

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE ENFERMAGEM



## RELATORIO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE ENFERMAGEM

**AVALIAÇÃO DA SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA**

**SAÚDE DA FAMÍLIA**

(MENTALESF)

RELATÓRIO FINAL

COORDENAÇÃO GERAL  
PROFA DRA AGNES OLSCHOWSKY

[

PORTO ALEGRE, 2011

## **EQUIPE**

### **Coordenação Geral**

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Agnes Olschowsky

### **Equipe Técnica**

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Christine Wetzel  
Prof. Dr. Jacó Fernando Schneider  
Prof. Dr. Leandro Barbosa de Pinho  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Luciane Prado Kantorski  
Prof. Dr. Marcio Wagner Camatta  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Vanda Maria da Rosa Jardim  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Valéria Cristina C. Coimbra

### **Bolsistas de Iniciação Científica:**

Andréia Youssef  
Camila Coelho de Souza  
Charlise Pasuch de Oliveira  
Eduardo Oliveira Salines Duarte  
Juliana Cavalcanti  
Raissa Ribeiro Saraiva de Carvalho  
Rodrigo da Silveira  
Vanessa Braga Schatschneider

### **Pós – Graduandos**

Andiara Cossetin (Mestrado)  
Ariane Guedes (Doutorado)  
Adriana Fertig (Doutorado)  
Cecilia Helena Glanzner (Doutorado)  
Cíntia Nasi (Doutorado)  
Cristine Roos (Doutorado)  
Eglê Kohlrausch (Doutorado)  
Eliane Lavall (Mestrado)  
Fernanda Barreto Mielke (Doutorado)  
Sidnei Teixeira Júnior (Mestrado)

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos especialmente...

Ao MCT-CNPq e Ministério da Saúde pelo financiamento desta pesquisa, especialmente pela iniciativa de através do Edital MCT-CNPq 06/2008, oportunizar aos jovens pesquisadores estabelecer eixos de investigação.

As nossas instituições de trabalho UFRGS e UFPel pela disponibilidade de recursos materiais e humanos que tivemos para desenvolver esta pesquisa.

A Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob Direção da Prof<sup>a</sup>. Liana Lautert e a Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas sob Direção da Profa Dra Luciane Prado Kantorski, na época de aprovação deste projeto pelo atendimento das demandas do projeto e pelas parcerias geradas para seu desenvolvimento.

A cada um dos integrantes desta pesquisa, aluno de graduação, pós-graduando, bolsista de iniciação científica, pessoal de apoio, docente e pesquisador. Agradecemos o trabalho, envolvimento e empenho depositados nesta construção coletiva.

A ESF que integrou o estudo e a Secretaria Municipal de Porto Alegre que receberam nossa equipe de pesquisa, disponibilizaram informações, ofereceram sua infraestrutura local, enfim estiveram abertos à avaliação.

Agradecemos e dedicamos nossa pesquisa aos usuários, familiares e equipe da ESF que abriram as portas dos serviços, de suas casas, de sua comunidade e nos acolheram, acreditando que o produto desta avaliação pode oferecer subsídios para repensar a prática em saúde mental, o conhecimento e as políticas públicas para a área, consolidando um modo de atenção psicossocial e o cuidado em saúde mental no território.

Muito Obrigado.

## RESUMO

A presente pesquisa teve como objetivo avaliar ações de saúde mental desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família (ESF). Estudo qualitativo, do tipo estudo de caso desenvolvido a partir da Avaliação de Quarta Geração de Guba e Lincoln, adaptada por Wetzel, desenvolvido na Estratégia Saúde da Família Pitoresca, do município de Porto Alegre. Os sujeitos do estudo foram 16 profissionais da ESF, 3 profissionais da equipe de matriciamento, 10 usuários e 10 familiares. A coleta de dados foi realizada através de 168 horas de observação e entrevistas por meio da aplicação do círculo hermenêutico-dialético. O método de análise de dados escolhido foi o Método Comparativo Constante, organizados em marcadores internos: ambiência e características do processo de trabalho e marcadores externos: gestão e articulação em rede e intersetorialidade. Foi avaliado que o espaço físico da ESF é pequeno, interferindo na confortabilidade dos usuários e da equipe e que o atendimento da ESF é de boa qualidade, sendo caracterizado por práticas que utilizam tecnologias leves. O trabalho coletivo possibilita o compartilhamento das situações de saúde, favorecendo a integralidade e a interdisciplinaridade. O ACS é avaliado como protagonista do atendimento em saúde mental na ESF, sendo parceiro, aquele profissional que conhece, acompanha e discute as necessidades de saúde da sua área. A capacitação para o cuidado em saúde mental foi apontada como necessidade com enfoque no modelo de atenção psicossocial. Na gestão e articulação em rede, emergiram questões relacionadas às (des) conexões da ESF com outros pontos de atenção de saúde mental do município. O matriciamento foi avaliado como uma proposta de articulação e parceria da equipe da ESF com as equipes de saúde mental. Na intersetorialidade, foi avaliada a necessidade de desenvolver oficinas na comunidade e a parceria com os setores da sociedade. Foi destacada a parceria com a universidade, oferecendo oportunidade para alunos e professores conviverem com as demandas complexas de saúde mental do território e a importância da criação de espaços de sociabilidade e convivência. Os resultados poderão facilitar o 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 a consolidação da rede de cuidados que considere os indivíduos em seu contexto social.

Palavras-chave: Saúde mental; Serviços de saúde mental; Avaliação de serviços; Saúde da família.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Círculo hermenêutico-dialético .....	23
Figura 02 – Distribuição da área física da ESF-Pitoresca .....	52
Figura 03 – Rede de saúde mental – Ministério da Saúde .....	90

## LISTA DE IMAGENS

Imagem 01 – Localização da ESF-Pitoresca .....	24
Imagem 02 – Apresentação do projeto para a equipe .....	32
Imagem 03 – Preparação da equipe de pesquisadores para o trabalho de campo .....	33
Imagem 04 – Negociação com os familiares .....	42
Imagem 05 – Negociação com os usuários .....	43
Imagem 06 – Negociação com a equipe .....	43

## LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Questões iniciais e desdobradas dos grupos de interesse .....38

Quadro 02 – Marcadores internos e externos .....46

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. OBJETIVO.....	14
3. METODOLOGIA.....	15
3.1. Tipo de estudo .....	15
3.2. Local do estudo .....	17
3.3. Sujeitos do estudo.....	19
3.4. Coleta de dados .....	20
3.5. Aplicação prática.....	21
3.5.1. <i>Contato com o campo</i> .....	22
3.5.2. <i>Organização da avaliação</i> .....	22
3.5.3. <i>Identificação dos grupos de interesse</i> .....	24
3.5.4. <i>Desenvolvimento das construções conjuntas</i> .....	24
3.5.5. <i>Ampliação das construções conjuntas</i> .....	27
3.5.6. <i>Preparação da agenda para a negociação</i> .....	28
3.5.7. <i>Execução da negociação</i> .....	29
3.6. Análise de dados.....	30
3.7. Aspectos éticos.....	32
4. RESULTADOS .....	33
4.1. AMBIÊNCIA .....	33
4.1.1. <i>Estrutura física da ESF</i> .....	35
4.1.2. <i>Disponibilidade de medicação psiquiátrica</i> .....	37
4.2. CARACTERÍSTICAS DO PROCESSO DE TRABALHO .....	39
4.2.1. <i>O perfil do profissional da ESF</i> .....	40
4.2.2. <i>Trabalho coletivo: espaços de trocas e compartilhamento</i> .....	45
4.2.3. <i>ACS como protagonista do atendimento em saúde mental na ESF</i> .....	52
4.2.4. <i>Interesse da equipe pela saúde mental</i> .....	59
4.2.5. <i>Aspectos que determinam a demanda</i> .....	60
4.2.6. <i>Acompanhamento do usuário em saúde mental na ESF</i> .....	61
4.2.7. <i>Necessidade de capacitação em saúde mental</i> .....	64
4.2.8. <i>Práticas que tensionam o modelo psiquiátrico</i> .....	67
4.3. GESTÃO E ARTICULAÇÃO EM REDE.....	70
4.3.1. <i>A Rede de Atenção à Saúde Mental a partir da ESF</i> .....	72
4.3.2. <i>Matriciamento enquanto dispositivo para o cuidado em saúde mental na ESF</i> .....	97
4.3.3. <i>Sistema de Informação</i> .....	103
4.3.4. <i>Trabalho e Emprego em Saúde</i> .....	106
4.4. INTERSETORIALIDADE .....	110
4.4.1. <i>O desenvolvimento de oficinas e atividades na comunidade</i> .....	114
4.4.2. <i>A parceria entre a ESF e demais setores da sociedade (educação, cultura, meio ambiente, segurança, entre outros)</i> .....	123
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	134
REFERÊNCIAS .....	140
APÊNDICE 1 – Carta de Aprovação.....	151
ANEXO 1 – Termo de Consentimento Livre e Informado .....	152

## 1. INTRODUÇÃO

A presente pesquisa visa avaliar ações de saúde mental no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Porto Alegre, do Estado do Rio Grande do Sul, a partir do entendimento dos diferentes atores que compõem esse serviço de saúde.

O movimento de Reforma Psiquiátrica iniciado no Brasil na década de 1970, concomitantemente à Reforma Sanitária, apontaram para um novo conceito sobre loucura, o qual considera o sujeito que sofre com uma doença e não apenas a doença desse sujeito. Essas reformas no âmbito da saúde propiciaram a reconstrução do conceito de saúde, que, ampliado, considera os aspectos bio-psico-sócio-culturais e espirituais e, a pessoa em sofrimento psíquico passa a ser vista prioritariamente como um cidadão, com direitos e deveres, retornando ao convívio na sociedade.

Ambos os movimentos têm trazido contribuições para transformação nos modelos de atenção em saúde no país, propondo uma prática terapêutica no âmbito do território que deve buscar enfatizar a singularidade dos indivíduos e suas dimensões familiares e socioculturais.

A aproximação da saúde mental e ESF permite o contato e acolhimento do sofrimento psíquico, apresentando respostas diferentes daquelas orientadas pelo modelo biomédico, que tem a doença como foco de intervenção. O desafio que se coloca é romper com a visão linear para ações de saúde e, abarcar uma gama plural de outros profissionais para uma prática clínica, que exige individualização do sujeito para que sua subjetividade seja escutada (LYRA, 2007).

Pensa-se que estar no espaço dos sujeitos pode facilitar o acesso aos serviços, bem como a identificação e acolhimento dos transtornos mentais e das questões sociais como violência, desemprego, falta de moradia entre outros que podem levar ao adoecimento.

Nesse sentido, 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. (BRASIL, 2001).

A partir da pesquisa de “Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil (CAPSUL)” evidenciamos a importância e a relevância dessa rede na construção de um trabalho resolutivo, que atenda às necessidades de saúde mental do usuário no contexto do território.

Com o CAPSUL pudemos identificar que nos três estados da região Sul do Brasil há um número insuficiente de serviços de atenção em saúde mental que deveriam compor essa rede de serviços. E que, apesar da diversidade e criatividade das equipes de saúde mental em organizar o seu trabalho, foram identificadas dificuldades dos mesmos em conduzir satisfatoriamente o seu processo de trabalho cotidiano devido, dentre outros aspectos, ao sucateamento de muitos serviços de saúde mental, o funcionamento desarticulado entre eles e o descompromisso, desinteresse e desconhecimento de alguns gestores em implementar as políticas de saúde mental.

As equipes de serviços especializados como os CAPS, enfrentam cotidianamente os reflexos das dificuldades apontadas anteriormente: há dificuldade de estabelecer a alta dos usuários deste nível de assistência para outro de maior ou menor complexidade relacionada à insuficiência de serviços da rede de atenção; quando existe uma rede mínima, mesmo que insuficiente, também há dificuldade de comunicação entre os serviços, prejudicando a relação de referência e contra-referência dos usuários. Assim, a fragilidade dessa rede de serviços vem comprometendo a resolutividade das ações voltadas para a saúde mental.

Desse modo, a articulação da saúde mental com a atenção básica, utilizando recursos próprios da comunidade, possibilitaria a aceleração do processo de consolidação da reforma psiquiátrica, pois melhora a cobertura assistencial aos agravos mentais (OPAS, 2001).

No ano de 2001 foi realizada a Oficina de Trabalho para Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica, participando deste evento 09 secretarias municipais e 01 secretaria estadual de

saúde escolhidas por já possuírem experiências em andamento da inclusão de ações de saúde mental na atenção básica através da Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2001).

Estes documentos apresentam a organização das ações de saúde mental na atenção básica, que pauta-se em dois aspectos principais: o apoio matricial e a formação de recursos humanos na área de saúde mental.

O apoio matricial em saúde mental é um arranjo organizacional com o objetivo de oferecer suporte técnico às equipes da atenção básica em saúde. A equipe de saúde mental compartilha os casos com a equipe de saúde da família, em um processo de co-responsabilização ou de responsabilização compartilhada (BRASIL, 2003). A idéia é que a partir de um trabalho conjunto, entre as duas equipes, mantenha-se o princípio 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 princípio da integralidade, na busca do atendimento ampliado ao indivíduo em suas diferentes necessidades.

Nesse sentido, a ESF é fundamental na articulação da rede de cuidado em saúde mental, superando o manicômio, centrando o cuidado na família, trabalhando conceitos de vigilância a saúde e risco e, potencializando ações de saúde de modo a lidar com determinantes sociais que levam ao adoecimento por meio de práticas intersetoriais, exercício da cidadania e mecanismos de empoderamento da comunidade (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007).

Consideramos que a reforma psiquiátrica implica em transformar saberes e práticas em relação à loucura, perceber a complexidade do objeto de intervenção, re-compreender o sofrimento psíquico, re-inventando modos de atenção. E, assim, entendemos que a consolidação da rede cuidados é uma das diretrizes centrais da política de saúde mental no Brasil, apontada pelo Ministério da Saúde, tendo a articulação com a atenção básica orientada pelos seguintes princípios fundamentais: noção de território, organização da atenção em rede, intersetorialidade, reabilitação psicossocial, interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção de cidadania e construção de autonomia dos usuários e familiares (BRASIL, 2003).

A partir disso a presente pesquisa pretende contribuir na operacionalização da rede de cuidados em saúde mental, consolidando a parceria com a ESF e, assim desenvolver ações no espaço territorial, sensibilizando e desmistificando a atenção da área como unicamente especializada.

Pensamos que os resultados do estudo poderão também facilitar o 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.

O desafio está plantado e o poder público, através das iniciativas do Ministério da Saúde, vem trabalhando para garantir uma atenção em saúde mental conforme as diretrizes propostas e, a presente pesquisa propõe uma avaliação das ações de saúde mental na ESF, considerando esse cenário como um encontro prioritário, necessário e atual para investigações que preconizam transformações e criatividade na atenção em saúde ampliada no espaço do território.

## **2. OBJETIVO**

A presente pesquisa tem como objetivo geral:

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

Os objetivos específicos:

- Realizar um processo avaliativo participativo junto a Estratégia Saúde da Família, possibilitando a compreensão do objeto avaliado e a construção dos sujeitos envolvidos.
- Identificar as estratégias utilizadas para implementação de ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família.
- Proporcionar subsídios para a expansão e consolidação da atenção em saúde mental na Estratégia Saúde da Família

### 3. METODOLOGIA

#### 3.1. 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 Wetzel (2005). Esta metodologia baseia-se em uma avaliação construtivista e responsiva com abordagem hermenêutico-dialética.

A investigação através do estudo de caso visa apreender uma situação tecnicamente única baseando-se em várias fontes de evidência, com os dados convergindo num triângulo e beneficiando-se do desenvolvimento prévio de proposições teóricas, que visam conduzir a coleta e análise dos dados. A realização de estudos de caso em pesquisas avaliativas evidencia sua potencialidade em descrever o contexto real em que se dá a intervenção e a sua capacidade em explorar situações específicas, identificando na realidade estudada inter-relações entre pressupostos e práticas concretas de serviços e programas (YIN, 2005).

A Avaliação de Quarta Geração é uma abordagem alternativa às demais gerações em razão das insuficiências destas metodologias, e propõe uma avaliação construtivista responsiva.

O termo responsivo é utilizado para designar um caminho diferente de focalizar a avaliação na decisão de quais seus parâmetros e limites. A avaliação responsiva os delimita através de um processo iterativo 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 (GUBA; LINCOLN, 1989).

A avaliação responsiva tem como elementos a serem enfocados as reivindicações, preocupações e questões, que 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).

A avaliação não é somente responsiva porque busca visões diferentes dos grupos de interesse, mas porque ela responde aos questionamentos na subsequente coleta de dados. É provável que os diferentes grupos de interesse tenham construções também diferentes a cerca de qualquer 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, num processo denominado hermenêutico-dialético (GUBA; LINCOLN, 1989).

Guba e Lincoln (1989) propõem o processo hermenêutico-dialético para alcançar o que foi exposto anteriormente. É hermenêutico porque é interpretativo, e dialético porque representa a comparação e o contraste das visões divergentes com a visão para a realização de um alto nível de síntese.

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

Figura 1 – Círculo Hermenêutico-Dialético.

Fonte: Guba e Lincoln (2011)

Como primeiro passo, o respondente inicial  $R_1$  participa de uma entrevista aberta para determinar uma construção inicial em relação ao foco da pesquisa. O respondente é questionado para descrever o foco com ele o constrói, descrevê-lo e comentá-lo em termos pessoais. Ao término da entrevista, solicita-se ao respondente que indique outro respondente  $R_2$ .

Os temas centrais, concepções, idéias, valores, preocupações e questões propostas por  $R_1$  são analisados pelo pesquisador dentro da formulação inicial

de  $R_1$ , designada  $C_1$ . A análise de dados segue estreitamente próxima 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 solicita a nomeação de  $R_3$ , e completa a segunda análise resultando na formulação de  $C_2$ , agora uma construção mais informada e sofisticada baseada em duas fontes:  $R_1$  e  $R_2$ .

Esta metodologia, por seu caráter inclusivo e participativo, possibilitará uma avaliação das ações de saúde mental da Unidade de Saúde da Família, propiciando o desenvolvimento de estratégias a partir dos grupos de interesse e, desse modo, oportunizando que as demandas surgidas com o processo avaliativo possam conduzir mudanças nas ações da ESF e sua aproximação com a saúde mental.

### 3.2. Local do estudo

O estudo foi desenvolvido na Estratégia Saúde da Família – UBS Pitoresca, localizada na Zona Leste do município de Porto Alegre.

#### Imagem 1 – Localização da ESF Pitoresca

Foi uma escolha intencional relacionada à inserção da Escola de Enfermagem da UFRGS nesse local, através de estágios de graduação em saúde mental há cinco anos, o que possibilitou a constituição de vínculo com a ESF e com o território, fundamentais para o desenvolvimento de um processo avaliativo participativo.

Associado a isso, a ESF Pitoresca já tinha consolidada a proposta de acompanhamento em saúde mental no território, desenvolvendo atividades assistenciais dentro da proposta de acompanhamento de usuários com patologias psiquiátricas, procurando romper com o ciclo de encaminhamentos

para os serviços especializados em saúde mental como único modo de cuidado nesse campo.

Do mesmo modo, a ESF Pitoresca vinha buscando qualificar a contra-referência, de forma que os usuários com transtornos psíquicos egressos de instituições especializadas pudessem ter acompanhamento na continuidade do tratamento.

Essa implicação da ESF Pitoresca com as questões de saúde mental possibilitou que fosse possível o engajamento dos grupos de interesse na avaliação, uma vez que a Avaliação de Quarta Geração exige que o objeto a ser avaliado seja conhecido e vivenciado por todos envolvidos nesse processo.

A ESF Pitoresca é localizada no município de Porto Alegre, capital do Estado do Rio Grande do Sul que possui uma população de 1.409.939 (IBGE, 2007). O município encontra-se na Gestão Plena do Sistema de Saúde pela Norma Operacional Básica do SUS/2001, sendo incorporado na 1ª Coordenadoria de Saúde.

A rede de serviços de saúde da Atenção básica é composta por 103 Equipes de ESF, 74 Unidade Estratégia Saúde Família- ESF, 63 Unidades Básicas de Saúde – UBS,

A rede de saúde mental está composta por 4 CAPS II, 3 CAPSi, e CAPSad, 1 Programa de Redução de Danos, 02 Serviços de Residenciais Terapêutico (SRT), 02 Emergências psiquiátricas, 01 Oficina Geração de Renda, além de ambulatórios com equipes matriciais nas gerências distritais e estabelecimentos conveniados com leitos de internação psiquiátrica (PREFEITURA DE PORTO ALEGRE, 2010).

A ESF Pitoresca localiza-se no bairro Jardim Bento Gonçalves, na região Partenon/Lomba do Pinheiro. A ESF Pitoresca é integrante da 9ª e 10ª Gerência Distrital Lomba do Pinheiro/Partenon, sendo composta por duas equipes de saúde da família. A região é dividida em oito microáreas, abrangendo um território de aproximadamente seis mil pessoas. Cada micro-área é de responsabilidade de um agente comunitário de saúde.

As equipes são compostas cada uma por um médico com residência em Saúde da Família, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde. O serviço ainda conta com uma auxiliar de serviços gerais.

A ESF Pitoresca atende 1431 famílias. A equipe 1 atende 689 famílias e a equipe 2 atende 742 famílias (SIAB, 2011).

O horário do funcionamento do serviço é das 8h às 12h e das 13h às 17h. A coordenação da ESF é realizada por uma das enfermeiras da unidade. A área física da Pitoresca é composta por 4 consultórios, banheiro dos funcionários, dispensa com material de limpeza, sala de vacinas e medicamentos, sala de espera, sala de nebulização, banheiro para usuários, recepção.

Na ESF Pitoresca são realizadas as seguintes ações de saúde mental: acolhimento, vínculo, escuta, visitas domiciliares, discussão de casos durante a reunião da equipe, consulta médica e o grupo terapêutico “Evolução” (MIELKE, 2009).

### 3.3. Sujeitos do estudo

Nesse estudo, o envolvimento dos grupos de interesse teve o objetivo de buscar questões mais pertinentes dentro do contexto da ESF, lembrando que a maior meta da Avaliação de Quarta Geração é ser formativa, abrindo o discurso para a possibilidade de reconstrução e desenvolvimento.

Guba & Lincoln (1989) colocam que o único critério razoável e ético que pode ser usado para definir os grupos de interesse é o que denominam de interesse relativo, no sentido de que algumas audiências estão em muito maior risco de que outras.

Definimos, então, para este estudo três grupos: **equipe, usuários e familiares**, entendendo que esses grupos são os mais atingidos por um processo avaliativo.

Os sujeitos do estudo foram todos os profissionais das duas equipes da ESF Pitoresca, que totalizam 16 profissionais, 3 profissionais da equipe de

matriciamento, 10 usuários que recebem atendimento de saúde mental e 10 familiares que possuem um parente que faz acompanhamento em saúde mental na unidade estudada.

Para os profissionais foi considerado como critério de inclusão trabalharem na Unidade de Saúde da Família há, pelo menos, seis (6) meses, pois se entende que neste tempo o profissional já esteja inserido no contexto do serviço.

Os usuários selecionados tiveram como critério de inclusão: estarem em acompanhamento na ESF e terem boas condições de comunicação.

Os familiares incluídos foram aqueles com boa inserção junto a ESF, considerados pela equipe como os que colaboram com o cuidado de seu familiar em acompanhamento no serviço.

#### 3.4. Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada através das técnicas de observação e entrevista.

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

A avaliação qualitativa fornece descrições detalhadas das atividades, dos processos e dos participantes do programa, sendo a observação direta um importante recurso. Os registros da observação devem ser ricos em detalhes, permitindo que o leitor se insira na situação observada (PATTON, 1987).

Lincoln e Guba (1985) colocam que a observação pode tomar diferentes formas nos diferentes estágios da pesquisa. Na fase inicial, a observação pode ser pouco estruturada, de forma a permitir que o observador expanda o seu conhecimento e desenvolva algum senso do que é importante ou saliente. Mais

tarde, o observador pode torná-la mais focal, à medida que as informações aumentam.

Nesse estudo, as etapas da observação não seguiram um roteiro rígido, mas permitiram uma familiarização com a rotina e dinâmica do serviço, um conhecimento da equipe, dos usuários e dos familiares, possibilitando que fosse incorporada a presença dos avaliadores no cotidiano da ESF Pitoresca.

A outra técnica de coleta de dados foi a entrevista. O avaliador como entrevistador, está procurando descobrir como as pessoas percebem o programa que está sendo estudado (PATTON, 1987).

A maior vantagem da entrevista é que permite ao respondente mover-se no tempo para reconstruir o passado, interpretar o presente e prever o futuro. Através desse procedimento, podemos obter dados subjetivos e objetivos e, em geral, as entrevistas podem ser categorizadas pelo seu grau de estrutura, de informação, e pela qualidade do relacionamento entre o entrevistador e entrevistado (LINCOLN; GUBA, 1985).

No caso desse estudo, através da utilização do círculo hermenêutico-dialético, as primeiras entrevistas foram menos estruturadas, permitindo que o respondente falasse livremente sobre o serviço. À medida que as entrevistas foram sendo realizadas, a sua análise permitiu a identificação de questões que foram colocadas nas entrevistas seguintes, de forma a aumentar o seu grau de estrutura, não deixando, porém, de permitir que todos os entrevistados pudessem colocar novas questões se assim desejassem.

### 3.5. Aplicação prática

A aplicação prática do processo da Avaliação de Quarta Geração seguiu as seguintes etapas: 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.

### 3.5.1. *Contato com o campo*

O primeiro contato com a ESF Pitoresca ocorreu em uma reunião de equipe, na qual foi solicitado um espaço para apresentar a proposta de avaliação e de sua realização na unidade. Nessa reunião os presentes concordaram em participar do estudo, o que autorizou os pesquisadores para encaminhamentos formais que se seguiram.

Após aprovação do Comitê de Ética da Secretaria de Saúde do Município de Porto Alegre foi organizada uma apresentação da proposta de avaliação de forma mais detalhada aos trabalhadores da ESF, proporcionando um espaço de discussão bem como sugestões em relação sua operacionalização.

Imagem 2 - Apresentação do projeto à equipe, em 16/09/2010

### 3.5.2. *Organização da avaliação*

A organização da avaliação envolveu uma etapa relacionada á capacitação da equipe de pesquisadores na aplicação da metodologia. Como a maior parte deles já havia desenvolvido a metodologia em estudo anterior (KANTORKI et al, 2009), as oficinas tiveram como objetivo central a adequação dos passos para essa pesquisa e a organização e distribuição das atividades.

Para isso, foram realizados quatro encontros:

07/06/2010: foi definido o período de coleta de dados, os pesquisadores responsáveis pelo desenvolvimento do círculo hermenêutico-dialético junto a cada grupo de interesse, e o planejamento dos recursos materiais necessários;

30/06/2010: organizada a apresentação do projeto para os trabalhadores, definidos aspectos relacionados à observação (período, roteiro e estratégia de registro).

09/08/2010: retomada a logística para o desenvolvimento das observações e entrevistas: organização da escala das observações, orientações quanto ao uso dos gravadores e organização de um Seminário.

16/09/2010: Distribuição de tarefas entre os bolsistas de IC, entrega dos Kits contendo o material para a coleta, avaliação da reunião com equipe ESF Pitoresca para apresentação do projeto.

Imagem 3 – Preparação da equipe de pesquisadores para o trabalho de campo

Após a organização dos pesquisadores, deram-se início às atividades de observação, que ocorreram no período de 21/09/2010 à 01/10/2010 e totalizaram 168 horas, todas registradas em um diário de campo.

Essa fase foi importante para o desenvolvimento de uma avaliação na qual se espera que os interessados falem sobre seus problemas, sendo necessário que os avaliadores sejam conhecidos pelos mesmos e interajam com eles no seu cotidiano, vivenciando o contexto do serviço, sem ainda estarem engajados nas atividades de avaliação, o que Guba e Lincoln (1989) denominam de etnografia prévia (*prior ethnography*).

A observação consistiu na permanência dos avaliadores no horário integral de funcionamento da ESF e no acompanhamento de todas as atividades desenvolvidas no seu dia-a-dia. Foram realizadas em duplas ou em trios, e os pesquisadores que ficavam juntos em determinado turno se distribuíam para acompanhar as diferentes atividades programadas.

No final da primeira semana de observação (24/09/2010) foi realizado um encontro entre os avaliadores, com o objetivo de discutir e avaliar as observações realizadas e direcionar a segunda semana de observação para aspectos que necessitam um aprofundamento ou que não foram contemplados na etapa inicial. Um exemplo foi a necessidade de focar mais a observação do trabalho de um dos profissionais que não havia sido contemplado na semana anterior. Essa etapa foi uma oportunidade de cada um expor suas impressões iniciais e confrontá-las com as dos demais observadores.

Na segunda semana, além da continuidade das observações, foram feitos os primeiros contatos com usuários e familiares que pudessem compor os grupos de interesse. Nessa semana a presença dos pesquisadores pareceu já

não causar desconforto aos trabalhadores, o que era percebido pela forma como os recebiam e pela comunicação mais fácil e cordial.

### *3.5.3. Identificação dos grupos de interesse*

Os integrantes dos grupos de interesse foram definidos com base nos seguintes critérios:

**Equipe:** foram incluídos os 16 trabalhadores da equipe: 2 médicos, 2 enfermeiras, 4 técnicos de enfermagem e 8 agentes comunitários de saúde. No decorrer da aplicação do círculo hermenêutico-dialético, surgiram várias questões relacionadas ao matriciamento<sup>1</sup> e a equipe foi consultada quanto à inclusão dos profissionais que oferecem matriciamento à ESF Pitoresca no grupo de interesse. Após a concordância da equipe da ESF, esses três profissionais foram contatados e informados sobre a pesquisa e convidados a participar, sendo incluídos. Ao final, o grupo de interesse da equipe totalizou 19 trabalhadores.

**Usuários:** os 10 usuários foram convidados a partir de contatos na observação, de indicações da equipe e de participantes de um grupo de saúde mental (Grupo Evolução), coordenado pela coordenadora do estudo.

**Familiares:** dos 10 familiares, seis foram selecionados entre os que têm algum parente participando no Grupo Evolução e quatro foram indicados pela equipe.

Os familiares e usuários indicados pela equipe foram aqueles que têm, de forma contínua e intensiva, necessidades relacionadas ao atendimento em saúde mental, e vivenciam as conseqüências diretas e cotidianas do bom ou mau atendimento no campo da saúde mental.

### *3.5.4. Desenvolvimento das construções conjuntas*

---

<sup>1</sup> A Secretaria da Saúde de Porto Alegre possui um grupo de profissionais que realiza matriciamento em saúde mental, oferecendo suporte às ações de saúde mental na atenção básica. A ESF Pitoresca conta com o apoio de um psiquiatra, uma psicóloga e uma assistente social.

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

A primeira entrevista foi iniciada com questões abertas, em que foi solicitado que o entrevistado falasse de modo geral sobre o atendimento do serviço.

Já nas primeiras entrevistas, determinadas questões de especial importância e relevância emergiram. Essas questões foram introduzidas nas demais entrevistas, em busca de informações mais detalhadas e específicas.

Cada entrevista foi seguida imediatamente pela análise dos dados. O método de análise de dados escolhido foi o Método Comparativo Constante, o qual possibilitou que a análise fosse realizada concomitantemente à coleta dos dados.

Com esse método, o material das entrevistas prévias ficou disponível para as seguintes, nas quais, além de falar sobre as suas próprias construções, o entrevistado era convidado a criticar as construções das entrevistas anteriores. O conjunto de construções que emergiram em cada um dos grupos de interesse foram o resultado final a ser reapresentado ao grupo na etapa da negociação (quadro 1).

Quadro 1 – Questões iniciais e desdobradas dos grupos de interesse

GRUPO DE INTERESSE	QUESTÕES INICIAIS	CONSTRUÇÕES DESDOBRADAS
<b>USUÁRIO</b>	<p>Como és atendido na ESF Pitoresca?</p> <p>Como equipe tem contribuído para teu atendimento?</p> <p>O que esperas do atendimento?</p>	<p>O atendimento precisa ser mais esclarecido para quem tem problemas emocionais.</p> <p>O médico é mais que um profissional; é um amigo, dá apoio. As enfermeiras precisam ficar muito presas às atividades burocráticas.</p> <p>Faltam atividades na comunidade para idosos, obesos, alcoólatras e viciados em drogas.</p> <p>O local onde está o posto é inseguro (deserto, mal iluminado, tenebroso). As pessoas têm medo.</p> <p>A estrutura física do posto é pequena para muita gente que precisa de atendimento.</p> <p>É preciso ter medicação de saúde mental a disposição na unidade.</p> <p>A equipe deve ser flexível, atendendo os casos urgentes no momento da reunião da equipe. Não deve fechar a unidade.</p>
<b>FAMILIA</b>	<p>Como teu familiar é atendido na ESF Pitoresca?</p> <p>Como equipe tem contribuído para o atendimento do teu familiar?</p> <p>O que esperas do atendimento?</p>	<p>Realização de atividades/oficinas com seu familiar na comunidade.</p> <p>Deixar o atendimento do especialista e ser acompanhado na ESF.</p> <p>Inserção (aquisição) de um profissional de saúde mental na ESF.</p> <p>Importância do trabalho de matriciamento na ESF.</p> <p>Importância de outros setores da prefeitura (educação, meio ambiente) e da sociedade realizarem conjuntamente ações de saúde mental em parceria com ESF.</p>
<b>EQUIPE</b>	<p>Fale sobre o atendimento em saúde mental na ESF Pitoresca.</p>	<p>Dificuldades da equipe da ESF no encaminhamento dos casos de saúde mental diminuídas e o atendimento qualificado (melhora a adesão) através do <i>matriciamento</i> e através de <i>ações docentes assistenciais</i>.</p> <p>Dificuldade no atendimento de usuários de drogas e álcool do território.</p> <p>Importância do trabalho em equipe multiprofissional e dos espaços de discussão para resolução dos casos de saúde mental.</p> <p>Mudança de um olhar médico-clínico para uma atuação direcionada a saúde mental no território e no modelo de atenção psicossocial.</p> <p>Importância da capacitação em saúde mental como estratégia para qualificação na área.</p> <p>Dificuldades no atendimento as crises.</p> <p>Rede de saúde mental insuficiente e desarticulada.</p> <p>Precarização dos vínculos de trabalho dos trabalhadores da ESF.</p>

### 3.5.5. *Ampliação das construções conjuntas*

Nos passos anteriores, o círculo hermenêutico foi estabelecido, o que facilitou a emergência de construções conjuntas de determinado grupo de interesse, desenvolvidas a partir das construções originais dos participantes individuais do círculo. Mas, uma variedade de outras informações disponíveis tiveram impacto sobre essas construções. Tal material foi introduzido na roda quando o entrevistado ou o avaliador (ou ambos) julgavam necessárias mais informações para o esclarecimento de alguma questão. No aprofundamento e esclarecimento das questões deste estudo, as informações foram buscadas das seguintes formas:

a) observação: as observações realizadas nas duas primeiras semanas permitiram que os avaliadores ganhassem experiência preliminar com o contexto e levantassem questões para as entrevistas.

b) a literatura profissional: o conhecimento já produzido propiciou questões úteis a serem consideradas, que influenciaram as construções existentes. Procurou-se não tomar a literatura como uma verdade a ser generalizada, mas, sim, como mais um conhecimento a ser considerado de forma crítica em relação ao contexto daquele serviço. Para Guba e Lincoln (1989), muitas pessoas têm a crença de que documentos da ciência devem ser tomados ao pé da letra e sugerir que elas critiquem os achados da literatura, nos seus próprios termos, pode ser difícil. Apesar de ser difícil resistir à aparente autoridade e legitimação que os documentos carregam, frente à riqueza do material produzido em torno da proposta da Reforma Psiquiátrica, com freqüência, na discussão de alguma questão, recorria-se a esse material. Como se tratava de uma proposta de avaliação formativa, a caminhada foi de acordo com as possibilidades dos grupos no tempo da pesquisa. Mesmo que, na maior parte das vezes, não se conseguisse absorver todo esse material de modo crítico, a introdução a alguns conceitos deu aos grupos uma visão mais ampla da proposta,

c) a construção ética do avaliador: não há problema em introduzir as questões do avaliador se tal construção é expressa ao lado das demais, sofrendo as mesmas críticas e discordâncias e a sensibilidade dos avaliadores foi fundamental para perceber em que momentos a introdução de suas questões seria adequada. A introdução de questões dos avaliadores era previamente discutida entre os mesmos para avaliar a pertinência de sua introdução.

Esses recursos foram importantes para informar as construções existentes para, através da reflexão, serem rejeitadas ou acomodadas na construção aceita.. Quando todas essas informações são expostas e trabalhadas, o fim da interação hermenêutica é essencialmente alcançado. Durante essa etapa, as construções conjuntas de cada grupo foram agrupadas e reagrupadas em diferentes núcleos temáticos.

#### *3.5.6. Preparação da agenda para a negociação*

Após a organização das construções de cada grupo, partiu-se para a etapa de sua apresentação para os respectivos grupos para que pudessem ter acesso à totalidade das informações e tivessem a oportunidade de modificá-las ou afirmar a sua credibilidade. Essa negociação foi realizada mediante a utilização da técnica grupal, sendo convidados todos os entrevistados de determinado círculo para quem foi apresentado o resultado final (provisório) da análise dos dados.

A preparação da agenda de negociação envolveu as seguintes atividades por parte dos avaliadores:

- a definição de cada núcleo temático nos termos do grupo de interesse que o trouxe à tona, sendo seguida de suficiente discussão, com exemplos, para torná-lo o mais claro possível para todos;

- a organização do material na forma de um texto com cópia para cada participante do grupo, de modo que todos pudessem ter acesso as informações;

- a preparação do material para exposição ao grupo, mediante a utilização de recursos audiovisuais;

- a negociação do dia e horário do encontro com todos os participantes. Essa etapa exigiu diversos contatos com cada um deles até chegar a um consenso.

### *3.5.7. Execução da negociação*

Os grupos de negociação ocorreram em salas com privacidade, para que todos se sentissem tranquilos ao expor suas opiniões, na qual participaram observadores que realizaram o registro do que foi discutido no grupo e, quando necessário, lançavam questões que pudessem esclarecer determinado ponto.

No grupo dos familiares, dos 10 entrevistados, sete compareceram e os demais justificaram a ausência.

#### Imagem 4 – Negociação com os familiares

No grupo dos 10 usuários entrevistados compareceram quatro, sendo que os demais justificaram sua ausência.

#### Imagem 5 – Negociação com os usuários

No encontro com o grupo da equipe dos 19 entrevistados compareceram cinco sendo que cinco justificaram a ausência e os demais não compareceram, apesar de terem pactuado a participação.

#### Imagem 6 – Negociação com a equipe

Ao ser apresentada a análise parcial dos dados, percebeu-se um alto grau de consenso em relação às questões. Pode-se dizer que no grupo de familiares e dos usuários o consenso foi total.. No grupo da equipe a maioria das questões foram mantidas (apenas uma foi excluída).

Os três grupos avaliaram que o resultado apresentado retratava as suas questões e opiniões sobre o atendimento em saúde mental na ESF Pitoresca.

Em relação à ação a ser desenvolvida a partir da avaliação, Guba e Lincoln (1989) apontam três possíveis caminhos, sendo provável que todos os três existirão em uma mesma avaliação: resolução total, resolução incompleta ou parcial e não-resolução.

No caso da avaliação aqui apresentada, muitos dos problemas que foram surgindo desencadearam ações de forma mais imediata. Mas, muitas das questões permaneceram não resolvidas, identificando-se fatores dificultadores, tais como contexto desfavorável e os limites internos. Em relação ao contexto, a ausência de uma política de saúde mental efetivamente implantada no município estudado tem estabelecido limites principalmente, nas questões relacionadas à rede de cuidados em saúde mental e a intersetorialidade. E, internamente, a precarização do trabalho, gerando constantes mudanças na equipe associada a estrutura deficitária tem se configurado como barreiras importantes na direção da qualificação e consolidação da atenção em saúde mental no território.

### 3.6. Análise de dados

Nesta etapa, foram realizadas três oficinas de avaliação qualitativa de Quarta Geração, focadas na análise de dados do campo empírico, no período de março a julho de 2011,

Na primeira oficina realizada em 07/07/2011, foram apresentadas as unidades de informação de cada grupo de interesse, construídas a partir da aplicação do círculo hermenêutico-dialético. Junto com as unidades de informação foram apresentados os fragmentos das entrevistas que deram origem a respectiva unidade de informação.

Na segunda oficina, ocorrida em 13/07/2011 formam compostos coletivamente os eixos temáticos do estudo. Esta definição ocorreu mediante a unificação de todas as unidades de informação relacionadas ao mesmo tema.

Na terceira oficina, ocorrida no dia 19/07/2011, apresentou-se a conceituação de cada marcador, e discutiu-se exaustivamente até que por consenso o grupo de pesquisadores delimitou o enfoque dado neste estudo. Foi estabelecido então que os marcadores da avaliação qualitativa no relatório final seriam os seguintes (quadro 2):

MARCADORES INTERNOS	MARCADORES EXTERNOS
<p><b><u>AMBIÊNCIA</u></b></p> <p>Estrutura Física da ESF</p> <p>Disponibilidade de medicação psiquiátrica</p> <p><b><u>CARACTERÍSTICAS DO PROCESSO DE TRABALHO</u></b></p> <p>Trabalho coletivo: espaços de trocas e compartilhamento</p> <p>ACS como protagonista do atendimento em SM na ESF</p>	<p><b><u>GESTÃO E ARTICULAÇÃO EM REDE</u></b></p> <p><b>A Rede de Atenção à Saúde Mental a partir da ESF</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atendimento aos usuários de drogas</li> <li>- Atendimento à crise</li> </ul> <p><b>Matriciamento enquanto dispositivo para o cuidado em saúde mental na ESF</b></p> <p><b>Sistemas de informação</b></p> <p><b>Trabalho e Emprego em Saúde</b></p>
<p>Interesse da equipe pela SM</p> <p>Necessidade de capacitação em SM</p> <p>Práticas que tensionam o modelo psiquiátrico</p> <p>Aspectos que determinam a demanda</p>	<p><b><u>INTERSETORIALIDADE</u></b></p> <p><b>O desenvolvimento de oficinas e atividades na comunidade</b></p> <p><b>A parceria entre a ESF e demais setores da sociedade (educação, cultura, meio ambiente, segurança, etc)</b></p>

Quadro 2 - Marcadores internos e externos

Ainda na terceira oficina foram formados três grupo de trabalho para a elaboração do relatório final, ficando cada um dos grupos responsável por desenvolver um dos marcadores.

O processo desenvolvido ao longo das oficinas, no intervalo entre elas e seu seguimento na confecção do relatório, seguiu rigorosamente a metodologia

de avaliação de Quarta Geração, configurando-se num processo formativo e construtivista.

### 3.7. Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, sob o parecer nº 001.056577.08.7 (anexo 1).

A assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos sujeitos do estudo (apêndice 1) significou sua concordância na participação. Este termo foi assinado em duas vias, permanecendo uma com os pesquisadores e outra com o sujeito do estudo, para eventuais dúvidas ou solicitações.

## 4. RESULTADOS

### 4.1. AMBIÊNCIA

Brasil (2007), ambiência refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que proporciona atenção acolhedora, resolutiva e humana. A ambiência na arquitetura dos espaços da saúde vai além da composição técnica, simples e formal dos ambientes, porque considera as situações que são construídas. Os serviços de saúde são construídos em determinados espaços e num determinado tempo, e vivenciados por um grupo de pessoas com seus valores culturais e relações sociais.

O conceito de ambiência segue três eixos:

- a) espaço que visa à confortabilidade foca a privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, valorizando o ambiente (cor, cheiro, som, iluminação, dentre outros), e garantindo conforto aos usuários e trabalhadores;
- b) o espaço que possibilita a subjetividades, ou seja, o encontro de sujeitos;
- c) o espaço que favorece a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo.

A ambiência abrange ainda o ambiente físico (percepção visual, sonora, olfativa, luminosidade, conforto, limpeza, pintura, tamanho, trânsito interior, presença de acesso/rampas para deficientes); materiais permanente e de consumo (qualidade e quantidade dos equipamentos e materiais); disponibilidade de medicação; disponibilidade de exames; disponibilidade para realização de procedimentos na unidade; acessibilidade geográfica; disponibilidade de alimentação; dentre outros.

A ambiência, através da confortabilidade, tem componentes que atuam como modificadores e qualificadores do espaço, estimulando a percepção ambiental e,

quando utilizados com equilíbrio e harmonia, criam ambiências acolhedoras, propiciando contribuições significativas no processo de produção de saúde.

“A concepção de confortabilidade também deve estar atenta para uma outra questão: sabe-se que ao entrar em um ambiente de trabalho em saúde, tanto usuários como trabalhadores, arriscam-se a deixar do lado de fora tudo que é relativo ao seu mundo, e podem perder as referências sobre seu cotidiano, sua cultura e seus desejos. Pensar a confortabilidade dentro do conceito de ambiência é também resgatar esse vínculo para junto do processo de produção de saúde, construindo-se um território onde usuários e trabalhadores identifiquem seu mundo e suas referências nos espaços de cuidado e atenção à saúde.” (BRASIL, 2007, p. 11).

A ambiência reconhece e respeita os valores culturais e a privacidade, autonomia e vida coletiva da comunidade em que está inserido o serviço de saúde. Devem-se construir ambiências acolhedoras e harmônicas que contribuam para a promoção do bem-estar, desfazendo-se o mito desses espaços que abrigam serviços de saúde frios e hostis.

Um espaço adequado ao conceito de ambiência provoca um processo de reflexão das práticas e dos modos de operar naquele espaço, contribuindo para a construção de novas situações, ou seja, os sujeitos envolvidos nessa reflexão podem transformar seus paradigmas, e a ambiência passa a ser um dos dispositivos no processo de mudança. Assim, as áreas de trabalho além de mais adequadas funcionalmente deverão proporcionar espaços vivenciais prazerosos.

“A arquitetura contribui ao projetar espaços que sejam contíguos ou salas multifuncionais ao invés de espaços subdivididos em saletas de usos específicos que consolidam “feudos” nos espaços de saúde – a fragmentação do trabalho refletida na fragmentação do espaço.” (BRASIL, 2007, p. 13).

Pensando particularmente nos serviços de saúde de atenção básica, tem sido reafirmada a importância de se criar ou se adaptar espaços coletivos destinados à reuniões, orientações, palestras, oficinas, dentre outras atividades grupais. É importante que se tenham espaços compartilhados, pensando na integração entre os membros da equipe de saúde.

Da mesma forma, as áreas de apoio para o trabalhador de saúde, como copa e banheiro, devem estar bem locadas, em número suficiente e atendendo a todos os profissionais. Áreas como farmácia, almoxarifado, central de esterilização de materiais e outros, devem ser adequadas funcionalmente além de propiciar um espaço de trabalho prazeroso.

#### 4.1.1. Estrutura física da ESF

A Estratégia Saúde da Família Pitoresca foi inaugurada em 22 de junho de 2002 e fica localizada na zona leste de Porto Alegre, na Gerência Distrital Partenon/Lomba do Pinheiro, juntamente com outras sete ESF, um pronto atendimento e seis unidades básicas de saúde (PREFEITURA DE PORTO ALEGRE, 2011). Atende 1431 famílias, distribuídas em duas áreas e oito micro-áreas. A ESF Pitoresca tem duas equipes de saúde da família e cada equipe é composta por um enfermeiro, um médico, dois auxiliares de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde, totalizando 16 profissionais.

Equipe	Micro-área	Número de famílias
1	1.1	194
	1.2	178
	1.3	139
	1.4	178
<b>Total 1</b>		<b>689</b>
2	2.1	196
	2.2	161
	2.3	183
	2.4	202
<b>Total 2</b>		<b>742</b>
<b>Total geral</b>		<b>1431</b>

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

Fonte: SIAB, 2011.

O horário de atendimento da ESF é de segunda a sexta-feira, das 8h às 12h e das 13h às 17h. A coordenação do serviço é de responsabilidade de uma das enfermeiras.

A área física da ESF é composta por 04 consultórios, 01 banheiro para funcionários, 01 banheiro para usuários, 01 sala de vacinas/medicamentos

injetáveis, 01 sala de nebulização, sala de espera, recepção, cozinha e dispensa, distribuídos conforme a figura 2:

Figura 2: Distribuição da área física da ESF Pitoresca

A ESF Pitoresca recebe o usuário na recepção pelo técnico de enfermagem, que solicita o número do prontuário e o motivo de sua vinda à unidade. Após essa avaliação, o técnico de enfermagem acolhe a demanda, direcionando para o acolhimento ou dando resolubilidade (dispensação de medicamento, informações sobre agendamento, entre outros).

O acolhimento é realizado pelos técnicos de enfermagem que verificam os sinais vitais, escutam a queixa principal do usuário e avaliam a presença de sintomas físicos, direcionando o usuário ou para consulta do dia ou agendamento de consulta.

Nos turnos manhã e tarde são realizadas consultas médicas e de enfermagem, visitas domiciliares, grupos terapêuticos, curativos, nebulizações, vacinas.

O atendimento ao usuário ocorre por ordem de chegada, na qual das 8h às 10h se atende por demanda espontânea e das 10h às 12h por agendamento. Com isso, a formação de filas é constante no início da manhã e observamos uma diferença importante na demanda entre os turnos de manhã (tumultuado) e tarde (mais tranquilo), pois à tarde são realizados os atendimentos dos programas previamente agendados.

O espaço da recepção é a porta de entrada do usuário na ESF Pitoresca, sendo o local em que são realizados agendamentos prévios, atendimento de demanda espontânea, entrega de medicamentos e receitas controladas.

Na recepção há uma caixa para sugestões, críticas, dúvidas e elogios.

O espaço físico da ESF Pitoresca é pequeno, interferindo na confortabilidade dos usuários e da equipe, uma vez que a arquitetura não apresenta espaços multifuncionais. As reuniões de equipe são realizadas na sala de espera; a cozinha é local de comida, integração, trabalho, orientação de

alunos. A estrutura não permite um conforto para o trabalho, mas, por outro lado, contraditoriamente, possibilita proximidade entre os profissionais e afastamento do trabalho.

A privacidade do usuário em diferentes situações é prejudicada. Na recepção o usuário precisa informar o motivo da sua vinda à ESF, que pode ser ouvido pelas pessoas que aguardam na sala de espera. A maioria dos acolhimentos é realizado com as portas abertas, o que facilita a escuta do atendimento pelas pessoas que circulam no ambiente.

“A estrutura ali mesmo é muito pequenininho, poderia se ampliar um pouquinho. [...] Poderia ser um pouco maior [...] até ter mais cadeiras, mais espaço para pessoas também. Mais cabines de atendimento [...]” (EU6)

#### *4.1.2. Disponibilidade de medicação psiquiátrica*

O SUS, regulamentado em 1990 pela Lei Orgânica da Saúde nº. 8080, em seu Artigo 6º determina como campo de atuação a formulação da política de medicamentos e atribui ao setor saúde a responsabilidade pela execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (BRASIL, 1990). Desse modo, o medicamento é considerado como alternativa de cuidado na promoção da saúde integral.

A distribuição de medicamentos pelo SUS acontece por financiamento aos estados e municípios. No que se refere à Saúde Mental, a União participa com parte dos recursos financeiros e o estado deve adquirir a medicação. Já no Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica os recursos destinam-se aos medicamentos essenciais (analgésicos, antiinflamatórios, vermífugos, antibióticos, etc.).

Quanto aos medicamentos excepcionais, a União repassa os recursos aos estados que oferta uma contrapartida de valor variável, conforme os produtos adquiridos. Salienta-se que “cabe à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), do Ministério da Saúde (MS), autorizar e conceder o registro

de medicamentos no País, além de coordenar e supervisionar atividades de inspeção, controle de riscos e estabelecer normas e padrões para comercialização desses produtos” (BRASIL, 2009, p.208).

A universalidade, integralidade e equidade são princípios doutrinários do SUS que conferem legitimidade ao sistema, sendo fundamental o direito à informação em saúde como afirmação da cidadania. O acesso às ações e serviços de saúde inclui a distribuição da medicação que deve vir acompanhada das informações que envolvem seu uso e as implicações para a saúde da população (VASCONCELOS; PASCHE, 2009).

A equipe da ESF facilita a distribuição de medicamentos e quando não tem medicação disponível na Unidade, a equipe orienta os usuários para aquisição dos medicamentos, informando os endereços de fornecimento.

“[...] Eles facilitaram nesse sentido, sobre a medicação que eu precisava, necessitava. Eles me davam os endereços. Às vezes eles não tinham para fornecer, mas eles me davam os endereços certinhos [...]” (EU6)

Essas informações, bem como a disponibilidade da ESF em orientar e dispensar os medicamentos é avaliada como satisfatória, considerando que a assistência terapêutica é um direito adquirido dos usuários.

“[...] Eu acho assim, que o postinho tem que dar o que a gente precisa. Eles acham que às vezes a gente não precisa de tais remédios e não dão [...]” (EU8)

Do mesmo modo, no processo avaliativo foi evidenciado que a ESF deveria ter na unidade psicofármacos para dispensação, facilitando a aquisição da terapêutica.

“[...] Eu acho que a gente não precisaria ir lá no Bananeiras (nome de uma Unidade Básica de Saúde de Porto Alegre). Eu acho que o próprio posto poderia ter esses remédios para as pessoas tomarem, pegarem ali. Às vezes, tu não tem, às vezes, eu não tenho dinheiro. Vamos supor, para pagar uma passagem para ir lá no Bananeiras. Eu vou a pé. Então, acho que o governo deveria deixar tudo ali, para gente ter alcance [...]” (EU5)

## 4.2. CARACTERÍSTICAS DO PROCESSO DE TRABALHO

Neste eixo temático são apresentadas todas as questões relacionadas aos profissionais do serviço e a organização do trabalho, bem como da equipe da ESF para o cuidado em saúde mental, ou seja, a forma que o trabalho é desenvolvido, suas características e execução das ações, o relacionamento e comunicação da equipe, usuários e familiares, a discussão dos casos e definições do plano terapêutico, entre outros aspectos.

A Estratégia Saúde da Família foi concebida pelo Ministério da Saúde para reorientar as práticas e o modelo assistencial em saúde na atenção básica. Para isso, se organiza a partir de equipes multiprofissionais que trabalham a partir de um território adscrito na intenção de favorecer a construção e, posterior, manutenção do vínculo e a co-responsabilização pelo cuidado com o núcleo familiar – objeto do cuidado, além da proximidade geográfica com a comunidade, facilitando o acesso ao serviço de saúde. Desta forma, a ESF deixa de ser um programa de saúde temporário e assume o caráter de estratégia de cuidado e assistência em saúde, estruturando o sistema público de saúde (BRASIL, 2004; ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

Para atingir a transformação de modelo assistencial proposto pela ESF são necessárias mudanças nos processos de trabalho instituídos nas equipes de saúde da família. Para tal, a ESF trabalha a partir de tecnologias leves que se caracterizam como aquelas centradas na intervenção interpessoal, no acolhimento, na escuta, na construção do vínculo, no diálogo, na disponibilidade dos profissionais, dentre outros (MERHY, 2007). Ou seja, é necessário trabalhar a partir do encontro entre sujeitos, entre trabalhador de saúde e usuário do serviço, produzindo o cuidado e, ao mesmo tempo, consumindo-o (MERHY, 2002).

Considerando que na atualidade, o território é o espaço privilegiado de atenção em saúde mental a aproximação com a ESF tem possibilitado romper com um olhar clínico delimitado pela doença, pois seu processo de trabalho

exige que a subjetividade seja acolhida, identificando das questões sociais como violência, desemprego, falta de moradia entre outros que podem levar ao adoecimento.

Nesse sentido, o processo avaliativo apontou características do trabalho desenvolvido na ESF para a realização de ações de saúde mental.

#### *4.2.1. O perfil do profissional da ESF*

Os grupos de interesse avaliaram que o atendimento oferecido na ESF Pitoresca é de boa qualidade, sendo caracterizado por práticas que utilizam mais frequentemente tecnologias leves: diálogo, escuta, acolhimento, vínculo e disponibilidade do profissional, como é possível perceber nos dados descritos a seguir.

“[...] Tanto como os agentes comunitários, como os médicos, as enfermeiras, eu sempre fui bem atendida, já estou aqui há quase uns 10 anos no posto eu acho [...] eu sempre fui muito bem atendida, eu não tenho queixa [...]” (EU4)

“[...] Eu acho ótimo o atendimento aqui, ele (seu familiar) é super bem atendido, as gurias são atenciosas com ele. Todo mundo conhece ele, sempre chegam ‘ah, I., tu vieste aqui’ e falam do grupo (grupo de saúde mental), ele também pergunta sempre pelo grupo, quando vai ter. Eu levo ele ali para fazer injeção, sou eu que levo ele ali. Ele é super bem atendido.” (EF1)

“A médica (que está de férias) deixou uma anotação com a enfermeira pedindo informações sobre uma paciente, se já estava de alta ou continuava internada. Essa responsabilização, esse compromisso do profissional parece funcionar como articulador da equipe, pois todos que sabiam da situação comentavam e todos que não sabiam, demonstravam interesse sobre o caso.” (OBS. 23/09 - P10)

Entendemos que organizar o trabalho em saúde a partir das tecnologias leves pode facilitar a construção e a implementação dos princípios do Sistema Único de Saúde tais como o atendimento integral, a participação social e a qualidade do cuidado.

O vínculo terapêutico é avaliado como um eixo estruturante para o atendimento na ESF, possibilitando a singularidade nas ações de promoção de saúde. O vínculo é estabelecido quando o usuário encontra na equipe de saúde

uma ajuda concreta para sua necessidade, acreditando na possibilidade de resolução do seu problema.

O vínculo refere-se a uma relação de confiança plena, a qual é permeada pela responsabilização e pelo compromisso das questões pactuadas entre os sujeitos. O vínculo nos remete ao usuário do serviço de saúde enquanto um sujeito autônomo, participante ativo do processo de saúde e da construção de seu plano de cuidado. Dessa forma, o vínculo proporciona que se tenham dois enfoques: o do usuário e o do trabalhador, que, conjuntamente, são responsáveis pela produção do cuidado em saúde, de forma autônoma, buscando a eficácia nas ações de saúde (MERHY, 1994; CAMPOS, 1994).

“Todos, eu vou lá todo mundo me atende bem, o M. não é um médico, é um amigo que eu tenho [...]” (EU3)

“[...] vamos supor, a doutora, ela era como uma psiquiatra pra mim [...] médica de família, mas pra mim, era minha psiquiatra, eu falava tudo pra ela, chorava, desabafava [...]” (EU7)

“O atendimento para mim é excelente. Tive uma acolhida excelente desde que cheguei no bairro, na nossa residência. Apoio total, total, tanto na visita domiciliar, quanto nas consultas. Então, só a agradecer.” (EF8)

“Eu considero o trabalho do posto fundamental naquela coisa assim do corpo-a-corpo, do conhecimento, porque as pessoas do posto têm todo o conhecimento de cada morador, na realidade.” (EF8)

“08:54 – Chega uma usuária. M. (técnico de enfermagem) vem até ela (saindo de traz do balcão de recepção e a abraça cordialmente). Conversam sobre um passeio realizado e R. (ACS) fala que infelizmente não pode ir (me parece ter sido um passeio do grupo da terceira idade). A usuária solicita retirada de medicamento. Técnico M. entrega, e acompanha a usuária até a porta e seguem conversando, dessa vez, sobre outra usuária do serviço que precisava realizar uma cirurgia.” (OBS. 22/09 - P12)

O vínculo ocorre pela oferta da escuta, pelo contato, pela atenção e disponibilidade da equipe em estar com o usuário, familiar e comunidade. Isso demonstra o compromisso da equipe da ESF, bem como sua responsabilização com o cuidado em saúde. Essa responsabilidade é avaliada positivamente pelo trabalho realizado na ESF, facilitando a corresponsabilização na promoção da saúde, pois o usuário que se sente bem atendido se compromete com o seu

cuidado. Portanto, a produção do vínculo por meio das tecnologias leves é uma prescrição impactante na atenção psicossocial.

Uma das características do trabalho na ESF é disponibilidade da equipe para a realização do seu trabalho, os grupos de interesse avaliam que os profissionais apóiam, orientam, fazem visitas e dispensam a medicação.

No processo avaliativo a visita domiciliar aparece como uma prática que facilita o acesso e a aproximação da ESF com os usuários, caracterizando-se como um instrumento do processo de trabalho que acolhe as necessidades de saúde, produzindo vínculos e ações de promoção de saúde.

“De médico, de todas as pessoas que dali participam, que vem aqui. Para mim foi um presente de Deus ter um médico para vir na minha casa, não cobra nada, me examina, eles vem aqui e fazem a vacina. Eu que não posso estar me locomovendo de um lado para o outro, isso tudo para mim é uma ajuda. Então, quer dizer, que só o que eu tenho é agradecer [...]” (EF9)

A ACS em uma visita domiciliar leva o livro com todos os usuários de sua área. Ela pede que a mãe lhe traga a caderneta de vacinação. Ela confere todas as vacinas e as anota em sua folha espelho. Pergunta se o menino mama no peito; a mãe responde que não, está dando Nestogen. A ACS pergunta se o RN teve diarreia, gripe, resfriado, se internou e anota em sua folha espelho. O RN teve icterícia e passou 15 dias hospitalizado; a ACS conversa com a mãe sobre isso, que fala que depois disso ele nunca mais teve nada. A ACS questiona se o nenê está usando sulfato ferroso e fala do Programa da Anemia, orientando que a mãe se informe melhor na próxima consulta. (OBS. 27/09 – P8)

13:10h Saí com a técnica de enfermagem e ACS para visita domiciliar (VD) de usuário acamado [...]. O usuário é cuidado principalmente pela irmã. Auxiliei a técnica de enfermagem na realização de curativo. Ela fez orientações à família sobre curativo, os cuidados gerais e sobre vacina antitetânica para irmão do usuário.. (OBS. 21/09 - P11)

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 equipe da ESF facilita a distribuição de medicamentos e quando não tem medicação disponível na Unidade, a equipe ajuda os usuários, informando os endereços de fornecimento.

“[...] Eles facilitaram nesse sentido, sobre a medicação que eu precisava, necessitava. Eles me davam os endereços. Às vezes eles não tinham para fornecer, mas eles me davam os endereços certinho [...]” (EU6)

A equipe fornece as medicações aos usuários quando acha que eles precisam.

“[...] Eu acho assim, que o postinho tem que dar o que a gente precisa [...] Eles acham que às vezes a gente não precisa de tais remédios e não dão [...]” (EU8)

Para os usuários, seria ótimo ter medicação de Saúde Mental na Unidade de Saúde referência para o local onde moram e pensam que o governo deveria deixar as medicações ao alcance do usuário, na Unidade de Saúde, como no trecho a seguir:

“[...] Eu acho que a gente não precisaria ir lá no Bananeiras (nome de uma Unidade Básica de Saúde de Porto Alegre). Eu acho que o próprio posto poderia ter esses remédios para as pessoas tomarem, pegarem ali [...] Às vezes, tu não tem, às vezes, eu não tenho dinheiro. Vamos supor, para pagar uma passagem para ir lá no Bananeiras. Eu vou a pé. Então, acho que o governo deveria deixar tudo ali, para gente ter alcance [...]” (EU5)

Um aspecto avaliado pelos usuários é que a enfermeira acaba assumindo muitas questões burocráticas, afastando-se do cuidado direto com o usuário. Vale ressaltar que a unidade em questão não tem secretário e as tarefas desse profissional são divididas entre toda a equipe, mas a coordenadora, que é a enfermeira, fica sobrecarregada com questões administrativas.

“[...] uma pessoa mais para parte burocrática, porque eu vejo dentro [...] do esquema de funcionamento que às vezes as enfermeiras, elas ficam

mais na parte administrativa do posto. Que acho que dentro dos postos teria que ter uma parte administrativa, para desonerar um pouco essa parte [...] médica, um pouco, para da mais tempo delas tratarem da gente [...] Imagina assim, eu, o profissional de enfermagem preocupado se faltou receituário, se tem que encomendar receituário, se tem que tirar xerox não sei do que, são coisas que não é função dele, entende, então é um tempo de uma pessoa, um profissional que está sendo perdido por coisa que poderia ser um, um estagiário numa escola de secretariado entende?” (EU5)

“[...] é eu acho que elas [enfermeiras] têm que dar mais atendimento é para as pessoas que estão ali consultando, papel alguém resolve. Tem a pessoa pra isso, devia dar mais atenção para as pessoas, às vezes elas estão sempre correndo [...]” (EU8)

“Enfermeiras envolvidas com atividade de organização e planejamento: agenda de consultas, descarte do lixo contaminado, campanha da dengue, contato com a gerência e seminário.” (OBS. 27/09 - P2)

Dentre as competências que cabem ao enfermeiro da ESF estão as atividades de planejamento, gerenciamento, coordenação e avaliação das ações desenvolvidas pelos ACS e equipe de enfermagem; supervisão, coordenação e execução de atividades de educação permanente dos ACS e equipe de enfermagem; participação no gerenciamento dos insumos necessários para o funcionamento adequado da unidade de saúde da família (BRASIL, 2006). Estas são atribuições gerenciais que também contribuem para a produção do cuidado em saúde, mas de uma forma indireta, não ocorrendo contato direto com o usuário do serviço. O trecho de observação a seguir mostra como a atividade gerencial é importante e contribui para o cuidado em saúde.

“ESF sem usuários até às 10:14. Em uma conversa na cozinha, técnico de enfermagem diz que não vai fazer as visitas domiciliares sozinho, que só iria se acompanhado pelas ACS. Também diz que ele vai parar de fazer os curativos e que não tem que ficar respondendo perguntas feitas pelos usuários. Enfermeira diz que não é bem assim! Que quando se realiza uma visita domiciliar, mesmo que para realizar um curativo, existem muitos outros aspectos para serem trabalhados junto à família. Após a conversa, técnico de enfermagem vai até a recepção e liga para a ACS para combinarem a visita domiciliar conjunta.” (OBS. 22/09 – P12)

Ocorre é que, para além dessas funções gerenciais e administrativas, o enfermeiro da ESF também deve realizar consultas e procedimentos de enfermagem na unidade ou no domicílio; organizar e coordenar grupos

específicos de indivíduos e famílias da área adscrita; realizar consulta de enfermagem, prestando assistência integral às pessoas e famílias da área adscrita da ESF (BRASIL, 2006). Essas atividades de assistência direta ao usuário foram relatadas nas observações realizadas na ESF em questão.

“Às 15 horas e 30 minutos uma usuária traz uma ecografia e a enfermeira orienta a usuária que os exames estão com os resultados normais e avisa que amanhã somente à tarde terá médico no posto. Pela manhã, 1 estará em curso e outra em férias a partir de amanhã. Marcou consulta para a mesma dia 22 de setembro, à tarde, às 13:30, pois referiu tosse há dias”. (OBS. 21/09 - P3)

14:20h – Grupo Melhor Idade (seis participantes mais ACS 1, Enfermeira, ACS 2 e estagiários de nutrição). [...] Enfermeira me convida para participar do grupo da Melhor Idade, que começa às 14 horas. O grupo tem a participação de idosos do território que se reúnem para discutir seus problemas de saúde e sobre assuntos do cotidiano. Acontece terças à tarde, das 14 às 15 horas, uma vez ao mês. É coordenado pela Enfermeira e conta com a participação dos ACS. Nos dirigimos da UBS para a escola, onde acontecem os encontros. Começa às 14:25 com informes da enfermeira e com as apresentações dos participantes. (OBS. 28/09 – P10)

As atividades das enfermeiras devem estar voltadas para a população, seja direta ou indiretamente. Entendemos que a atividade gerencial da enfermeira é fundamental e contribui com o cuidado em saúde, devendo sempre ser dividida com as ações assistenciais diretas, pois o não se pode perder de vista o objeto de cuidado na saúde da família: o núcleo familiar. A equipe de saúde da família deve atuar em prol da comunidade, considerando o contexto e as necessidades locais para que possa desenvolver um trabalho que dê respostas às demandas da população adscrita (BRONDANI JUNIOR et al, 2011).

#### *4.2.2. Trabalho coletivo: espaços de trocas e compartilhamento*

Na ESF, o trabalho coletivo possibilita a construção de um espaço de trocas entre os profissionais que formam a equipe de saúde, possibilitando e compartilhamento das situações de saúde, a integralidade e interdisciplinaridade

do trabalho, promovendo mudanças e melhor resolutividade. O coletivo se constitui e reconstitui conforme a necessidade do trabalho.

A construção do coletivo depende da presença de um mínimo de estabilidade e de certa permanência na organização, pois a confiança e a cooperação se constroem com o tempo. A cooperação é fruto da busca do trabalhador pela qualidade do trabalho como uma condição para ter prazer na atividade laboral, saúde mental e construção da sua identidade singular (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

O trabalho em saúde é predominantemente um trabalho coletivo multiprofissional e em cooperação, mas geralmente por meio de ações fragmentadas, em que cada área técnica se responsabiliza por uma parte da atividade (PIRES, 2008).

Entretanto, na ESF Pitoresca, tem-se mostrado que as reuniões de equipe possibilitam um trabalho coletivo, em equipe, de forma interdisciplinar, pois há discussão dos casos, trocas que são compartilhadas com todos.

O trabalho em equipe consiste numa modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes. A proposta do trabalho em equipe tem sido veiculada como estratégia para enfrentar o intenso processo de especialização na área da saúde (PEDUZZI, 2001).

O trabalho em equipe é destacado no conjunto das características do PSF, como um dos pressupostos mais importantes para a reorganização do processo de trabalho e enquanto possibilidade de uma abordagem mais integral e resolutiva (BRASIL, 2001).

Assim, o trabalho em equipe na ESF Pitoresca é visto como um diferencial. A reunião de equipe caracteriza-se como um espaço importante, pois é o momento em que toda a equipe toma conhecimento das situações de saúde mental na área a abrangência da ESF, trazidas principalmente pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

“Eu acho muito importante, porque assim, quando a gente traz um caso, para a equipe múltipla, assim, vamos supor, eu trago da minha

microárea, mas, às vezes, não tenho conhecimento, conhecimento total daquele, daquele caso que estou trazendo, aí tem a minha colega que é da microárea e, às vezes, ela tem um conhecimento maior. Então, junta a gente acabada formando uma idéia mais limpa para passar pra eles, então eu acho muito importante.” (EE2)

Espaço da reunião de equipe é considerado importante para equipe conhecer os casos da área como um todo – espaço bem aproveitado:

“Eu acho isso muito bom, acho que a reunião de equipe é um espaço muito aproveitado [...] e também para toda a equipe saber, porque não adianta eu ter um usuário na minha área que eu sei que ele toma medicação e que eu sei que às vezes ele tem um surto mental e não falar para todo mundo, então é, bom a reunião de equipe que o pessoal todo fica sabendo, é um espaço bem aproveitado.” (EE5)

A reunião também é importante porque toda a equipe divide os casos do território como um todo, todos conhecem todos os casos:

“É, por isso que eu acho a reunião muito importante para nós, eu acho que para toda a equipe porque ali a gente coloca e aí o médico tem uma visão e a gente tem outra o enfermeiro tem outra e a gente coloca todas elas, e ali a gente discute, a gente tem todo o conhecimento de onde ele mora, dos vizinhos, como ele é dentro de casa, a relação dele, e o médico clínico e a enfermeira e às vezes a auxiliar do acolhimento, então eu acho que é um conjunto.” (EE19)

A equipe da ESF Pitoresca considera que o trabalho em equipe é eficaz porque é realizado em conjunto e todos os casos são discutidos na reunião de equipe assim toda a equipe os conhece.

“Muito eficaz mesmo esse trabalho, assim. E aí na reunião também eu já fico sabendo de um outro usuário. Como a área é grande, qualquer usuário para e pergunta para gente, sabe que a gente é agente comunitário. Então, eu já sei mais ou menos o que ele tá falando, isso é muito importante.” (EE10)

Os entrevistados avaliam que os Técnicos (ACS e Técnicos de Enfermagem), por meio das visitas, trazem informações de saúde mental para a equipe.

“O técnico mesmo já passava para eles, já dizia: ó, vai paciente assim e tal, então, nem chegava a pedir ajuda médica mesmo, os próprios técnicos já suspeitavam que ele tinha alguma coisa e já passavam e aí os meninos já iam lá, já faziam a visita e já traziam várias informações assim, então agilizava bastante.” (EE6)

A ESF Pitoresca realiza as reuniões de equipe de forma sistemática e regular, semanalmente às quintas-feiras das 13 às 15h, momento em que o serviço fecha para atendimento externo. Percebe-se essas reuniões como sendo uma ferramenta importante de comunicação entre a equipe, passagem dos casos, troca de experiências, planejamento das ações de saúde mental e saúde em geral. Na passagem e discussão dos casos busca-se estratégias de resolução.

No trabalho da ESF, percebe-se a importância dos ACS, uma vez que são eles que identificam, por meio das visitas domiciliares, as situações de saúde mental existentes no território de abrangência.

O ACS atua em ações de Saúde, devendo morar na própria comunidade onde irá exercer suas práticas. Ele funciona como elo entre serviço e comunidade, realiza VDs, atua também como educador em saúde, estimulando mudanças dos hábitos que possam colocar a saúde em risco. Pode auxiliar as famílias com o manejo dos usuários já adoecidos e estimular a participação da população em ações com o potencial de ampliação da qualidade de vida da comunidade. Faz a identificação de novos casos, acompanha casos já conhecidos e faz encaminhamento aos profissionais de nível superior da equipe daqueles não tratados ou desestabilizados (DRUMMOND JUNIOR, 2009).

Modesto e Santos (2007) se referem a identificação e o encaminhamento, constatando a importância da atuação dos agentes comunitários de saúde ao detectar precocemente os casos e encaminhá-los para profissionais especializados.

Neste sentido, percebe-se como fundamental a presença do ACS na estruturação do trabalho em saúde mental na ESF, pois é ele que tem maior contato e proximidade com a comunidade para identificar e acompanhar

situações de saúde mental. Também destaca-se sua importância nas reuniões de equipe, pois assim toda equipe terá conhecimento de novos casos

As reuniões na ESF Pitoresca incentivam a participação de cada integrante da equipe que pode opinar, contribuir com seu conhecimento e experiência no cuidado em saúde, melhorando a assistência aos usuários e as relações de trabalho no cotidiano do serviço, proporcionando um trabalho coletivo.

O trabalho coletivo na ESF Pitoresca é possibilitado pela equipe multiprofissional que, de forma conjunta, se informa e discute os casos, buscando resolução mediante trocas e compartilhamento com todos, possibilitando a interdisciplinaridade.

A equipe ESF avalia como importante o envolvimento de todos os membros da equipe com os casos de Saúde Mental.

“Eu acho bom quando a gente discute isso em reunião, que a gente acaba conhecendo outros casos, porque assim, nós como técnicos, cada um tem duas áreas para trabalhar então a gente trabalha nessas duas áreas, a gente só vai para a outra área, quando tem alguma coisa mais grave e tem que ser naquele dia e é o meu dia de visita domiciliar, senão a gente não participa dos outros casos, a não ser na hora da reunião, que a gente divide, fala das famílias, problemas dali que a gente discute os casos e fica conhecendo outros casos.” (EE14)

Consideram que em uma equipe multidisciplinar todos “dançam junto”.

“E aí, não vai adiantar muito a gente ficar dizendo vamos fazer, isso aqui é uma equipe multidisciplinar, que todo mundo dança junto. [...] É porque tem um grupo, tem quatro grupos? De profissionais diferentes. Vai ser multidisciplinar quando começarem a trabalhar juntos. Com o mesmo tema, o mesmo propósito.” (EE15)

A equipe avalia que o trabalho é realizado por equipe multidisciplinar, que discute em reunião de equipe possíveis resoluções de casos de Saúde Mental.

“Eu trago o caso direto na reunião de equipe, [...] o importante para nós, o importante que dê o resultado, está dando resultado, estão conseguindo muitas coisas.” (EE12)

Os profissionais da equipe consideram que o trabalho em equipe multiprofissional facilita a resolução dos casos de Saúde Mental.

“Isso eu aprendi aqui justamente nas reuniões, porque eu tinha também. Quando eu aprendi a lidar com a saúde mental era justamente era a doença em si e aqui nas reuniões eu achei super importante a visão completa do todo, da família. As pessoas geralmente, realmente olham só a doença, agora o que fez aquela pessoa, enfim, o geral. [...] Ajuda bastante, com certeza vai resolver ao longo do tempo, mas pelo menos para começar um tratamento, para direcionar para alguma coisa, ou medicando ou tratando aqui ou tentando o São Pedro [...] enfim um outro caminho, eu acho que está sendo bem resolutivo no caso, a gente consegue encontrar, consegue achar, eu acho que está sendo bem resolutivo aqui, pelo menos todo mundo se empenha em fazer uma coisa única [...] se tem alguma, se discute com todos só na reunião.” (EE14)

A multiprofissionalidade pode possibilitar ampliação do foco das ações em saúde mental e a busca de um cuidado mais integral.

O trabalho em equipe multiprofissional é considerado um importante pressuposto para a reorganização do processo de trabalho no âmbito do programa de Saúde da Família - PSF, visando uma abordagem mais integral e resolutiva. Para isso, são necessárias mudanças na organização do trabalho e nos padrões de atuação individual e coletiva, favorecendo uma maior integração entre os profissionais e as ações que desenvolvem (SILVA; TRAD, 2005).

No trabalho multiprofissional cada profissional desempenha sua profissão em um processo de trabalho coletivo, cujo produto deve ser fruto de um trabalho que se forja com a contribuição específica das diversas áreas profissionais ou de conhecimento. A multiprofissionalidade por si só não é condição suficiente para garantir a recomposição dos trabalhos parcelares na direção de uma atenção integral. A eficiência e a eficácia dos serviços, na perspectiva da multidisciplinaridade, requerem uma modalidade de trabalho em equipe que traduza uma forma de conectar as diferentes ações dos distintos profissionais. (SILVA; TRAD, 2005).

Assim, no trabalho em equipe é importante conhecer como cada profissional conjuga seu trabalho no âmbito individual e coletivo e identificar evidências de articulação das ações desenvolvidas pelos diferentes

profissionais. Em uma equipe multiprofissional, a articulação refere-se à recomposição de processos de trabalhos distintos e, portanto, à consideração de conexões e interfaces existentes entre as intervenções técnicas peculiares de cada área profissional (CIAMPONE; PEDUZZI, 2000).

O trabalho em equipe multiprofissional não visa abolir as especificidades dos trabalhos, pois as diferenças técnicas expressam a possibilidade de contribuição da divisão do trabalho para a melhoria dos serviços prestados, à medida que a especialidade permite aprimoramento do conhecimento e do desempenho técnico em determinada área de atuação, bem como maior produção. É importante que os profissionais realizem intervenções próprias de suas respectivas áreas, mas também executam ações comuns, nas quais estão integrados saberes provenientes de distintos campos como: recepção, acolhimento, grupos educativos, grupos operativos e outros. (PEDUZZI, 2001).

Assim, o trabalho em equipe multiprofissional consiste numa modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais (PEDUZZI, 2001).

Entendemos que o trabalho da equipe ESF Pitoresca caracteriza-se como um trabalho coletivo, multiprofissional, marcado por relações e interações de reciprocidade entre diferentes profissionais.

Nas reuniões de equipe, os profissionais da ESF Pitoresca buscam compreender as situações de saúde mental e, discutindo conjuntamente buscam soluções compartilhadas. Neste momento, todos tomam conhecimento dos casos existentes, propiciando um trabalho articulado entre os diferentes profissionais que compõem a equipe da ESF. No momento em que todos discutem conjuntamente, há possibilidade de trabalho integral e interdisciplinar em que o diálogo entre diferentes saberes aproxima práticas da saúde e seu compartilhamento.

Assim, as reuniões de equipe proporcionam o envolvimento e engajamento de todos os profissionais com o cuidado de saúde mental aos usuários e familiares acompanhados na ESF:

A equipe avalia que a reunião é um espaço importante que propicia o engajamento de todos os profissionais no cuidado com os usuários e famílias.

“Sim, é a parte mais importante é essa reunião e esse engajamento de todos os profissionais da saúde, porque o primeiro contato geralmente é conosco, agentes comunitários, e nós passamos para os médicos e vemos alguma situação que às vezes nós não soubemos como lidar ou como podemos trazer esse paciente para o posto” (EE4).

Também avalia que a reunião de equipe amplia a capacidade de resolução de casos complexos.

“No final da reunião, a gente sempre tenta resolver os problemas da melhor maneira possível que se possa resolver isso sempre é feito nas nossas reuniões, todas as quintas, pelo menos a gente tenta, agora se dependesse tudo de nós, se tivesse, ‘a eu quero um psiquiatra em tal dia’ seria bom, mas o que a gente pode fazer, a gente, que está dentro de nossa condição [...]. Acho bom, eu acho que aqui, porque eu trabalhei em outros PSFs, acho que aqui, não sei, sempre se tenta resolver, sempre existe, tem aquele foco da família problema de conversar, de ver o que pode ser feito para melhora [...]” (EE11)

Esse engajamento dá-se por meio da interação entre os diversos profissionais envolvidos, entendida como construção de consensos, em relação a objetivos e resultados a serem alcançados pelo conjunto dos profissionais. Por meio da comunicação, os profissionais constroem e executam um projeto comum pertinente às necessidades de saúde dos usuários (PEDUZZI, 2001; SCHRAIBER et al., 1999).

O trabalho integrado e articulado entre a equipe multiprofissional pode aumentar a resolutividade dos casos que envolvem maior complexidade, possibilitando um trabalho mais integral em saúde mental.

#### *4.2.3. ACS como protagonista do atendimento em saúde mental na ESF*

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) iniciou no Brasil nos anos de 1990, sendo regulamentado em 1997. Os PACS têm como pontos essenciais de atuação a valorização ativa junto à família e comunidade e a participação ativa na prevenção e promoção da saúde (BRASIL, 2001).

O que é exatamente um ACS? Nogueira, Silva e Ramos (2000) afirmam se tratar de um profissional *sui generis*. Atua em ações de saúde, mas deve ser oriundo da própria comunidade onde irá exercer suas práticas. Funciona como elo entre serviço e comunidade, não encontrando referências para seus fazeres em nenhuma profissão já estabelecida.

O Ministério da Saúde definiu as atribuições de cada profissional da saúde da família (BRASIL, 2006). Assim, cabe, prioritariamente, ao ACS:

- a) Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;
- b) Trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a micro-área;
- c) Estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;
- d) Cadastrar todas as pessoas de sua micro-área e manter os cadastros atualizados;
- e) Orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- f) Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;
- g) Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e
- h) Cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria nº 44/GM, de 3 de janeiro de 2002.

A ESF busca realizar suas atividades tendo como meta a assistência integral, atrelada à visão de equipe interdisciplinar, contando com um trabalho de base feito pelo ACS que realiza o monitoramento (diagnóstico local situacional) de forma contínua, sob supervisão do enfermeiro. O ACS faz parte dessa população e trabalha para ela, com ela; supõe-se que é quem conhece as formas cotidianas de viver, de significar a vida e de se comportar das famílias locais (MARTINES; CHAVES, 2007).

Nesse sentido, no processo avaliativo o ACS é aquele profissional que tem um olhar diferenciado, pois convive com as pessoas da comunidade, fazendo vínculo e, sendo referência para elas.

“[...] a gente consegue ficar acompanhando: ‘está tomando a medicação; vai na consulta’, procurando que o familiar vá junto. A gente busca, a gente conversa, a gente traz medicamentos, marca consulta, rever os medicamentos, acompanha, acompanha com o familiar, traz para o médico. A gente faz essa integração.” (EE8)

“[...] Daí, falam uma coisa e eu digo não, mas não é assim. A realidade dele não é assim. A realidade dele, lá dentro da casa dele é outra totalmente diferente. Daí quem está tratando diz: então, eu vou direcionar para outro lado, Eu acho que é fundamental. Porque uma coisa é a visão da pessoa que está chegando agora e uma coisa é quando a gente conhece há seis anos [...]” (EE10)

“A gente tem um olhar diferenciado porque a gente convive com as pessoas na comunidade e acaba fazendo vínculo, sendo referência para eles. Eles vêm a gente como referência. Então, na minha microárea, geralmente eles me procuram, tem me procurado, às vezes, nem tanto para ter o atendimento aqui no posto, mas para um desabafo.” (EE2)

O ACS é alguém que está próximo e, por isso, partilha as mesmas vivências facilitando a produção dos vínculos. Está ali no território, sendo identificado como um profissional daquele espaço social sem os atravessamentos e formalidades da atenção em saúde. Sua prática se fortalece pela proximidade, pela oferta do diálogo e apoio as pessoas de sua área, é gente da gente que aproxima o contato com a ESF e, que possibilita a promoção da saúde.

Esse conhecimento do outro e do território o identifica como um parceiro, sendo o ACS aquele profissional que conhece, identifica, acompanha e discute

as demandas e necessidades de saúde da sua área. Essa relação da ESF intermediada pelo ACS dá porosidade nas ações propostas e realizadas, pois as relações com usuários protagonizam os modos de cuidar a partir do vivido.

As atividades de fala e escuta são apontadas como fundamentais, na qual há uma perspectiva dialógica no trabalho desenvolvido pelos ACS. Esse é um importante ponto a ser destacado, considerando que, historicamente, o profissional de saúde tem sua prática pautada no discurso unidirecional, minimizando a importância da atividade de escuta. A prática do ACS, por sua vez, em função da proximidade desse ator com a comunidade e com a sua realidade, parece não estar imbricada nessa unidirecionalidade. Desse modo, o papel ativo dos ACS no estabelecimento e manutenção de vínculos, facilita o estabelecimento das relações entre usuários e profissionais (BARROS; CHAGAS; DIAS, 2009).

Frente a isso, o ACS é avaliado como protagonista do cuidado em saúde mental, uma vez que o conhecimento do território, do cotidiano e das relações que ali acontecem, possibilita um direcionamento de encontro entre a equipe da ESF e usuários, pois considera as pessoas, suas histórias de vida, sua privacidade, seus tempos e anseios.

“Sempre vou tratando as minhas pacientes até que eu consigo trazer elas aqui porque não é fácil. Às vezes, no próprio bairro, está com um problema, preso no seu domicílio não quer se expor. Eu tinha uma paciente que tem os filhos dependentes químicos, um foi preso e agora tem várias doenças que foram acarretando, de uns anos para cá. Conversei com ela, ofereci a visita da professora. Ela não aceitou, aí segui conversando com ela, fazendo visitas mais frequentes e aí convenci ela de vir no posto por outro problema de saúde que ela tinha. Daí falei com o médico antes, daí ele aproveitou quando ela veio e já está tratando ela. Então, é assim que vai lidando: abordando uns, a gente espera que o paciente nos procure ou venha, mas isso é uma coisa que a gente vai conseguindo aos pouquinhos, senão a gente corre o paciente do posto ou ele não abre mais a porta para gente.” (EE2)

“O agente comunitário tem o primeiro contato, digamos o maior vínculo com os pacientes. O conhecimento que nós temos durante a experiência é mais o que a gente identifica ou que nós somos procuradas para ajudar. Acontecendo isso, um pedido de ajuda ou a identificação de um problema, nós passamos para a equipe. Primeiramente, conversamos com a pessoa, perguntamos o que é, vemos a abertura da pessoa de nos contar ou não, ou simplesmente

dizer que tem um problema e não querer expor e indicamos para vir no posto conversar com o médico, falamos que tem a equipe da UFRGS, que tem o grupo de saúde mental, que tem o acompanhamento domiciliar que vocês fazem conosco.” (EE4)

“Porque é difícil tu lidar na comunidade, ainda eu sou vizinha, eu moro na minha área de atuação. Eu moro e os meus vizinhos são os meus usuários.” (EE10)

Ser morador e estar próximo dá características ao trabalho do ACS singulares que propicia um cuidado de saúde que tem como foco o sujeito e seu espaço social. Nesse sentido, suas informações, seu olhar e sua avaliação devem ser preponderantes no cuidado em saúde mental, pois o trabalho do ACS possibilita uma “intimidade terapêutica” no sentido do trabalhador estar aberto à escuta das necessidades de saúde do usuário, numa postura mais acolhedora (MIELKE, 2009).

O ACS facilita que as relações da ESF sejam concretas, tendo nas tecnologias leves o modo de aproximação, pois por conhecer as pessoas e o território, espontaneamente permite que a sensibilidade de contornos subjetivos para demandas específicas dos usuários, possibilitando desfechos mais positivos e a busca de um cuidado em saúde mental mais eficaz.

Franco e Lancetti (2002), afirmam serem os ACS os grandes descobridores de recursos escondidos na comunidade: quando aparentemente não restam alternativas, são eles que apresentam uma idéia ou alternativa inesperada.

Assim, o ACS é o profissional que produz melhoria na relação da equipe da ESF com o território e, por seus laços afetivos facilita esse relacionamento.

“Eu percebo sim, porque até eu quando entrei tinha uma visão, tu te direciona para a pessoa com a patologia ou doença e muitas vezes não é. O problema está nos outros e tu tem que acompanhar a família toda, trabalhar com todos, é uma coisa conjunta e não só médico paciente, tem que ser um todo. Às vezes tu visita e eles não querem falar. Aí tu tens que ir aos poucos, acordando. Na real isso mudou para toda a equipe, eu como agente tenho outra visão hoje, melhorei o meu trabalho em relação à saúde mental e toda a equipe teve uma mudança.” (EE8)

“[...] a gente tem todo o conhecimento de onde ele mora, dos vizinhos, como ele é dentro de casa. Contam uma versão e a gente sabe que é

outra versão. A gente sabe quando é doente mental, quando a família fala para nós, mas tem família que às vezes não gosta de falar. E, às vezes, a gente percebe que a pessoa tem um problema, mas a pessoa não quer se tratar.” (EE19)

“[...] quando eu vou na casa que tem um dependente químicos, geralmente, eles não falam para a gente, escondem, aí de vez em quando, a gente vê eles por aqui, ele veio por causa da dependência química, mas, geralmente, pra eu ir na casa, conversar esse assunto é muito difícil, porque as pessoas se fecham muito, tanto o dependente como a família [...]” (EE2)

As práticas realizadas pelos ACS junto às pessoas são pautadas por modos singulares, uma vez que convivem no território, conhecem as famílias, moradores e vivências daquele espaço social e, por isso, podem agenciar e produzir modos de cuidado mais singulares.

Desse modo, os ACS estabelecem, promovem e mantêm os vínculos com os usuários, abrindo espaço para o trabalho da ESF, pois o trabalho em saúde é relacional, produzido por meio do trabalho vivo, ou seja, a partir do encontro entre do profissional e usuário, o ACS na sua ação cuidadora demonstra carinho, preocupação e compreensão com o sofrimento e necessidade do outro, desenvolvendo estratégias de cuidado e reconhecimento da singularidade de cada caso (FERREIRA et al, 2009).

Nesse sentido, o ACS é avaliado como porta de entrada na ESF, pois na maioria das vezes os usuários chegam ao serviço trazidos pelo ACS.

“[...] o agente comunitário traz esse problema que, de repente, que foi numa visita, identificou: ‘Olha, a pessoa está muito depressiva’, ‘passando por uma situação tal’. E daí, a gente tenta orientar de algumas formas, ou a gente faz visita domiciliar ou a gente manda vir em consulta para ver qual é a real situação, para fazer o encaminhamento.” (EE1)

“Geralmente, ele não vem até nós na primeira situação, a agente de saúde na rua nos passa que tem um caso. A fulana é uma pessoa assim, uma pessoa teve um surto de alguma coisa, não se tratava. Ele vem normalmente através do agente comunitário, dificilmente entra aqui no posto diretamente sem que ninguém traga. Se ela mora no bairro ela vem com o agente comunitário. Normalmente é através dele que a gente consegue que a gente tem o conhecimento, não só saúde mental. A nossa porta de entrada é o agente comunitário.” (EE3)

Furlan (2008) refere que o ACS é considerado importante instrumento para detecção dos casos e necessidades de saúde da comunidade, pois além de trabalhador é membro da comunidade que potencializa a identificação, mapeamento de seu território de ação problematizando o cotidiano, as condições de vida das pessoas e as relações, sendo um agente disparador para análise do contexto, bem como das ofertas que a ESF pode produzir na promoção da saúde.

O ACS é o profissional que por estar naquele território promove as relações da ESF com o território, aproximando os problemas e demandas de saúde e fazendo uma interface entre serviço e usuário.

Outro aspecto apontado na avaliação, refere-se a participação na atividade grupal, na qual o ACS avalia que o grupo da saúde mental tem proporcionado encontros de sociabilidade e desmitificação da loucura, sendo um modo de superar barreiras.

“Mensalmente, eu participo do grupo, a gente vê que eles se sentem muito a vontade, eles participam muito! Tinha um paciente com doença mental mais grave que era muito quieto. Agora tão falando, falam e brincam com todo mundo. [...] Vem sempre um cuidador, sempre uma pessoa da família junto, trabalho tanto com o paciente com o familiar. Eles têm uma abertura para falar, para dizer às dificuldades que está tendo, são bem orientados, é muito bom!” (EE12)

Essa atividade tem possibilitado ao ACS visualizar a pessoa e, assim, colocar a doença mental entre parênteses, o que faz avaliar que há novos sujeitos emergindo no espaço da atenção em saúde: os usuários e seus familiares. Essa atividade traz a positividade da loucura, ou seja, são pessoas que produzem vidas, querem autonomia/cidadania e a socialização daqueles encontros, resgatando sua subjetividade e singularidade.

Barros, Chagas e Dias (2009) destacam a importância atribuída pelos ACS à participação das pessoas com transtornos mentais em grupos de convivência social que incluam, preferencialmente, também suas famílias. A inserção social articulada à necessidade de envolvimento da família consiste na

principal estratégia entendida pelos ACS como potencialmente capaz de promover a saúde das pessoas com transtornos mentais.

Avaliamos que os ACS por seu trânsito cotidiano, potencializam as ações de saúde mental no espaço do território, dando novas tonalidades e energia ao processo de trabalho, potencializando encontros e novas relações para o cuidado em saúde mental

#### *4.2.4. Interesse da equipe pela saúde mental*

Considera-se que fazer saúde mental compete a médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, agentes comunitários de saúde, terapeutas ocupacionais, fonaudiólogos, psicopedagogos, dentistas, enfim, todos trabalhadores da área da saúde. Principalmente os trabalhadores da atenção básica estão convocados para atuarem na reabilitação junto aqueles que ouvem vozes, fazem uso e abuso de substâncias de maneira suicida, sofrem com depressão, ansiedade, angústia, violência e opressões graves (LANCETTI; AMARANTE, 2009).

Todas as ações em saúde mental devem ser pautadas no conceito de cidadania, sendo o paciente antes de tudo um cidadão, sendo o território, as famílias, a comunidade e o bairro locais privilegiados para fazer saúde mental junto aos sujeitos em sofrimento psíquico, inclusive em risco e/ou vulnerabilidade individual e social (LANCETTI; AMARANTE, 2009).

A partir dos relatos abaixo, constata-se interesse da equipe pela ESF, sendo avaliado que esse interesse associado a outros fatores tem sido um aspecto facilitador na atenção à saúde mental na ESF Pitoresca no contexto do processo de trabalho.

“[...] Os médicos daqui têm muito interesse em saúde mental. As coisas começaram a crescer [...]” (EE7)

“[...] a gente tem um acompanhamento do M. (médico), que é um acompanhamento mais focado sobre a Saúde Mental [...]” (EE10)

Durante a etapa de negociação dos dados foi referido que a equipe já está se apropriando mais dos casos de saúde mental, indo para além do atendimento médico. O atendimento médico está estritamente ligado ao objeto da saúde e sua complexidade, salientando que se deve reconhecer que a ciência médica sozinha não dá conta da arte que envolve a cura, o cuidado, a reabilitação. Muitos atores intervêm nesse processo, reafirmando que a habilidade do médico, conta também com aquela proveniente de suas experiências de vida mais secretas, de sua cultura e subjetividade (COSTA, 2004).

O interesse da equipe pela saúde mental é um disparador de processos de trabalho voltados para as ações em saúde mental na lógica da integralidade do cuidado.

O objeto da saúde, com sua complexidade, envolve a ação dos diversos saberes complementares que atravessam o campo da saúde e “exige recriar a atuação dos profissionais de vários campos do conhecimento que atuam na saúde, já que a complexidade não é redutível à organização da atenção em determinado nível”(COSTA, 2004, p. 13).

O interesse pelo campo da saúde mental nas equipes da ESF torna-se fundamental para que os trabalhadores fortaleçam ações em saúde mental com intervenções de base territorial no cotidiano, promovendo a construção de processos de trabalho que compartilhem a responsabilização pelos casos de saúde mental na área adscrita da ESF.

#### *4.2.5. Aspectos que determinam a demanda*

As ofertas dos trabalhadores e dos serviços de saúde determinam a demanda por um determinado tipo de atendimento e modo de atenção em saúde.

Assim, foi avaliado que o acolhimento dos usuários na ESF, ofertando escuta aos problemas, queixas e demandas daqueles são características da organização do trabalho que faz com que os usuários procurem o serviço.

“Na medida em que se oferta essa possibilidade de ser ouvido e dar atenção para esses problemas, as pessoas procuram mais. E daí é um ciclo que dependendo do que tem a disposição, pode ser vicioso ou virtuoso [...]” (EE13)

“Acaba passando para o acolhimento e aí é visto, na maioria das vezes, é visto o que a pessoa diz. ‘Eu to com dor de cabeça’. Verifica-se a pressão e aquelas coisas bem clínicas. Mas não vai passar minha dor de cabeça, porque eu estou tomando Paracetamol e não passa. Então, não vai adiantar. Eu vou ter que passar na consulta médica. Aí, o técnico de enfermagem, também por não se dar conta naquele momento ou por não ter tempo, diz: ‘Então tá, vou passar para o médico’. Aí, o médico lá também, já aconteceu isso, diz: ‘Então eu vou te dar Ibuprofeno’. Também não escutou. Isso aí, como eu disse, melhorou, mas não tanto. Falta muito para nós conseguirmos lidar com isso, tá? E assim, o Agente Comunitário também está entendendo isso, que ele pode estar dando esse tipo de orientação, nas famílias, tá? A equipe, não sei se toda a equipe, está aberta para escutar, mas o ideal seria que não fosse na primeira hora [...]” (EE15)

Ouvir e dar atenção para os problemas que emergem nos atendimentos e encontros de produção de saúde com os usuários do SUS são ações que potencializam o exercício da universalidade, da integralidade e da equidade. A universalidade assegura o direito à saúde e afirma a cidadania por intermédio da informação, a qual promove espaços participativos com diálogo terapêutico (VASCONCELOS; PASCHE, 2009).

#### *4.2.6. Acompanhamento do usuário em saúde mental na ESF*

A proposta de cuidado em saúde mental produzida a partir da reforma psiquiátrica brasileira estrutura-se em dispositivos de atenção comunitária e de base territorial, tendo como objeto de cuidado a pessoa em sofrimento psíquico, sua família e seu entorno social. Esses dispositivos devem articular suas ações visando a inclusão social, a reabilitação psicossocial, a inserção comunitária e a produção social de vida, integrando trabalho, lazer, cultura, educação e saúde (LUCCHESI; OLIVEIRA; CONCIANI; MARCON, 2009).

Concordamos com Lancetti (2008), quando apresenta a questão da complexidade invertida na saúde mental. O autor diz que no sistema de saúde existe uma hierarquização dos serviços: alta, média e baixa complexidade, sendo que a alta complexidade está concentrada no hospital, local em que são realizadas, por exemplo, cirurgias e transplantes, e a baixa complexidade, concentrada na atenção básica, fica com as questões de diabetes, hipertensão, aleitamento materno e vacinação, dentre outras. Na saúde mental ocorre o inverso: quando a pessoa está internada em unidade psiquiátrica, com contenção química e, por vezes, física, a situação é menos complexa, enquanto que operar no território de vida das pessoas, tendo que conectar recursos da comunidade e tendo que lidar com a desconexão das políticas públicas, a situação vai se tornando cada vez mais complexa.

Assim, essa complexidade invertida na saúde mental faz dos serviços localizados no território e, particularmente, da Estratégia Saúde da Família, recursos complexos, cujas ações são ricas em possibilidades, favorecendo a reabilitação psicossocial do indivíduo em sofrimento psíquico.

O trabalho desenvolvido pela ESF tem se preocupado em investir nas potencialidades do ser humano e auxiliar na formação dos laços sociais, e para tal, aposta na força do território como uma importante alternativa para a atenção psicossocial, configurando-se, assim, significativas convergências entre essas duas áreas de cuidado: saúde da família e atenção psicossocial (BRASIL, S/D).

Dessa forma, pode-se dizer que a ESF é um programa de saúde mental nos moldes da atenção psicossocial, pois preconiza a continuidade do cuidado, pauta-se no acolhimento como estratégia de intervenção, e desenvolve ações coletivas, além do vínculo que há entre a equipe e a comunidade, propondo, assim, uma mudança efetiva e radical na assistência à saúde mental (LANCETTI; AMARANTE, 2006; PEREIRA, 2007).

A maneira como a ESF organiza e produz o cuidado em saúde proporciona o acompanhamento do usuário da saúde mental em suas distintas necessidades, independente desse usuário ser acompanhado por um serviço

especializado, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), indo ao encontro da proposta de atenção psicossocial (YASUI; COSTA-ROSA, 2008).

A realização deste estudo possibilitou avaliar essa questão da ESF manter o vínculo e o acompanhamento com os usuários da saúde mental.

“[...] eu acho que seria um espaço que a própria equipe poderia estar desenvolvendo, e estar abrindo para essas pessoas. Enfim, grupos de convivência, grupos de sentimentos, grupo de caminhada, a gente tem todo esse parque aqui do lado [...]” (EE17)

“Eu acho ótimo o atendimento aqui, ele é super bem atendido, as gurias são atenciosas com ele. Todo mundo conhece ele, sempre chegam ‘ah, l., tu vieste aqui’ e falam do grupo, ele também pergunta sempre pelo grupo, quando vai ter. Eu levo ele ali para fazer injeção, sou eu que levo ele ali. Ele é super bem atendido.” (EF1)

“Eu espero que esse atendimento continue bom para ele, e que ele se dê bem com o tratamento. Por que os remédios, os médicos de lá já fizeram o que tem que ser mesmo, aí ali vai dar uma continuidade do tratamento.” (EF2)

“[...] está sempre pronto, até marcar uma entrevista e conversar comigo fora do horário [...]. Qualquer coisa que eu preciso, eu vou ali e eles me atendem.” (EF6)

“Lá no São Pedro ela tinha esse atendimento lá no São Pedro lá e ela nunca fez esse tipo de atividade nenhuma. Nunca foi a passeios, não foi a nada. Não sei se é isso que quis dizer. Então ela nunca ia, sabe? Ela sempre... eles têm encontro aqui. Como que é? É uma turma assim que se reúnem tudo pra conversar, trocar idéia e aquele negócio todo.” (EF3)

“Ela teve uma depressão forte tanto é que a gente veio morar aqui por causa disso. Ela perdeu um filho e tudo, mas ela teve aquela depressão de perda. E agora ela está super bem, graças a Deus. Ela também teve um acompanhamento ali no posto com o clínico geral, mas é como tu ta falando... ela teve com um clínico geral.” (EF10)

“Olha, pra mim é ótimo, pra mim é ótimo, eu sei que tem pessoas, que já fizeram queixas deles, mas eu não tenho nada a reclamar deles, toda vez que eu vou ali eu sou bem atendido” (EU3)

“[...] muito bem, muito bem atendida. Tanto como o agente comunitário, como o médico, a enfermeira, eu sempre fui bem atendida, já to aqui há quase uns 10 anos, o posto eu acho, eu sempre fui muito bem atendida, eu não tenho queixa [...]” (EU4)

“Como é um posto de família a gente tem um fichário, a gente tem um histórico. Isso é uma coisa pra mim que é muito positiva... e também o apoio técnico das enfermeiras, em situações a triagem feita pré, antes para estabelecer a real necessidade, eu achei assim diferencial muito grande do PSF, em relação aos outros.” (EU5)

É possível avaliar, pelas falas dos três grupos de interesse, que há uma relação entre a equipe de saúde da família e as pessoas que buscam o serviço para atendimento em saúde mental.

O estudo apontou ainda a necessidade, na avaliação de alguns entrevistados, de melhorar o atendimento oferecido aos usuários da saúde mental, como demonstram as falas a seguir.

“[...] eu espero ser bem atendido, com eficiência pelos profissionais, pra mim não sair dali pensando coisa, coisa ruim... Eficiência, para tu chegar lá, ter certeza que tu vai sair dali com todos resultados, com tudo o que passou pelo dia, porque tu amanhece ali, o cara amanhece aqui, tem que levantar 7, 7:30, 8 hora da manhã.” (EU6)

“[...] eu acho que eles tinham que ter mais paciência, principalmente com a gente [...] que tem um, problemas emocionais, problema, eu acho que, eles podiam mesmo dar mais atenção, eles estão sempre correndo, sempre correndo.” (EU7)

“[...] vai lá agora, [...] de tarde vai no posto, não tem ninguém no balcão, estão lá para dentro, a gente senta, estão lá fundo lá, na sala do cafezinho, estão lá conversando, estão fumando. Eles não deixam a gente fala com o doutor, entregar para nós que pedimos para o doutor, e elas pegam e não dão para o doutor.” (EU8)

Entendemos que a construção de um novo modo de cuidar em saúde mental depende da contribuição de todos os envolvidos: profissionais de saúde, usuários da saúde mental, familiares, comunidade em geral, gestores e prestadores de serviços. Essa construção vem ocorrendo de maneira gradual, afirmando a possibilidade do cuidado em saúde mental no território bem como a importância da participação e co-responsabilização de todos.

#### *4.2.7. Necessidade de capacitação em saúde mental*

A educação permanente aparece como um dispositivo facilitador, pois por meio de ações educativas pode propiciar a reflexão das práticas assistenciais e trazer conhecimento sobre a Reforma Psiquiátrica e as diretrizes de ações em saúde mental no espaço da ESF.

Mielke (2009), em sua pesquisa, avaliou as ações de saúde mental desenvolvidas por Equipes Estratégia Saúde da Família, um dos temas apontado pelos entrevistados refere-se à falta de capacitação em saúde mental como um dos principais obstáculos que os profissionais encontram para realizar o trabalho no território.

Considerando os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, na qual a atenção em saúde mental deve se organizar no território em rede, entendemos a importância da educação permanente junto às equipes da ESF para consolidação desse modelo de atenção em saúde. Mehry (2004) refere que a educação em saúde e o trabalho em saúde são termos inseparáveis, pois um produz o outro, com efeitos fundamentais para a construção da competência do trabalhador.

A discussão sobre a educação permanente dos profissionais passa a ser fundamental e estratégica para a consolidação do SUS. O plano de reordenação política de recursos humanos no SUS preconiza a educação permanente no trabalho visando alcançar perfis profissionais orientados pelas necessidades da população, em cada realidade regional e em cada nível de complexidade (TAVARES, 2006). Esta qualificação se dá frente a ações concretas do mundo do trabalho e deve acontecer no cotidiano dos serviços.

Assim, na ESF o atendimento das pessoas com transtornos psíquicos podem mobilizar nos trabalhadores a necessidade de qualificar seu trabalho por meio da formação em serviço.

Saupe, Cutolo e Sandri (2008) salientam a importância da educação permanente para qualificar o processo de trabalho dos profissionais da ESF e as suas novas necessidades como atuação em equipe, gerenciamento, interdisciplinaridade e educação em saúde, assim como a capacitação para a produção de conhecimento na atenção básica.

A educação permanente pode ser definida como um processo de ensino e aprendizagem dinâmico e contínuo, tendo como finalidade a análise e aprimoramento da capacitação de pessoas e grupos, para enfrentarem a evolução tecnológica, as necessidades sociais bem como os objetivos e metas

da instituição a que pertencem. São ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde, tendo como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a reorganização da gestão setorial e a ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social em saúde (BRASIL 2003; 2004).

Na formação em saúde é necessário desmistificar a idéia de que a saúde mental deve ser uma ação somente dos especialistas. Na atualidade, considerando o conceito ampliado de saúde, o profissional deve desenvolver uma capacidade de reconhecer e resolver os problemas ultrapassando a idéia de realização de tratamento da doença.

Segundo a OMS (2003), a prestação de cuidados na atenção básica requer investimento significativo na formação dos profissionais da rede básica para detectar e tratar pessoas em sofrimento psíquico.

Assim, a educação permanente surge como um dispositivo importante no trabalho, pois além do conhecimento poderá promover mudanças nas práticas de saúde, caracterizando-se como um espaço de reflexão e construção do trabalho na ESF e da atenção em saúde mental no espaço do território.

No processo avaliativo, os entrevistados manifestam a necessidade de capacitação para o cuidado em saúde mental, pois em diferentes situações se sentem despreparados para realizar o atendimento das pessoas com transtornos mentais, gerando sentimentos de impotência e frustração.

Nas entrevistas realizadas, os trabalhadores criticaram os cursos rápidos aos quais tiveram acesso e que, segundo eles, não preparam efetivamente para o manejo desse tipo de paciente.

“Acho que falta muito para nós. Eu tenho um pouquinho de experiência porque eu já trabalhava, mas eu tenho colegas que às vezes para ir na casa de um dependente químico quando sabem que ele é meio agressivo, meio revoltado, elas não animam nem pra ir sozinha. [...] Então, eu vejo que existe aquela insegurança, aquele medo delas chegarem até ele. Acho que uma capacitação ajudaria a entender melhor, a identificar, perder aquele medo de chegar no paciente.”  
(EE12)

“A gente não tem capacitação para saúde mental, qualificação [...] Para não dizer que a gente não tem, no ano passado tivemos uma vez por mês capacitações, assuntos variados, a gente teve dois encontros focados em saúde mental. Mas capacitação em saúde mental a gente não tem.” (EE5)

“Capacitação em saúde mental, acho que é importante. Eu gostaria muito de ter uma manual, uma coisa que descrevesse os tipos de doença mental, as características de cada doença, das atitudes.” (EE7)  
 “[...] logo quando eu entrei a gente teve, mas faz muitos anos. Mas a gente não teve mais, até para a gente identificar mesmo, às vezes tu chega numa casa, falando com o paciente para identificar é importante ter uma capacitação.” (EE9)

“É importante, porque se vive no cotidiano do trabalho, no posto, na casa das pessoas, e não se sabe como abordar.” (EE19)

Os profissionais avaliaram que as capacitações são centradas no modelo biomédico e, apontam a importância de focar a aquisição de conhecimentos, aprimorando a prática assistencial, de acordo com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

Falta de capacitação para o novo modo de atenção. (EE13)

As ações de educação em serviço irão qualificar a atenção em saúde, possibilitando a reorganização do processo de trabalho da equipe, enquanto proposta de aprimoramento e capacitação.

Avaliamos que a capacitação pode qualificar a atenção em saúde mental e, por meio da problematização e reflexão das práticas assistenciais propicia transformações no processo de trabalho, facilitando que o cuidado em saúde mental no território.

#### *4.2.8. Práticas que tensionam o modelo psiquiátrico*

O modelo psiquiátrico proposto pela Reforma Psiquiátrica Brasileira está pautado no modo de atenção psicossocial, que segue a lógica da interdisciplinaridade, no intuito de não fragmentar o cuidado em saúde, considerando os aspectos biopsicossocial, cultural, espiritual, ético, político. A relação com o usuário e sua subjetividade é o foco da atenção psicossocial, sendo o usuário o participante principal de seu tratamento, com direito à voz e vez e tendo, ou devendo ter, a liberdade de ir e vir assegurada junto aos

serviços substitutivos. A família também é entendida como peça fundamental nesse modo de atenção, e busca-se uma parceria entre serviço e comunidade para propiciar a reinserção social desses novos sujeitos (COSTA-ROSA, 2000).

Dessa forma, o território aparece como uma importante possibilidade de cuidado em saúde mental. Território é entendido como uma força viva de relações concretas que as pessoas estabelecem entre si e com o entorno, sendo o lugar social onde se tecem as referências de vida. Trabalhar na perspectiva do território significa construir um trabalho de reprodução de vida e de subjetividades, a partir de forças concretas para a construção de objetivos comuns, definidos pelos usuários dos serviços de saúde (AMARANTE, 1994).

O território é entendido como um espaço de relação, de cuidado e de atenção ao núcleo familiar, que está para além da delimitação geográfica, considerando o espaço formado pelas pessoas que o habitam, com suas subjetividades, necessidades, conflitos, interesses, instituições, cenários, amigos, vizinhos e familiares, estando diretamente relacionado com as redes de cuidado e social.

A proposta da ESF vai ao encontro dessa proposta de cuidado em saúde no território, e a saúde mental faz parte da integralidade da atenção em saúde. Com isso, pode-se dizer que a ESF é um programa de saúde mental nos moldes da atenção psicossocial, porque preconiza a continuidade do cuidado, pauta-se no acolhimento como estratégia de intervenção, e desenvolve ações coletivas, além do vínculo que há entre equipe e comunidade, propondo uma mudança efetiva e radical na assistência à saúde mental (LANCETTI; AMARANTE, 2006; PEREIRA, 2007).

Esse também é o entendimento da equipe de saúde da família em questão, que avaliou que o modelo da ESF permite proporcionar uma atenção à família e à comunidade, indo para além da doença, com um olhar ampliado da saúde.

“A abordagem não só na doença, mas o enfoque na família... é muito importante para a família que cuida no dia-a-dia.” (EE10)

“Quando eu aprendi a lidar com a saúde mental era justamente, era a doença em si e aqui nas reuniões eu achei super importante a visão completa do todo, da família.” (EE14)

A equipe da ESF Pitoresca avaliou que o atendimento em saúde mental gradativamente vem melhorando devido a diferentes aspectos. Avaliaram que, ao iniciar o trabalho de cuidado em saúde na unidade, a saúde mental não era abordada. Quando teve início o convênio entre a prefeitura municipal e a Universidade Federal do Rio Grande do Sul por meio do curso de Enfermagem, na disciplina Enfermagem em Saúde Mental, a equipe passou a assumir nova postura frente aos casos de saúde mental, percebendo que era possível e tinha bons resultados o acompanhamento das pessoas com sofrimento psíquico na comunidade, no território.

Posteriormente, o início do trabalho da equipe de matriciamento veio ampliar a contribuição ao cuidado em saúde mental no território a partir da equipe da ESF.

“A entrada da equipe de saúde mental abriu os olhos da equipe, melhorou a escuta, melhorou o atendimento.” (EE2)

“[...] a gente melhorou o nosso atendimento em saúde mental graças à professora da UFRGS e ao pessoal do matriciamento [...]” (EE5)

“Antigamente não tinha nada, a gente encaminhava pra emergência e mandavam de volta [...]” (EE7)

Na reunião de negociação da equipe se chegou ao consenso que houve uma mudança significativa no atendimento ao indivíduo com sofrimento psíquico no território, melhorando a qualidade e resolutividade do atendimento. Porém, ainda há mudanças a serem realizadas e dificuldades a serem transpostas, algumas das quais não compete apenas à equipe da ESF, como é o caso da rede de saúde mental precarizada.

“Mudou o atendimento, tem mais possibilidades, porque quando começou não tinha nada específico em saúde mental; agora tem mais suporte comparando com antes, que era pior. O paraíso está longe; melhorou, mas ainda tem muito para melhorar.” (RNE)

Outra questão abordada na avaliação foi que no início os atendimentos de saúde mental eram vinculados basicamente ao atendimento médico. Atualmente, esses atendimentos estão sendo desenvolvidos por todos os membros da equipe: enfermeira, técnico de enfermagem e ACS, cada um dentro de suas competências de núcleo. O médico acaba sendo o último recurso a ser acionado nos atendimentos em saúde mental.

Por fim, foi avaliado que houve uma mudança no olhar clínico, ampliando a prática clínica e proporcionando uma escuta qualificada, indo além dos sintomas referidos pelos usuários no momento do atendimento.

“[...] se a pessoa tem uma queixa de insônia [...] se tu comprar essa queixa como simplesmente insônia tu vai prescrever um remédio para dormir e pronto, a tua abordagem em relação a esse problema ficou restrita a isso. Mas se tu fizer uma escuta no sentido de tem alguma coisa acontecendo na tua vida, o que está acontecendo, ele está ansioso, por que tu está perdendo o sono? A pessoa já vai trazer que ela pode ter um problema familiar, que ela pode ter um problema social, que ela pode ter uma doença na família, que ela pode ter, enfim, situações de conflito que levam a isso.” (EE13)

É possível avaliar que a equipe da ESF Pitoresca tem contribuído para realizar mudanças no modelo assistencial em saúde mental, voltando à atenção para o cuidado em saúde mental no território, buscando qualificar-se para realizar os atendimentos.

#### 4.3. GESTÃO E ARTICULAÇÃO EM REDE

A descentralização, com ênfase na municipalização da gestão dos serviços e ações de saúde, se constitui na mudança mais significativa no aspecto político-administrativo da reforma do Sistema de Saúde no Brasil, e suas definições normativas apontaram que a base do sistema de saúde seria municipal ao atribuir ao município a responsabilidade pela prestação direta da maioria dos serviços. O imperativo da direção única em cada esfera de governo mostrou a necessidade de superar a desarticulação entre os serviços e construir a coordenação das ações sob a direção de um único gestor em cada espaço

político-institucional – o secretário municipal de saúde no âmbito do município, o secretário estadual no âmbito do estado e ministro da saúde no âmbito da União (VASCONCELOS; PASCHE, 2009).

No entanto, para os referidos autores, a descentralização não se esgota na municipalização, e o processo de regionalização da saúde: seu objetivo é distribuir de forma mais racionalizada e equânime os recursos assistenciais no território, com base na distribuição da população, promovendo a integração das ações e das redes assistenciais, de forma que garanta acesso oportuno, continuidade do cuidado e economia de escala (organização do processo produtivo de maneira que se alcance a máxima utilização dos fatores produtivos envolvidos no processo, procurando como resultado baixos custos de produção e o incremento de bens e serviços).

As consequências dessas transformações também são percebidas quando, na proposta de avaliação das ações de saúde mental na ESF Pitoresca, várias questões que emergiram no decorrer do desenvolvimento do círculo hermenêutico-dialético convergem para a discussão do tema da gestão e articulação da rede, evidenciando que os grupos de interesse implicados com as ações de saúde no nível local – trabalhadores, usuários e familiares, tem assumido protagonismo nessa discussão.

As questões que convergem na direção desse marcador foram agrupados e serão discutidas a partir de diferentes dimensões, todas elas relacionadas à gestão e articulação em rede. Uma se refere à rede de atenção em saúde mental a partir da ESF, na qual emergiram questões relacionadas às (des) conexões da ESF Pitoresca com outros pontos de atenção de saúde mental do município de Porto Alegre. Nesse ítem, são discutidas as questões mais gerais do atendimento em saúde mental, e são também destacadas duas situações que apontadas como críticas: o atendimento à usuários de drogas e o atendimento às crises.

O matriciamento enquanto dispositivo para o cuidado em saúde mental na ESF foi outro recorte temático que será apresentando nesse marcador e que

permitiu uma avaliação do matriciamento como proposta de articulação e parceria da equipe da ESF com as equipes de saúde mental.

Aspectos relacionados à temática do sistema de informações em saúde também surgiram no decorrer da avaliação e serão contemplados nesse marcador, na medida em que as suas lacunas e deficiências estão relacionadas com importantes limitações no planejamento e avaliação das ações de saúde mental.

Na dimensão trabalho e emprego em saúde são discutidas questões relacionadas à gestão do principal recurso no trabalho em saúde – os trabalhadores, e suas implicações na consolidação (ou não) do projeto de saúde desse país.

#### *4.3.1. A Rede de Atenção à Saúde Mental a partir da ESF*

O modo de Atenção Psicossocial impulsiona diferentes maneiras de cuidado em saúde mental no território, priorizando a liberdade, autonomia e cidadania dos usuários. Pautados nos preceitos da reforma psiquiátrica, os serviços substitutivos ao modelo manicomial devem estar conectados em rede, para assim poder dar conta das demandas subjetivas e complexas das pessoas.

Com o advento do movimento de reforma psiquiátrica, a saúde mental no âmbito brasileiro, vem se conduzindo em um processo complexo de autoafirmação por um fazer/saber que ultrapasse o modelo hospitalocêntrico, biomédico e medicalizante, buscando sustentar-se em dispositivos de atenção territorial e comunitária, com o foco nas pessoas com transtorno psíquico e seus familiares, por meio de uma práxis transformadora e em construção contínua (LUCCHESI et al, 2009).

Nesse sentido, a rede de saúde mental deveria ser constituída por várias esferas que compõem o processo de cuidado em liberdade e as equipes tem a possibilidade de contar com suporte e apoio de recursos territoriais, os quais estão convocados a potencializar os esforços de cuidado e reabilitação psicossocial, quais sejam: recursos sociais (moradia, escola, trabalho, esporte),

sanitários (serviços de saúde), econômicos (previdência, dinheiro), afetivos (família, amigos), religiosos, culturais e de lazer (BRASIL, 2011).

Na Figura 03, pode-se visualizar a rede de atenção à saúde mental, proposta pelo Ministério da Saúde, a qual demonstra que a atenção psicossocial ultrapassa os serviços de saúde, avançando em novas possibilidades de construção de vida do sujeito em seu território:

Figura 03 – Rede de Atenção à Saúde Mental.

Fonte: BRASIL, 2004a, p. 11.

Visualiza-se o CAPS como dispositivo central na rede de serviços em saúde mental, indicando o seu papel estratégico como articulador dos diversos pontos de cuidados em saúde e outras instâncias que compõem o território.

Outros pontos identificados na figura apresentada são os da Atenção Básica (ESF, UBS, Ambulatórios, entre outros), que concretizam a proposta de cuidado em saúde mental nos serviços não especializados. De acordo com o Relatório Mundial da Saúde de 2001, constituído pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002), a prestação de cuidados em saúde mental na atenção básica tem melhor resultado e efeito sobre a qualidade de vida de pessoas com transtornos psíquicos do que o tratamento institucionalizado. O deslocamento dos usuários dos hospitais psiquiátricos para o território é eficaz também em relação ao custo e ao respeito aos direitos humanos

Sendo assim, as ações de saúde mental na atenção básica devem estar ancoradas ao modelo de redes de cuidado, de alicerce territorial e atuação transversalizada a outras políticas específicas, buscando o fortalecimento de acolhimento e vínculos. Essas ações precisam estar estabelecidas de acordo com os princípios do SUS e da reforma psiquiátrica. Os princípios fundamentais desta articulação da atenção básica e da saúde mental são: intersetorialidade; reabilitação psicossocial; noção de território; organização da atenção à saúde mental em rede; interdisciplinaridade; desinstitucionalização; construção da

autonomia possível de usuários e seus familiares e promoção da cidadania dos usuários (BRASIL, 2003).

Um dos dispositivos com potencial de inovação nesse novo campo de ações/intervenções é a Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo a saúde mental um dos seus pilares.

Nessa, usuários e trabalhadores se conhecem pelo nome, e estabelecem uma relação de continuidade que permite que conheçam melhor a cada dia, suas biografias e seu território geográfico e existencial. No contexto da ESF, os usuários deixam de ser números de prontuários, sendo tratados nas tramas que compõem suas vidas (LANCETTI; AMARANTE, 2009).

A ESF não deveria ser entendida como mais um dispositivo assistencial da rede de saúde, mas trata-se de uma proposta de transformação do modelo assistencial, na qual o centro passe a ser o usuário. Nessa direção, a produção do cuidado é viabilizada dentro de um determinado sistema de saúde em que os mais variados serviços interagem em seu favor, e voltado às necessidades e interesses dos usuários. O trabalhador passa a ser um “operador do cuidado”, responsável por administrar o projeto terapêutico, fazendo a vinculação entre os recursos disponíveis no serviço, e os dispostos na rede, quando for necessário (FRANCO; MERHY, 2003).

A ESF converge com os pressupostos da Atenção Psicossocial: existe tratamento continuado, base sobre a qual os usuários podem resignificar seus sofrimentos e sintomas; pratica-se o acolhimento, o qual é uma maneira de realizar a escuta e que é considerado um dos dispositivos primordiais das práticas em saúde mental; desenvolvem-se também ações coletivas, como iniciativas educativas, culturais e de participação e protagonismo político (LANCETTI; AMARANTE, 2009).

A ESF Pitoresca, foco deste estudo, tem suas particularidades nos desafios do cuidar em saúde mental no território, apresentando desafios e potencialidades, no contexto da rede de serviços de saúde do município de Porto Alegre, os quais serão discutidos a seguir.

A equipe identifica que a rede disposta atualmente ainda encontra-se centrada no modelo psiquiátrico tradicional:

“A rede é equipada para um perfil de paciente, de usuário, de cliente da antiga saúde mental, que era uma saúde mental voltada para a internação e para o transtorno grave [...] internação, contenção e muita medicação e quase nenhum recurso de base territorial” (EE13).

Os trabalhadores também identificam que a rede não existe por si só, mas sim se estabelece e cria vida a partir de um movimento desencadeado por eles próprios. A articulação e ativação da rede ocorrem de acordo com o olhar para o problema de saúde, que pode ser a partir de elementos da psiquiatria tradicional, a qual está centrada na queixa-sintoma, como pode ser ativada a partir do olhar para a pessoa e seu sofrimento:

“A articulação e ativação da rede de saúde mental dependem do olhar do profissional que atende – olhar para além da queixa-sintoma explicitado pelo usuário” (EE13).

Outra questão elencada pelos profissionais é a falta de suporte, por meio dos CAPS, no território de abrangência do serviço, para que os casos mais graves e urgentes possam ser atendidos. Refere-se à importância de não ter a internação como único recurso em saúde mental, tendo como solução e alternativa a implantação de um CAPS na Gerência Distrital Lomba do Pinheiro/Partenon, o que qualificaria o aparato de atenção em saúde mental e a articulação entre os diversos serviços.

“O CAPS aqui pra nós do Partenon não tem [...] Um CAPS seria muito bom para o pessoal... não temos...” (EE19).

“E além disso tem a idéia da falta de recursos de uma forma geral, de ter um CAPS, um atendimento especializado para esse problema, existem poucos recursos para isso” (EE9).

O CAPS de referência para a demanda de saúde mental da ESF Pitoresca é o CAPS do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), entretanto, caracteriza-se vínculo frágil entre os dois serviços, pois o acesso é restrito.

“O CAPS do Clínicas, que a gente dificilmente tem acesso, esse que é a nossa referência” (EE17).

O referido CAPS não tem como estratégia de acesso o acolhimento<sup>2</sup>, abrindo para triagens de acordo com a disponibilidade de vagas. Cabe ressaltar que nenhum dos CAPS do município de Porto Alegre atua de Portas Abertas, oferecendo possibilidade de acesso à população adstrita sem mecanismos intermediários, como triagem, agendamento, marcação de consultas, entre outros. O baixo número de CAPS no município não favorece a efetiva territorialização dos existentes, que acabam se constituindo como referência para um quantitativo populacional superior ao preconizado, o que dificulta o diálogo com as especificidades do território geográfico-cultural dos seus usuários. Em grandes capitais, como o município estudado, as barreiras de acesso aumentam devido às distâncias entre os lugares em que as pessoas vivem e os lugares em que as pessoas se tratam, fragilizando o vínculo e integração entre os trabalhadores dos diferentes pontos de atenção e desses com o território.

Segundo Machado; Lima (2008), a dinâmica de uso e ocupação do território, a qual sofre influencia de fatores econômicos, ambientais, sociais e culturais, apresenta significativas implicações para as condições de saúde dos indivíduos e para disposição do sistema de saúde.

Para os referidos autores, as peculiaridades de regiões metropolitanas, como a elevada mobilidade populacional e a disponibilidade, na área mais central da metrópole, de diversos e variados serviços de saúde, de diferentes níveis de complexidade, repercutem de maneira significativa no acesso e utilização dos serviços de saúde. Essa situação, algumas vezes vai de encontro com as diretrizes e princípios de organização do SUS.

---

<sup>2</sup> Acolhimento é uma estratégia para a mudança do modelo curativo para um baseado na qualidade de vida, promoção da saúde, autonomia e integralidade da assistência da população. Trata-se de uma estratégia, pois propõe a integração da organização da demanda e das atividades com vistas a saúde do indivíduo/família, e interfere na dinâmica do processo de trabalho e no estabelecimento de uma relação mais próxima usuário/profissional/serviço (COIMBRA, 2003).

A inexistência de um CAPS no território estudado é a realidade que se reproduz em tantos outros desse município, retratando a ausência de uma política de saúde mental comprometida com as diretrizes e pressupostos da reforma psiquiátrica brasileira, reforçando a continuidade/permanência do hospital psiquiátrico com grande centralidade no cenário das ações de saúde mental. Os trabalhadores da ESF, frente às dificuldades relatadas no acesso aos serviços substitutivos continuam encaminhando ao hospital psiquiátrico os casos de saúde mental do território:

“É só no Espírita”<sup>3</sup> (EE16).

Os familiares identificam esta limitação: percebem que são acolhidos pela equipe e que, dentro dos seus limites, tem a possibilidade de ter um acompanhamento para suas demandas no campo da saúde mental. Esses limites estão relacionados principalmente ao fato de que “tem muita gente para atender”, ou seja, conversar não faz parte do atendimento. Apesar de ser apontada a possibilidade de que o acompanhamento ocorra na ESF, reforçam que, quando é necessário um acompanhamento para um serviço especializado, a opção principal da equipe é encaminhar para o hospital psiquiátrico:

“Ali não tem psicólogo assim direto pra conversar. A doutora às vezes conversava comigo. É muita gente pra ela atender [...] era só depressão, ela conversava comigo. Quando se transformou que não conseguia sair de casa, daí ela me encaminhou pra o São Pedro” (F4).

A carência de uma rede de saúde mental foi um dos aspectos que teve relevância durante o processo de avaliação, no entanto, essa carência era percebida em situações que demandavam um cuidado especializado para usuários com os chamados transtornos graves. Porém, os trabalhadores percebem que existem necessidades outras no que se refere ao cuidado em saúde mental, as quais geram intenso sofrimento e incapacidade de viver a vida,

---

<sup>3</sup> Hospital Espírita de Porto Alegre - Hospital Psiquiátrico.

mas que não tem a sua origem em um transtorno psiquiátrico, como pode ser exemplificado nas falas a seguir:

“Tem a questão do sofrimento psíquico que virou meio que um denominador no que seja de saúde mental e, no final das contas, o que a gente tem muito é transtorno de ansiedade, uso depressivos, coisas que não são tão graves, assim, a ponto do indivíduo precisar ser hospitalizado, internado. É um paciente que, na maioria das vezes, é ambulatorial e é uma coisa que acho que a própria sociedade hoje em dia causa bastante esse tipo de ansiedades e depressões. Estruturalmente, leva isso a uma situação que nós temos bastante demanda” (EE13).

“Tinha uma situação aí, que uma mãe chegou, ela veio chorando aqui, conversou comigo e ficou algum tempo conversando. E aí, porque ela tem 2 filhas e as duas começaram a usar droga [...] e ainda por cima ela descobriu que a menina gosta de meninas [...]. E aí, tá, ela veio aqui, conversou, desabafou, chorou, conversou bastante. Eu falei o que podia falar, falei até o que eu não podia. Mas assim, o que eu precisaria naquele momento? Precisaria ter algum lugar para encaminhar, principalmente, a mãe para uma terapia” (EE15).

Evidencia-se a necessidade de criação de novas estratégias de atuação no interior da ESF, a partir das demandas reais de saúde mental, a fim de que os profissionais possam acolher e responsabilizarem-se por esses usuários, os quais podem ser acompanhados em seu território, sem terem que optar por atendimento em serviços específicos de saúde mental.

O atendimento as demandas de saúde mental são qualificados e potencializados por meio do suporte da equipe de apoio matricial e da parceria com a professora da Escola de Enfermagem da UFRGS que desenvolve atividades práticas com seus alunos nessa ESF. Além disso, na medida em que a equipe se sente apoiada, assume a responsabilidade por esse cuidado na própria ESF, quebrando com esse ciclo automático e naturalizado de encaminhamento para os serviços especializados. Entretanto, precisam ser ampliadas estratégias que proporcionem inserção social aos usuários, espaços terapêuticos e de continuação do cuidado:

“A gente tem um respaldo da equipe bem bom e o que vem de fora que agrega a nós que é o matriciamento [...] a Agnes (professora da UFRGS), que nos dá um apoio bom [...] Poderia se ter uma coisa melhor, mais programas pra eles poderem se inserir, os doentes pra

não tomar tanto remédio que eu acho que a questão é mais medicamentosa assim, controle da própria patologia com medicação, eu acho que se tivesse uma coisa maior para se poder fazer, terapias, grupos, programas do governo seria mais interessante, tem poucos. O acesso não é muito, além de ter poucos, o acesso não é muito divulgado” (EE3).

A importância da inserção em atividades de reabilitação psicossocial, como as artes, também é apontada pelo grupo de familiares:

“Eles ajudaram muito a gente a encaixar ela no São Pedro porque antes ela não tinha nenhuma atividade. A doutora conseguiu pra ela ir para o São Pedro. Lá ela pinta, ela conversa, ela interage, tem teatro” (F3).

A presença de instituições psiquiátricas tradicionais no distrito, principalmente do Hospital Psiquiátrico São Pedro, criou uma cultura muito forte no território na direção do modelo manicomial, na medida em que a internação dos usuários foi o caminho utilizado por essa comunidade por diversas décadas, o que pode dificultar e criar barreiras em uma proposta de mudança de modelo. Contraditoriamente, essa presença possibilita o acesso a estruturas organizadas e o estabelecimento de parcerias com os trabalhadores das mesmas, o que tem possibilitado a ESF Pitoresca o encaminhamento de diversas situações:

“Aqui no nosso distrito, por nós termos condições legais, pessoais, de rede, da gerência e desse apoio logístico de ter o ambulatório, ter o São Pedro, ter equipe de saúde mental, ter a Tobias Barreto, enfim, com esses recursos a gente tá conseguindo ter um resultado legal” (EE13).

Os reflexos desta cultura manicomial também são percebidos no grupo dos familiares. O atendimento comunitário em saúde mental é um incentivo recente que surgiu com o advento da Reforma Psiquiátrica, preconizando a desinstitucionalização e o cuidado no território como potencializadores para a reabilitação psicossocial das pessoas que apresentam transtornos mentais. Entretanto, alguns familiares o desconhecem e outros apresentam relutância para essa nova modalidade de cuidados, pois até então só estavam

acostumados com o atendimento no interior do hospital psiquiátrico, pelo modelo manicomial.

Pode-se verificar na fala a seguir, a resistência inicial que os familiares apresentavam em relação à desvinculação do usuário do serviço especializado a fim de ser acompanhado na ESF. Todavia, referem que este fato foi superado a partir do momento em que compreenderam que na melhora do usuário não havia necessidade de permanecer no atendimento especializado, muito embora possa retornar, caso haja necessidade, ficando o serviço de portas abertas em caso de uma piora:

“Olha, eu estava achando ruim, porque eu estava acostumada a tratar ele no São Pedro, mas aí eu vi que era preciso, estava de alta mesmo e tem gente com mais necessidade do que ele. Por isso encaminharam ele de volta para o posto. Tem gente com mais problema, que precisa mais ser tratado. Ficou assim em aberto. Se ele piorar, ou alguma coisa assim, aí tem que procurar o São Pedro” (F2).

Essa resistência é reforçada pelo fato de que muitos serviços especializados do município de Porto Alegre não obedecem à proposta de regulação, desenvolvendo mecanismos de acesso pouco transparentes, não possibilitando que a ESF possa se configurar como porta de entrada aos mesmos. Os familiares, quando conseguem atendimento nesses serviços, sabem que a desvinculação dos mesmos pode significar que, quando necessitarem, essa porta não estará tão aberta assim.

A equipe da ESF Pitoresca é considerada pelos familiares como colaboradora nas ações em saúde mental para com sujeitos que necessitam de um cuidado específico, pois se responsabiliza pela demanda, ampliando possibilidades de acompanhamento do usuário para outros serviços de saúde, o que resulta em um atendimento efetivo e contribuinte para o bem-estar tanto do indivíduo em sofrimento psíquico quanto de seus familiares:

“Porque se não fossem eles encaminharem acho que ela estaria em casa ainda. Tanto pra gente como família, quanto pra ela mesma. Eu acho que só deles encaminharem a gente é muito importante [...] estão se importando com as pessoas” (F4).

Em relação ao panorama geral de encaminhamentos, percebe-se que esses, na maioria das vezes, são mais rápidos e efetivos quando se trata da articulação com o serviço de referência em saúde mental, que é o Hospital Psiquiátrico São Pedro:

“Eu acho que sim, porque eles agilizaram rápido a consulta para ele” (F2).

“Foi rápido, eu achei que foi rápido, comparado ao outro que eu tinha referência, eu achei que foi rápido” (F6).

“Eu acho rápido. Eles foram rápidos. Não ficou naquele enrola, enrola tipo ah... eu vou mandar, eu vou mandar e não mandam. Eu achei também essa parte do encaminhamento bem rápido” (F10).

Todavia, quando há necessidade de encaminhamento da ESF para serviços que compõem a rede de saúde de Porto Alegre, muitas vezes torna-se uma “via sacra” para os usuários. Isto se dá pelo fato de que há grande distância entre os diversos dispositivos, e também porque muitas vezes estes não se responsabilizam pela demanda, deixando os usuários e seus familiares a mercê da disposição dos serviços em prestarem atendimento ou não.

“Muito, muito longe... e no Pinheiro não queria atender, na Bom Jesus também não. Aí tinha que ir lá na Cruzeiro. E às vezes tem outros postos que não querem. Uma vez disseram que a gente não pertence ao território. Eu disse: Ah... mas eu vim aqui porque do meu posto mandaram eu vir aqui” (F4).

“Tu procuras, eu procurei na UFRGS, não deu. Eu já procurei em tudo que é lugar. Como eu ajudo a LBV4 também, liguei para a LBV e também não tem” (F6).

Há também um questionamento dos familiares quanto à legitimidade do encaminhamento que é dado pela equipe da ESF para outros serviços, pois muitas vezes há o atestado do médico para orientar o atendimento em outros dispositivos, e quando o usuário apresenta o documento, este não é levado em consideração, o que impede que o sistema de referência e contra-referência se efetive de fato.

---

<sup>4</sup> Legião da Boa Vontade.

“Deveria de ser, não precisar essa via sacra toda, é muito grande. Porque assim como o médico é competente, está tratando daquela pessoa e, também, eu acho que o atestado dele tem que ter validade para chegar lá na triagem e hospitalizar o paciente. O médico ter direito de autorizar.... é uma coisa desclassificando o próprio médico” (F9).

A dificuldade de comunicação não se dá de forma unilateral. Quando o usuário sai de alta do serviço especializado deveria ser operacionalizada a contra-referência, fundamental para a continuidade do tratamento. A equipe da ESF identifica essa dificuldade, pois, quando o usuário retorna, não há nenhum documento que descreva de onde ele provém e em qual serviço recebeu cuidados:

“As vezes a gente recebe as notas de alta do Espírita aí a gente passa pras unidades, bom vamos atrás, vamos ver quem é, mas não é sempre, não é sempre as vezes chega três meses depois” (EE17).

Na percepção de um dos trabalhadores da equipe do matriciamento, os encaminhamentos da ESF para serviços especializados vêm evoluindo e a comunicação entre os serviços de saúde vem melhorando, se concretizando principalmente por meio de reuniões periódicas para a discussão de casos:

“A questão dos encaminhamentos está evoluindo. Eu acho que de um modo geral as parcerias tanto com o ambulatório Santa Marta, com o SIABS, com o São Pedro a gente sempre faz reuniões com eles, duas vezes por mês a gente tem reunião com ambulatório pra discutir os casos que estão na atenção básica de cada unidade” (EE17).

“Acho que a gente está conseguindo fazer os encaminhamentos” (EE16).

Além da articulação com a rede de saúde mental, os profissionais da ESF Pitoresca destacam a importância da articulação do serviço com recursos do território, fundamental para a promoção da saúde mental na comunidade:

“Às vezes a gente tem que pensar nos recursos da comunidade pra dar conta desses usuários de saúde mental” (EE17).

A situação apontada vai ao encontro da desinstitucionalização enquanto desassistência, pois como refere Silva (2005), desospitalizar pode não significar atendimento na comunidade, mas abandono: deixar o paciente psiquiátrico sem tratamento por recusar a internação como medida assistencial; não sustentar o seu atendimento na comunidade com recursos técnicos suficientes.

Dessa maneira, segundo o referido autor, não é só o redirecionamento dos recursos assistenciais do hospício para a comunidade que é decisivo para alcançar a desinstitucionalização da loucura. O isolamento e a exclusão do louco da vida em sociedade são amparados por um modo de lidar com a diferença, com fenômenos que, no interior de uma determinada ordem pública, são considerados insensatos ou tresloucados. Assim, faz-se necessário um processo de desmontagem dos saberes que comprimem essa experiência da loucura no interior da sintomatologia da doença mental, com concomitante criação de novos modos de sociabilidade e produção de valor social.

Pode-se dizer que a reforma psiquiátrica diz respeito, necessariamente, a uma mudança nas políticas públicas de saúde mental, no sentido de priorizar o atendimento comunitário do paciente psiquiátrico em detrimento da internação asilar: do tratamento da doença mental no hospício para a reinserção social do usuário na comunidade (SILVA, 2005).

#### *4.3.1.1. Atendimento a usuários de drogas*

Para a equipe da ESF os usuários de drogas são um problema do SUS, portanto, um problema geral do sistema de saúde:

“Eu vejo que não é um problema da ESF Pitoresca, eu acho que é um problema geral do sistema de saúde” EE5.

Carraro et al. (2005) destacam a importância de perceber esse fenômeno numa perspectiva ampla, pois somente dessa forma será possível identificar as possibilidades e limites da ação profissional.

A preocupação e reconhecimento do problema das drogas, em especial do crack, como um problema de saúde pública, se reflete na atual política, que consiste na redução da demanda, redução da oferta e redução de danos. A possibilidade de associação entre estas três bases é questionável, tendo em vista que a redução da demanda e a redução da oferta se pauta principalmente em abordagens repressivas, enquanto as estratégias na perspectiva da redução de danos se pautam na liberdade de escolha do indivíduo e no não-julgamento moral do mesmo (SOUZA, 2007).

O desafio para a saúde pública, que hoje se preocupa tanto com o uso abusivo de drogas, quanto com a violência, como fatores de risco para a qualidade de vida é conseguir um quadro referencial para a reflexão e para a ação que inclua ao mesmo tempo o individual, o social e o ecológico (MINAYO; DESLANDES, 1998).

A política adotada pelo Ministério da Saúde brasileiro no âmbito da problemática do uso abusivo de álcool e outras drogas é baseada na atenção aos direitos de cada cidadão, entendendo que esta lógica deve permear todo o planejamento das ações dos envolvidos na atenção integral ao usuário (BRASIL, 2004b).

A publicação do Decreto 7179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas, procura instituir uma política pública nessa direção e uma articulação nacional no chamado “combate às drogas” (BRASIL, 2010).

Esse contexto nacional parece ainda ter pouca repercussão no âmbito da ESF. A equipe, ao avaliar as condições para o atendimento aos usuários de drogas, destaca os aspectos a seguir:

**No que se refere à falta de recursos na rede:**

Apesar de reconhecer como sua a responsabilidade do cuidado aos usuários que fazem uso de substâncias, os trabalhadores colocam que se faz necessário que a ESF tenha acesso a uma estrutura de atendimento específica

para esse perfil de demanda. Nesse sentido, é avaliada a precariedade de dispositivos voltados ao seu atendimento:

“[...] em relação aos usuários de drogas, ele vem aqui, pede ajuda [...] mas não tem uma coisa adiante daqui[...] um tratamento não é feito aqui dentro, nem tem como ser feito, isso aí a gente não tem nada assim específico, nenhum programa” (EE3).

“A pessoa quando entra na droga fica doente e precisa de um psiquiatra, precisa de acompanhamento, precisa de um tratamento [...] Sendo visto, sendo ouvido, tendo uma terapeuta que possa ouvir os problemas [...] às vezes ele pode voltar para a droga mas o problema está em casa e ele quer contar para alguém e não tem para quem contar, as vezes quer conversar. Muitas vezes o médico aqui, quando vem para conversar com o médico ele não tem como atender, o médico é clínico, tem algumas coisas que não tem como ele fazer porque passa da... E às vezes a gente fica de mão amarrada” (EE19).

A equipe identifica que a maior parte dos usuários que chegam até a ESF Pitoresca apresenta um padrão de uso crônico de drogas, exigindo que o primeiro momento de tratamento - a desintoxicação -, ocorra em ambiente hospitalar. Nesse momento, surge o problema da falta de leitos e das dificuldades no sentido de conseguirem acesso às estruturas hospitalares existentes:

“[...] até tem esses CAPS, esses grupos, mas geralmente usuários de droga crônico não aceita esse tratamento, ... cura não tem, pelo menos... uma internação longa, uma desintoxicação, isso aí é mais difícil. Eu acho que cada trinta dependentes químicos, você consegue internar um” (EE12).

Apesar de ser apontada a necessidade de leitos, é reconhecida a importância de uma rede integral de saúde mental, enfatizando que as ofertas disponíveis na dimensão extra-hospitalar são insuficientes e, no caso do território da ESF estudada, inexistentes:

“Drogadição, vício em crack, tá se conseguindo internar essas pessoas, fica 28 dias internado. E daí? O que diz a lei, conforme seria? Que a pessoa que tem internação psiquiátrica deveria ser acompanhada por uma equipe de um CAPS depois. O que acontece com um cara tipo viciado em crack? Ele sai e não tem esse recurso. Ele recebe alta, “tchau e benção” e daí volta para o mesmo local onde tudo acontecia. E, às vezes, volta com encaminhamento: procure a sua

UBS. Mas o que a minha UBS pode oferecer para essa pessoa que tem essa necessidade tão crítica?” (EE13).

### **No que se refere à falta de recursos no território:**

Os usuários de drogas internam, ficam longe, depois voltam para o mesmo território e recaem pela falta de continuidade. O dependente químico, segundo a equipe da ESF, depois do tratamento busca os amigos e volta a consumir drogas:

“[...] fica afastado, vai para uma fazenda ou vai fazer alguma outra coisa fora e daí, quando volta, [...] volta para o mesmo local, encontra as mesmas pessoas, entra na mesma rotina, continua fazendo a mesma coisa e, daí, termina recaído e caindo de novo na droga” (EE1).

“[...] os amigos também usam drogas e aí acaba entrando de novo. Não tem muitos recursos, é longe do centro da cidade, não é uma localidade que oferece cursos para os jovens. A única coisa que tem aqui é o campo de futebol que de vez em quando tem um torneio [...] eu acho complicado: cabeça vazia é oficina para o diabo, aí eles acabam caindo de novo” (EE2).

“Eu acho que deveria ter uma atividade para eles fazerem depois que saísse (da internação). A gente encaminha para dependência química no São Pedro e eles saem e depois ficam sem fazer nenhuma atividade mesmo” (EE9).

“[...] eles voltam para o mesmo ambiente onde eles estavam antes e se eles não tiverem um apoio para continuar” (EE14).

Apesar de ressaltarem a carência de articulação com recursos da comunidade local, como igreja, cursos, entre outros, identificam que os recursos da unidade possibilitam um acompanhamento importante e dois atores aparecem como importantes no atendimento desses usuários: o ACS e a família:

“[...] recursos na comunidade a gente tem, no meu ponto de vista, o agente comunitário, que traz pra gente essas situações. Eles fazem um papel importante nessa área, no conhecimento da área, das pessoas [...] Um dos recursos poderia ser a própria família, e o próprio posto de saúde pra manter uma continuidade nesse tratamento com consultas, avaliações periódicas [...]. Os agentes comunitários podem fazer visitas, manter o acompanhamento, ver se tá tomando o remédio, busca ativa quando faltam as consultas” (EE7).

“Eles não tem aqui uma reciclagem, oficinas, escola não tem também (recursos), nada adequado. A escola manda pra cá, daqui manda pra não sei pra onde, a gente não tem, dentro do nosso bairro não tem nada” (EE3).

Percebe-se que, no campo da Saúde Mental, profissionais, familiares, vizinhos e todos aqueles que cercam ou estão vinculados ao portador de transtorno mental são convidados, de diferentes maneiras, a tomar para si uma parcela do encargo pela assistência. As parcerias e as redes de suporte social têm sido maneiras pelas quais se procura construir outro destino social para o louco que não a internação ou o abandono (SILVA, 2005).

Em depoimentos de usuários sobre abstinência e recaída, o apoio e a estrutura familiar e a constituição de novas redes de relações interpessoais aparecem como importantes constituintes experienciais da abstinência (RIGOTTO; GOMES, 2002).

Segundo Vasconcelos; Pasche (2009), a integração das ações entre os subsistemas que conformam o sistema de saúde, e dos serviços em redes assistenciais integradas, é um pressuposto da idéia de sistema e uma condição para a garantia da continuidade do cuidado aos usuários sem a qual se compromete a idéia de integralidade do cuidado. A integração de recursos, de meios e de pessoal na gestão do sistema é preconizada nas leis e normas como condição básica para assegurar eficácia e eficiência ao sistema. Contudo, a lógica institucional e os conflitos de interesses que permeiam as relações entre os sujeitos políticos e sociais que conduzem o sistema comprometem essa pretensão de racionalidade. Os conflitos de interesse não são em si um problema para o SUS, mas elementos constituintes de qualquer política pública. Porém, a falta de transparência e de debate público nas instâncias de gestão do sistema compromete o desempenho e a legitimidade do sistema e se apresenta como um desafio importante a ser vencido.

Saraceno et al. (1993) apontam que uma intervenção efetiva, com enfoque comunitário, deve buscar mobilizar todos os recursos potenciais, os da saúde especificamente e os da rede social onde se encontra (*resource multipliers*). Durante a Reforma na Saúde da Nicarágua em 1984 – 1988 era

possível observar um visível fator multiplicador de recursos na solidariedade do grupo social dos pacientes e do serviço, na alta ética da equipe e sociedade e na alta expectativa de sucesso do cuidado. Em oposição, os recursos existentes podem diminuir, tanto por alto nível de conflitos entre equipe e comunidade, quanto pela baixa motivação e expectativa de sucesso.

Outra categoria que os autores citam é a dos recursos ocultos (*hidden resources*). O cuidado em saúde mental que leve em conta os temas direitos dos pacientes, qualidade de vida, oportunidades de trabalho deve ser desenvolvido junto à comunidade. O cuidado comunitário está apto a identificar recursos que de outra maneira permaneceriam ocultos, ou não seriam apropriadamente ativados. Esses recursos têm a vantagem de prevenir que a família não equipada abandone seu encargo de cuidar do paciente, com as conhecidas conseqüências psicossociais negativas para ambos. Do contrário, a ativação desses recursos leva a um grau de controle completamente diferente sobre o peso social e familiar, tradicionalmente garantido pelo controle institucional.

A família é identificada como importante recurso, mas demanda também uma estratégia de aproximação diferenciada. Ao focar o envolvimento da família com a dependência química, a equipe relata que é difícil a sua abordagem na família, tendo em vista que as pessoas se fecham muito, tanto o dependente como a família:

“[...] quando eu vou na casa que tem um dependente químico, geralmente, eles não falam para a gente, escondem, aí de vez em quando, a gente vê eles por aqui, ele veio por causa da dependência química, mas, geralmente, pra eu ir na casa, conversar esse assunto é muito difícil, porque as pessoas se fecham muito, tanto o dependente como a família” (EE2).

A dificuldade do serviço em envolver a família é apontada no estudo de Kantorski; Lisboa; Souza (2005) como um fator limitante do trabalho desenvolvido, resultante da precariedade com que o serviço tem trabalhado com as famílias dos dependentes, não podendo constituir-se numa rede social de apoio, nem tampouco oferecer um suporte eficiente aos familiares. Constatou-se que a falta de intervenção sistemática com as famílias tem reduzido a

possibilidade de dar amplitude à intervenção realizada, ficando essa muito focada nas demandas do indivíduo dependente químico.

Os estudos contribuem para o entendimento de como a família está implicada no desenvolvimento saudável, ou não, de seus membros, já que ela é entendida como sendo o elo que os une às diversas esferas da sociedade. A linguagem familiar imprime a sintaxe, a semântica e a pragmática do como se relacionar, interagir e se comportar no seio da cultura. Os estudos apontam para a complexa influência da família, da escola e do grupo de amigos no caso da manifestação do uso abusivo de drogas, principalmente na adolescência. Os tratamentos são construídos, em sua maioria, na busca de engajamento e retenção daquele que abusa da droga, seja através das figuras significativas da família que se preocupam com ele, seja trabalhando de forma terapêutica o contexto familiar sob a ótica sistêmica (SCHENFER; MINAYO, 2004).

A idéia de que o cuidado em saúde mental é uma ação abrangente, e que exige um envolvimento da família e da sociedade remete ao conceito de integralidade como uma imagem objetiva, designando certa configuração de uma situação que alguns sujeitos consideram desejável. A imagem objetiva parte de um pensamento crítico, que se recusa a reduzir a realidade ao que existe, mas nunca é detalhada, sendo expressa através de enunciados gerais (MATTOS, 2011).

A partir disso, percebemos que, se por um lado, algumas imagens objetivas no campo da saúde mental permitem tencionar o modelo psiquiátrico/manicomial, por outro, exigem que, no campo das práticas, possam ser pensadas/inventadas novas estratégias de atenção. O conceito de vínculo remete a um questionamento da relação entre usuários-equipe na direção da atenção psicossocial e o mesmo precisa ser discutido considerando as singularidades do campo das práticas. Esse movimento teórico-prático permite a reconstrução e transformação a partir da práxis.

A equipe da ESF coloca que é muito difícil ter vínculo com usuário de drogas, que não consegue acessar, que tem dificuldade de acessar o usuário:

“É muito difícil ter um vínculo com eles (usuários de drogas), porque quando eles estão realmente viciados e não querem se curar, eles não procuram nem família nem ninguém” (EE4).

“A dificuldade de eles continuarem o tratamento, a gente não consegue acessar. Eu sinto que tem mais dificuldade de acessar o próprio paciente. É semelhante à diabetes, à hipertensão, tu leva um tempo, mas acho que a dependência química tá muito pior. Eles só vêm em momentos de crise ou precisando de coisas mais pontuais” (EE6).

Quando voltamos nosso olhar para o cotidiano assistencial, muitas das diretrizes governamentais assumem uma forma ambígua: se, por um lado, a população está sendo convidada a participar da gestão dos recursos públicos em saúde, também pode estar sendo incentivada a compartilhar responsabilidades pela assistência. Cabe a ela formular, mas também, em certa medida, executar as diretrizes das políticas públicas. Essa ambivalência – entre exercer direitos e comprometer-se com deveres – se torna ainda mais aguda quando a população beneficiada pelas políticas públicas é aquela tutelável: loucos, crianças e índios, por exemplo. O louco é considerado irresponsável (além de incapaz e perigoso) de um ponto de vista jurídico; parece que seu engajamento com essa ordem pública – ainda que democrática – é pouco intenso e que seu vínculo com esse processo paulatino de participação e responsabilização é frágil (SILVA, 2005).

Na perspectiva do controle social, a participação da população na gestão da saúde coloca as ações e serviços na direção de interesses da comunidade e estabelece uma nova relação entre o Estado e a Sociedade, na qual o conhecimento da realidade de saúde das comunidades é o fator determinante na tomada de decisão por parte do gestor. Construir uma boa relação com o controle social deve ser uma meta do gestor de saúde, podendo oferecer resultados concretos de pactuação para enfrentamento dos problemas, com importante repercussão política (BRASIL, 2003).

A presença da equipe do matriciamento nessa discussão possibilitou uma crítica à idéia de que as limitações no atendimento aos usuários de substâncias psicoativas estão unicamente relacionadas ao fato da ESF não ser um serviço

especializado e, por isso, não dominarem os recursos teórico-práticos para o atendimento dessa demanda.

A problemática das drogas também é uma situação nova para as equipes da saúde mental, como é apontado pelos profissionais do matriciamento, exigindo a construção de espaços de parcerias na rede de saúde mental e no território da ESF:

“[...] tenta trabalhar com as unidades, com os grupos de auto-ajuda na comunidade, tem o ambulatório de dependência química do São Pedro, tem um grupo que está acontecendo agora lá no Murialdo, sou eu e o redutor de danos que participamos. Quando sai de uma fazenda terapêutica, de uma internação, em alguns momentos, infelizmente, a gente ainda não tem CAPS, e a gente vai usando outros recursos. Já usamos recurso da oficina terapêutica também pra alguns casos, então cada caso tem que ser avaliado pra se pensar na proposta de tratamento” (EE17).

“A gente criou esse grupo e é mais uma porta aberta pra começar a acolher. O redutor de danos veio para gerenciar agora em outubro e é uma situação nova pra nós porque antes os redutores de danos ficavam lá no Postão da Cruzeiro e agora eles foram distribuídos na gerência” (EE17).

O encontro com conceitos e prática da Redução de Danos traz outra perspectiva de atuação, ou seja, um mundo aberto, cuja atividade produz a novidade, que contrapõe o estável padronizado e normatizado. A Redução de Danos (RD) pode ser definida como um conjunto de medidas que tem a finalidade de minimizar os danos decorrentes do uso/abuso de drogas, sem que haja, necessariamente, uma diminuição do consumo. Tais ações possuem como princípio fundamental o respeito à “liberdade de escolha”, já que nem todos os usuários conseguem ou desejam abster-se do uso de drogas, mas podem desenvolver cuidados na direção de uma “saúde possível” (BRASIL, 2001).

Dentro deste contexto, segundo Roos (2011), faz-se pertinente resgatar o papel participativo dos usuários de drogas em seu tratamento e nas políticas públicas a ele referentes, bem como, não assumir posturas que concordem com a dominação daqueles que os entregam suas vidas. Despertar potências e promover a criação de territórios habitáveis, essa deve ser a tarefa do profissional comprometido com a produção de vida daqueles a quem assiste. No

entanto, não é tarefa fácil, pois exige muito mais de nós, tendo em vista que se faz necessário nos despirmos daquilo que, por muito tempo, acostumamos chamar de única “verdade” (modelo biomédico).

Segundo a referida autora, devemos pensar a RD como uma diretriz que reconhece e promove novas possibilidades de vida, novas alternativas de recursos para as pessoas, grupos e comunidades com as quais atua e abre outras amplitudes de existência humana, como uma nova maneira de trabalhar as questões relacionadas ao uso de drogas. Esta diretriz é um exercício que se coloca dinâmico, como o processo de Reforma Psiquiátrica, sempre inacabado e ousado.

Assim, podemos entender a RD como uma diretriz de trabalho do SUS enquanto uma diretriz realista, capaz de disparar processos de cidadania, promovendo o protagonismo dos usuários de drogas, abrindo para a possibilidade de transformação de vidas, deslocando-os de um papel de doente, como se fossem incapazes de decidir sobre suas escolhas. Assim, vai se configurando uma micropolítica, que pode ser entendida como o agir cotidiano dos sujeitos, na relação entre si e no cenário em que se encontram (AYRES, 1996).

Segundo Souza (2007), há necessidade de intervenções que contemplem os diferentes contextos implicados na questão, objetivando o fortalecimento da autonomia e poder contratual do indivíduo em prol da manutenção do seu exercício cidadão. A autora destaca a importância da promoção da saúde como estratégia para a melhoria da qualidade de vida e resgate da cidadania por meio de práticas com enfoque na comunidade, ênfase nas políticas públicas e ações intersetoriais.

#### 4.3.1.2. *O atendimento à crise*

Na percepção da equipe da ESF Pitoresca, verifica-se como ponto nevrálgico, em relação à rede de serviços, o atendimento a casos de urgência e emergência em saúde mental. Nestas situações, os profissionais não se sentem capacitados a se responsabilizarem por usuários que apresentam sintomas

graves e persistentes, pois consideram que necessitam de uma atenção mais qualificada e intensiva.

“Eu acho também que o que falta [...] na rede, é uma emergência, uma urgência, pra agora, sabe? Uma coisa mais, que ande mais” (EE10).

“Eu acho que precisava mesmo era uma emergência de saúde mental, só tem o PAM<sup>5</sup> e é aquele horror, é para toda a cidade praticamente” (EE12).

Os profissionais afirmam também que, no momento em que é necessário acionar a internação psiquiátrica para um usuário, há o impasse da falta de acesso aos leitos, principalmente aos leitos de hospital geral:

“Já teve uma até que ela vai e volta, vai e volta que resolve, assim, ela passa um tempo internada, depois ela vem pra casa ela dá um [...] Fica um tempo, uns três, quatro meses mais calma. Mas é que não tem na rede, não tem vaga [...] Aí, vai lá pro Espírita não tem vaga, aí tem que esperar e aí acabam liberando pra vir pra casa” (EE10).

“Nesse tempo todo que eu to aqui, agora tive um caso de um paciente que tava lá na internação do Clínicas, o resto tudo Espírita” (EE17).

Com relação a esse tema, se faz necessário discutir o serviço de urgência e repensar estratégias que possam inventar novos contextos, que não privilegiem a crise e seus sintomas e sim a pessoa que sofre. Pessoas em crise, geralmente, precisam de ajuda e, em alguns casos, essa ajuda precisa ser imediata. É importante que possamos desconstruir a idéia de urgência *em psiquiatria* e a nossa proposta é pensarmos uma *ética-cuidado* que se aproxima mais de um tipo de *atenção urgente à **pessoa em crise***. A crise não é um diagnóstico com terapêutica delimitada previamente, muito pelo contrário, é fundamental vermos a crise como potencialidade e localizá-la no contexto da pessoa que a traz (JARDIM; DIMENSTEIN, 2007).

Assim, para as referidas autoras, o acolhimento dialogado prima pela busca de maior conhecimento das necessidades que o usuário traz, de modo a satisfazê-las. E isso faz parte da *ética-cuidado* num momento de crise, que pode

---

<sup>5</sup> Emergência psiquiátrica referência do município de Porto Alegre.

não necessariamente envolver palavras, mas atitudes ou outra forma de comunicação. Quando a pessoa se sente acolhida, mais segura, sem medo de ser violentada por contenções de todo tipo, fica mais fácil estabelecer vínculos. Ao contrário do que muitos pensam, o vínculo pode ser estabelecido para aquele exato momento de crise. O acolhimento e a visão ética de que devemos dar suporte à vida favorece a vinculação.

A proposta de acolhimento dialogado e da contextualização da crise teria, no contexto da ESF, todos os elementos para a sua concretização. Porém, a avaliação mostrou que, o que ocorre de fato ainda está muito distante disso.

O momento da crise, principalmente àquela identificada como surto, não aciona outro elemento a não ser o tradicional caminho da psiquiatria: o encaminhamento para serviços de urgência/emergência e para internação.

“O que o PAM3 faz? Eles medicam e mandam embora. Ou a pessoa vai internar e não tem vaga. Já teve gente que voltou do PAM3 com uma AIH<sup>6</sup> na mão” (EE13).

“A gente orienta, vai pro PAM3, mas demora. Passa a crise, volta. Passa 2, 3, dias, passou a crise, aí volta o mesmo problema” (EE10).

Os laços afetivos e sociais, incluindo a família, amigos, comunidade e o próprio território não deveriam sofrer uma interrupção nos momentos de crise, a não ser em casos pontuais de extrema gravidade e necessidade (FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007).

Além da carência, os recursos existentes oferecem respostas insuficientes, como é exemplificado na fala a seguir:

“[...] falta na rede uma emergência, uma urgência, pra agora, que ande mais... Não que vai lá no PAM 3 e fique esperando, manda pra casa, volta pra esse PAM 3... Um lugar que tivesse, que: manda ali, tá em crise, vai! [...] Quando a pessoa tá doente o cuidador não quer esperar, ele quer resolver na hora...” (EE10).

---

<sup>6</sup> Autorização de Internação Hospitalar.

Convém enfatizar que, no que diz respeito urgência e emergência psiquiátrica, e na direção de um cuidado que exigiria uma resposta imediata, o serviço citado parece não ir ao encontro dessa exigência.

A falta de comunicação entre a ESF e o serviço de emergência psiquiátrica também é apontada, o usuário, quando tem uma crise procura a emergência psiquiátrica, onde é atendido pontualmente, retorna para casa sem que ocorra envolvimento da ESF.

“Muitas vezes a gente nem sabe que essa pessoa chegou, porque é tudo muito rápido. Aconteceu de noite, levaram, trouxeram e a gente não sabe o que aconteceu. [...] a gente não sabe que a crise aconteceu, a gente vai ficar sabendo depois, uma semana depois” (EE15).

Ao delegar a atenção à crise para as urgências sem nenhuma discussão ou comunicação inter-redes, estaremos reforçando deliberadamente a lógica manicomial e enfraquecendo os nossos serviços substitutivos. Tais serviços passam a operar como meros serviços alternativos, alternativas fracas, diga-se de passagem, visto que no momento de maior necessidade ‘devolvem’ o louco ao manicômio. Por isso, se faz necessária uma discussão acerca da atenção à crise não somente pelos serviços substitutivos, mas com foco nas conexões inter-redes (JARDIM; DIMENSTEIN, 2008).

O uso da brigada militar como recurso em crises, pois o SAMU não vai: *“É mais fácil chamar a brigada, nesses casos (crise) o SAMU não vem, é a brigada que faz esse serviço.”*

“É mais fácil chamar a brigada, nesses casos a SAMU não vem, é a brigada que faz esse serviço. [...] É difícil, bem difícil, porque daí o PAM3 é difícil de ficar com a pessoa, a gente pode até mandar um encaminhamento do médico, daqui para o PAM3 e chegar lá e os caras acharem que não e mandam de volta ou porque está superlotado ou porque não tem... Ou a pessoa quer se tratar ou é drogado e quer se tratar e acaba retornando” (EE19).

Por ser a demanda psiquiátrica uma demanda complexa, se faz necessário compreender seus elementos constitutivos, como os agentes do encaminhamento, o percurso de chegada ao serviço, as passagens institucionais precedentes, dentre outros. Para tanto, segundo Dell’Acqua;

Mezzina (2005) o serviço deve ser capaz de entender, que em algumas situações uma crise não oferece possibilidades de escuta, podendo conduzir ao comportamento transgressivo, levando a ativação dos sistemas sociais de emergência, devendo serem organizados diferentes modalidades de contato, encurtando os tempos de latência da crise, tornando mais precoce a intervenção.

No decorrer da aplicação do círculo hermenêutico dialético, quando foi colocada para comentários a questão das dificuldades com os serviços de urgência e emergência do município, evidenciou-se outro aspecto relacionado a esta temática: a necessidade da ESF poder se responsabilizar pelo atendimento das chamadas crises, pois nem tudo necessita ser encaminhado ao PAM3 e que, além disso, as dificuldades relacionadas a referência e contra-referência não podem ser analisadas por uma via única:

“Vai ter uma porcentagem desses casos que vão acabar acessando o PAM3, mas se eles forem melhor treinados ou capacitados (equipe da ESF), talvez eles dêem conta e nem precisem encaminhar para o PAM3. Chegam na gente (equipe do matriciamento) e dizem que o fulano quer se matar, aí tu vai, conversa, vê que não é bem assim, pede para voltar semana que vem, chamamos a família para ver, alguns casos, eu acho que não precisa (encaminhar)” (EE18).

“Claro que tem a parte deles, do PAM3, do Espírita, que eles falham lá com certeza também. O que a gente vai fazer com isso? então vamos agir, alguém da equipe vai ser a referência, vai anotar os casos encaminhados, vai botar um livro de referência e contra-referência, aí eu acho que a equipe também não pode estar numa figura passiva” (EE18).

Acreditamos que uma série de estratégias possíveis e já conhecidas de cuidado às crises fora do hospital pode ser acionada: a internação domiciliar, a articulação com a família e com a rede social do usuário, a contensão química, mediante o uso de psicofármacos são algumas tecnologias já utilizadas nos serviços e que permitiram aos usuários com crises graves viver esse momento sem passar por uma internação, sempre traumática e desabilitadora.

A falta de investimentos para o acolhimento no momento das crises e a falta de um projeto político que invista em uma rede de cuidados em saúde mental reforçam a idéia de permanência da internação, ainda considerada

fundamental para o cuidado do usuário nesses momentos (WETZEL et al., 2011).

Para Dell'Acqua; Mezzina (2005), o serviço deve se mobilizar com a máxima flexibilidade nesses casos de crise, sem intervenções pré-constituídas, onde a simples disponibilidade de “ir ao encontro” do usuário pode evitar impactos traumáticos, tranquilizando os familiares e desdramatizando os conteúdos da crise.

#### *4.3.2. Matriciamento enquanto dispositivo para o cuidado em saúde mental na ESF*

O apoio matricial constitui um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Nesse arranjo, a equipe por ele responsável, compartilha alguns casos com a equipe de saúde local (no caso, as equipes da atenção básica responsáveis pelas famílias de um dado território). Esse compartilhamento se produz em forma de co-responsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de caso, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos (BRASIL, 2011).

A responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local. Assim, ao longo do tempo e gradativamente, também estimula a interdisciplinaridade e a ampliação da clínica na equipe.

Para Campos; Domitti (2007), o apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões. A composição da equipe de referência e a criação de especialidades em apoio matricial buscam criar possibilidades para operar-se com uma ampliação do trabalho clínico e do sanitário, já que se considera que nenhum especialista, de modo isolado, poderá assegurar uma abordagem integral. Essa

metodologia pretende assegurar maior eficácia e eficiência ao trabalho em saúde, mas também investir na construção de autonomia dos usuários. Sua utilização como instrumento concreto e cotidiano pressupõe certo grau de reforma ou de transformação do modo como se organizam e funcionam serviços e sistemas de saúde.

O município de Porto Alegre tem uma equipe de apoio matricial composta por profissionais de saúde mental que desenvolvem suas atividades junto as equipes de ESF.

A equipe de matriciamento está organizada tendo como diretriz a lógica da territorialização e cada grupo de profissionais atende às ESFs de determinado território. Na ESF Pitoresca, esta equipe é composta por um médico psiquiatra, uma assistente social e uma psicóloga.

O apoio e suporte disponibilizados pela equipe de matriciamento contribuem para facilitar os encaminhamentos dos casos de saúde mental para tratamento em serviços especializados, oferecendo retaguarda para situações específicas de saúde mental:

“A dificuldade de encaminhamento, de retaguarda para situações que não conseguiam atender na ESF, foi melhorada com apoio e suporte da equipe de matriciamento” (EE1).

“[...] a porta ficou mais aberta com o matriciamento. Então, eu vejo que está sendo mais rápido” (EE2).

“Eu acho que a grande maioria está sendo encaminhada pelo matriciamento, vem, tem a reunião com o Martin (médico da ESF), que discute os casos... que passa o caso das pessoas e aí depois é encaminhado” (EE9).

De acordo com Figueiredo; Campos (2009), o matriciamento explicita e provoca uma forte imprecisão nas fronteiras entre o que é responsabilidade de quem. No momento em que se trata de sujeitos que apresentam transtornos psíquicos graves, há um consenso sobre a necessidade de intervenção e do núcleo de saber da saúde mental. Entretanto, arma-se uma grande peleja quando entram em pauta questões subjetivas que não se adéquam na rigidez dos diagnósticos, como por exemplo, as dificuldades relacionais e afetivas, a

capacidade de encarar problemas do cotidiano e outras demandas que requerem escuta acolhedora e orientação. Nesse sentido, a potência do matriciamento encontra-se em desfazer os limites entre diferentes tecnologias e disciplinas, por meio das discussões de caso e da regulação do fluxo, revertendo assim o processo de “psicologização” do sofrimento.

A responsabilização compartilhada pelos casos possibilita regular o fluxo de usuários nos serviços. Por meio do matriciamento, possibilita-se distinguir as situações sociais e individuais, comuns no cotidiano, que podem ser acolhidas pelos profissionais de referência e por outros recursos sociais do território, daquelas demandas que requerem atenção especializada em saúde mental, que pode ser oferecida no próprio serviço ou, conforme a gravidade e o risco, pelo CAPS da região de abrangência. Por meio disso é possível evitar ações que levam a medicalização e psiquiatrização do sofrimento, e ainda, promover o acesso e a equidade, assegurando coeficientes terapêuticos de acordo com as potencialidades e desafios de cada usuário. Isso possibilita a construção de novos dispositivos de cuidado, em resposta as diferentes demandas dos usuários e a articulação entre a equipe na construção de projetos terapêuticos individualizados (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009).

Tendo em vista que a equipe de apoio matricial tem o objetivo de analisar e pensar o cuidado de maneira integral, que contemple a subjetividade de cada sujeito, esta se torna uma ferramenta de apoio para a ESF, pois consegue dar encaminhamento para os casos que necessitam, tendo na maioria das vezes resultados positivos, o que pode ser exemplificado na fala a seguir:

“O matriciamento fez uma revolução, porque a maioria dos casos que se tinha maior urgência se conseguiu dar um bom encaminhamento. Teve várias pessoas que foram para terapia e que terminaram a terapia nesse período e voltaram melhores, então tem vários resultados muito bons” (EE6).

O conhecimento da equipe acerca dos diversos dispositivos que compõem a rede de saúde mental do município é um aspecto que qualifica o atendimento da ESF, pois torna a rede aquecida, formando vínculos e facilitando

o deslocamento do usuário entre os diversos serviços. Nesse sentido, a equipe de matriciamento torna-se agente de informação e esclarecimento aos profissionais da ESF:

“Eu acho que conheci mais a rede através do matriciamento” (EE6).

Uma questão levantada pela equipe da ESF Pitoresca diz respeito a fragilidade da rede de serviços de saúde mental no município, o que acarreta demandas para a equipe de matriciamento, por não haver dispositivos para encaminhar, o que retrata a falta de estruturação da rede:

“Tudo o que tu quiser adiante tu tem que passar pela equipe de matriciamento. E a própria equipe sabe que não tem muita coisa adiante também para poder estar encaminhando. Ah, mas vocês têm a equipe de matriciamento, mas e aí? Ah, conversa com o pessoal da equipe do matriciamento que eles vão saber como é que vão poder encaminhar. E a gente sabe que não é assim” (EE15).

Para que a falta de serviços especializados e territorializados em saúde mental seja “suprida”, os gestores muitas vezes utilizam o apoio matricial na ESF como uma estratégia para mascarar as carências no campo da saúde mental:

“[...] no momento que tu tem essa equipe de matriciamento, de um lado é muito bom e de outro ela acaba atrapalhando os serviços. E acaba sendo para o gestor, acaba sendo uma coisa muito boa. É uma forma de encobrir algumas dificuldades que a saúde mental tem. Então, tá, a gente coloca uma equipe de matriciamento no distrito e se contentem com isso” (EE15).

A aproximação da saúde mental com a ESF, quanto às áreas do saber, apresentam características em comum como a prática assistencial e de cuidado, culminando em sua parceria para alcançar a proposta de atenção integral e reabilitação psicossocial. As duas áreas preconizam o acompanhamento do sujeito no decorrer de sua existência, firmando-se no vínculo e acolhimento como estratégias de intervenção em saúde, proporcionando ações na

comunidade, no território que faz parte do cenário de vida das pessoas, tendo como foco o cuidado no contexto familiar (MIELKE; OLSCHOWSKY, 2010).

Nesse sentido, o matriciamento não se reduz a um mero dispositivo de encaminhamento do usuário para os serviços especializados, mas possibilita no âmbito da ESF uma mudança de um olhar médico-clínico para uma atuação direcionada à saúde mental no território social dos usuários:

“[...] a partir do matriciamento [...] vem ocorrendo uma mudança de um olhar médico-clínico para uma atuação direcionada de saúde mental no território, ou seja, a equipe vem mudando a sua postura saindo da patologia para uma abordagem multiprofissional” (EE11).

Uma potencialidade identificada no contexto de atenção e articulação entre a ESF e o apoio matricial consiste na responsabilização pela demanda de saúde mental, possibilitando que haja um cuidado efetivo no território:

“O matriciamento seria uma tecnologia, uma maneira de lidar em oposição ao encaminhamento. Ao invés de despachar o paciente para outro nível, traria o outro nível até a atenção básica e, juntos, encontrariam uma solução, fariam o atendimento conjunto, visita conjunta, plano de cuidado individualizado. O cuidado seria feito no âmbito da atenção primária” (EE13).

“Muitas vezes em uma primeira consulta já se fazia um encaminhamento e: já fiz o papelzinho está encaminhado. As vezes a pessoa não ia, faltava, ou não dava seqüência ao atendimento e, as vezes, ficava na central de marcação muito tempo. Um dos objetivos do matriciamento poder trabalhar com as equipes até que ponto tem que encaminhar direto” (EE17).

A mudança no processo de trabalho proposta pelo matriciamento é complexa para ser assumida pelas equipes, pois não ocorre automaticamente, necessitando ser trabalhada junto aos profissionais, promovendo espaços destinados à reflexão crítica sobre as próprias ações, que possam ser continentais às dificuldades no relacionamento entre a equipe, à dificuldade de lidar com o sofrimento do outro, aos preconceitos com relação à loucura e à sobrecarga, por lidar com demandas de violência e pobreza. Essas questões podem configurar-se como possíveis entraves para a realização do

matriciamento se a equipe não puder contar com espaços de formação permanente e reflexão para processá-las (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009).

O matriciamento ocorre a partir de espaços concretos de integração e interação entre equipe da ESF Pitoresca e equipe do apoio matricial, apontando um espaço rico de aprendizado e experiências, onde todos os profissionais podem participar e construir o cuidado em saúde mental individualizado.

A metodologia de trabalho utilizada pela equipe de apoio matricial, no contexto da ESF Pitoresca é variada, a fim de atender as peculiaridades do serviço. Esta se baseia na discussão dos casos de saúde mental junto à equipe, consulta conjunta, visitas domiciliares e proporciona educação permanente aos profissionais, qualificando as ações em saúde mental.

“A equipe da ESF e a equipe do matriciamento trabalham através da discussão de casos” (EE1).

“A gente entende que essa parte de capacitação de educação permanente é um trabalho de prevenção, a gente vai estar ajudando os profissionais. Poder estar discutindo casos, fazer consulta conjunta, visita domiciliar. Tem a proposta de educação permanente; no momento a gente ainda não pôde entrar nesse quesito, mas é algo que se tem em mente” (EE17).

De acordo com Dimenstein et al (2009), está presente no imaginário social contemporâneo acreditar que as especialidades, em especial a medicina, é a estratégia mais eficaz para se cuidar da saúde. Portanto, os profissionais dessa área passam a restringir cada vez mais seu campo de atuação, ao mesmo tempo em que a sociedade também incorpora esses valores acreditando apenas na atuação de um especialista em determinada área. Os técnicos em saúde mental terão como meta, além de serem apoiadores, desmitificar o pensamento de que só as especialidades promovem resolutividade. Muito ao contrário, tem se investido na perspectiva de que somente o cuidado integral é realmente efetivo para promover a saúde da população.

No contexto da ESF Pitoresca é identificada uma fragilidade no fato de que a equipe de matriciamento está mais próxima dos médicos e enfermeiros, e que os técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde não têm

contato direto com os matriciadores, o que acaba limitando a ampliação de discussões e construções de projetos terapêuticos para os usuários:

“As próprias discussões ficam no consultório, mais direcionado aos médicos e agora os residentes e os doutorandos também, os estudantes acho que é da medicina que tem participado” (EE16).

“O objetivo é fazer o matriciamento com toda equipe: agentes comunitários, auxiliares de enfermagem, enfermeiros, médicos, essa é a proposta da nossa equipe (equipe do matriciamento). A gente tem muito pra trocar, a gente consegue em alguns momentos, mas eu acho que ainda precisamos expandir mais isso, pensar isso junto com a equipe” (EE17).

É de extrema importância que se repense sobre esta particularidade, para que a construção do cuidado seja ampliada para a participação de todos os membros da equipe, o que potencializará ações de saúde mental efetivas no território, fortalecendo assim os pressupostos da reforma psiquiátrica e do modo de atenção psicossocial.

#### *4.3.3. Sistema de Informação*

A produção de informações é ferramenta essencial no fortalecimento da capacidade gerencial e deve acompanhar o processo de descentralização do SUS. A estratégia de descentralização da informação deve estar orientada para garantir a compatibilidade entre os dados de diferentes níveis, possibilitando-lhes um movimento de agregação e desagregação, pelo menos dos entendidos como importante para todos (FERREIRA; AZEVEDO, 1998).

Segundo Trevisan; Junqueira (2010), a presença de fatores múltiplos gerou impactos significativos nas primeiras concepções de gestão em rede no SUS. Parte considerável desses fatores deveu-se à obrigatória inserção de inovações tecnológicas que provocavam efeitos modificadores nos sistemas de produção e de prestação de serviços do sistema único. Tais mudanças geravam alguns avanços nas redes iniciais de cooperação intersetoriais. Esse processo, que não é exclusivo da saúde pública, implicava crescimento de demandas

sociais em torno de serviços públicos, uma vez que toda automatização gera, em um primeiro momento, uma maior visibilidade das carências do sistema.

Para os referidos autores, em qualquer setor, a implantação de meios informatizados expõe os problemas de gestão de forma muito mais clara do que os métodos mais tradicionais. Não é diferente com as demandas por saúde pública: toda racionalização na oferta gera maior procura pelo serviço, porque o método antigo de gestão continha demanda reprimida e desconhecida. Nesse quadro aumentam as resistências internas por trabalho integrado e o modelo organizacional volta-se, cada vez mais, para “lidar com o conhecido”, com os processos e as formas já conhecidas e bem dominadas.

A produção de informações possibilita que se tornem visíveis os problemas de saúde da comunidade, permitindo o planejamento das ações no território. Na ESF Pitoresca isso ficou evidente quando foi realizado um levantamento dos usuários que utilizam psicofarmacos:

“[...] foi feito um estudo bem legal. Isso faz um ano e meio quase dois anos, foi publicado, foi passado pela gente, foi um trabalho bem interessante, mas foi assim só a questão medicamentosa, quantos pacientes? O que usavam? e aí que se viu que o dado é bem alto, bem alto mesmo, pelo tamanho da nossa população porque não é um território muito grande EE3

“O que o doutor Martin tem aqui é um levantamento de quantas pessoas tomam remédio controlado”EE19

Outra estratégia de acesso a informações que colaboram na identificação de necessidades em saúde mental são aquelas oriundas do próprio cotidiano do trabalho, principalmente do ACS, sendo um trabalho cuja as ações se dão principalmente por meio de visitas domiciliares. A inserção no território e no domicilio permite que os trabalhadores identifiquem essas necessidades que, de forma espontânea, talvez não fossem detectadas:

“As informações de saúde mental vindas do domicilio auxiliam no atendimento” (EE6).

“A gente sabe quando é doente mental quando a família fala para nós, mas tem família que às vezes não gosta de falar e às vezes a gente percebe que a pessoa tem um problema...” (EE19).

Na avaliação, foi apontada a deficiência de um sistema de informações institucionalizado, na medida em que a produção de dados ainda esta muito relacionada a iniciativas pontuais. Essa carência dificulta um planejamento das ações em saúde mental na ESF que dialogue e de respostas aos problemas da população do território. A falta de um sistema de informação organizado impede que possam ser comparados os indicadores de saúde mental nas diferentes regiões do distrito, o que permitiria uma maior contextualização desses indicadores levando em conta as diferentes realidades, que podem impactar nos resultados:

“Quando tu vais organizar um tipo de assistência, tu tem que fazer esse planejamento em cima da demanda que tu tem ou da previsão de demanda, ou de uma suposição de demanda. Mas, por exemplo, nossa equipe recebeu a notícia semana passada que a nossa cobertura de CP está abaixo... Eles podem dizer que a cobertura de CP do Partenon está abaixo, mas daí na Pitoresca vai ser por um motivo, no São Carlos vai ser por outro motivo, no Bananeiras vai ser por um outro motivo. Num pode ser porque a enfermeira está de férias, no outro pode ser porque não tem Lugol, no outro pode ser porque não tem sala, no outro pode ser porque não tem lâmina e no outro pode ser porque as mulheres não querem coletar o CP. E com a saúde mental essa heterogeneidade também é a mesma. Cada equipe deveria fazer um empenho no sentido de conhecer a sua demanda, mapear sua demanda, estratificar os atendimentos em saúde mental para saber que tipo de clientela, de demanda tu está atendendo para poder planejar. Eu acho que as unidades teriam que ter algum recurso para isso, daí sim, seria um atendimento baseado em demanda planejada e conhecida. Que nem eles fazem com tuberculose, hipertensão, diabetes, com tudo. E saúde mental, eu acho que nesse ponto não pode ser diferente. Eu como militante da saúde mental acho que saúde mental tem que receber um tratamento igual ao que os outros problemas de saúde tem. Não acho que seja diferente” (EE13).

Como em qualquer outra atividade, no setor saúde a informação deve ser entendida como um redutor de incertezas, um instrumento para detectar focos prioritários, levando a um planejamento responsável e a execução de ações de que condicionem a realidade às transformações necessárias.

A Organização Mundial da Saúde define Sistema de Informação em Saúde –SIS - como um mecanismo de **coleta, processamento, análise e transmissão da informação** necessária para se planejar, organizar, operar e avaliar os serviços de saúde. Considera-se que a transformação de um dado em informação exige, além da análise, a divulgação, e inclusive recomendações para a ação (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, 2011).

Segundo a referência anterior, nos últimos anos, contudo, tem sido observado grande avanço no que se refere ao acesso e às possibilidades de análise dos principais sistemas de informação em saúde disponíveis no Brasil: o processamento desses sistemas vem, gradativamente, passando para Estados e/ou municípios, permitindo que a análise ocorra em tempo oportuno; foram incluídas, em alguns sistemas, variáveis como bairros e áreas de residência, fundamentais quando o usuário é o nível local.

O SUS coloca a descentralização dos sistemas de informação como um dos mecanismos para o seu gerenciamento. Como consequência, devemos esperar um melhor aproveitamento das informações disponíveis, de forma a auxiliar efetivamente o processo de decisão nos diferentes níveis do Sistema Único de Saúde.

#### *4.3.4. Trabalho e Emprego em Saúde*

Neste tema, serão discutidas as questões relacionadas ao vínculo empregatício frágil e à falta de segurança que refletem na relação com o trabalho.

O desafio que se apresenta hoje ao setor é a urgência de transpor os obstáculos políticos, econômicos e éticos no que concerne a qualidade dos serviços prestados aos usuários do SUS. E ainda, melhorar a qualidade, disponibilizar serviços com compromisso social e ético, o que se traduz nos maiores e reais desafios para os trabalhadores de saúde (MACHADO, 2008).

Apesar de existir um reconhecimento de todos estes desafios na direção da consolidação do SUS, os trabalhadores da ESF Pitoresca apontam um

contexto de precarização do trabalho que constrói barreiras, colocando em risco a proposta. A mudança do modelo em saúde necessita que as relações de trabalho possibilitem a constituição de sujeitos com implicação ética e política, difícil de acontecer em um contexto de descontinuidade e fragilidade de vínculo, alta rotatividade de trabalhadores, inexistência de um plano de carreira, o que resulta em profissionais desmotivados e sobrecarregados.

“[...] foi criado o instituto<sup>7</sup> para gerenciar a saúde, então, todos têm que prestar processo seletivo, sendo que a maioria já fez esse processo. É concorrer com meio mundo. Consegue se classificar, aí tu vai. E sem garantia ainda de tu continuar no teu local de trabalho [...] a gente não tem um padrão definido, a gente não tem segurança no trabalho, tudo isso gera angústia [...] nós já fomos demitidos e trocado o nosso contrato de trabalho 3 vezes. E agora a gente tá prestes, de novo, acontecer a mesma coisa e vai acontecer” (EE15).

Uma análise feita por Machado (2005) acerca dos problemas que envolvem a gestão do trabalho no SUS evidencia que os anos de 1990, momento de consolidação do SUS, foi o período da antipolítica dos recursos humanos. Ou seja, o SUS percorreu a década de sua implementação sem investir em seus trabalhadores, sem constituir efetiva política de recursos humanos condizentes com seu caráter universalista, o que permitiu, dentre vários fatores, que os trabalhadores ficassem sem perspectivas de carreira profissional, que a expansão de novos profissionais não ocorresse de forma constitucional, e sim de maneira precarizada, formando assim, um exercito de trabalhadores sem direitos trabalhistas e sociais.

A falta de políticas adequadas de gestão do trabalho contribuiu para a precarização dos vínculos empregatícios no SUS, levando em muitos casos, a diminuição de profissionais especializados nas unidades de saúde (PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2006).

Segundo os referidos autores, o mercado de trabalho em saúde tem problemas estruturais, aliados às políticas setoriais, as transformações no trabalho e a expansão na atenção básica têm aumentado as tensões e os

---

<sup>7</sup> Instituto de Cardiologia de Porto Alegre.

problemas, entre eles, a intensificação nas modalidades de contratação no SUS, sem amparo legal, gerando a precarização em todo país.

Esse contexto leva também a uma situação de sofrimento do trabalhador que, ao mesmo tempo em que se reconhece enquanto sujeito de transformação no que diz respeito a reorientação do modelo assistencial, não consegue constituir-se enquanto “trabalhador do SUS” mas sim enquanto empregado de uma fundação privada, regida por interesses muito diversos daqueles colocados no campo da saúde.

“Porque entre o município e os distritos tem esses atravessadores, esses terceirizadores que são os institutos e as fundações e essas instituições privadas, tipo Moinhos e o Divina Providência e outros, que no fim das contas eles tão aí por conta de uma suposta necessidade, que é a falta da prefeitura poder contratar pela lei de responsabilidade fiscal e tal. Só que, digamos que eles existam por necessidade, mas a gestão não é conjunta, cada um faz com os seus o que bem quer” (EE13).

Para Santos; Correa (2011), trabalhar é uma necessidade intrínseca do ser humano e pode ser considerado um fator importante de promoção da saúde. Através do trabalho o ser humano se realiza e se desenvolve em suas várias dimensões: psicológica, social e econômica. No entanto, nem sempre o trabalho cumpre esse papel, cabendo então se investigar em que momento ele deixa de promover a saúde e passa a ter influência negativa sobre o indivíduo.

A literatura mostra que o trabalho deixa de ser saudável quando perde o significado para o trabalhador, quando não favorece seu desenvolvimento, quando exige uma capacidade de adaptação incompatível com a realidade do indivíduo, enfraquece os vínculos coletivos, quando não lhe é dado chance de expressão, e é realizado sob condições materiais e psicológicas inadequadas (SANTOS; CORREA, 2011).

A chamada gestão da saúde tem atuado no campo do trabalho, no sentido de produzir entre os trabalhadores, “paixões tristes”. O estado, ao conduzir um tipo de gestão que até o presente momento não produziu as condições ideais de trabalho, segurança, conforto, perspectiva de futuro, opera na sua relação com os trabalhadores produzindo tristeza, e esta tem sido a

marca da gestão do trabalho no SUS e na saúde mental, quando não prioriza o que são questões fundamentais para o cuidado do cuidador, como a carreira, a remuneração, a Educação Permanente, trabalho multiprofissional e inter-subjetivo, formas de participação colegiada, liberdade na condução do seu processo de trabalho e no cuidado em saúde mental. É como que se fosse necessário para que o estado, no seu ato de governar, produzisse no outro a redução da sua potência de agir, ou seja, o estado vive de produzir paixões tristes, é o modo singular de manter o controle sobre os movimentos próprios da atividade humana, em específico neste caso, sobre o trabalho em saúde (FRANCO, 2011).

Outra questão apontada pelos trabalhadores no processo avaliativo, relacionada a esse quadro de precarização das condições de trabalho, é o impacto que causa na constituição do vínculo entre a equipe e desta com os usuários e a comunidade:

“Se tu forma um vínculo com a equipe, com a comunidade, com a equipe tu até te despede, mas com a comunidade as pessoas não se despedem. A pessoa sai e ninguém sabe que ela foi embora [...] é o grande desafio diário porque cada vez que se modifica, alguém sai [...] já a equipe se modifica de novo porque é outra pessoa que está chegando e a gente vai ter que ter um tempo pra conhecer [...] a gente cria vínculos, a gente cria coisas para poder trabalhar melhor e a gente tem uma relação com o trabalho” (EE15).

Essa quebra de vínculo ocorre devido a alta rotatividade de profissionais. Os contratos de trabalho têm prazos pré-determinados e, cada vez que se encerra o período de contratação do trabalhador não existe garantia em relação a sua renovação. Outro problema é que o município tem trocado de fundações e, quando isso ocorre todos os trabalhadores devem se submeter a um novo processo seletivo, podendo não regressar ao trabalho ou não ser realocado para o mesmo serviço.

Considerando que um dos princípios fundamentais da ESF é a construção do vínculo entre a equipe de saúde e a população adscrita, a permanência e a continuidade dos trabalhadores no mesmo território é de fundamental importância.

#### 4.4. INTERSETORIALIDADE

A reforma psiquiátrica contribui para o intenso debate sobre nossos saberes e práticas no campo da saúde mental. Provocando a reorientação do modelo de atenção, a reforma vem proporcionando a incorporação de novas possibilidades de convívio e inclusão de pessoas com sofrimento mental.

A reforma é, sim, um movimento, mas também um processo; um longo caminho pelo qual transitamos e nos questionamos a si próprios. As transformações que a acompanharam puderam ser sentidas no contexto da saúde pública porque refletem as mudanças no pensar e no sentir da sociedade como um todo. Em particular, essas mudanças foram construídas com os profissionais de saúde mental, que também foram tensionados a buscar a humanização como meta e a libertação do louco e da loucura como princípio, meio e fim, já que, durante séculos, foram deixados dentro de muros isolantes e assépticos aos olhos do mundo. Nesse sentido, a reforma exige que essa diferença seja vista como parte de nós, e, para isso, devemos buscar todas as estratégias possíveis para promover saúde e vida em todo e qualquer espaço social (RESENDE, 2001).

A reforma psiquiátrica tem possibilitado constituir novos discursos e novas práticas no campo da saúde mental. O movimento procura redimensionar os saberes e as práticas psiquiátricas sobre a loucura, ressituaando o sujeito, valorizando experiências existenciais, estabelecendo parcerias políticas, deslocando o foco do manicômio para os serviços na comunidade e humanizando os cuidados em saúde mental, no intuito de:

[...] tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade e subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico... Sendo uma questão de base ética, o futuro da reforma psiquiátrica não está apenas no sucesso terapêutico-assistencial das novas tecnologias de cuidado ou dos novos serviços, mas na escolha da sociedade brasileira, da forma como vai lidar com os seus diferentes, com suas minorias, com os sujeitos em desvantagem social (AMARANTE, 1995, p.4).

Desse modo, consideramos que a reforma contribui, nesse sentido, para rediscutir a clínica e produzir “novas clínicas”. A modernidade nos autorizou a possuir a natureza e a tentar extrair dela toda a sua potência. Deu-nos certa liberdade para explorar toda e qualquer estratégia. Apesar de haveremos nascido após a irracionalidade das guerras e do nazismo, ainda somos sentenciados como absolutistas do desastre e da crueldade conosco mesmos. Por isso, a doença, a fome a privação (de liberdade, inclusive), nunca foram tão presentes quanto antes, trazendo consigo a proliferação da injustiça e da iniquidade (SAIDÓN, 2008). É disso que precisamos nos livrar, e a “nova clínica” pode ajudar nessa construção. Para isso, é preciso:

[...] rever os tratados sobre a doença ou sobre a fisiologia padrão dos seres humanos [...]. O desafio estaria em passar deste campo de certezas, de regularidades mais ou menos seguras, ao campo da imprevisibilidade radical da vida cotidiana. [...]. Como realizar este percurso com segurança? – Uma primeira resposta: o reconhecimento explícito dos limites de qualquer saber estruturado já seria uma primeira solução, pois obrigaria todo especialista a reconsiderar saberes quando diante de qualquer caso concreto. Sempre. (CAMPOS, 1997).

Isso, no nosso entendimento, também está relacionado à superação de formas padronizadas de lidar com a vida humana. Despir-se de generalizações, pois, como menciona Cunha (2005), essa generalização também é parcial, na medida em que compreende parcelas do sujeito e não o seu inteiro. Isso nos permite classificá-lo a partir do que ele sente, impondo-lhe um limite. Nesse limite, todos são iguais<sup>8</sup>. Mas fora dele, há muitas diferenças a considerar.

Portanto, a reforma psiquiátrica também é um projeto político. Um projeto que possa incorporar as diferenças e que encontre os meios para satisfazer

---

<sup>8</sup> Cunha (2005) comenta, por exemplo, sobre a situação de um hipertenso empregado e desempregado. São situações clínicas iguais (a hipertensão), mas com contextos de vida muito diferentes, impossíveis de serem generalizados pela clínica mesma. Pode ser que o hipertenso desempregado esteja “melhor” que o empregado, otimista com a possibilidade de mudança, enquanto que o empregado pode estar vivenciando um intenso sofrimento. Portanto, a tipologia nem sempre captura o inverso. Não há receita fixa para avaliar a singularidade das pessoas. É nesse sentido que compreendemos a loucura e as diferentes formas de lidar com ela, alheio a generalizações que massificam, mas permitindo-nos enxergar que, por trás dela, há várias situações e singularidades, incapazes de serem capturadas por um setor específico (a saúde).

suas necessidades. Um projeto que possa inaugurar uma nova relação dessas pessoas com a sociedade, democratizando o acesso e garantindo autonomia. É criar espaços de integração (de territórios, de pessoas, de direitos), eliminando a atenção pontual e fragmentária dos serviços e dos programas de saúde. A saúde – e, em nosso caso, a saúde mental -, exige um olhar para a realidade social que não se esgota em uma única política social. A parceria intersetorial é uma saída, para que se gerem ações efetivamente coletivas destinadas a compreender e intervir sobre as demandas sociais das pessoas (COMERLATTO et al, 2007).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), a intersetorialidade pode ser compreendida como uma política complexa, que objetiva superar a fragmentação das diferentes áreas de atuação social. Tem como desafio o de articular os setores da sociedade para melhoria das condições de saúde. Como prática de gestão, permite o estabelecimento de diálogos compartilhados entre instituições, governos e pessoas, atuando na formulação de políticas públicas que possam ter impacto positivo na saúde da população. Permite considerar o cidadão por inteiro, nas suas necessidades (individuais ou coletivas), demonstrando que ações em saúde prescindem de outras, como educação, trabalho, emprego, habitação, segurança, cultura, alimentação, etc. É formar redes para tomar decisões sobre qualidade de vida, envolvimento social e integralidade em saúde.

O caminho para a reestruturação das ações em saúde perpassa pela compreensão das complexas nuances que a cercam. Dar conta dessa realidade exige uma atuação intersetorial e uma parceria transdisciplinar, em que haja complementação e interação. Assim estaremos mais próximos da comunidade para enfrentar, junto com ela, seus problemas (WIMMER; FIGUEIREDO, 2006).

Em saúde mental, a intersetorialidade desponta juntamente com a noção de rede em saúde mental. Uma rede substitutiva<sup>9</sup> ao manicômio, que se desvela

---

<sup>9</sup> Os serviços substitutivos em saúde mental fazem parte de um contexto político que inclui a iniciativa de tramitação do Projeto de Lei 3.657/89, do Deputado Paulo Delgado. Esse projeto dispõe sobre os direitos da pessoa portadora de transtorno mental. O referido projeto foi modificado pelo substitutivo do Senador Sebastião Rocha e aprovado na forma da Lei 10.216,

como proposta de reorientação da assistência e também de reforma das pessoas. Essa rede nada mais é do que a materialização dos ideais sanitários e do movimento de reforma psiquiátrica, complementando a possibilidade de ruptura com paradigmas tradicionais que excluem e segregam os espaços e os sujeitos. Trata-se de um novo desafio, o de incorporar, no cotidiano dos trabalhadores, os novos serviços, as novas práticas e as novas criações (RAMMINGER, 2005; POLETTI, 2008; PINHO, 2009).

No contexto da reforma psiquiátrica, entendemos que a intersetorialidade desponta como um dos eixos<sup>10</sup> que possibilita a inclusão e a ressignificação do louco e da loucura na sociedade. Trata-se de investir num projeto que permita valorizar aquilo que, durante séculos, foi esquecido. É utilizar os recursos sociais de forma a potencializar os encontros e a estimular a plenitude da vida dessas pessoas. É construir novos caminhos e papéis que permitam o convívio, a socialização, a autonomia e a participação. É dar voz ao outro, de modo a fazer

---

em 06/04/2001, após 12 anos de tramitação no plenário. Não obstante, nesse período de transição, alguns Estados da federação já avançavam na constituição de suas políticas setoriais de saúde mental e o Ministério da Saúde disponibilizava instrumentos normativos, como as Portarias 189/91 e 224/92 para orientar a rede de saúde mental no país (BRASIL, 2004a). Uma rede que é formada por serviços de saúde, recursos da comunidade e por parcerias intersetoriais. Dentro dela, é possível citar a participação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – considerados os serviços estratégicos do processo de consolidação da reforma brasileira -, dos Serviços Residenciais Terapêuticos, dos Hospitais-Dia, dos Ambulatórios Especializados, da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família, dos Centros de Convivência, das Associações Comunitárias, das Oficinas de Geração de Renda, dentre outros (PINHO, 2009).

<sup>10</sup> O fortalecimento das parcerias intersetoriais tem sido o foco das últimas Conferências Nacionais de Saúde Mental. Destacamos a IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial, realizada em 2010. O relatório (BRASIL, 2010) destaca que é preciso investir na realização de atividades intersetoriais com a educação, assistência social, justiça, projetos de cooperação social e inclusão produtiva, respeitando-se os critérios definidos de territorialidade e regionalização. Considera-se importante promover uma interlocução entre as equipes da rede de saúde mental e aquelas que atuam nesses outros setores. Propõe o benefício de políticas específicas de saúde mental, como: política de capacitação e desenvolvimento de serviços, programas e projetos na área, apoio às famílias e criação de programas específicos para atendimento a demandas especializadas, como álcool e outras drogas. Para isso, a intersetorialidade desponta como princípio que possa incluir movimentos sociais e estimular o controle social, criando novos dispositivos de financiamento, custeio e sustentabilidade de projetos sociais inclusivos (moradia, trabalho, renda, cultura, convivência, previdência, socialização, acessibilidade, locomoção e escolarização). Dessa forma, assegura-se que se cumpra a integralidade do cuidado, a equidade da atenção e a desinstitucionalização em saúde mental.

com que a cidadania se transforme num projeto viável e previsível de atenção à saúde.

Essas e outras questões apareceram no decorrer da aplicação do círculo hermenêutico-dialético aos grupos de interesse (usuários, familiares e equipe) da ESF. A intersectorialidade foi abordada por eles a partir de duas áreas temáticas principais, que descreveremos a seguir. A análise também foi orientada a partir de cada uma dessas temáticas, mas sempre tendo como eixo orientador o conjunto que representam, isto é, o marcador “intersectorialidade”. São elas:

- 1) O desenvolvimento de oficinas e atividades na comunidade
- 2) A parceria estabelecida entre a ESF e os demais setores da sociedade (educação, cultura, meio ambiente, segurança, etc).

#### *4.4.1. O desenvolvimento de oficinas e atividades na comunidade*

Com a aplicação do círculo, ficou evidente que os grupos de interesse consideram importante que haja a realização de atividades ou oficinas na comunidade, com vistas à promoção da saúde. Destacam, por exemplo, que o desenvolvimento de atividades para grupos específicos, como idosos e adolescentes, seria uma alternativa para o estreitamento de laços e maior fortalecimento dos vínculos sociais:

Falta uma coisa assim pra uma como é que eu vou dizer: uma ocupação para os velhos... é uma coisa assim que, viver sozinho, velho, é a coisa mais triste do mundo, então, tendo os amigos da gente é uma coisa, mas agora tem muitos que precisa muito e teria que ter uma ocupação para os velhos. (U1)

Se tivesse mesmo uma atividade, alguém, uma possibilidade, tanto no meio de saúde ou por essas instituições é maior de ajudar esses jovens, esses adolescentes [...] Pessoas que se dispõem a ajudar melhor, que daí se torna uma sociedade mais unida [...] Eu to pensando num modo geral, tanto do adolescente, como aquela pessoa que precisa de uma atividade, pra conversa um pouco, uma pessoa que precisa de um lazer, uma pessoa que precisam de, de alguma coisa pra fazer. [...] Meu ponto, mais assim como é que se diz? Programas que possam incentivar e ajudar pessoas, tanto alcoólatras, como pessoas com obesidade. (U6)

Eu acho que tem vários tipos de atividades que poderiam ser feitas, inclusive, para nós que temos mais idade, para os jovens, eu acho que deveria ter alguma coisa para eles se ocuparem mais [...]. No caso, para as mulheres, coisas de casa para aprender a fazer, qualquer tipo de coisa. Eu gosto de aprender, fazer qualquer coisa, eu só não faço porque não tem como fazer, mas eu gosto. E para os jovens, sei lá, algum tipo de aula de canto, de música, ginástica, futebol, qualquer coisa que mantenha eles ali, seguros ali. Acredito que essas coisas assim seria bom. (F7)

A gente tem um respaldo da equipe bem bom e o que vem de fora que agrega a nós que é o matriciamento, tem a equipe do São Pedro, da Professora X que nos dá um apoio bom, [...] eu acho que se tivesse uma coisa maior para se poder fazer, terapias grupos, programas do governo seria mais interessante, tem poucos. (E3)

Fica evidente que as atividades servem como possibilidade de aumentar a convivência entre as pessoas e fortalecer os laços de afeto e amizade. U1 e F7, por exemplo, destacam que a velhice, condição que pode levar ao isolamento da pessoa, deve fazer parte do cardápio das ações em saúde. Seria uma possibilidade de fortalecer os vínculos entre os moradores, o que vem ao encontro daquilo que compreendemos como uma autêntica oportunidade de promoção de saúde, ou seja, aquilo que não se esgota nos muros dos serviços e transcende-se para a realidade da comunidade.

Também fica marcante a necessidade de desenvolver atividades de prevenção a demandas específicas e urgentes no contexto da saúde mental. U7, E1 e E2 mencionam a necessidade de atividades voltadas para os usuários de álcool e outras drogas, como o crack:

É, a gente tem uma dificuldade aqui [uso de drogas]. Em relação a jovens e adultos jovens. Porque se a gente tivesse, de repente, algum apoio, porque daí é que nem eu falei, se afastam e ficam longe, e depois eles voltam de novo pro mesmo território, onde o vício que eles tinham, está ali [...] (E1)

“...ele busca a família e ele busca os amigos e aí, os amigos também usam drogas e aí acaba entrando de novo. Não tem muitos recursos, é longe do centro da cidade, não é uma localidade que oferece cursos, assim, para os jovens desenvolver... única coisa que tem aqui é o campo de futebol que de vez em quando tem um torneio que aí o pessoal vem de fora também que não é daqui, então assim, eu acho complicado, a volta né, com a cabeça vazia é oficina para o diabo, aí eles acabam caindo de novo” (E2)

Eu acho muito importante para as pessoas. Ali mesmo onde eu morava tem uma menina que usa crack. Isso seria importante mesmo, ter uma terapia em grupo, para os alcoólatras, os viciados. (U7)

O que se depreende nesses depoimentos é a dificuldade de se manter uma rede de serviços e de apoio que possa proporcionar espaços de informação, sensibilização para o problema causado pela droga e a prevenção dos agravos à saúde com o uso abusivo dela. Como os recursos sociais são escassos, em territórios dominados pelo tráfico e pelo consumo dessas substâncias, existiria uma tendência de que o indivíduo recaísse, ficando mais difícil sua recuperação.

Os familiares sugerem que, além de atividades voltadas para as pessoas em geral - idosas, mulheres e jovens –, haja também atividades para seus familiares com diagnóstico de transtorno mental, ou seja, para o usuário:

Uma oficina de alguma coisa [...]. Até se não pudesse ser de manhã, iria de tarde, saber que ele chegaria ali e ficaria uma hora, uma hora e meia, eles iriam recortar, desenhar, estavam ali. Ou mesmo até olhar filme, olhar televisão, coisas assim. (F1)

Eu acho que para desenvolver a mente deles, é muito importante isso aí [oficinas terapêuticas]. Como eu já vejo uma melhora muito grande nele nesse tempo que ele está lá na Geração [oficina de geração de renda]. (F2)

Observamos que a finalidade atribuída a essas atividades diz respeito às pessoas em geral da comunidade em desenvolver habilidades manuais que fossem úteis no dia-a-dia, especialmente para as mulheres (aprender “coisas de casa”); para os jovens, as atividades como canto, música, ginástica e futebol serviriam como forma de os manterem “ocupados” e “seguros”; e para os usuários com transtorno mental, algo que pudesse mantê-los ativos e que pudesse desenvolver suas habilidades cognitivas, muitas vezes prejudicadas pela condição de sofrimento.

Já em relação ao familiar que possui diagnóstico de transtorno mental, essas atividades também visam a proporcionar um espaço de convivência social, onde eles possam encontrar outras pessoas e desenvolver um

relacionamento social mediado por atividades coletivas, tais como trabalhos manuais (desenhar, recortar) e assistir a filmes.

Para a realização dessas atividades é necessária a mobilização da equipe da ESF enquanto potentes agenciadores desses interesses dos familiares. Isto porque, as atividades sugeridas por estes são demandas que são passíveis de serem realizadas, embora nem sempre de fácil articulação entre os possíveis parceiros.

Pode-se considerar que as oficinas terapêuticas são espaços que possibilitam às pessoas que delas participam um lugar de fala, expressão e acolhimento, favorecendo o encontro de sujeitos em sofrimento psíquico e promovendo o exercício da cidadania, a livre expressão e a convivência entre os “diferentes” (LAPPAN-BOTTI, 2004). A realização dessas atividades na comunidade representaria um importante *locus* de cuidado em saúde mental, tendo em vista os interesses das pessoas acerca do cuidado desejado – atenção em saúde mais próxima de sua casa e que o potencial do usuário seja o enfoque da equipe de saúde.

Enquanto que os usuários, parte da equipe e alguns familiares ficaram restritos à necessidade de desenvolvimento de atividades específicas e voltadas para públicos diferenciados, outro familiar trouxe a Associação Comunitária da Pitoresca como uma das possíveis contribuições para a ampliação dessas ações:

Uma oficina de alguma coisa, que ali tinha, acho que na associação, está abandonado ali, podia ter. (F1)

F1 relata que a associação está abandonada e ninguém a usa, perdendo-se um potente recurso de integração da comunidade com a equipe da ESF. Desse modo, levantamos uma preocupação com relação à associação do bairro. A associação poderia servir de espaço para a realização dessas atividades, bem como os seus membros poderiam ser parceiros para a condução delas, mas, como está abandonada, não teria condições de

desempenhá-las como desejado. Posteriormente, retomaremos a discussão sobre a visão dos usuários e das famílias sobre Associação Comunitária.

Demonstrando mais uma vez a desarticulação intersetorial, os familiares revelaram que não são realizadas atividades na comunidade pela equipe da ESF, semelhantes às oficinas terapêuticas:

Eu acho que o que deveria ter aqui é uma atividade para eles aqui perto [...] que eles pudessem ir, como o dia da reunião do grupo [de saúde mental da enfermagem da UFRGS], que eles sabem o dia... (F1)

Só que aqui não têm [oficinas terapêuticas]. A gente sempre tem que buscar alguma coisa fora [...]. Porque ali o posto é daqui da comunidade. A maioria, todo mundo se conhece! (F4)

Nada é feito. Alguma coisa é melhor que nada, sendo que bem direcionada, porque pouco se faz a respeito da saúde mental...Terapia ocupacional seria uma coisa, porque nós nunca sabemos onde vai o potencial da criança e porque nós não somos formados, não temos qualificação para isso [...]. (F6)

Eles parecem reconhecer essas atividades como uma estratégia de trabalho que seria inovadora para aquela realidade. Sob seu entendimento, essa inovação seria resultado da parceria entre os profissionais de ESF e pessoas da comunidade que se disponibilizassem para atuar de maneira ativa na implementação dessas ações:

E se essa pessoa [da equipe da ESF] se dispusesse [...] e toda a comunidade se envolvesse [...]. Se eles [profissionais da ESF] tivessem botado assim incentivo [para as oficinas] e as pessoas se propusessem de verdade a fazer [...] até eu mesmo participaria. (F4)

[...] seria bem melhor. Ia ser uma coisa bem diferente. Até para nós participar. Eu estava comentando que é bem melhor porque às vezes nessas oficinas, nesses trabalhos a gente acaba ajudando muitas pessoas. (F10)

Esses depoimentos representam um maior distanciamento na operacionalização de ações intersetoriais, haja vista que ações coletivas realizadas pela própria equipe não são destacadas pelos familiares. Por outro lado, estes reconhecem que os profissionais de saúde possuem, em alguma medida, qualificação para atuar na área de saúde mental. No entanto, eles

comentam a necessidade de serem realizadas atividades como “terapia ocupacional” (oficinas terapêuticas) realizadas na própria comunidade, isto porque, para acessar este tipo de serviço, os moradores devem procurá-los fora da área de adscrição da ESF.

As ações em saúde, quando vinculadas à atenção básica, podem tornar-se uma excelente estratégia para tecer redes de apoio entre os atores implicados com a integralidade do cuidado, a desinstitucionalização e o incentivo à participação comunitária. Essas redes podem criar não apenas novos caminhos, mas novos laços, contribuindo para a reabilitação psicossocial. Nesse sentido, o usuário com transtorno mental deve ser estimulado a participar das diferentes atividades sociais (cinema, parques, zoológicos, oficinas de geração de renda, etc), e os trabalhadores devem continuar comprometidos com a construção dessas novas oportunidades (COSSETIN, 2010).

Considerar esses espaços sociais no trabalho em saúde mental na ESF remete-nos à noção de um trabalho desenvolvido no e com o território. Isso significa dizer que tanto a região geográfica (e seus recursos institucionais), quanto o espaço formado pelas pessoas que nela habitam (famílias, amigos e vizinhos) podem e devem ser acionados para a construção de uma rede de atenção às pessoas em sofrimento psíquico e suas famílias (BRASIL, 2004b).

Desta maneira, o que se observa nas falas de usuários, equipe e famílias é a invisibilidade desses recursos na comunidade, o que interfere negativamente na organização dessa rede de atenção integral e prejudicando o trabalho intersetorial com a ESF.

Para atender às necessidades dessa população é necessária a diversificação de dispositivos e de interações, em que os usuários e seus familiares possam ampliar seu poder de contratualidade no mundo social, no sentido de qualificar suas relações no cotidiano (CAMATTA; SCHNEIDER, 2009).

É nesse sentido que as oficinas terapêuticas podem transmitir uma atitude de aceitação, encorajando o usuário e as famílias a expressarem a si mesmos abertamente; promover sentimentos de controle pessoal, encorajando a tomada

de decisões independentes; reconhecer os pontos fortes do usuário e incorporar o emprego destes aspectos; discutir temores e encorajar o envolvimento em atividades novas; avaliar o conteúdo da conversa negativa sobre si mesmo; reconhecer os esforços bem-sucedidos no usuário, reforçando positivamente às tentativas feitas (SCHNEIDER et al., 2006).

Desta maneira, mobilizar esses “potenciais” parceiros, sejam institucionais, sejam pessoas, parece ser o caminho para colocar em prática ações que venham ao encontro dos interesses de usuários e familiares. Ou seja, implementar um trabalho em que haja o envolvimento não só de diferentes profissionais, mas de diferentes sujeitos e instituições, caminhando assim para um trabalho genuinamente intersetorial.

Nesse sentido, entendemos que as oficinas ou atividades desempenhadas na comunidade, em parceria com a atenção básica, despontariam como tecnologias de cuidado às pessoas, servindo de auxílio e possibilidade para o enfrentamento dos problemas cotidianos. Em se tratando de saúde mental, o fato de os usuários preocuparem-se com a construção de estratégias específicas, como uso/abuso de álcool ou outras drogas, revela a sua preocupação com problemas emergentes que vêm vivenciando no cotidiano e que geram situações de vulnerabilidade social.

Embora a maioria dos usuários tenha apontado a necessidade de construir estratégias no interior da comunidade e que elas sejam desenvolvidas com a parceria dos profissionais da ESF, um usuário comentou que é preciso investir na procura de outras parcerias fora da ESF. Esses profissionais, na sua visão, já estão atribulados de funções, isto é, ocupados demais com as demandas internas da unidade. Por isso, seria melhor que aqueles usuários interessados nessas atividades procurassem outros recursos disponíveis. O depoimento abaixo destaca essa tendência:

Olha, isso ai não seria com a comunidade da vila, no caso tem na sede, esses negócios, fazer um clube de mãe porque sei lá, eles [profissionais da ESF] já são tão ocupados ali e ainda se envolver em mais coisa, não sei [...] para mim eles já estão atendendo até demais já. Acho que o pessoal já está pedindo até demais [...] porque isso tem esse clube de mãe, essa ‘coisarada’ aí na sede, o pessoal pode se

enturmar na terceira idade, essas coisas, não precisava misturar as coisas. (U4)

A equipe também acredita que, por sua generalidade, ou seja, porque atendem diferentes patologias, esse apoio especializado seja mais eficiente no contexto da atenção básica. Na fala de E1 é possível analisar essa questão:

E até como a gente trabalha com várias patologias, várias situações, a gente trabalha com hipertensos, diabéticos, faz pré-natal, faz pra-nenê, a gente tem, precisa abranger muitas áreas e com essa parceria com uma equipe específica, eu acho que eles se sentem até mais cuidados. E pra gente também é mais importante porque a gente vê que o cuidado continua que tem esse complemento. (E1)

No relato de U4, parece haver uma preocupação com a sobrecarga de trabalho dos profissionais da ESF, que têm se esforçado para atender aos moradores da comunidade. Sendo assim, toda e qualquer atividade que fuja daquela de rotina dos profissionais deveria ser buscada fora dos muros dos serviços.

Essa questão, até o momento, não havia aparecido em nenhuma das entrevistas dos usuários. Por isso, resolvemos inseri-la dentro do círculo, para que os próximos informantes pudessem comentá-la. Como não chegamos a um consenso, o assunto foi levado à negociação, para que os usuários se posicionassem a respeito.

Analisando os depoimentos de U4 e E1, parece-nos que eles têm razão ao abordar a necessidade de evidenciar novas parcerias para o fortalecimento de laços de afeto, amizade e convivência. Isso seria ir ao encontro da formação de novas redes de apoio, o que é compatível com a perspectiva de ampliação dos cenários onde se pode promover saúde e qualidade de vida às pessoas.

No entanto, principalmente na fala do usuário, fica uma sensação de que eles estariam sobrecarregados de funções, específicas do campo da saúde, como marcação e realização de consultas, distribuição de fichas, dispensação de medicamentos, etc. Com isso, o tempo para desenvolver outras atividades (dentro e/ou fora do serviço) ficaria restrito. Destacamos que o usuário acredita naquilo que enxerga, ou seja, se o foco das ações dos serviços são as

atividades pontuais ou, até mesmo, programáticas, ele pode entender que essa é a melhor forma de gerir as ações no serviço. Diante disso, entendemos que a crítica do usuário não está diretamente relacionada à sobrecarga da equipe, mas ao modo como ela se organiza e organiza suas práticas na unidade de saúde. Não seria uma questão de oferta ou não de (mais) ações, mas de modelo em si. Nesse caso, o depoimento de E1 corrobora essa afirmação.

No conjunto, esse entendimento poderia constituir-se numa ideia de algo “popular”, relacionado a “baixo” ou “ignorante”. Mas no conjunto das práticas do serviço, revela a adoção de instrumentos tecnológicos do processo de trabalho, em torno de uma “cultura de carência”. Essa cultura de carência seria o elemento que organizaria o serviço e as práticas, gerindo o trabalho e reproduzindo um modelo pautado no sinal e no sintoma. Destaca-se o tradicional no lugar de outros elementos que possam constituir outras práticas e saberes. Em outras palavras, não sealaria mais em cuidado ao doente, mas na doença, pois o sinal e o sintoma são dela, e não dele. É isso que orienta o processo de trabalho no serviço e impõe novo significado social sobre o cuidado na saúde (GONÇALVES, 1994).

Vale lembrar que o cuidado à saúde de alguém é muito mais do que construir um objeto e um simples olhar de intervenção. Para que se cuide, é preciso considerar a construção de projetos de vida, que possam articular as exigências da matéria e do espírito, assim como suas necessidades. Não é possível cuidar se ainda nos resumimos às atividades parcelares em saúde. Precisamos avaliar as dimensões do intersubjetivo, do controle técnico, dos movimentos de luta por melhores condições e de alternativas para promover o cuidado. É opor-se à verdade dominante e permitir-se experimentar outras formas de assistir e cuidar das pessoas (AYRES, 2001).

Entendemos que uma ação ou modo de organizar essa ação focada numa característica tradicional, já parcelada de ver a vida, gera um obstáculo entre a equipe e a comunidade. Isso pode diminuir o potencial de agregar esforços na busca de um projeto de qualidade de vida para todos. De nada adianta pensar que é possível transformar as práticas se continuamos

reproduzindo o velho modo de organizá-las. É preciso reinventar, buscar parceiros, pensar diferente. É assim que podemos mostrar à comunidade que ela também pode reinventar, buscar novos parceiros e pensar diferente.

#### *4.4.2. A parceria entre a ESF e demais setores da sociedade (educação, cultura, meio ambiente, segurança, entre outros)*

A incorporação da intersetorialidade nas políticas públicas trouxe articulação de distintos saberes técnicos, que proporcionaram ganhos à população. Ao mesmo tempo, é preciso entender que as políticas setoriais (como a saúde) não solucionam tudo e necessitam se comunicar para evidenciar aquilo que podem ou não oferecer. Deve ser entendida, portanto, como uma estratégia racional de gestão, em vias de um projeto global, que possa superar a fragmentação dos serviços, sobretudo se ainda consideramos a cultura clientelista e localista da administração pública (NASCIMENTO, 2010).

A ideia norteadora é a de que o impacto social, com a efetiva melhoria da qualidade de vida, envolva metas e ações convergentes entre diversos setores e culturas institucionais distintas da administração pública, organizações da sociedade civil, bem como a mobilização, participação e corresponsabilização de todos com os resultados alcançados. Implicam a superação de ações de caráter assistencialista, pontuais e fragmentadas, presentes na cultura política brasileira, particularmente as intervenções voltadas para as populações mais vulneráveis (BODSTEIN; ZANCAN, 2001).

A intersetorialidade, compreendida como uma das estratégias para a promoção da saúde, tem como premissas: a inversão da lógica de organizações públicas, ainda fragmentada, a valorização de saberes e práticas que formulem novas estratégias políticas e o incremento da participação e organização social, em diversos segmentos da sociedade, numa ideia de que só é possível construir um projeto de saúde se houver redes tecidas e sustentadas (ZANCAN, 2003).

No contexto da saúde mental, diante da mudança do modelo de atenção psiquiátrica, preconiza-se o retorno do usuário para o meio em que vive, ou seja,

para o território<sup>11</sup>. Um território que é dinâmico, onde a vida cria e se recria, onde as marcas sociais resultam de formas peculiares de relação social. O cuidado nesse território pressupõe estar atento às singularidades humanas, mas entender que é preciso acionar e ativar outros recursos e processos para atender essas singularidades (YASUI, 2010).

Nesse sentido, a construção de projetos de inclusão, que envolva a incorporação de parcerias com os recursos da administração pública e da sociedade local, pode ajudar na ressignificação da loucura no imaginário social e cultural. Só que esse projeto não deve cair numa utopia asséptica de que o sofrimento seja um evento natural e limitante do potencial do outro. É um desafio ético-estético de articular serviços, formar redes, unir pessoas e desejos, num permanente confronto com “os desconhecidos” – o outro, que sofre e que reage ao seu sofrimento, de múltiplas maneiras, e nós, que enxergamos o outro e suas reações também de múltiplas maneiras (LANCETTI, 2001).

Na comunidade da Pitoresca, há uma importante articulação entre os diferentes equipamentos sociais do território. Destacam-se a associação de usuários e a parceria com a UFRGS, por meio de estágios na área da saúde mental, oferecidos aos acadêmicos de enfermagem da Escola de Enfermagem.

Os usuários e as famílias destacam que há interesse no fortalecimento das parcerias intersetoriais. No entanto, isso vem sendo gradativamente absorvido pela falta de estímulo à participação, principalmente em relação à associação dos usuários:

“Se pede, se tenta junto com a associação aqui da região, mais o colégio, o pessoal tá disposto a ajudar. O pessoal do posto, eles sempre são muito ativos em relação até que eu acho que foge um pouco essa coisa saúde médica, porque a saúde não é só saúde

---

<sup>11</sup> Utilizaremos aqui a noção de território descrita por Goldim et al (2008). Os autores afirmam que um território é, sim, um espaço geográfico, porém um espaço de trocas e singularizado por natureza. Possui seus limites temporais, políticos, administrativos e culturais, muitas vezes imprecisos, mas relativamente homogêneos, com certa identidade social, construída pela história. Um território contempla uma característica espacial ou demográfica específica, mas, mais do que isso, é um espaço portador de poder – nele se exercita e se constrói toda a rede de atuações do Estado, dos serviços e dos cidadãos que pertencem a ele. Reconhecer que é no território onde se reproduzem as disputas hegemônicas é o primeiro passo para a construção de projetos em parceria com a realidade existencial das pessoas.

médico. A saúde também é o dia-a-dia, ensinar a gente a viver bem, esquema de limpeza, o meio ambiente, a água, cuidado com higiene um monte de coisa..." (U5)

A nossa associação ta caindo [...] Às vezes se pede o CTG, mas pra pedir tem todo um processo também e aquela coisa toda, então não tem espaço físico, pra fazer qualquer tipo de atividade, então, aí não tem milagre [...] (U5)

Tem a associação que fica sempre jogada às moscas, ninguém usa. (F4)

A associação de moradores foi fundada em 1972 e o Conselho Local de Saúde foi criado junto com a ESF-Pitoresca, em 2004 (MIELKE, 2009; COSSETIN, 2010). Durante o período de coleta de dados, contava com a participação de cinco conselheiros, todos dos segmentos dos usuários.

Destacamos aqui a importância da associação no estímulo à participação da população nas decisões e na construção de uma nova agenda para a saúde. Entretanto, isso só é possível quando há forte mobilização da comunidade. A associação dos usuários, como demonstram U5 e F4, parece estar esvaziando-se, o que coloca em risco a consolidação de projetos que invistam na qualidade de vida das pessoas do território.

A participação popular é um dos instrumentos que ajuda a fortalecer a abordagem intersetorial da saúde. Com ela, os profissionais dos serviços também descobrem, na comunidade, alguns aliados na defesa das melhores condições de trabalho e na garantia de processos transformadores, especialmente em localidades que sofrem com as instabilidades geradas pela transição política (FEUERWERKER; SENA, 2009).

Dessa forma, os projetos que recebem contribuições da comunidade local tendem a ser mais efetivos e a gerar resultados positivos para a população. Destacam-se, nesse bojo, as frequentes propostas de constituição de conselhos gestores locais, que lutam para manter aceso o controle social na saúde. No entanto, essas iniciativas ainda sofrem limitações importantes, como certo grau de institucionalização e dúvidas quanto ao seu real poder de interferência nas decisões locais (FEUERWERKER; SENA, 2009).

O controle social na ESF constitui-se num dispositivo para a inclusão dos usuários em sofrimento psíquico, principalmente porque qualifica as ações em saúde mental no contexto da atenção básica e potencializa os espaços de cidadania. Nesse sentido, entendemos que se constitui num compromisso político com a comunidade o envolvimento ativo dos profissionais da ESF, na tentativa de evitar o esvaziamento das reuniões e de fortalecer o controle social da saúde no território.

Vale ressaltar que talvez uma das maiores contribuições para a avaliação das ações de saúde mental na ESF seja a parceria estabelecida entre a UFRGS e o serviço de saúde.

Na graduação em enfermagem da Escola de Enfermagem da UFRGS, os alunos passam por três disciplinas da área da saúde mental. São elas: Enfermagem em Saúde Mental I, Enfermagem em Saúde Mental II e Enfermagem em Saúde Mental III.

A disciplina de Enfermagem em Saúde Mental II é oferecida no 5º semestre do curso, e pretende contribuir para que usuários, famílias e comunidade tenham qualidade de vida, ampliando os conceitos de saúde e educação ao considerar as diferentes dimensões que a envolvem (sociais, econômicas, políticas e culturais).

Ressalta-se, na disciplina, a importância de o aluno vivenciar as mudanças nas políticas públicas de atenção à saúde mental. Neste contexto, o aluno experiencia o cuidado em saúde mental a partir dos conceitos de escuta sensível, acolhimento, vínculo, integralidade, responsabilização, território e trabalho em equipe. Espera-se que o aluno possa olhar para o sujeito pleno de subjetividade, preocupando-se com o seu cotidiano, e não apenas com a parcela pontual dos encargos da doença. Com isso, estende-se o olhar também para a família desse indivíduo e toda a rede de relações que o envolvem.

A disciplina não desenvolve mais atividades práticas no manicômio, uma vez que não o considera como um dispositivo que possa promover integração, inclusão e autonomia às pessoas com transtorno mental. Nele, desloca-se o olhar do sujeito para a doença e tão somente para ela, privando-lhe a

autonomia, a cidadania e o direito de ir-e-vir. Optou-se, então, por estimular o contato do aluno com a rede extra-hospitalar, como Estratégias Saúde da Família, CAPS e unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais. A ESF-Pitoresca faz parte de um desses campos de estágio.

Os usuários e a equipe comentam a importância das atividades de visita domiciliar prestadas pelos alunos em prática de campo, em parceria com a ESF:

Quando vem à professora X com os alunos do estágio também, foi uma época que levantou a minha autoestima, que eu tava péssimo, péssimo [...], eu tava me afundando na bebida [...] elas, que é tudo umas guria [...] me levantaram [...] me deram força, me deram moral [...] (U3)

... eu tive com a morte do meu marido, eu tive problemas sérios de ansiedade entende? Me encaminharam, me trouxeram, veio uma equipe da UFRGS, também pra cá pra gente conversar... interagi com eles, como também eles interagem comigo, muita coisa sabe? (U5)

Acho muito interessante, é um apoio, acho mútuo. É uma coisa assim que nos desonera um pouco do tempo, que às vezes a gente não tem para fazer algumas visitas e discutir alguns casos [...] até para os médicos tão dando esse apoio, além de ser a formação delas, das meninas, quando vêm aqui, é interessante porque sempre tem alguma coisa nova. Elas captam, observam no paciente a evolução do caso [...] Então todo esse apoio da Escola de Enfermagem é importante, porque às vezes eles trazem algum fato novo [...] pelo tempo que estou aqui, só trouxe benefícios. (E3)

U3 é um usuário que sofreu muito com a perda de sua mulher, há dois anos. Vivenciou calado seu sofrimento por algum tempo, e desenvolveu um quadro depressivo grave, associado ao hábito regular de beber. Circulava pouco pela região, ficando muito tempo dentro de casa. Com as visitas domiciliares, U3 foi encontrando espaço para desabafar, conversar sobre seus problemas e sobre as suas expectativas com o futuro, melhorando, dessa forma, sua autoestima.

U5, que também vivenciou o falecimento de seu companheiro, desenvolveu um transtorno de ansiedade. Durante as visitas dos alunos e dos trabalhadores da ESF, como ela mesma relatou, a ansiedade diminuía, pois eram pessoas disponíveis para conversar, interagir e aliviar os encargos do sofrimento mental.

Já E3 acredita que a vinculação das visitas domiciliares oferecidas pela Escola de Enfermagem no cotidiano do processo de trabalho da ESF ajuda a conhecer melhor o território, mapeando casos e trazendo informações muitas vezes novas para a equipe discutir e intervir, quando for o caso.

Percebemos nos depoimentos a importância da visita domiciliar como espaços de trocas e respeito ao sofrimento do outro. Ela permite o fortalecimento dos diálogos, o acolhimento dos problemas e também facilita a aproximação do serviço à realidade do usuário.

A parceria entre a UFRGS e a ESF também está retratada nas falas de familiares e equipe. Segundo eles, essa parceria é importante para o familiar com diagnóstico de transtorno mental, pois ele participa no Grupo Evolução, organizado pela Escola de Enfermagem e promovido pelos alunos e pela professora supervisora do estágio:

Eu acho que eles convivem uns com os outros, com vocês [alunos da enfermagem da UFRGS], são outras pessoas ali [...] vocês, principalmente, que vem, 'oh a X [professora da enfermagem da UFRGS] vem?' É uma preocupação para eles, saber que tal dia, porque eles sabem o dia certinho [do grupo de saúde mental]. (F1)

O grupo que é da saúde mental, que é o Evolução. Eu já participei [...]. Eles conversam e adoram. E é muito importante, porque não é só ele [usuário], é também o cuidador [...]. E aí também é bom, assim, para os estudantes que tão chegando, que conhecem também. (E10)

Então esse grupo é bem legal porque eles conseguem um resultado bem bom, bem interessantes, eles querem saber quando que vai ter o próximo, eles não querem que parem, querem que continuem. (E3)

Pode-se observar que, se por um lado as visitas domiciliares têm proporcionado o encontro de sujeitos com a realidade do sofrimento do usuário, em que o respeito e a convivência com as diferenças têm sido seu maior enfoque, por outro, cabe ressaltar que o Grupo Evolução serve de oportunidade de convivência e sociabilidade, além de ser um espaço de formação profissional para os alunos da graduação em enfermagem, nos moldes da reforma psiquiátrica.

Tradicionalmente, o *locus* dos estágios tem sido o hospital, que é sede de atenção especializada e com métodos terapêuticos centrados na alta tecnologia. Com isso, o aluno pode ser induzido a uma especialização precoce de sua carreira e a ter uma visão distorcida da própria rede de serviços de saúde em si, centrada no hospital (MACÊDO et al., 2005).

A inserção de estudantes nas redes cujas profissões não estão estabelecidas nos serviços de saúde pode ampliar a possibilidade do cuidado nos serviços e reorganizar os mesmos. Em outras palavras, a presença da universidade pode mobilizar a criação de novos espaços de intervenção nos serviços, como a proposição de grupos, a criação de materiais educativos, a participação em instâncias gestoras locais, entre outros (PONTES; SILVA JÚNIOR; PINHEIRO, 2005).

Desse modo, as experiências de formação profissional têm mostrado que ao modificar o lugar de formação, ou seja, não mais predominantemente em torno do leito, mas no espaço do território, ajuda aos alunos a desenvolverem competências mais abrangentes ou generalistas e pertinentes à realidade social dos usuários (BUTTI, 2008).

Compreendemos que a parceria estabelecida entre a ESF e a universidade permite o crescimento e desenvolvimento mútuo de suas prerrogativas básicas, ou seja, enquanto a primeira tem por objetivo principal a operacionalização do cuidado em saúde (ações de prevenção de doenças, de recuperação e de promoção da saúde aos indivíduos, famílias e comunidade), a segunda busca, dentre outros aspectos, realizar a formação de profissionais e de pesquisadores que atendam a essas necessidades.

Isso quer dizer que os espaços de aprendizagem devem ser lugares de construção de conhecimento, de vivências e desenvolvimento de atitudes que produzam criticamente formas de atuar em saúde e de se relacionar com os usuários. Isso quer dizer que os cursos devem incorporar estágios em setores diversos, para além da área da saúde, oportunizando aos estudantes exercitarem a negociação com outras instâncias e conhecer outros espaços, como ONGs, escolas, conselhos de saúde, praças públicas, organizações

comunitárias, outras secretarias municipais, etc. Esse incentivo pode gerar compromisso social e ajudar no fortalecimento das premissas do SUS (MACÊDO et al., 2005).

Na realidade social estudada, percebemos que a universidade tem contribuído nessa formação, pois essa articulação intersetorial com a ESF vem possibilitando aos alunos exercitarem reflexões e ações mais amplas sobre essa mesma realidade. Assim, embora a universidade ainda precise sair mais “de seus muros”, algumas estratégias, como essas, têm possibilitado romper com o modelo tradicional de estágios na área de saúde mental, ainda focados nas instituições hospitalares.

Com isto pretende-se provocar na universidade a sua desinstitucionalização (BUTTI, 2008), ou seja, frente às conquistas no campo político, da organização de serviços e de práticas em saúde, repensar o seu compromisso e seu papel transformador da sociedade. Em relação à formação em saúde mental, as universidades devem estar atentas para responder aos interesses dos usuários e das famílias, defendidos tanto nas conferências nacionais de saúde mental, como pelos movimentos de reforma sanitária e psiquiátrica.

No que se refere aos serviços, vale lembrar que a proposta de territorialização, que rompeu com o paradigma médico e hospitalocêntrico, trouxe à tona a importância de discutir e enfrentar os problemas regionais da população. No caso da saúde mental, esses problemas estão muitas vezes relacionados a demandas individuais ou coletivas, tensionando as equipes de saúde a fazer diferente sempre. É dizer que esse “fazer diferente” não é apenas ver o serviço de saúde como um “lugar que trata”, que está na comunidade, mas que deve prover os cuidados básicos (medicação, orientações sobre lazer, alimentação, etc). É ver o serviço como um “lugar que cuida”, que está comprometido com o outro, que conhece a sua realidade e que compreende suas limitações (BELMONTE, 2006).

Um “novo serviço”, acessível, comprometido, preocupado. Um serviço sensível às questões mais íntimas que, muitas vezes, atrapalham o cotidiano de

vida dos moradores do território. Um serviço formador de opiniões, que capitaliza esforços coletivos em torno de um projeto único e que se preocupa com a negociação, com a contratualidade e com o respeito mútuo. Um processo de trabalho que valoriza a experiência de vida e as trocas é aquele que modifica a maneira de pensar e agir das equipes, centrando-se, cada vez mais, nas demandas dos usuários (PINHO; KANTORSKI; BAÑON-HERNÁNDEZ, 2009).

É dizer que os serviços de saúde devem oferecer espaços que compartilhem e acolham o outro. É preciso estar atento aos problemas trazidos pelas pessoas, pois nenhum indivíduo procura um serviço de saúde se não estiver com alguma necessidade. O serviço precisa ser indutor de novas capacidades e articulador com outros dispositivos previstos no território, pois assim é possível construir projetos de vida que incluam, desenvolvam a autonomia, respeitem o outro, proporcionem a liberdade e o exercício de sua condição cidadã (MERHY, 2006; BELMONTE, 2006).

Diante disso, entendemos que a parceria estabelecida entre a ESF e a UFRGS possibilita repensar o cuidado a indivíduos com transtornos mentais na comunidade, sendo uma autêntica possibilidade de estabelecer trocas e reciprocidade, compatíveis com a postura intersetorial de ver a saúde no cotidiano. No relato de E13, isso se materializa na visita domiciliar, no Grupo Evolução e no matriciamento. No depoimento de F8, somente isso não seria suficiente, pois há outros setores que devem ser envolvidos:

Eu acho que no conjunto da obra o matriciamento, a equipe da enfermagem da UFRGS e o grupo Evolução são recursos que, com certeza, contribuem. No sentido de poder aparelhar o profissional, de saber que tu tem mais com quem contar. Não porque é de fora que qualificou, mas eu acho que é porque tu tem essa possibilidade de dialogar com outras frentes. (E13)

Eu acho que o conhecimento geral, porque saúde pública, como eu digo, é um todo. Eu vejo muito que nós estamos [...] soltos no ar e não é isso. Eu acho que tem que fazer um trabalho todo de educação e tem que envolver não só o posto. Teria que fazer um trabalho integrado com todos os órgãos da prefeitura, fazer um trabalho de meio ambiente e de educação como um todo. Falta, a comunidade carece, ela responde, ela dá resposta, porque quando eu vim para cá eu fiz um trabalho assim de meio ambiente e tive respostas, muita resistência, mas, ao mesmo tempo, muito gratificante. Eu fiz, me gratifica pelo resto

da vida. Como se diz, fiz a minha parte, eu acho que o posto pode fazer, mas tem que trabalhar integrado. Eu sou da opinião que tudo tem que ser integrado, nada sozinho. Uma andorinha só faz verão, mas não muito. (F8)

Segundo F8, é marcante na fala a necessidade de empenho para construir um trabalho em saúde, articulando outros setores da sociedade civil e também os serviços da administração pública com a ESF Pitoresca, integrando assim esses setores em prol da melhoria das condições de vida e situações vividas enfrentadas pelas pessoas desta comunidade.

Embora o familiar reconheça que há dificuldades para articular e desenvolver esses trabalhos intersetoriais, ele ressalta que, além de ser gratificante, esse tipo de trabalho mostra resultados concretos na vida das pessoas. Assim, fica o desafio aos profissionais da ESF e gestores de que “Uma andorinha só faz verão, mas não muito”. Ou seja, a iniciativa, mesmo que tímida e isolada, são importantes, entretanto, precisam de apoio (pessoal e/ou institucional) para se sustentarem ao longo do tempo.

Em saúde mental, essas estratégias fora dos muros dos serviços também possuem o papel de ressignificar a assistência psiquiátrica tradicional, focada no isolamento e na reclusão. Um trabalho que parece totalmente compatível com a proposta de desconstruir saberes cristalizados sobre a loucura como doença, já que são dispositivos que acompanham o usuário e prestam suporte à sua família, na tentativa de reaproximar sujeitos para construir novos projetos de vida (WETZEL, 2005; PIETROLUONGO; RESENDE, 2007; PINHO, 2009).

Os depoimentos dos usuários, da equipe e dos familiares também permitem avaliar o potencial do serviço de estimular esses espaços de inclusão. Ao valorizarem a presença do aluno e também a necessidade de parceria com os serviços públicos, indiretamente estão avaliando o trabalho em saúde desenvolvido pela ESF e o próprio serviço. A flexibilidade e o interesse deles em conhecer melhor os indivíduos e suas famílias reafirmam o potencial cuidador e o *modus operandi* da equipe, usuário-centrada.

Finalmente, a parceria entre a UFRGS, os demais setores públicos e a ESF, mesmo com suas dificuldades, traz uma nova dimensão às práticas em

saúde. Valoriza dois setores específicos da sociedade (saúde e educação) que ainda se distanciam muito e dialogam pouco. Trata-se de uma nova maneira de mostrar que a saúde depende dos esforços desses diálogos, para romper com posturas cristalizadas e fragmentárias que ainda insistem em rondar os serviços de saúde.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo avaliar as ações de saúde mental desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família. Para isso, foi realizado um processo avaliativo participativo junto a uma Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre.

Assim, pretendemos contribuir na operacionalização da rede de cuidados em saúde mental, consolidando a parceria com a ESF e desenvolvendo ações no espaço territorial, sensibilizando e desmistificando a atenção na área como unicamente especializada.

O estudo de avaliação qualitativa foi realizado por meio da avaliação de quarta geração, construtivista e responsiva, a partir dos seguintes grupos de interesse: usuários, familiares e equipe da Estratégia Saúde da Família Pitoresca.

Os resultados foram organizados em duas grandes categorias, que denominamos marcadores internos e externos. Os marcadores internos foram ambiência e características do processo de trabalho. Os marcadores externos foram gestão e articulação em rede e intersetorialidade.

Em relação à ambiência, foram levantadas as seguintes temáticas: estrutura física da ESF e disponibilidade de medicação psiquiátrica. Sobre a primeira temática, foi avaliado que o espaço físico da ESF Pitoresca é pequeno, interferindo na confortabilidade dos usuários e da equipe, uma vez que a arquitetura não apresenta espaços multifuncionais. As reuniões de equipe são realizadas na sala de espera; a cozinha é local de refeições, integração, trabalho e orientação de alunos. A estrutura não permite um conforto para o trabalho, mas, por outro lado, contraditoriamente, possibilita proximidade entre os profissionais.

A outra temática discutida foi a disponibilidade de medicação psiquiátrica. A equipe da ESF facilita a distribuição de medicamentos e quando não tem

medicação disponível na Unidade, a equipe ajuda os usuários, informando os endereços de fornecimento.

O segundo marcador interno analisado foi às características do processo de trabalho na ESF. Dentro dele, discutiram-se as seguintes temáticas: O perfil do profissional da ESF; Trabalho coletivo: espaços de trocas e compartilhamento; ACS como protagonista do atendimento em saúde mental na ESF; Interesse da equipe pela saúde mental; Acompanhamento do usuário em saúde mental na ESF; Necessidade de capacitação em saúde mental; Práticas que tensionam o modelo psiquiátrico e; Aspectos que determinam a demanda.

Relacionado ao perfil dos profissionais da ESF os grupos de interesse avaliaram que o atendimento oferecido na ESF Pitoresca é de boa qualidade, sendo caracterizado por práticas que utilizam mais frequentemente tecnologias leves: diálogo, escuta, acolhimento, vínculo e disponibilidade do profissional. Observa-se que uma das características do trabalho na ESF é disponibilidade da equipe para a realização do seu trabalho, pois avaliam que os profissionais apóiam, orientam, fazem visitas e dispensam a medicação.

Com relação à temática trabalho coletivo: espaços de trocas e compartilhamento, foi identificado que a equipe possui características de trabalho coletivo, o que possibilita a construção de um espaço de trocas entre os profissionais. Isso permite o compartilhamento das situações de saúde, favorecendo a integralidade e a interdisciplinaridade do trabalho.

O tema ACS como protagonista do atendimento em saúde mental na ESF Pitoresca destaca a importância desse profissional no cuidado junto ao território. É alguém que vive nesse território e que, por isso, partilha as mesmas vivências dos usuários e das famílias, o que facilita a produção de vínculos. Sua prática se fortalece pela proximidade, pela oferta do diálogo e apoio as pessoas de sua área. Esse conhecimento do outro e do território o identifica como um parceiro, sendo o ACS aquele profissional que conhece, acompanha e discute as necessidades de saúde da sua área.

Na temática interesse da equipe da ESF Pitoresca pela saúde mental destacamos esse aspecto facilitador das intervenções, promovendo a

construção de processos de trabalho que compartilhem a responsabilização pelos casos de saúde mental

Com relação ao acompanhamento do usuário em saúde mental na ESF Pitoresca entendemos que a construção de um novo modo de cuidar em saúde mental depende da contribuição de todos os envolvidos: profissionais de saúde, usuários da saúde mental, familiares, comunidade em geral, gestores e prestadores de serviços. Essa construção vem ocorrendo de maneira gradual, afirmando a possibilidade do cuidado em saúde mental no território bem como a importância da participação e co-responsabilização de todos.

A temática necessidade de capacitação em saúde mental aponta que os profissionais demonstraram interesse em aprender mais sobre como realizar esse cuidado no espaço da ESF e do território. Tal fato nos direciona para a educação permanente como um dos dispositivos que permite a reflexão das práticas assistenciais. Foi avaliada a necessidade de capacitação para o cuidado em saúde mental, criticando cursos rápidos focados na doença, havendo necessidade de conhecimento sobre o modelo de atenção psicossocial.

Com relação às práticas que tencionam o modelo psiquiátrico, é possível avaliar que a equipe da ESF Pitoresca vem se preocupando com o cuidado em saúde mental no território, buscando qualificar-se para realizar os atendimentos. Avaliam que houve uma mudança no olhar clínico, ampliando a prática clínica e proporcionando uma escuta qualificada, indo além dos sintomas referidos pelos usuários no momento do atendimento, propiciando um cuidado em saúde mental dentro dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

Na temática aspectos que determinam a demanda o acolhimento dos usuários, ofertando escuta são características da organização do trabalho da ESF que faz com que os usuários procurem o serviço.

No que se refere a um dos marcadores externos, gestão e articulação em rede, convergiram questões como a rede de atenção em saúde mental a partir da ESF, na qual emergiram questões relacionadas às (des) conexões da ESF Pitoresca com outros pontos de atenção de saúde mental do município de Porto Alegre. Nesse ítem, foram discutidas as questões mais gerais do atendimento

em saúde mental, sendo destacadas duas situações que apontadas como críticas: o atendimento a usuários de drogas e o atendimento às crises.

O matriciamento enquanto dispositivo para o cuidado em saúde mental na ESF foi outro recorte temático apresentado nesse marcador e que permitiu uma avaliação do matriciamento como proposta de articulação e parceria da equipe da ESF com as equipes de saúde mental.

Aspectos relacionados à temática do sistema de informações em saúde também surgiram no decorrer da avaliação, contemplados nesse marcador, na medida em que as suas lacunas e deficiências estão relacionadas com importantes limitações no planejamento e avaliação das ações de saúde mental.

Na dimensão trabalho e emprego em saúde foram discutidas questões relacionadas à gestão do principal recurso no trabalho em saúde – os trabalhadores, e suas implicações na consolidação (ou não) do projeto de saúde desse país.

Dentro do outro marcador externo, intersectorialidade, os grupos de interesse levantaram duas temáticas principais para discussão, sendo elas: a necessidade de desenvolver oficinas e/ou atividades na comunidade e a parceria estabelecida entre a ESF e os demais setores da sociedade, como educação, cultura, meio ambiente, segurança, entre outros.

No que se refere à necessidade de desenvolver atividades/oficinas na comunidade, destacamos que a ESF precisa estar atenta às diferentes demandas das pessoas, uma vez que a ela compete o cuidado no espaço de circulação e residência delas, tendo em vista as premissas da promoção da saúde. Nesse sentido, faltariam atividades específicas para públicos diferenciados, como idosos, adolescentes e gestantes, como atividades de canto, música, ginástica, trabalhos manuais, entre outras. Esse tipo de solicitação parece evidenciar a deficiência de equipamentos sociais e da formação do cuidado em rede no território.

A segunda temática dentro do marcador intersectorialidade tratou da construção de projetos de inclusão, em parceria com os setores da administração pública, como educação, cultura, meio ambiente, segurança e

outros. Usuários, familiares e equipe discutiram que a comunidade da Pitoresca possui um importante recurso de articulação dessas demandas, como a Associação dos Usuários e a parceria existente entre a UFRGS e a ESF.

A associação dos usuários é levantada como sendo um dos veículos que canaliza a participação da população na tomada de decisões em saúde. No entanto, parece que está esvaziada, fazendo com que os usuários e os familiares, em especial, entrem em um circuito de busca de alternativas que nem sempre são exitosos. Incentivar e fortalecer a associação dos usuários, a partir da ESF, pode ser um dos caminhos para a consolidação de projetos inclusivos e voltados para a promoção do cuidado às pessoas no território.

Apesar das dificuldades, talvez uma das maiores contribuições da ESF-Pitoresca com a comunidade seja a parceria estabelecida entre a UFRGS e a ESF, por meio dos estágios práticos na área da saúde mental, desenvolvidos pela Escola de Enfermagem. Como um dos campos de estágio, a Pitoresca oferece oportunidade para alunos e professores conviverem com as demandas complexas de saúde mental do território, discutindo casos em conjunto e planejando o cuidado com base nessas demandas.

Com o acompanhamento sistemático a famílias e usuários através de visitas domiciliares, além da participação no Grupo Evolução, os alunos são provocados a reposicionar o papel da saúde mental no contexto da comunidade, a começar pela atenção básica. Incentivando-os a pensar sobre a importância da criação de espaços de sociabilidade e convivência, além da formação de vínculos como proposta inclusiva e inovadora, a Escola de Enfermagem da UFRGS proporciona um salto qualitativo na formação profissional, conforme os pressupostos da reforma psiquiátrica e da atenção psicossocial. Também permite problematizar o papel da universidade e sua responsabilidade social, na construção de uma agenda em saúde que seja mais atrelada às necessidades do território e orientada pelas premissas do SUS.

Com relação ao impacto dos resultados do estudo de avaliação das ações de saúde mental desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família consideramos que este estudo contribuiu para compreender melhor o objeto avaliado e a

construção dos sujeitos. Também propiciou a identificação das estratégias utilizadas para implementar ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família, favorecendo a expansão e a consolidação da atenção em saúde mental na Saúde da Família. Além disso, os resultados trouxeram uma importante contribuição para o meio acadêmico, principalmente no ensino de graduação e de pós-graduação.

Entendemos que esses resultados poderão facilitar o 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.

Nesse sentido, a presente pesquisa considerou o cenário estudado como um espaço prioritário, necessário e atual para investigações que preconizam mudanças e criatividade na atenção em saúde mental no espaço do território.

A aprovação do presente projeto contribuiu para o fortalecimento do Grupo de Estudo e Pesquisa em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental (cadastrado no CNPq desde 2005), envolvendo 26 pessoas na realização das diferentes etapas da pesquisa, possibilitando a participação de alunos de iniciação científica, mestrandos e doutorandos, gerando significativa produção científica na área.

## REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A. L.; LAGRANGE, V. A visita domiciliar como uma estratégia da assistência no domicílio. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D'A. (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 151-172.

AMARANTE, P. O enfoque estratégico do planejamento em saúde e saúde mental. In: \_\_\_\_\_. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. 2ª reimpressão. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994. p. 113-148.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G.W.S. *et al.* (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 1ª reimpressão. Rio de Janeiro: Hucitec; 2009. p. 783-836.

ARAÚJO, D.; PEIXINHO, A. L. Avaliação qualitativa em medicina: experiência em propedêutica médica na UFBA, 2003. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p.20-30, 2006.

AYRES, J.R. O jovem que buscamos e o encontro que queremos ser. A vulnerabilidade como eixo de avaliação de Ações Preventivas entre crianças e adolescentes. In: TOZZI, D. *et al.* **Papel da educação na ação preventiva ao abuso de drogas e às DST/AIDS**. São Paulo: Fundação para o Desenvolvimento da Educação, 1996. p. 15-24.

BARROS, M. M. M.; CHAGAS, M. I. O.; DIAS, M. S. A. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 222-232, fev. 2009.

BODSTEIN, R.; ZANCAN, L. Avaliação das ações de promoção da saúde em contexto de pobreza e vulnerabilidade social. In: ZANCAN, L.; BODSTEIN, R.; MARCONDES, W. B. (Org.). **Promoção da saúde como caminho para o Desenvolvimento Local**: a experiência de Manguinhos. Rio de Janeiro, ABRASCO. 2002. p. 39-59.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. **Resolução nº 196**, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1997. 20p.

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

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003. 248 p.

\_\_\_\_\_. Governo do Estado do Rio Grande do Sul. **Guia de saúde mental**. Porto Alegre, 2001. 146p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 480p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/ AIDS. **Manual de Redução de Danos: saúde e cidadania**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 114p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7179**, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas, cria o seu Comitê Gestor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/823082/decreto-7179-10>>. Acesso em: 31 out. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei nº 8080**, 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, 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Mental. **Atenção básica**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=925](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=925)>. Acesso em: 03 out. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil**. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. 2005. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Relatorio15%20anos%20Caracas.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde. 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SUS/CN-DST/AIDS. **A política do Ministério da Saúde para Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. 60p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Políticas de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e 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. 2004. 68p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília; 2001.

\_\_\_\_\_. **Relatório da Oficina de Trabalho para “Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica”**. 2001.

BRONDANI JUNIOR, D. A.; HECK, R. M.; CEOLIN, T.; VIEGAS, C. R. S. Atividades gerenciais do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. **R. Enferm. UFSM**, v. 1, n. 1, p. 41-50, jan./abr. 2011.

BUTTI, G. Formação e desinstitucionalização em saúde mental. In: AMARANTE, P.; CRUZ, L. B. (Org.). **Saúde mental, formação e crítica**. Rio de Janeiro: LAPS; 2008. p. 51-63.

CABRAL, B.; LUCENA, M.; OLIVEIRA, M.; GOUVEIA, M.; FREITAS, P.; PEREIRA, S.; CÂMARA, S. Estação comunidade. In: LANCETTI, A. (Org.). **Saúde mental e saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 137-53.

CAMATTA, M. W.; SCHNEIDER, J. F. A experiência vivida da família relacionada ao trabalho de profissionais de saúde mental: um estudo fenomenológico. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 8, n. 2, 2009. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2183/482>>. Acesso em: 05 out. 2011.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECILIO, L. C. O. (org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 29-88.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A.C. 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.

CARRARO, T. E.; RASSOOL, G. H.; LUIS, M. A. V. A formação do enfermeiro e o fenômeno das drogas no Sul do Brasil: atitudes e crenças dos estudantes de enfermagem sobre o cuidado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. spe, p. 863-871, out. 2005.

CASÉ, V. Saúde mental e sua interface com o programa de saúde da família: quatro anos de experiência em Camaragibe. In: LANCETTI, A. (Org.). **Saúde mental e saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 121-36.

CAVALCANTE, C. M; PINTO, D. M.; CARVALHO, A. Z. T.; JORGE, M. S. B.; FREITAS, C. H. A. Desafios do cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família. **RBPS**, Fortaleza, v. 24, n. 2, p. 102-108, abr./jun. 2011.

CIAMPONE, M. H. T.; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, v.53, n. spe, p.143-147, 2000.

COIMBRA, V. C. C. **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, V. C. C. **O acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial**. 2003. 179p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

COSTA- ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante, P. (Org). **Ensaio: subjetividades, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 141-168.

COSTA, A. M. Integralidade na atenção e no cuidado em saúde. **Saúde soc**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 5-15, set/dez, 2004.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2**. Rio de Janeiro: NAU, 2005. p. 161-94.

DIMENSTEIN, M.; SEVERO, A. K.; BRITO, M.; PIMENTA, A. L.; MEDEIROS, V.; BEZERRA, E. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde soc**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 63-74, 2009.

DRUMMOND JUNIOR, M. A. **Ações de saúde mental por agentes comunitários de saúde**: investigando uma experiência de saúde mental na atenção básica. 2009. 136f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2009.

FERIGATO, S.H.; CAMPOS, R.T.O.; BALLARIN, M.L.G.S. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 6, n. 1, p. 31-44, 2007.

FERREIRA, S.M.G.; AZEVEDO, P.C.V. Sistema de informação para tomada de decisões em saúde – sintomas: sistema de informação geográfico para sistemas locais de saúde. In: MENDES, E.V. **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998. p.133-53.

FERREIRA, V. S. C.; ANDRADE, C. S.; FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 898-906, abr. 2009.

FEUERWERKER, L. C. M; SENA, R. A construção de novos modelos acadêmicos, de atenção à saúde e de participação social. In: BRASIL, Ministério da Saúde (Org.). **Projeto-piloto da VER-SUS Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 149-178.

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 129-138, jan./fev.2009.

FRANCO, L.; LANCETTI, A. Quatro observações sobre as parcerias. In: LANCETTI, A. (org.) **SaúdeLoucura 7**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 103-107.

FRANCO, T. B. **Gestão do Trabalho em Saúde Mental**. Rio de Janeiro: UFF, S/D. Disponível em: <<http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/gestao-trabalho-saude-mental.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2011.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança no modelo technoassistencial. In: MERHY, E.E. *et al.* (orgs.) **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 53-124.

FURLAN, P. G. O Agente Comunitário de Saúde e a prática na atenção básica: alguns apontamentos. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERREIRO, A. V. P. (Org.). **Manual de Práticas de Atenção Básica**: saúde ampliada e compartilhada. 1. ed. São Paulo, 2008. p. 368-387.

GUBA, E.; LINCOLN, Y. **Avaliação de Quarta Geração**. Tradução de Beth Honorato. 1. ed. São Paulo: Unicamp, 2011. 320p.

GUBA, E.; LINCOLN, Y. **Fourth Generation Evaluation**. Newbury Park: Sage Publications. 1989. 294 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades**. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>>. Acesso em 28 set. 2007.

JARDIM, K.; DIMENSTEIN, M. A crise na rede: o SAMU no contexto da Reforma Psiquiátrica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 150-160, jan./dez. 2008.

JARDIM, K.; DIMENSTEIN, M. Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. **Psicol. rev.**, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, jun. 2007.

KANTORSKI, L. P.; WETZEL, C.; OLSCHOWSKY, A.; JARDIM, V. M. R.; BIELEMANN, V. L. M.; SCHNEIDER, J. F. Avaliação de quarta geração - contribuições metodológicas para a avaliação de serviços de saúde mental. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**. Botucatu, v. 13, n.31, p.343-355, out./dez. 2009

KANTORSKI, L. P.; LISBOA, L. M.; SOUZA, J. Grupo de recaídas de álcool e outras drogas. **SMAD**. Ribeirão Preto-SP, v. 1, n. 1, p. 1-15, 2005. Disponível em: <<http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos/2005v1n1a04.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2011.

LACERDA, M. R.; GIACOMOZZI, C. M.; OLINISKI, S. R.; TRUPPEL, T. C. 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, A. **Clínica peripatética**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec. 2008. p. 107-114.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, G.W.S. *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2009. p. 615-34.

LAPPAN-BOTTI, N. C. Oficinas em saúde mental: a representação dos usuários dos serviços de saúde mental. **Texto Contexto Enferm.**, v. 13, n. 4, p. 519-529, out./dez. 2004.

LINCOLN, Y.; GUBA, E. **Naturalistic inquiry**. Newbury Park: Sage Publications. 1985. 416p.

LUCCHESI, R.; OLIVEIRA, A. G. B.; CONCIANI, M. E.; MARCON, S. R. Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2033-2042, set. 2009.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **A pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986. 99p.

LYRA, M. A. A. Desafios da saúde mental na atenção básica. **Cadernos IPUB**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 24, p. 57-66, mar./abr. 2007.

MACÊDO, M. C. S.; ROMANO, R. A. T.; HENRIQUES, R. L. M.; PINHEIRO, R. Cenários de aprendizagem: interseção entre os mundos do trabalho e da formação. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Org.). **Ensinar saúde**: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: Cepesq: Abrasco, 2005. p. 229-50.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. Os desafios da atenção a saúde em regiões metropolitanas. In: GIOVANELLA, L. *et al* (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 945-77.

MACHADO, M. H. Trabalhadores da saúde e sua trajetória na reforma sanitária. In: LIMA, N. T. *et al*. (Org.). **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 257-281.

MACHADO, M. H. Trabalho e emprego em saúde. In: GIOVANELLA, L. *et al*. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 309-30.

MANDÚ, E. N. T.; GAÍVA, M. A. M.; SILVA, M. A.; SILVA, A. M. N. Visita domiciliar sob o olhar de usuários do Programa Saúde da Família. **Texto Contexto enferm.**, v. 17, n. 1, p. 131-140, jan./mar. 2008.

MARTINES, W. R. V.; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 41, n. 3, p. 426-433, 2007.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001. p. 39-64. Disponível em: <<http://www.lappis.org.br>>. Acesso em: 19 out. 2011.

MERHY, E. E. 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, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 117-160.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 71-112.

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**. Botucatu, v. 9, n. 16, p. 172-174, fev. 2004.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 189 p.

MIELKE, F. B. **Ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família: um estudo avaliativo**. 2009. 140f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009.

MIELKE, F. B.; OLCHOWSKY, A. Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: avaliação de apoio matricial. **Rev. Bras. Enferm**. Brasília, v. 63, n. 3, p. 900-907, nov./dez. 2010.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 35-42, jan./mar. 1998.

MODESTO, T. N.; SANTOS, D. N. Saúde mental na atenção básica. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 31, n. 1, p. 19-24, 2007.

NOGUEIRA, R. P.; SILVA, F. B.; RAMOS, Z. V. O. A vinculação institucional de um trabalhador *sui generis* – o agente comunitário de saúde. **Texto para Divulgação** n° 735. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br>. 2000. Acesso em 19 out. 2011.

NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B. 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.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Organization of services for mental health**. 2003. 74p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Ministério da Saúde. Relatório mundial da saúde. **Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Lisboa: CLIMEPSI, 2002. 135p.

PATTON, M. Q. **How to use qualitative methods in evaluation**. Newbury Park: Sage Publications. 1987. 176p.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, v.35, n.1, p.103-109, 2001.

PEREIRA, A. A. 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.

PEREIRA, A.; OLIVEIRA, J. C.; COSTEIRA, A. Programa de Saúde da Família e saúde mental: a experiência de Sobral-CE. In: III Conferência Nacional de **Saúde mental: cuidar sim, excluir não**. Caderno de textos. Brasília: 2001. p. 101-05

PIERANTONI, C.; VARELLA, T.; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. **Cadernos de RH**, Brasília, v. 3, n. 1, p. 29-40, mar. 2006.

PIRES D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde**. 2. ed. São Paulo: Annablume; 2008. 253p.

PONTES, A. L. M.; SILVA JÚNIOR, A. G.; PINHEIRO, R. Ensino da saúde e a rede de cuidados nas experiências de ensino-aprendizagem. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Org.). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: Cepesq: Abrasco, 2005. p. 251-74.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. **Secretaria Municipal de Saúde**. Disponível em: <<http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms>>. Acesso em: 11 set. 2011.

RIGOTTO, S. D.; GOMES, W. B. Contextos de abstinência e de recaída na recuperação da dependência química. **Psic. Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 18, n. 1, p. 95-106, abr. 2002.

RONZANI, T. M. O PSF e a saúde mental: uma proposta de saúde ampliada em Rio Pomba-MG. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 3, n. 8, p. 38-42, 2001.

ROOS, C. M. **Ações de redução de danos voltadas para usuários de drogas: uma revisão integrativa**. 2011. 96p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. A contribuição da saúde mental para o desenvolvimento do PSF. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 56, n. 3, p. 230-35, maio/jun. 2003.

SANTOS, D. C.; CORREA, D. A. **A saúde mental no trabalho e a gestão de pessoas**: uma proposta de aproximação interdisciplinar, 2006. Disponível em: <<http://www.unimep.br/phpg/mostracademica/anais/4mostra/pdfs/123.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2011.

SARACENO, B. *et al.* Evaluation of psychiatric services: hard and soft indicators. In: WHO. **Innovative approaches in service evaluation** (Doc: WHO/MNH/MND/93.19). Geneva, WHO, 1993.

SAUPE, R.; CUTOLO, L. R. A.; SANDRI, J. V. A. Construção de descritores para o processo de educação permanente em atenção básica. **Trab. Educ. saúde**, v. 5, n. 3, p. 433-452, nov.2007/fev2008.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. C. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p.649-659, mai./jun. 2004.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 721-725, 2009.

SCHNEIDER, J. F.; NASI, C.; COITINHO, N.; DUARTE, M. L. C.; CAMATTA, M. W. Oficina dos sentidos: o enfermeiro refletindo sobre o sujeito perceptivo. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí, v. 6, n. 11, p. 47-54, jul./dez. 2006.

SCHRAIBER, L. B.; PEDUZZI, M.; SALA, A.; NEMES, M. I. B.; CASTANHERA, E. R. L; KON, R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 221-42, 1999.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. **Sistema de informação em saúde**. Disponível em: <[http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala\\_de\\_leitura/artigos/Sistemas\\_de\\_Informacao/SistemasInformacaoSaude.pdf](http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/artigos/Sistemas_de_Informacao/SistemasInformacaoSaude.pdf)>. Acesso em: 25 out. 2011.

SILVA, I. Z. Q. J.; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 25-38, set.2004/fev.2005.

SILVA, M. B. B. Atenção psicossocial e gestão de populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental. **Physis**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 127-150, jan/jun. 2005.

SILVA, M. C. F.; ROCHA, M. J. L.; PEREIRA, C. A.; ESTEVES, A. P.; MIRANDA, C. A.; ALMEIDA, M. B.; DORNAS, T. T.; OLIVEIRA, G. A. M.; SILVA, M. M. Saúde mental e programa de saúde da família no Vale de Jequitinhonha.

In: LANCETTI, A. (Org.). **Saúde mental e saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 155-66.

SOUZA, J. **Intervenções em um serviço de saúde mental direcionadas aos usuários sob tratamento pelo uso abusivo de substâncias psicoativas**: das políticas e documentação à prática cotidiana. 2007. 153p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2007.

TAVARES, C. M. M. A educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental. **Texto Contexto enferm.**, v. 15, n. 2, p. 287-295, abr./jun. 2006.

TREVISAN, L.; JUNQUEIRA, L. A. P. Gestão em rede do SUS e a nova política de produção de medicamentos. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 638-652, 2010.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. C. *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 531-62.

WETZEL, C. *et al.* Dimensões do objeto de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2133-2143, 2011.

WETZEL, C. **Avaliação de serviço em saúde mental**: a construção de um processo participativo. 2005. 290f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP, Ribeirão Preto, 2005.

YASUI, S. A produção do cuidado no território: 'há tanta vida lá fora'. In: Conferência Nacional de Saúde Mental, 4, 2010, Brasília. **Anais eletrônicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível: <[http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=34591&janela=>](http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=34591&janela=>). Acesso em: 30 set. 2011.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de saúde mental. **Saúde debate**, v. 32, n. 78/79/80, p. 27-37, 2008.

YIN, R. **Estudo de Caso**: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 212p.

Zancan, L. Cidades Saudáveis: a intersetorialidade como desafio para um novo modelo de gestão. In: SPERANDIO, A. M. G. (Org.). **O processo de construção da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis**. vol. 1. Unicamp, Campinas, SP. 2003. p. 45-60.

## APÊNDICE 1 – Carta de Aprovação

### Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Porto Alegre



**Prefeitura Municipal de Porto Alegre**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Comitê de Ética em Pesquisa**

#### PARECER CONSUBSTANCIADO

**Pesquisador (a) Responsável:** Agnes Olschowsky  
**Equipe executora:**  
**Registro do CEP:** 301 Processo Nº. 001.056577.08.7  
**Instituição onde será desenvolvido:** Secretaria Municipal de Saúde – UBS Pitoresca  
**Utilização:** TCLE  
**Situação:** APROVADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre analisou o processo Nº.001.056577.08.7, referente ao projeto de pesquisa: “**Avaliação da saúde mental na estratégia saúde da família**” tendo como pesquisador responsável Agnes Olschowsky cujo objetivo é “Geral - Avaliar as ações de saúde mental desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família. Específicos – Identificar as estratégias utilizadas para implementação de ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família; Proporcionar subsídios para a expansão e consolidação da atenção em saúde mental na Estratégia Saúde da Família; Realizar um processo avaliativo participativo junto a Estratégia Saúde da Família, possibilitando a compreensão do objeto avaliado e a construção dos sujeitos envolvidos”.

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 e a apresentação do trabalho.
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 Local da Unidade de Saúde.

Porto Alegre, 05/11/08

  
Elen Maria Borba  
Coordenadora do CEP

**ANEXO 1 – Termo de Consentimento Livre e Informado**  
**Pesquisa: Avaliação da Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família**

Estamos apresentando a você o presente termo de consentimento livre e informado (em duas vias) caso queira e concorde em participar de nossa pesquisa, intitulada "AVALIAÇÃO DA SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA". Esclarecemos que esse estudo tem o **objetivo** de avaliar as ações de saúde mental desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família (ESF), identificar as estratégias utilizadas para implementação dessas ações, buscando proporcionar subsídios para a expansão e consolidação da rede de cuidado em saúde mental no território.

A pesquisa será desenvolvida através de observação e entrevistas, tendo como sujeitos de estudo a equipe, usuários e familiares da ESF na UBS Pitoresca. 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 dessa pesquisa não receberão nem terão custos por sua participação. Informamos também, que aos profissionais, não haverá interferências no vínculo empregatício nem influências hierárquicas e, aos familiares e usuários, não haverá prejuízo ao atendimento a quem têm direito.

Porto Alegre, \_\_\_\_\_

Assinatura do Participante \_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador: \_\_\_\_\_

Pesquisadora Coordenadora: Profa. Dra. Agnes Olschowsky. Rua São Manoel 963. Bairro Santa Cecília. Porto Alegre/RS CEP: 90620-110. Telefone: (51) 9653-8685. Email: [agnes@enf.ufrgs.br](mailto:agnes@enf.ufrgs.br)

Comitê de Ética em Pesquisa – Secretaria Municipal de Saúde/ Porto Alegre.