo e, que os exames complexos e as consultas especializadas podem ser dispositivos que nos afastam dos reais problemas da população. Não desvalorizo o cuidado complexo e o avanço da tecnologia, os considero importante, mas chamo atenção que somos nós (profissionais, usuários, comunidade), cotidianamente, que promovemos ou não saúde, no caso saúde mental.

Considero importante a preocupação que os profissionais revelaram com relação à sua própria saúde mental, demonstrando que todos podem sofrer psicicamente. O gestor municipal necessita atentar para esse aspecto, valorizando as ações aqui apresentadas e avaliadas, entendendo que produzir saúde no espaço do território exige atenção a saúde dos profissionais.

Outro aspecto fundamental é que o processo avaliativo identificou as facilidades para a realização das ações de saúde mental na ESF, tendo os apoios dos estágios em saúde mental, a discussão dos casos nas reuniões, o agendamento da consulta médica, o grupo de saúde mental e o comprometimento do conselho local com essa pauta para incluir essas ações no território.

Avalio as equipes da ESF Pitoresca têm utilizado vários espaços possíveis, criando e inventando à saúde, construindo redes de cuidado que rompem com a idéia de que as ações de saúde restringem-se a hospitalização, a medicalização, propondo uma prática que considera a vida social.

As dificuldades apontadas na avaliação dos profissionais demonstram que temos desafios a enfrentar e superar, buscando a reorganização na política de saúde mental do município de Porto Alegre, tendo no matriciamento umas das ações fundamentais para consolidação do cuidado no território. Entendo ainda, que o fortalecimento da rede de saúde mental também vai facilitar e qualificar as ações já desenvolvidas no espaço da ESF.

Avalio como positiva a existência de equipes de saúde mental em todas as gerências distritais do município de Porto Alegre e, penso que esse dispositivo deveria ser aproveitado para iniciar o matriciamento das equipes da ESF, o que facilitaria e fortaleceria o cuidado em saúde mental no território.

Com os resultados avaliados pelas equipes da ESF Pitoresca entendo que as ações de saúde mental orientam-se pela concepção de um cuidado ampliado, considerando a subjetividade e singularidade demandada pelos usuários do serviço, da comunidade e dos próprios profissionais. Há uma prática que busca o encontro e, nesse sentido tem produzido saúde mental no espaço do território.

Avalio também que esse processo não é harmonioso, há conflitos e resistências, pois a incorporação da saúde mental na ESF ocorre pela transformação das nossas práticas e nossos saberes, exigindo questionamentos, reflexão e sensibilização, direcionando, assim, para mudanças no processo de trabalho.

Chamo atenção para a imprescindível participação da sociedade nessa construção, em que a parceria com os profissionais da ESF pode fortalecer e instigar um processo reflexivo de transformação sobre a atenção em saúde mental como espaço de vida na cidade.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, Ana Lúcia; LAGRANGE, Valéria. A visita domiciliar como uma estratégia da assistência no domicílio. *In: MOROSINI, Márcia Valéria G.C.; CORBO, Anamaria D'Andrea (Org.). Modelos de atenção e a saúde da família.* Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p.151-172.
- ACIOLE, Sonia. Participação social na saúde: revisitando sentidos, reafirmando propostas. *In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe e participação e espaços públicos.* Rio de Janeiro? IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2005. p.293-303.
- ADAMI, Nilce Piva; MARANHÃO, Amélia Maria Scarpa Albuquerque. Qualidade dos serviços de saúde: conceitos e métodos avaliativos. *Acta paul. enferm.,* São Paulo, v.8, n.4, 47-55, mai./dez. 1995.
- ALVARADO, Ruben. Cuidemos a los cuidadores: la salud mental de los trabajadores de la salud. *Revista de la Escuela de Salud Pública,* v.X, n.2, p.31-37. 2006.
- AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Loucos pela vida:** a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. 136p.
- _____. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. 142p.
- _____. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. 202p.
- AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. Avaliação em saúde mental: da mensuração diagnóstica e psicopatológica em direção à complexidade no campo da saúde e das políticas públicas. *In: PINHEIRO, Roseni; GULJOR, Ana Paula; SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes da; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos.* Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/LAPPIS, ABRASCO, 2007. p.41-61.
- ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; BEZERRA, Roberto Cláudio. Atenção primária à saúde e Estratégia Saúde da Família. *In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al (Org.). Tratado de Saúde Coletiva.* São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p.783-836.
- ANGELIS, Suan. **El método comparativo constante.** EducaRed, 2005. Disponível em: <<http://www.educared.org.ar/infanciaenred/margarita/etapa2/mcc1.asp>>. Acesso em: 25 jul. 2008.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil.** 2006. 58p.
- BASAGLIA, Franco. **Psiquiatria alternativa:** contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. São Paulo: Brasil Debates, 1982. 158p.
- BORSOI, Izabel Cristina Ferreira. Da relação entre o trabalho e saúde à relação entre trabalho e saúde mental. *Psicol. Soc.,* Porto Alegre, v.19, edição especial 1, 103-111. 2007.

BRASIL. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>. Acesso em: 15 out. 2006.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Artigos nº196 e nº198. Brasília: Senado Brasileiro, 1988a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 213p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº196**, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996a.

_____. Ministério da Saúde. **Guia de saúde mental**. Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2001a. 146p.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº10.216**, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº8080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990a.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº8142**, de 28 de dezembro de 1990. 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 e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990b.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde nº01**, de 06 de novembro de 1996. “Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão”. Brasília: Ministério da Saúde, 1996b.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Brasília: Ministério da Saúde. 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Relatório final da Oficina de Trabalho para “**Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica**”. Brasília: Ministério da Saúde, 2001c. 23p.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº333**, de 04 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde Mental. **Relatório final da II Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994. 63p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e políticas de saúde mental no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde. 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental e atenção básica**: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde – pólos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. **I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final**. Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1988b. 43p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental**: 1990-2004. 5 ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

_____. **Números da Saúde da Família**. Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#numeros>>. Acesso em: 28 jul. 2008.

_____. **Saúde mental passo a passo**. Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24355&janela=1>. Acesso em: 15 set. 2008.

BROFMAN, Gilberto. Psicoterapia psicodinâmica de grupo. *In*: CORDIOLI, Aristides Volpato (Org.). **Psicoterapias**: abordagens atuais. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p.299-316.

BÜCHELE, Fátima; LAURINDO, Dione Lucia Prim; BORGES, Vanessa Freitas; COELHO, Elza Berger Salema. A interface da saúde mental na atenção básica. **Cogitare enferm**, v.11, n.3, p.226-233, set./dez. 2006.

CAMPOS, Florianita Braga; NASCIMENTO, Stellamaris. O apoio matricial: reciclando a saúde mental na atenção básica. **Cadernos IPUB**, Rio de Janeiro, v.13, n.24, p.91-99, mar./abr. 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. *In*: CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p.29-88.

_____. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p.393-403. 1999.

_____. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.2, p.219-230. 2000.

_____. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. *In*: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p.229-266.

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, p.399-407, fev. 2007.

CARLOS, Sérgio Antônio. O processo grupal. *In*: STREY, Marlene Neves *et al* (Org.). **Psicologia social contemporânea**: livro-texto. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1998. p.199-206.

CARVALHO, Alexandre Magno Teixeira de; AMARANTE, Paulo. Forças, diferença e loucura: pensando para além do princípio da clínica. *In*: AMARANTE, Paulo (Org.). **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p.41-52.

CARVALHO, Brígida Gimenez; MARTIN, Gilberto Berguio; CORDONI JUNIOR, Luiz. A organização do sistema de saúde no Brasil. *In*: ANDRADE, Selma Maffei de; SOARES, Darli Antônio; CORDONI JUNIOR, Luiz (Org.). **Bases da saúde coletiva**. 1. ed. Londrina: UEL, 2001. p.27-59.

CASÉ, Vânia. Saúde mental e sua interface com o Programa de Saúde da Família: quatro anos de experiência em Camaragibe. *In*: LANCETTI, Antonio (Org.). **Saúde Loucura**: saúde mental e saúde da família. São Paulo: Hucitec, 2002. p.121-136.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.41-65, jan./jun. 2004.

COHN, Amélia. A saúde na previdência social e na seguridade social: antigos estigmas e novos desafios. *In*: COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo (Org.). **Saúde no Brasil**: políticas e organizações de serviços. 3. ed. revista e ampliada. São Paulo: Cortez - CEDEC, 1999. p.13-57.

COIMBRA, Valéria Cristina Christello. **Avaliação do cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família**. 2007. 299f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

COIMBRA, Valéria Cristina Christello; SILVA Emília Nalva Ferreira da; KANTORSKI Luciane Prado; OLIVEIRA Michele Mandagará. A saúde mental e o trabalho do enfermeiro. **Rev. gaúcha enferm.**, Porto Alegre, v.26, n.1, p.42-49, abr. 2005.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre; CHAMPAGNE, François; DENIS, Jean-Louis; PINEAULT, Raynald. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. *In*: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p.29-47.

COSTA-ROSA, Abílio da. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. *In*: AMARANTE, Paulo (Org.). **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p.141-168.

COSTA-ROSA, Abílio da; LUZIO, Cristina Amélia; YASUI, Silvio. As Conferências Nacionais de Saúde e as premissas do modo psicossocial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.25, n.58, p.12-25, mai./ago. 2001.

CUNHA, Gustavo Tenório. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005. 212p.

DEJOURS, C. Note de travail sur la notion de souffrance. In: DEJOURS, C. (org.). *Plaisir et souffrance dans le travail*. Paris: CNRS/Pirtem, 1987.

DEJOURS, C. *A Loucura do Trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. 5 ed. São Paulo: Cortez, 1992. 167p.

DESLANDES, Suely. **Avaliação**. 2008. Disponível em: <<http://www.determinants.fiocruz.br/pps/apresentacoes/AVALIACAO-Brasilia.ppt>>. Acesso em: 25 jul. 2008.

DESVIAT, Manuel. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. 167p.

DONABEDIAN, Avedis. **La calidad de la atención médica**: definición y metodos de evaluación. México: La Prensa Medica Mexicana, S.A., 1984.

ELIAS, Paulo Eduardo. Análise sobre a reforma sanitária e concepções políticas subjacentes: a visão autoritária do ideário progressista. **Saúde soc.**, São Paulo, v.2, n.1, p.59-73. 1993.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO RIO GRANDE DO SUL. *Residência Integrada em Saúde*. Disponível em: <<http://www.esp.rs.gov.br/>>. Acesso em: 20 abr. 2008.

FERREIRA, Mário César; MENDES, Ana Magnólia. "Só de pensar em vir trabalhar, já fico de mau humor": atividade de atendimento ao público e prazer-sofrimento no trabalho. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v.6, n.1, p.93-104. 2001.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. *O acolhimento e os processos de trabalho em saúde*: Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.345-53, abr./jun. 1999.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, Emerson Elias *et al.* **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p.55-124.

FRANCO, Túlio; MERHY, Emerson Elias. **PSF**: contradições e novos desafios. Conferência Nacional de Saúde On-Line, 1999. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm>>. Acesso em: 05 jul. 2008.

FREEBORN, Donald K.; GREENLICK, Merwyn R. Evaluation of the performance of ambulatory care system: research requirements and opportunities. **Medical Care**, 11(supplement), p.68-75. 1973 apud SILVA, Ligia Maria; FORMIGLI, Vera Lúcia. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.80-91, jan./mar. 1994.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996. 148p.

FURTADO, Juarez Pereira. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.165-181. 2001.

GALLO, Edmundo *et al.* Reforma sanitária: uma análise de viabilidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.4, n.4, p.414-419, out./dez. 1988.

GAÚCHA AM. **Entrevista com Prefeito José Fogaça sobre o PSF**. Resumo, 2007. Disponível em: <
http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cs/usu_doc/fogaca_psf_21ago.doc>. Acesso em: 20 mai. 2008.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p.1171-1181, jun. 2006.

GLANZNER, Cecília Helena. **Avaliação dos fatores de sofrimento e prazer no trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial**. 2008. 108p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

GLINA, Débora Miriam Raab; ROCHA, Lys Esther; BATISTA, Maria Lucia; MENDONÇA, Maria Goretti Vieira. Saúde mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexos com o trabalho e o diagnóstico, com base na prática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p.607-616, mai./jun. 2001.

GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec, 1994. 278p.

GRUPO DE PROFISSIONAIS DO PSF DE PORTO ALEGRE. **O histórico da crise do PSF em Porto Alegre**. 2007. Disponível em: <
<http://artigosetextossugeridos.blogspot.com/2007/08/psf-de-porto-alegre-o-historico.html>>. Acesso em: 20 mai. 2008.

GUBA, Egon; LINCOLN, Yvonna. **Fourth Generation Evaluation**. Newbury Park: Sage Publications. 1989. 294 p.

GUEDES, Ana Emília. Da integração de programas à integralidade de ações de saúde: algumas reflexões preliminares. *In*: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001. p.127-156.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades**. 2007. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>. Acesso em: 28 set. 2007.

KANTORSKI, Luciane Prado. **O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental e a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul**. 1998. 224p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

KANTORSKI, Luciane Prado; WETZEL, Christine; MIRON, Véra Lúcia. Resgatando práticas reformistas de atenção em psiquiatria e saúde mental no Rio Grande do Sul. **Rev. gaúcha enferm.**, Porto Alegre, v.23, n.2, p.16-26, jul. 2002.

LACERDA, Maria Ribeiro; GIACOMOZZI, Clélia Mozara; OLINISKI, Samantha Reikdal; TRUPPEL, Thiago Christel. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que

fundamentam sua prática. **Saúde soc.**, São Paulo, v.15, n.2, p.88-95, mai./ago. 2006.

LANCETTI, Antonio. **Saúde Loucura: saúde mental e saúde da família.** São Paulo: Hucitec. 2002. 220p.

_____. Saúde mental nas entranhas da metrópole. *In:* _____. **Saúde Loucura: saúde mental e saúde da família.** São Paulo: Hucitec. 2002. p.11-52.

LANCETTI, Antonio; AMARANTE, Paulo. Saúde mental e saúde coletiva. *In:* CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa *et al* (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p.615-634.

LIMA, Ana Luce Girão Soares de; PINTO, Maria Marta Saavedra. Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde. **Hist. cienc. saúde - Manguinhos,** Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.1037-1051, set./dez. 2003.

LIMA, Ana Raquel Santiago de. O desafio do apoio matricial em saúde mental feito às equipes de saúde da família em Aracaju. **Cadernos IPUB,** Rio de Janeiro, v.13, n.24, p.101-107, mar./abr. 2007.

LINCOLN, Yvonna; GUBA, Egon. **Naturalistic inquiry.** Newbury Park: Sage Publications. 1985. 416p.

LUDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E.D.A. **A pesquisa em educação: abordagens qualitativas.** São Paulo: EPU, 1986. 99p.

LYRA, Maria Amélia Alves. Desafios da saúde mental na atenção básica. **Cadernos IPUB,** Rio de Janeiro, v.13, n.24, p.57-66, mar./abr. 2007.

MANDÚ, Edir Nei Teixeira; GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz; SILVA, Maria da Anunciação; SILVA, Ana Maria Nunes da. Visita domiciliária sob o olhar de usuários do Programa Saúde da Família. **Texto contexto – enferm.,** Florianópolis, v.17, n.1, p.131-140, jan./mar. 2008.

MELO, Enirtes Caetano Prates de; CUNHA, Fátima Terezinha Scarparo; TONINI, Teresa. Políticas de saúde pública. *In:* FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de (Org.). **Ensinando a cuidar em saúde pública.** São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2005. p.47-71.

MERHY, Emerson Elias. Cuidado com o cuidado em saúde: saber explorar seus paradoxos para um agir manicomial. *In:* MERHY, Emerson Elias; AMARAL, Heloisa. **A reforma psiquiátrica no cotidiano II.** São Paulo: Aderaldo & Rothschild: Campinas, São Paulo: Serviços de Saúde Dr. Cândido Ferreira, 2007. p.25-37.

MERHY, Emerson Elias. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde. *In:* CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira (Org.). **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo: Hucitec, 1994. p.117-160.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. *In*: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p.71-112.

MERHY, Emerson Elias. Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. *In*: MERHY, Emerson Elias; AMARAL, Heloisa. **A reforma psiquiátrica no cotidiano II**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild: Campinas, São Paulo: Serviços de Saúde Dr. Cândido Ferreira, 2007. p.55-66.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 189 p.

MICHAELIS. **Moderno dicionário da língua portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos, 2007.

MIELKE, Fernanda Barreto. **O cuidado em saúde mental no entendimento dos profissionais de um CAPS**. 2007. 76f. Monografia (Graduação em Enfermagem). Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 406p.

MIRON, Véra Lúcia. **Organização do trabalho em saúde mental em um serviço ambulatorial público de saúde**. 1993. 106p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade Federal de São Paulo, Ribeirão Preto, 1993.

MOURA, Luís César Souto de; MOURA, Gisela Maria Schebella Souto de. Notas de aula sobre a evolução histórica das políticas de saúde no Brasil. **Rev. gaúcha enferm.**, Porto Alegre, v.18, n.2, p.94-103, jul. 1997.

NASCIMENTO, Carla Cristina do. **Apoio matricial em saúde mental: possibilidades e limites no contexto da reforma psiquiátrica**. 2007. 176f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

NUNES, Mônica; JUCÁ, Vlândia Jamile; VALENTIM, Carla Pedra Branca. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.10, p.2375-2384, out. 2007.

OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro de. Trabalho e cuidado no contexto da atenção psicossocial: algumas reflexões. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p.694-702, dez. 2007.

OLIVEIRA, Jaime de Araújo; TEIXEIRA, Sonia Fleury. **(Im)Previdência Social: 60 anos de história da previdência no Brasil**. 2. ed. Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989. 357p.

OLIVEIRA, Leda Maria Leal de; SILVA, Fernanda; TUNIN, Andréa. Acolhimento em saúde: reorganização do processo de trabalho e a qualidade do atendimento. **Anais**

dos resumos ampliados do VI Seminário do Projeto Integralidade. Rio de Janeiro, 2002. p.111-117.

OLIVEIRA, Rosane Mara Pontes de. **Pintando novos caminhos:** visita domiciliar em saúde mental. 2001. 235f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

OLSCHOWSKY, Agnes. **O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental:** análise da pós-graduação “Lato sensu”. 2001. 233f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem das Escolas de Enfermagem de Ribeirão Preto e São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. **Atención Primaria de Salud.** Alma-Ata, URSS, 1978. 93p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Organization of services for mental health.** 2003. 74p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Relatório sobre a saúde do mundo.** Saúde mental: nova concepção, nova esperança. 1. ed. Genebra, 2001. 135p.

PAIM, Jairnilson Silva. Ações integradas em saúde (AIS): por que não dois passos atrás. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.2, n.2, p.167-183, abr./jun. 1986.

_____. Modelos de atenção à saúde mental. In: GIOVANELLA, Lígia, ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa *et al* (orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 547-573.

PATTON, Michael Quinn. **Qualitative research and evaluation methods.** 3. ed. Thousand Oaks: Sage Publications. 2002. 598p.

PAULIN, Luiz Fernando; TURATO, Egberto Ribeiro. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **História, Ciências, Saúde — Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.11, n.2, p.241-58, mai./ago. 2004.

PEREIRA, Alexandre de Araújo. Saúde mental para médicos e enfermeiros que atuam no Programa de Saúde da Família: uma contribuição sobre o processo de formação em serviço. **Cadernos IPUB**, Rio de Janeiro, v.13, n.24, p.13-33, mar./abr. 2007.

PINHEIRO, Roseni; GULJOR, Ana Paula; SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes da. Necessidades e práticas na desinstitucionalização da clientela de longa permanência institucional: uma proposta de avaliação da relação entre demanda e oferta de cuidado. In: PINHEIRO, Roseni; GULJOR, Ana Paula; SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes da; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Desinstitucionalização da saúde mental:** contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/LAPPIS, ABRASCO, 2007. p.13-40.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão – 4º trimestre de 2003.** Porto Alegre, 2003. 112p.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. **Política de Saúde Mental do Município de Porto Alegre**, 2008. Disponível em:

<http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=686>. Acesso em: 21 jul. 2008.

ROESE, Mauro. A metodologia do estudo de caso. **Cadernos de Sociologia**, PPGS/UFRGS, Porto Alegre, v.9, p.189-200. 1998.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. A contribuição da saúde mental para o desenvolvimento do PSF. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.56, n.3, p.230-235, mai./jun. 2003.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana. Desinstitucionalização, uma outra via. *In*: NICÁCIO, Fernanda (Org.). **Desinstitucionalização**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p.17-60.

SARACENO, Benedetto. A reabilitação como cidadania. *In*: _____. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: TeCorá, 1999. p.111-142.

SARACENO, Benedetto. Reabilitação psicossocial: uma prática à espera de teoria. *In*: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p.150-154.

SARACENO, Benedetto; FRATTURA, Lucilla; BERTOLOTE, José Manoel. Evaluation of psychiatric services: hard and soft indicators. *In*: WHO (Org.). **Innovative approaches in service evaluation**: consumer contribution to qualitative evaluation soft indicators. Geneva, WHO, 1993. p.35-52.

SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes; MASCARENHAS, Mônica Tereza Machado. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. *In*: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araujo de (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS, ABRASCO, 2006. p.241-257.

SILVA, Iêda Zilmara de Queiroz Jorge da; TRAD, Leny Bomfim. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.9, n.16, p.25-38, set./fev. 2005.

SOUSA, Maria Fátima de. O Programa de Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.61, n.2, p.153-158, mar./abr. 2008.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; LAURIDSEN-RIBEIRO, Edith. Desafio para a atenção básica: incorporação da assistência em saúde mental. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.9, p.1845-1853, set. 2006.

TEIXEIRA, Sonia Fleury; MENDONÇA, Maria Helena. Reformas sanitárias na Itália e no Brasil: comparações. *In*: TEIXEIRA, Sonia Fleury (Org.). **Reforma sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez, 1989. p.193-232.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de; PASCHE, Dário Frederico. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa *et al* (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p.531-562.

WETZEL, Christine. **Avaliação de serviço em saúde mental**: a construção de um processo participativo. 2005. 290f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

_____. **Desinstitucionalização em saúde mental**: a experiência de São Lourenço do Sul-RS. 1995. 216f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1995.

WETZEL, Christine; KANTORSKI, Luciane Prado. Avaliação de serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. **Texto contexto – enferm.**, Florianópolis, v.13, n.4, p.593-598, out./dez. 2004.

YIN, Robert K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman; 2001. 205p.

ZERO HORA. **10 respostas sobre a ameaça de médicos e hospitais**, 2007. Disponível em: <http://www.ccr.org.br/a_noticias_detalhes.asp?cod_noticias=1360>. Acesso em: 20 mai. 2008.

ZIMERMAN, David E. Como agem os grupos terapêuticos? *In*: ZIMERMAN, David E; OSORIO, Luis Carlos (Org.). **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artmed, 1997. p. 119-126.

ZIMERMAN, David E. Fundamentos teóricos. *In*: ZIMERMAN, David E; OSORIO, Luis Carlos (Org.). **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artmed, 1997. p.23-32.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa: Ações de Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: um estudo avaliativo

Estamos desenvolvendo o presente estudo com o **objetivo** de avaliar as ações de saúde mental desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família para a promoção da rede de cuidado em saúde mental no território.

A pesquisa será desenvolvida através de observação e entrevistas com os profissionais da Estratégia Saúde da Família, para conhecer seu entendimento sobre saúde mental. As observações serão anotadas em diário de campo e as entrevistas, gravadas e transcritas na íntegra.

É assegurado ao participante, através do presente termo, o anonimato, o sigilo da informação, o direito de desistir a qualquer momento do estudo, o direito de acesso aos dados em qualquer etapa da pesquisa e o recebimento de respostas e esclarecimentos referentes à pesquisa, conforme Resolução nº 196/ 1996 do Conselho Nacional de Saúde.

Os sujeitos desta pesquisa não receberão nem terão custos por sua participação.

Porto Alegre, _____

Sujeito de Pesquisa: _____

Autores:

Profa. Dra. Agnes Olschowsky (pesquisadora responsável). Contato: (51) 9653.8685
Mda. Fernanda Barreto Mielke (pesquisadora). Contato: (51) 8111.8322

Comitê de Ética em Pesquisa – Secretaria Municipal de Saúde/ Porto Alegre.

APÊNDICE B - Roteiro de Observação

Data da observação: ___/___/___

Horário de início: ___h ___min

Horário de término: ___h ___min

Descrição dos sujeitos:

Descrição do local:

Descrição de eventos especiais:

Descrição da atividade:

Diálogo:

APÊNDICE C - Instrumento de Pesquisa

1. Identificação

Nome fictício: _____

Formação profissional: _____

Idade: _____ anos completos

Sexo: () M () F

Tempo que trabalha nesta ESF: _____ anos _____ meses

2. Roteiro de entrevista:

1. Fale sobre as dificuldades e facilidades para realizar o atendimento em saúde mental nesta unidade de saúde da família.

ANEXO A – Carta de Aprovação
Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
 CARTA DE APROVAÇÃO

pro.pesq

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul analisou o projeto:

Número : 2007817

Título : Ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família

Pesquisador (es) :

NOME	PARTICIPAÇÃO	EMAIL	FONE
AGNES OLSCHOWSKY	PESQ RESPONSÁVEL	agnes@portoweb.com.br	33085421
FERNANDA BARRETO MIELKE	PESQUISADOR	fernanda.mielke@ufrgs.br	

O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, reunião nº 21 , ata nº 101 , de 28/2/2008 , por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, quarta-feira, 5 de março de 2008


 ILMA SIMONI BRUM DA SILVA
 Coordenador do CEP-UFRGS

ANEXO B – Parecer Consubstanciado
Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre



Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa
PARECER CONSUBSTANCIADO

Pesquisador (a) Responsável: Agnes Oslechosky
Equipe executora:
Registro do CEP: 238 Processo N°. 001.018615.08.2
Instituição onde será desenvolvido: Secretaria Municipal de Saúde – EST Pitoresca
Utilização: TCLE
Situação: APROVADO

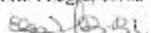
O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre analisou o processo N°.001.018615.08.2, referente ao projeto de pesquisa: **"AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA DA FAMÍLIA - ESF"**, tendo como pesquisador responsável Agnes Oslechosky cujo objetivo é "Gera: - Avaliar as ações de saúde mental desenvolvidas na Estratégia de Saúde da Família, a partir da inclusão do grupo de interesse no processo avaliativo. Específicos: -Identificar as estratégias do grupo de interesse para implementação de ações de saúde mental na Estratégia de Saúde da Família.-Proporcionar subsídios, a partir do grupo de interesse, para a expansão e consolidação da atenção em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família."

Assim, o projeto preenche os requisitos fundamentais das resoluções. O Comitê de Ética em Pesquisa segue os preceitos das resoluções CNS 196/96, 251/97 e 292/99, sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde / Conselho Nacional de Ética em Pesquisa / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Em conformidade com os requisitos éticos, classificamos o presente protocolo como **APROVADO**.

O Comitê de Ética em Pesquisa, solicita que :

1. Enviar primeiro relatório parcial em seis meses a contar desta data;
2. Informar imediatamente relatório sobre qualquer evento adverso ocorrido;
3. Comunicar qualquer alteração no projeto e no TCLE;
4. Entregar junto com o relatório, todos os TCLE assinados pelos sujeitos de pesquisas.
5. Após o término desta pesquisa, o pesquisador responsável deverá apresentar os resultados junto à equipe da unidade a qual fez a coleta de dados e/ou entrevista, inclusive para o Conselho Fiscal da Unidade de Saúde.

Porto Alegre, 15/05/08


 Elen Maria Borba
 Coordenadora do CEP

ANEXO C – Política de Saúde Mental do Município de Porto Alegre

Os dados referentes à Política de Saúde Mental do Município de Porto Alegre foram obtidos através do site oficial da Prefeitura Municipal de Porto Alegre.

A Política de Saúde Mental do município de Porto Alegre privilegia três eixos de direcionamento: qualificação da atenção básica, ampliação da rede de serviços especializados, promoção e desenvolvimento da intersetorialidade. Para isso, busca qualificar, expandir e fortalecer a rede de atenção extra-hospitalar, através da reestruturação e implantação de Centros de Atenção Psicossocial e de Serviços Residenciais Terapêuticos, além da ampliação das ações de saúde mental na atenção básica, da implementação da política de atenção integral a usuários de álcool ou outras drogas, e da regulação dos leitos psiquiátricos em hospital geral.

No cenário atual do município as seguintes ações estão sendo implementadas:

- Reorganização das equipes de saúde mental visando à criação de Centros de Atenção Psicossocial regionalizados (CAPSi, CAPSII e CAPSad);
- Encaminhamento de processos de credenciamento de 05 CAPS nas regiões leste-nordeste, noroeste/navegantes/ilhas, cruzeiro, restinga e partenon/lomba do pinheiro;
- Readequação dos CAPS atuais conforme requisitos da vigilância sanitária;
- Conveniamento da Comunidade Terapêutica PACTO para internação de longa permanência de usuários de substâncias psicoativas;
- Ampliação e regionalização do Programa de Redução de Danos.

Como desafios da política de saúde mental municipal são apontados dois aspectos:

- Ampliação e regionalização da Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes, e atenção à dependência química (álcool e outras drogas);
- Retaguarda e capacitação permanente da Atenção Básica para ações de saúde mental, incluindo álcool e outras drogas e infância.

A atual rede especializada em saúde mental de Porto Alegre, cujo acesso ocorre através da rede básica de saúde, conta com os seguintes serviços:

- CAPSII – adulto – CAIS Mental Centro;
- CAPSII – adulto – CAIS Mental Cruzeiro;

- CAPSII – adulto – Hospital de Clínicas de Porto Alegre;
- CAPSII – adulto – Grupo Hospitalar Conceição;
- CAPSad – álcool e drogas – Grupo Hospitalar Conceição;
- CAPSad – álcool e drogas – Cruzeiro (em fase de implantação);
- CAPSi – infância e adolescência – Hospital de Clínicas de Porto Alegre;
- CAPSi – infância e adolescência – Casa Harmonia;
- GerAção POA – Oficina Saúde e Trabalho;
- Serviço Residencial Terapêutico Gomes Jardim;
- Serviço Residencial Terapêutico Salvador França;
- Pensão Protegida Nova Vida;
- Programa de Redução de Danos;
- Comunidade Terapêutica PACTO;
- Plantão de Emergência em Saúde Mental – Vila dos Comerciantes;
- Ambulatórios e Equipe de Saúde Mental nas Gerências Distritais.