



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Mariane da Silva Xavier Botega

**VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA: AVALIAÇÃO PARTICIPATIVA DO
CUIDADO EM SAÚDE MENTAL EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA**

**Porto Alegre
2020**

MARIANE DA SILVA XAVIER BOTEGA

**VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA: AVALIAÇÃO PARTICIPATIVA DO
CUIDADO EM SAÚDE MENTAL EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA**

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

Área de Concentração: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Saúde Mental e Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Agnes Olschowsky

Porto Alegre

2020

CIP - Catalogação na Publicação

Botega, Mariane da Silva Xavier
Vulnerabilidade programática: avaliação
participativa do cuidado em saúde mental em uma
Estratégia de Saúde da Família / Mariane da Silva
Xavier Botega. -- 2020.
269 f.
Orientadora: Agnes Olschowsky.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS,
2020.

1. Saúde Mental. 2. Vulnerabilidade em Saúde. 3.
Saúde da Família. 4. Atenção Primária à Saúde. 5.
Avaliação em Saúde. I. Olschowsky, Agnes, orient. II.
Título.

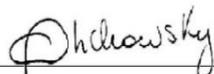
MARIANE DA SILVA XAVIER BOTEGA

**VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA: AVALIAÇÃO PARTICIPATIVA
DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA.**

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

Aprovada em Porto Alegre, 27 de julho de 2020.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Agnes Olschowsky

Presidente da Banca – Orientadora

PPGENF/UFRGS



Prof. Dra. Christine Wetzel

Membro da banca

PPGENF/UFRGS



Dr.ª Enf.ª Rosana Maffaccioli

Membro da banca



Profa. Dra. Tatiana Engel Gerhardt

Membro da banca

PPGCOL/UFRGS



Profa. Dra. Luciane Prado Kantorski

Membro da banca

UFPEL

Dedico este trabalho àqueles que desde minha infância me incentivaram a estudar e que mesmo diante de dificuldades nunca desistiram de investir e oportunizar condições para eu pudesse trilhar minha trajetória acadêmica: meus pais, Suzete e Ivan. Ao meu amor, Diego pela cumplicidade, paciência e incentivo. A minha irmã Amanda pela lealdade.

AGRADECIMENTOS

Esta tese é constituída por todas as pessoas que passaram em minha vida ao longo do doutorado. Cada pessoa que conheci, as histórias de vida que ouvi, as pessoas que dispenderam de tempo para me escutar quando precisei, os lugares que estive, enfim, todos deixaram partes de si comigo. Meu sentimento de gratidão é imenso. Desse modo, deixo aqui registrado meus agradecimentos e desde já peço desculpas a quem por falha humana não serão lembrados. Por certo sem todos vocês, esta tese não teria sido possível.

Agradeço, primeiramente, aos meus pais, Suzete Xavier e Ivan Xavier, pelo amor, carinho e zelo. Agradeço por sempre acreditarem em mim, me darem força e me ensinaram que o maior título acadêmico que eu possa ter não pode ser superior à atenção, cuidado e escuta que eu irei oferecer para quem estiver diante de mim. Agradeço a minha mãe, por sempre ter uma palavra de incentivo, por me acolher e ser minha fonte de força nessa trajetória. Sou filha de uma mulher forte e isso também me faz ser. Ao meu pai pelo carinho, incentivo, apoio e por me apresentar o ambiente acadêmico ainda na infância, sendo meu exemplo de que o estudar exige persistência e dedicação.

Agradeço a minha irmã, Amanda pelo companheirismo e incentivo, por sempre ter uma palavra de apoio e por me acolher de forma amorosa em sua residência durante o desenvolvimento deste estudo.

Agradeço ao Diego, meu marido, companheiro, amigo, meu amor. Obrigada por trilhar ao meu lado essa trajetória, por estar junto quando mais precisei. Gratidão pela cumplicidade, pela escuta e pelo abraço que me acolheu. Gratidão por incentivar, ajudar e acreditar que esse sonho poderia ser concretizado. Ao teu lado me sinto segura.

Agradeço aos meus fiéis companheiros e luzes da minha vida, Pípe e Uilian. O Amor incondicional é inexplicável. Ao Tchêzinho por ter sido o primeiro a me ensinar sobre o amor incondicional.

Agradeço a minha tia Medianeira e aos meus avós Aura e Mario pelo amor e carinho durante minha vida. Gratidão pelo incentivo, pelo apoio e por estarem sempre torcendo pelo meu melhor.

Agradeço a minha orientadora Agnes Olschowsky pela confiança, pelo acolhimento e escuta, pela presença, pelo incentivo. Gratidão por ter acreditado em mim. Gratidão por compartilhar o seu conhecimento, pelo olhar crítico. Minha gratidão pela senhora não se encerra

aqui, pois meu sentimento é maior. Admiro-a e a considero fonte de inspiração como mulher, enfermeira, professora e orientadora.

Agradeço a professora Christine Wetzel pelas palavras de incentivo, pela atenção e pelos momentos vivenciados de aprendizado. Gratidão por me oportunizar aprender com a senhora. Gratidão por importar-se comigo.

Agradeço a professora Marlene Gomes Terra pelas oportunidades durante a graduação e o mestrado, pelo conhecimento compartilhado, pelo carinho e incentivo. Foi através do grupo de pesquisa da senhora que descobri minha afinidade com a pesquisa em Saúde Mental.

Aos colegas e amigos da UFRGS pela escuta, pelos momentos compartilhados, incentivo e apoio: Monalisa Pinheiro, Franciele Cordeiro, Camila Roso, Fabiane Pavani, Juliana de Carvalho, Talita Cassola e Franciele Batistella. À colega Letícia Passos pela escuta, amizade e pelos momentos catárticos.

Aos colegas Aline Basso, Cristiane Kenes e Fabrício Soares pela amizade e companheirismo. Nessa trajetória a amizade de vocês foi imprescindível e não se encerra com a conclusão desta etapa. Levo vocês no coração.

As amigas Cristiane Trivisiol Arnemann e Valquíria Toledo Souto pela amizade, carinho, cumplicidade e companheirismo. Pelos momentos de escuta e apoio. Gratidão sempre. Os momentos com vocês tornaram minha caminhada mais leve.

Agradeço ao meu primo Matheus Xavier pela escuta atenta e pelas técnicas de gerenciamento de tempo compartilhadas.

Agradeço às profissionais da ESF Nossa Senhora Medianeira pela convivência, acolhida, conhecimento compartilhado, pela oportunidade de realizar esta pesquisa, pelo tempo e atenção despendidos. Vocês têm grande contribuição em minha trajetória. Serei sempre grata.

Agradeço às usuárias e usuários que participaram deste estudo. Agradeço pelo tempo despendido. Gratidão por confiarem a mim a escuta de suas histórias de vida.

Aos colegas e professores membros do Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental (GEPESM) da UFRGS.

Agradeço aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da UFRGS pelos conhecimentos compartilhados.

Agradeço aos servidores técnico-administrativos do PPGENF/UFRGS, especialmente ao Robson e à Tatiane pela atenção e disponibilidade.

Aos colegas do PPGENF, pelos momentos de aprendizado e discussões conjuntas.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da Bolsa de Doutorado e por incentivar a pesquisa científica brasileira.

Agradeço a todas as instituições públicas de qualidade que frequentei durante minha trajetória como estudante, graduanda e pós-graduanda: Escola Básica Estadual Érico Veríssimo, Escola Estadual de Ensino Médio Professora Maria Rocha, Universidade Federal de Santa Maria e Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Escola de Enfermagem).

Por fim, agradeço a todos que contribuíram de alguma forma para a concretização deste estudo, compreendendo as minhas ausências e me incentivando ao longo do doutorado.

“A subjetividade da paciente existe verdadeiramente apenas no momento em que ele pode sair do manicômio, ou seja, somente quando lhe são atribuídos e reconstruídos os recursos e condições materiais, sociais, culturais que tornem possível o efetivo exercício de subjetividade.”

Franco Rotelli

RESUMO

BOTEGA, M.S.X. **Vulnerabilidade programática: avaliação participativa do cuidado em saúde mental em uma Estratégia de Saúde da Família.** 2020. 271 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2020.

A Estratégia de Saúde da Família é imprescindível para o cuidado em Saúde Mental e consolidação da Reforma Psiquiátrica. O trabalho territorial possibilita a criação de vínculo através de uma relação que considera o contexto sociocultural de cada pessoa, ampliando a visão dos profissionais sobre os processos que conduzem a uma situação de vulnerabilidade aos transtornos mentais. O conceito de vulnerabilidade e a noção de cuidado que nortearam este estudo estão fundamentados nas bases teóricas do Quadro da Vulnerabilidade e dos Direitos Humanos. Consideram-se três dimensões para a vulnerabilidade: a individual, a social e a programática. Este estudo tem como objetivo avaliar o cuidado em saúde mental em uma Estratégia de Saúde da Família na perspectiva vulnerabilidade programática. Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo estudo de caso, a partir da Avaliação de Quarta Geração, no qual utilizou-se como técnicas de coleta das informações a observação participante e a entrevista com aplicação do Círculo-Hermenêutico Dialético. O local do estudo foi uma Estratégia de Saúde da Família, localizada na região centro-sul do município de Porto Alegre. As participantes do estudo foram nove profissionais da saúde e 12 usuárias da saúde mental. No grupo das usuárias, oito eram pessoas com transtornos mentais e quatro eram usuárias familiares de pessoas com transtornos mentais. O trabalho de campo consistiu nas seguintes etapas: contato com o campo, organização da avaliação, identificação dos grupos de interesse, desenvolvendo construções conjuntas, ampliando as construções conjuntas, preparação da agenda de negociação e execução a negociação. As informações foram analisadas por meio do Método Comparativo Constante, com auxílio do *software* NVivo12 Pro. Em relação aos preceitos éticos, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob parecer: 2.638.691 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Porto Alegre, sob parecer: 2.672.743, respeitando a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Das construções do processo avaliativo emergiram quatro categorias: Ambiência, recursos materiais e humanos, acesso e comunicação; Cuidado em saúde mental: estratégias e projetos de felicidade; Apoios e desafios programáticos no cuidado em saúde mental; Participação social. Enfrentar as situações de vulnerabilidade

programática no Cuidado em Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família pressupõe ampliar e garantir o acesso das usuárias aos serviços de saúde da Rede de Atenção Psicossocial, tendo em vista as necessidades e iniquidades que constituem barreiras, como a situação socioeconômica, o contexto de violência, o estigma, o modo que as usuárias são acolhidas, a falta de recursos materiais e humanos, a comunicação entre as profissionais das equipes de saúde, a interlocução entre os serviços da Rede de Atenção à Saúde Mental com outros setores, como educação, justiça, cultura e Assistência Social, a participação social, o acesso à informação de qualidade e a corresponsabilização. Por fim, o processo avaliativo apontou que a ESF é um importante espaço e referência de Cuidado em Saúde Mental para as usuárias e, que as questões avaliadas além de serem prioridades e preocupações para as profissionais, também devem ser para as instâncias políticas. Sendo este um modo de enfrentar a vulnerabilidade programática, minimizando o impacto na continuidade, na qualidade e na aceitabilidade do Cuidado.

Descritores: Saúde Mental. Vulnerabilidade em Saúde. Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

BOTEGA, M.S.X. Programmatic vulnerability: participatory evaluation of mental health care in a Family Health Strategy. 2020. 271 f. Thesis (Phd in Nursing) - Nursing School, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2020.

The Family Health Strategy is essential for the care of Mental Health and consolidation of the Psychiatric Reform. Territorial work enables the creation of a bond through a relationship that considers the socio-cultural context of each person, broadening the view of professionals about the processes that lead to a situation of vulnerability to mental disorders. The concept of vulnerability and the notion of care that guided this study are based on the theoretical basis of the Vulnerability and Human Rights Framework. Three dimensions are considered for vulnerability: the individual, the social and the programmatic. This study aims to evaluate mental health care in a Family Health Strategy from a programmatic vulnerability perspective. This is a qualitative study, the case study type, based on the Fourth Generation Evaluation, in which the participant observation and the interview with the application of the Dialectical Hermeneutic Circle were used as techniques for collecting information. The location of the study was a Family Health Strategy, located in the south-central region of the city of Porto Alegre. The study participants were nine health professionals and 12 mental health users. In the group of users, eight were people with mental disorders and four were family users of people with mental disorders. The fieldwork consisted of the following stages: contact with the field, organization of the evaluation, identification of interest groups, developing joint constructions, broadening the joint constructions, preparation of the negotiation agenda and execution to negotiation. The information was analyzed using the Constant Comparative Method, using the Nvivo12 Pro software. Regarding the ethical precepts, the project was approved by the Research Ethics Committee of the Universidade Federal do Rio Grande do Sul, under the opinion: 2.638.691 and by the Research Ethics Committee of the Municipal Secretariat of Porto Alegre, under the opinion: 2.672.743, respecting Resolution 466/2012 of the National Health Council. Four categories emerged from the evaluative process constructions: Ambience, material and human resources, access and communication; Mental health care: happiness strategies and projects; Programmatic support and challenges in mental health care; Social participation. Facing the situations of programmatic vulnerability in Mental Health Care in the Family Health Strategy presupposes expanding and guaranteeing users' access to health services of the Psychosocial Care Network, considering the needs and inequities that constitute barriers,

such as the socioeconomic situation, the context of violence, stigma, the way users are welcomed, the lack of material and human resources, communication between professionals of health teams, the interaction between the services of the Mental Health Care Network with other sectors such as education, justice, culture and social assistance, social participation, access to quality information and co-responsibility. Finally, the evaluative process pointed out that the FHS is an important space and reference of Mental Health Care for users and, that the issues evaluated in addition to being priorities and concerns for professionals, should be for political instances. This is a way to face programmatic vulnerability, minimizing the impact on the continuity, quality and acceptability of Care.

Descriptors: Mental Health. Health Vulnerability. Family Health. Primary Health Care. Health Evaluation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 1 - Quadro da vulnerabilidade e direitos humanos: dimensões individual, social e programática	41
Figura 2 – Circulo Hermenêutico - Dialético	72
Figura 3 – População por Gerência Distrital	76
Figura 4 - Perímetro geográfico da Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal	79
Figura 5 - Codificação por Nós no software NVivo12 Pro	102
Figura 6 - Relatório da estrutura da codificação	102
Figura 7 - Mapa mental da análise das unidades de informação	103
Figura 8 - Estrutura da ESF Nossa Senhora Medianeira na área 18 do Centro de Saúde Vila dos Comerciários	119
Figura 9 - Fragmento da matriz de agravo e nível de atenção para adultos	208
Figura 10 - Níveis de prioridade para acesso ao serviço especializado via Gerenciamento de Consultas - GERCON.....	208

FOTOGRAFIAS

Fotografia 1 - Visão geral do território	106
Fotografia 2 – O contexto.....	106
Fotografia 3 – As residências	107

QUADROS

Quadro 1 – Índice de Desenvolvimento Humano	77
Quadro 2 – Saneamento básico nos distritos Glória, Cruzeiro e Cristal e no município de Porto Alegre, RS	77
Quadro 3 - Descrição das usuárias com transtornos mentais e das usuárias familiares participantes do estudo.	106
Quadro 4 - Descrição das profissionais da saúde participantes do estudo.	110

LISTA DE SIGLAS

UFSM - Universidade Federal de Santa Maria
HUSM - Hospital Universitário de Santa Maria
SUS - Sistema Único de Saúde
UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul
GEPESM - Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana
AIDS - Acquired Immunodeficiency Syndrome
ONGs - Organizações Não-Governamentais
ABIA - Associação Brasileira Interdisciplinar da Aids
UERJ - Universidade do Estado do Rio de Janeiro
V&DH - Vulnerabilidade e Direitos Humanos
NCBI - National Center for Biotechnology Information
UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNAIDS - Programa das Nações Unidas para a Aids
DST - Doença Sexualmente Transmissível
ESF - Estratégia de Saúde da Família
QI - Quociente de Inteligência
R - Respondente
C - Construção
UBS - Unidades Básicas de Saúde
PACS - Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul
CSVC - Centro de Saúde Vila dos Comerciários
SAE - Serviço de Atendimento Especializado
COAS - Centro de Orientação e Apoio Sorológico
ADOT - Assistência Domiciliar Terapêutica
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
FADERS - Fundação de Articulação e Desenvolvimento de Políticas Públicas para Pessoas Portadoras de Deficiências e com Altas Habilidades no Rio Grande do Sul
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
UBS - Unidade Básica de Saúde
USP - Unidade de Saúde Prisional

GCC - Glória/Cruzeiro/Cristal

CDS - Conselho Distrital de Saúde Glória/Cruzeiro/Cristal

CMS/POA - Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre

CSV - Centro de Saúde Vila dos Comerciários

SMS - Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

MP3 - Moving Picture Experts Group Layer-3

DIU – Dispositivo Intrauterino

NASF - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	19
1 INTRODUÇÃO.....	24
2 OBJETIVOS.....	31
2.2 Objetivo geral	31
2.3 Objetivos específicos.....	31
3 CONSTRUINDO O OBJETO DE INVESTIGAÇÃO	32
3.1 Vulnerabilidade e cuidado em saúde mental	32
4 AVALIAÇÃO: ASPECTOS CONCEITUAIS	54
5 PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	62
5.1 Tipo de Estudo.....	62
5.1.1 Avaliação de Quarta Geração	64
5.1.2 Enfoque Responsivo	66
5.1.3 Metodologia Construtivista	69
5.1.4 Processo Hermenêutico-Dialético	71
5.2 Cenário do estudo	75
5.2.1 Panorama do território da gerência distrital de saúde Glória/Cruzeiro /Cristal	75
5.3 Participantes do estudo	79
5.4 Gerando as informações	80
5.5 Desenvolvendo as etapas do trabalho de campo	84
5.5.1 Contato com o campo	85
5.5.2 Organização da avaliação	89
5.5.3 Identificação dos grupos de interesse	92
5.5.4 Desenvolvendo construções conjuntas	93
5.5.5 Ampliando as construções conjuntas.....	94
5.5.6 Preparação da agenda de negociação.....	96
5.5.7 Execução da negociação	97
5.6 Análise das informações	100

5.7 Aspectos éticos	103
6 O Cuidado em Saúde Mental em uma Estratégia de Saúde da Família: aspectos programáticos.....	105
6.1 As participantes da avaliação	105
6.2 Ambiência, recursos materiais e humanos, acesso e comunicação	111
6.3 O Cuidado em Saúde Mental: estratégias e projetos de felicidade.....	183
6.4 Apoios e desafios programáticos no Cuidado em Saúde Mental	197
6.5 Participação social	216
CONSIDERAÇÕES FINAIS	226
REFERÊNCIAS.....	232
APÊNDICES	250
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	251
APÊNDICE B – Roteiro para Entrevista: Equipe.....	253
APÊNDICE C – Roteiro para Entrevista: Usuários.....	254
APÊNDICE D – Roteiro para Entrevista: Usuário familiar	255
APÊNDICE E – Roteiro para Observação.....	256
ANEXOS.....	259
ANEXO A - Pareceres de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa	260

APRESENTAÇÃO

“Lutar pela igualdade sempre que as diferenças nos discriminem, lutar pelas diferenças sempre que a igualdade nos descaracterize.”

Boaventura de Souza Santos

Início esta Tese me apresentando, a fim de contextualizar os leitores sobre o lugar de onde falo e sobre as relações e contextos intersubjetivos que constituem minha identidade pessoal.

Assim, esta Tese foi escrita por uma mulher negra, enfermeira, mestra e doutoranda em enfermagem.

O desenvolvimento de uma pesquisa para além de questões metodológicas proporciona conhecer os serviços de saúde e as pessoas que os constituem. Realizar uma pesquisa avaliativa participativa possibilitou conhecer e vivenciar o território da ESF, escutando sobre as histórias de vida das usuárias e seus contextos sociais. Desse modo, as histórias que ouvi e a situações que vivi me transformaram durante o processo avaliativo, visto que é por meio da relação eu-outro que nossas subjetividades são constituídas.

Diante disso, pesquisar em um território marcado pela violência e pela precariedade das condições de vida e trabalho, onde o serviço tem como potência a escuta das necessidades de Saúde Mental das usuárias me levou a iniciar esta apresentação com uma citação de Boaventura de Souza Santos. A experiência foi vivenciada em um local onde as pessoas necessitam constantemente lutar por direitos mínimos como alimentação, moradia, educação, saúde, segurança e bem estar. Frente ao atual contexto político marcado pelo retrocesso das políticas de Saúde Mental, desvalorização do SUS, conservadorismo moral e redução dos espaços de produção de subjetividade, se faz urgente “lutar pela igualdade sempre que as diferenças nos discriminem e lutar pelas diferenças sempre que a igualdade nos descaracterize”.

Pensando em minha trajetória, acredito ser possível afirmar que as questões relacionadas à vulnerabilidade no Cuidado em Saúde Mental perpassaram por minhas vivências e pelos estudos que desenvolvi.

Durante a graduação fui bolsista de extensão do projeto intitulado “Saúde Mental na Atenção Básica: cuidado a usuários em sofrimento psíquico e sua família”, vinculado a Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Posteriormente, fui bolsista de iniciação científica e realizei estágios curriculares na unidade de internação de Saúde Mental do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) e no seu ambulatório de Saúde Mental.

Essas experiências suscitaram reflexões acerca de questões relacionadas à Saúde Mental. No período de vigência da bolsa de extensão, durante as vistas domiciliares para as pessoas com transtornos mentais, despertava minha atenção suas condições sociais. Essas condições eram caracterizadas por famílias numerosas, com baixa renda, usuárias do SUS que residiam em áreas com presença do tráfico de drogas e condições sanitárias precárias.

Além disso, observava a dificuldade no acesso aos serviços de saúde, a escassez de recursos para o enfrentamento das adversidades sociais e a falta de espaço para que as pessoas com transtornos mentais pudessem apresentar suas reivindicações, preocupações e questionamentos. Também, me questionava sobre quais e como as informações sobre as políticas de Saúde Mental eram disponibilizada às pessoas com transtornos mentais para que realizassem escolhas informadas, uma vez que o sucesso do tratamento por vezes era atribuído somente ao uso da medicação psiquiátrica.

Em meu Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem, busquei saber qual era o significado do uso da medicação psiquiátrica para os usuários de um serviço de Saúde Mental. Como resultado, o uso dos psicofármacos entre outros aspectos foi percebido como facilitador do convívio social e familiar (XAVIER et al., 2014).

Atualmente, refletindo sobre esse resultado percebo que a utilização dos psicofármacos adquire um significado positivo no enfrentamento do estigma em relação à doença mental, pois seu uso produz “uma normalidade” às pessoas com transtornos mentais e, assim sentem-se incluídas/aceitas socialmente e, conseqüentemente, sentem-se menos vulneráveis à discriminação, à violência, a restrição de acesso aos serviços no âmbito da saúde e da educação e a restrição do direito de participar dos espaços sociais em uma sociedade que a partir de pré-conceitos, classifica as pessoas determinando seus lugares dentro do espaço social.

Ingressei no Mestrado em Enfermagem da UFSM e, as discussões sobre as internações e reinternações psiquiátricas e as questões que levavam a necessidade destas suscitaram o seguinte questionamento: a enfermagem está atenta às relações entre o contexto social e as circunstâncias que levam uma pessoa a necessitar de uma internação psiquiátrica? Há espaço para problematizar as questões que envolvem essa relação? Partindo dessa inquietação, em minha dissertação pesquisei a compreensão de enfermeiras de saúde mental sobre a internação compulsória e involuntária.

Os resultados apontaram que no processo de internação compulsória e involuntária deveriam ser considerados importantes na avaliação o contexto das pessoas com transtornos mentais, tais como, fatores familiares, socioculturais, sua singularidade, sua história de vida, seus recursos para o enfrentamento das situações de vulnerabilidade. Foi ainda destacado a

necessidade de articulação entre os serviços da Rede de Atenção à Saúde Mental (XAVIER et al., 2017).

Em 2015, ingressei no Doutorado na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), e posteriormente no Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental (GEPESM).

Nesse sentido, o estágio de docência orientada possibilitou minha inserção em um serviço de Atenção Básica do município de Porto Alegre¹. Entre as atividades, realizei visitas domiciliares às pessoas e famílias que necessitavam de Cuidado em Saúde Mental e acompanhei as reuniões de equipe.

Participando das reuniões de equipe, despertou minha atenção o relato das profissionais sobre o contexto que levava os usuários do território a estarem em situações de vulnerabilidade. De modo geral, esse contexto era de pobreza e violência em virtude do tráfico de drogas.

Durante o período que estive no serviço de saúde, percebi algumas ações centradas no modelo biomédico. Em contrapartida, também percebi o protagonismo das Agentes Comunitárias de Saúde que fortalecia o cuidado no território.

Para aproximar o leitor das minhas vivências neste serviço, trago como exemplo a história de uma usuária atendida pela equipe e as reflexões despertadas.

Trava-se de uma mulher usuária de drogas com história de violência devido ao tráfico e uso de álcool e outras drogas. Ela estava em um relacionamento, em que sofria agressões do companheiro, que também era usuário de drogas. Em virtude de um relacionamento extraconjugal, temia ter contraído o vírus HIV. Devido ao seu contexto de vida, caso o teste rápido fosse positivo não saberia como informar seu companheiro, por medo de ser agredida e assassinada. Foram marcadas e remarcadas diversas consultas para a realização do teste rápido de HIV e, quando realizou o teste seu resultado foi negativo.

Observei que por vezes a equipe preocupava-se em saber se as violências ocorriam sob o efeito do uso das drogas. Para mim, isto era um problema secundário, ante a violência que essa usuária vivenciava. Não que o uso da droga não fosse um problema, mas havia vários processos que deveriam ser considerados para o enfrentamento dessa situação. A hierarquização e priorização dos problemas deve levar em conta, primordialmente, a perspectiva da pessoa, considerando uma perspectiva de emancipação, co-compreensão dos problemas e estratégias de mitigação da vulnerabilidade aos transtornos mentais.

¹ O serviço referido não é o local onde este estudo foi desenvolvido.

Apoiada no conceito de vulnerabilidade proposto por Ayres et al. (2009), trago questionamentos que dão subsídios e amplitude para podermos olhar as questões relacionadas à vulnerabilidade no Cuidado em Saúde Mental: é possível dizer que ela e o parceiro “adotaram” um comportamento de risco? Há uma redução da complexidade da situação, em que não é valorizado o contexto e a história de vida sendo a ação direcionada apenas ao fato de ter ou não contraído HIV? Quais recursos ela efetivamente dispõe para encontrar uma alternativa de saúde em um cotidiano de violência?

Partindo da compreensão de Cuidado em Saúde Mental no território que considera o contexto psicossocial das pessoas, olhar para a dimensão individual da vulnerabilidade significa perceber que os aspectos considerados não podem dizer respeito somente ao indivíduo visto de modo isolado. Mais do que considerar o comportamento, os motivos, os conhecimentos e práticas, é necessário levar em consideração que as pessoas são sujeitos em relação. Podendo experimentar de modo diferente os processos de vulnerabilidade, estando isso relacionado com os modos que gerenciam seus cotidianos. A vida cotidiana não segue um roteiro pré-estabelecido, ou seja, as práticas serão transformadas a partir da dinâmica que os sujeitos administram as condições materiais e socioculturais que dispõem (AYRES et al., 2009).

Nesse seguimento, após o estágio de docência orientada conheci outros serviços de saúde e a partir da vivência apresentada somada às leituras sobre vulnerabilidade, Cuidado e Saúde Mental, desenvolvi esta pesquisa avaliativa participativa a partir da Avaliação de Quarta Geração, que objetivou avaliar o cuidado em saúde mental em uma Estratégia de Saúde da Família na perspectiva da vulnerabilidade programática.

Concluo esta apresentação situando os leitores sobre o modo como esta Tese se organiza.

Na primeira parte apresento um resgate histórico do conceito de vulnerabilidade, suas diversas aplicações, bem como os modos que este conceito contribui para (re)construir outros olhares para o Cuidado em Saúde Mental.

Na segunda parte apresento os aspectos conceituais e metodológicos da avaliação. Isto é, as três gerações, suas características e o diferencial da Avaliação de Quarta Geração.

Na terceira parte apresentado o percurso teórico-metodológico que guiou o estudo, composto pelo tipo de estudo; Avaliação de Quarta Geração; Enfoque Responsivo; Metodologia Construtivista; Processo Hermenêutico-Dialético; Cenário do Estudo; Participantes do Estudo, o modo como as informações foram geradas, as etapas do trabalho de campo e o método de análise das informações.

Por fim, apresento os resultados e discussão organizados em quatro categorias: Ambiência, recursos materiais e humanos, acesso e comunicação; Cuidado em saúde mental: estratégias e projetos de felicidade; Apoios e desafios programáticos no cuidado em saúde mental; Participação social.

1 INTRODUÇÃO

Nesta tese avaliei o cuidado em saúde mental em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) na perspectiva da dimensão programática da Vulnerabilidade.

O conceito de vulnerabilidade e a noção de cuidado que nortearam este estudo estão fundamentados nas bases teóricas do Quadro da Vulnerabilidade e dos Direitos Humanos (V&DH) (AYRES; PAIVA; FRANÇA JR, 2012; AYRES; PAIVA; BUCHALLA, 2012).

Ayres, Paiva e França Jr (2012)² procuram conhecer os processos que levam as pessoas a estarem vulneráveis em determinadas situações, entendendo que são condicionados de modo subjetivo e objetivo, pelas políticas públicas, pelas questões econômicas, fatores socioculturais, entre outros. Os autores consideram três dimensões para a vulnerabilidade que estão interligadas: a individual, a social e a programática. A individual diz respeito ao grau e à qualidade da informação de que os indivíduos dispõem sobre o problema e como elaboram e utilizam essas informações para transformá-las em práticas de prevenção e proteção. A dimensão social está relacionada à obtenção e elaboração da informação e ao acesso aos meios de comunicação, a escolarização, aos recursos materiais, ao poder de influenciar nas decisões políticas, ao enfrentamento de barreiras sociais, etc. A dimensão programática refere-se às políticas públicas, programas e recursos sociais para o enfrentamento do problema.

Nesta perspectiva o individual deve ser trabalhado como “**intersubjetividade**”, ou seja, como identidade pessoal construída nas interações eu – outro; o social como “**contextos de interação**”, isto é, os espaços de experiência concreta da intersubjetividade, perpassadas pelas normatividades e pelos poderes sociais a partir da organização política, estrutura econômica, cultura, religião e relações de gêneros, raciais, geracionais, etc. O programático, por sua vez deve ser visto como as formas institucionalizadas de interação, representadas pelo conjunto de políticas, serviços e ações organizadas e disponibilizadas de acordo com os processos políticos dos vários contextos sociais, conforme os padrões de “**cidadania**” efetivamente operantes (AYRES; PAIVA; BUCHALLA, 2012, p. 13).

² A construção do referencial da Vulnerabilidade precede as pesquisas e autores brasileiros. A vanguarda foi de autores norte-americanos que estudavam nos Estados Unidos o avanço da pandemia da Aids no mundo (Jonathan Mann, Daniel Tarantola e Thomas Netter). O detalhamento da história do referencial e da contribuição dos autores encontra-se no item 3.1 Vulnerabilidade e cuidado em saúde mental.

Os autores entendem Cuidado³ como as formas de interação entre os usuários e os profissionais da saúde, onde o que deve ser feito e como deve ser feito não se limita a ações pré-determinadas e padronizadas para avaliar as situações de saúde a fim de se alcançar o “**êxito técnico**”. Ao contrário, busca-se qualificar e interpretar as necessidades dos usuários que justifiquem o encontro cuidador, tendo como foco o “**sucesso prático**” (AYRES; PAIVA; BUCHALLA, 2012, p. 15). Isto é, cuidar buscando uma atenção à saúde de base dialógica, que se configure uma experiência de troca, “apoiada nos saberes e valores dos diferentes sujeitos envolvidos e sensível aos significados práticos de suas finalidades e métodos, considerando os sentidos éticos, morais, políticos e afetivos das demandas e intervenções no campo da saúde” (SOUZA; MELLO; AYRES, 2013, p. 1188).

Assim, o Cuidado está intimamente ligado ao princípio da integralidade⁴, pois é por meio da escuta atenta e sensível que considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades e dos saberes compartilhados entre usuários e profissionais que a cada momento se define os recursos necessários para prevenir, tratar e recuperar situações de saúde tidas como obstáculos aos “**projetos de felicidade**” das pessoas, comunidades ou grupos populacionais (AYRES; PAIVA; BUCHALLA, 2012, p. 15).

O projeto de felicidade não diz respeito a um plano de futuro traçado racionalmente que visa atingir um sucesso (AYRES; PAIVA; BUCHALLA, 2012).

Longe disso é entendido como um constante posicionar-se diante de si mesmo e das situações de realizações e frustrações, desejos e receios, liberdade e opressões que nos atravessam. É um acomodar e desacomodar-se interagindo com os contextos e relações que nos cercam no estar vivo (AYRES; PAIVA; BUCHALLA, 2012).

A partir dessa conceituação, é fato para essa leitura de vulnerabilidade que algumas pessoas por diferentes motivos estão em situações de maior vulnerabilidade que outras. Mesmo as pessoas que fazem parte de algum recorte populacional, como baixa renda e baixa escolaridade, por exemplo, para cada uma dessas pessoas haverá “graus” diferentes de vulnerabilidade.

A OMS refere que as pessoas com transtornos mentais apresentam os principais critérios para uma situação de vulnerabilidade. Esses critérios estão relacionados aos seus contextos sociais e econômicos, ao apoio social e as suas condições de vida, incluindo o estigma e a

³ É sugestão dos autores grafar em maiúsculo a palavra “Cuidado” por tratar-se de um quadro conceitual de aspirações reconstrutivas e para diferenciar de sentidos usuais que o definem como um conjunto de procedimentos técnicos (AYRES; PAIVA; BUCHALLA, 2012).

⁴ Princípio da Integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

discriminação, a violência e o abuso, a restrição ao exercício de seus direitos civis e políticos, as restrições para plena participação na sociedade; o acesso reduzido à educação, aos serviços de saúde, de assistência social e de emergência; a falta de oportunidades educativas e a maior probabilidade de morte prematura (OMS, 2010).

Desse modo, o Cuidado em saúde mental no território deve ocorrer na composição de pessoas, famílias e suas relações consigo, com a comunidade, com a equipe e serviços de saúde. Diz respeito à organização e às estratégias de Cuidado em saúde mental com vistas às necessidades das pessoas com transtornos mentais. Sendo expressa através das políticas, programas e serviços de saúde que atuam em consonância aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (MATTA; MOROSINI, 2009). Envolve processos históricos, políticos, sociais e culturais, que refletem as lutas para que “a loucura ocupe outro espaço de circulação que não aquele especializado e segregador” (SOUZA; RIVERA, 2010, p. 127).

Tendo em vista que o Cuidado em saúde mental se constrói a partir de uma perspectiva participativa, sendo resultado da interação e do protagonismo das pessoas envolvidas, ter como foco deste estudo a vulnerabilidade programática é importante. Pois conforme Ayres (2012) a vulnerabilidade programática não se ocupa somente de aspectos técnicos, o que está em questão são os tipos de pactuação social, as articulações políticas, a organização dos serviços que determinam quais ações serão realizadas, por quem, para quem e em que condições.

É necessário refletirmos se os serviços estão atentos aos contextos presentes em seus territórios, bem como se disponibilizam espaços para que as questões trazidas pela comunidade sejam problematizadas. Avaliar o Cuidado em saúde mental em uma ESF na perspectiva da vulnerabilidade programática é buscar responder questões que dizem respeito ao apoio que as pessoas dispõem para terem opções de escolha frente ao acesso aos serviços de saúde e aos aspectos que envolvem a vida, como educação, condição socioeconômica, cultura, entre outros.

“É preciso saber como as políticas e instituições de saúde, educação, bem estar, justiça e cultura atuam como elementos que reduzem, reproduzem ou aumentam as condições de vulnerabilidade dos indivíduos em seus contextos” (AYRES; PAIVA; FRANÇA JR, 2012, p. 86).

Ao longo da história, o Cuidado em saúde mental vem se modificando. A Reforma Psiquiátrica alicerçada no paradigma psicossocial faz uma crítica ao modelo manicomial que isolava e segregava as pessoas. Entendida como um processo envolve questões políticas, culturais que por meio do engajamento dos atores sociais busca uma transformação do imaginário social em relação à doença mental. Assim, acredito que o Cuidado em saúde mental na ESF representa um avanço na consolidação da Reforma Psiquiátrica e do modelo

psicossocial, pois nos aproxima da dimensão individual, social e programática da vulnerabilidade, a partir de uma relação dialética que considera as características individuais de cada pessoa e, também suas relações sociais, bem como o conjunto de condições que possibilitará o enfrentamento das situações de vulnerabilidade.

A articulação da saúde mental com a ESF possibilita a reorientação de serviços e práticas à assistência integral e resolutiva em saúde mental. Essa articulação deve constituir-se, portanto, de modo que possam ser expressas formas de pensar e agir em saúde mental, condizentes com a valorização das pessoas, seu contexto de vida, suas demandas e necessidades (JORGE; DINIZ; LIMA et al., 2015).

Articular a saúde mental com a ESF significa romper com o modelo que vê a loucura como algo a ser removido a qualquer custo. Significa “reintegrá-la como parte da existência, como elementos componentes do patrimônio inalienável do sujeito” (COSTA-ROSA, 2000, p. 155).

Elaborar ações voltadas para o Cuidado em saúde mental que considere a loucura como parte da existência do sujeito demanda identificar os problemas prioritários para as populações em situação de vulnerabilidade e as necessidades específicas de cada grupo social.

Na elaboração dessas ações, é importante que as pessoas com transtornos mentais sejam reconhecidas como um grupo em situação de vulnerabilidade, sendo consultadas em relação a todos os assuntos que as afetam, uma vez que a vulnerabilidade e a capacidade de enfrentamento estão relacionadas (OMS, 2010). Também é necessário levar em conta que as condições e o apoio para cada um realizar esse enfrentamento são singulares, do mesmo modo, não há uma única forma de enfrentar uma mesma situação de vulnerabilidade (GIRONDI et al., 2010). Visto que o componente individual e subjetivo são elementos que particularizam a vulnerabilidade e, por consequência, as ações para reduzi-la.

Considero relevante o investimento no tema da vulnerabilidade no Cuidado em saúde mental, haja vista as três qualidades indissociáveis da vulnerabilidade como conceito.

Nesse sentido, a vulnerabilidade não é binária, ela é multidimensional. Em uma mesma situação estamos vulneráveis a alguns agravos e não a outros. A vulnerabilidade não é unitária, ela não responde a um modelo “sim ou não”. Há gradações. Estamos sempre vulneráveis em diferentes graus. Implica em dimensões e graus que mudam constantemente ao longo do tempo. Assim, as pessoas não são vulneráveis, elas estão vulneráveis sempre em relação a algo específico em certo ponto do tempo e espaço (AYRES, et al., 2009)⁵.

⁵ GOROVITZ (1994 apud AYRES, et al 2009).

Uma vez que o primeiro passo para a superação do modelo manicomial é a desconstrução da relação problema-solução, é preciso perceber que não estamos diante de problemas dados em relação ao qual se formulem soluções racionais (tidas como únicas possíveis) que no caso da psiquiatria é a normalidade plenamente estabelecida. Transformar os modos que as pessoas são cuidadas é considerar seu sofrimento sem que isso seja uma perseguição da solução-cura, mas um conjunto de estratégias que enfrentem as situações de vulnerabilidade através de uma perspectiva crítica das formas de cuidar em saúde mental (ROTELLI, et al., 1990).

Desse modo, é importante que tenhamos pesquisas que proponham reflexões e contextualizações que envolvam a relação entre cuidado-saúde/doença mental e vulnerabilidade.

Percebendo que as demandas relativas à vulnerabilidade perpassam as formas de cuidado em saúde mental, emergiram questionamentos como: Como se constituiu a relação entre saúde mental e o conceito de vulnerabilidade? O que as equipes dos serviços de uma ESF compreendem por vulnerabilidade? Quais são as barreiras sociais enfrentadas pelas pessoas com transtornos mentais no acesso aos serviços de saúde? Em que medida, na saúde mental, é considerado o contexto social das pessoas para as quais as ações são direcionadas? A ESF tem recursos humanos e materiais para criar e executar estratégias para o enfrentamento das situações de vulnerabilidade? Há um espaço de encontro entre a equipe da ESF e as pessoas com transtornos mentais e suas famílias para que possam ser expostas suas necessidades, bem como a problematização e construção de estratégias para uma atenção em saúde mental que contemple as necessidades tanto da equipe como das pessoas com transtornos mentais?

Das reflexões e questionamentos formulei a seguinte questão de pesquisa: *O modo de aplicar recursos e executar as estratégias programáticas voltadas ao cuidado em saúde mental em uma Estratégia de Saúde da Família reduzem, reproduzem ou aumentam as situações de vulnerabilidade aos transtornos mentais?*

Assim, realizei um estudo avaliativo qualitativo baseado nos pressupostos da Avaliação de Quarta Geração de Guba e Lincoln (GUBA; LINCOLN, 2011[1989]), sustentado pela vertente construtivista, utilizando o conceito de vulnerabilidade como eixo avaliador.

A Avaliação de Quarta Geração tem como enfoque organizacional as reivindicações, preocupações e questões dos respondentes, possibilitando um processo responsivo, participativo, formativo e inclusivo, permitindo um espaço de escuta e reflexão acerca do Cuidado em saúde mental na perspectiva do quadro da V&DH (GUBA; LINCOLN, 2011[1989]).

Assim, uma avaliação qualitativa, participativa pode proporcionar a des(construção) de conceitos na medida em que os participantes passam a entender melhor suas próprias construções e a revê-las, para que se tornem mais fundamentadas e esclarecidas do que antes da avaliação (GUBA; LINCOLN, 2011[1989]).

Acredito que este estudo contribui para o melhor entendimento do conceito de vulnerabilidade construindo discursos e práticas que estabeleçam uma nova relação com a saúde mental.

Pesquisas avaliativas participativas e formativas se mostram importantes para a realização dessas contextualizações. Por meio de um processo formativo é possível ao mesmo tempo ampliar e transformar o objeto avaliado. O conhecimento gerado desse tipo de avaliação não se propõe a ser algo que pareça distante dos participantes, pois permite aproximação entre o conhecimento produzido e sua utilização, considerando as influências do momento histórico, o contexto estudado e as necessidades das pessoas envolvidas na delimitação das etapas de seu desenvolvimento. Configurando-se um dispositivo simultaneamente construtor de novos conhecimentos e de subsídio para a elaboração de estratégias para transformação do objeto avaliado (FURTADO, 2005). E, dessa forma fortalece os profissionais da equipe de saúde da Atenção Básica para a construção de estratégias de enfrentamento das situações de vulnerabilidades no Cuidado em saúde mental. Também contribui para o planejamento de ações na busca de um Cuidado integral que leva em consideração valores pluralistas, fugindo de ideologias de tutela das pessoas.

Além disso, possibilita na relação equipe-usuário o redimensionamento de uma racionalidade dita científica, em que não há uma reflexão mais profunda sobre as situações de vulnerabilidade no Cuidado em saúde mental, oportunizando uma conexão com a vida cotidiana, que leve em consideração as oscilações e as escolhas individuais, sem que isso esteja relacionado com afastamento da regra e com a necessidade de normalização (GAMA; CAMPOS; FERRER, 2014). E oportuniza identificar componentes para a avaliação da dimensão programática da vulnerabilidade, como: a disponibilidade do serviço, sua acessibilidade, sua qualidade e sua aceitabilidade (GRUSKIN; TARANTOLA, 2012; AYRES; PAIVA; FRANÇA JR, 2012).

Operar com o conceito de vulnerabilidade permite uma aproximação com o fenômeno do sofrimento mental sem aprisioná-lo em categorias. Ou seja, a partir de uma tendência que não seja modeladora. Isto é, que não esteja ligada a uma tradição de produção de conhecimentos que não reconhece ou não faz autocrítica a respeito do reducionismo que está presente no próprio movimento de construção de categorias e conceitos (AYRES, et al., 2009).

O conceito de vulnerabilidade permite uma aproximação do modo mais complexo do fenômeno do sofrimento mental e suas relações, no sentido de realizar composições com a diversidade das relações existentes entre ele, levando em conta a dimensão da singularidade, da subjetividade e da experiência concreta (AYRES, et al., 2009).

Com base nessa construção teórica, sustento a seguinte **tese**: a dimensão programática da vulnerabilidade enquanto eixo avaliativo do cuidado em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família promove a integralidade do cuidado.

Portanto, o **objeto do estudo** compôs-se da *avaliação do cuidado em saúde mental em uma Estratégia de Saúde da Família na perspectiva da dimensão programática da vulnerabilidade*.

2 OBJETIVOS

A seguir serão apresentados os objetivos deste estudo.

2.2 Objetivo geral

Avaliar o cuidado em saúde mental em uma Estratégia de Saúde da Família na perspectiva da vulnerabilidade programática.

2.3 Objetivos específicos

O presente estudo tem os seguintes objetivos específicos:

- I. Desenvolver um processo avaliativo, participativo e formativo em uma Estratégia de Saúde da Família, possibilitando uma compreensão crítica-reflexiva sobre o cuidado em saúde mental na perspectiva da dimensão programática da vulnerabilidade.
- II. Identificar a disponibilidade, acessibilidade, qualidade e aceitabilidade de uma Estratégia de Saúde da Família no cuidado em saúde mental.

3 CONSTRUINDO O OBJETO DE INVESTIGAÇÃO

Conforme apresentado anteriormente, este estudo consiste numa avaliação do Cuidado em saúde mental em uma ESF na perspectiva da vulnerabilidade programática.

A fim de um aprofundamento do objeto de pesquisa, considero oportuno apresentar o resgate histórico do conceito de vulnerabilidade, bem como os modos que o quadro teórico da Vulnerabilidade e Direitos Humanos pode nos ajudar a (re)construir outros olhares para o Cuidado em saúde mental.

3.1 Vulnerabilidade e cuidado em saúde mental

A problematização de um conceito pode ser realizada a partir de seus usos e dos modos como se referem aos objetos de estudos. Um importante exercício teórico para a saúde é a discussão dos conceitos nos quais se ancora sua práxis. Isso proporciona à pesquisadora e às pessoas que acessam e desfrutam da pesquisa e dos seus resultados um suporte para discussões sobre seu conteúdo, alcances e limites. Além disso, fortalece a potencialidade teórica e prática do conceito e diálogos entre as diferentes áreas do conhecimento (OVIEDO; CZERESNIA, 2015).

O conceito de vulnerabilidade é polissêmico e está inserido na construção de problemas vinculados a diversas áreas e temas, como saúde pública, saúde ambiental, saúde mental, envelhecimento, doenças infecciosas e crônicas, estágios críticos de fragilidade na clínica, reflexões sobre bioética, etc. Podendo assumir diferentes sentidos de acordo com os contextos em que é enunciado, apresentando alta capacidade heurística e aplicação diferenciada (OVIEDO; CZERESNIA, 2015).

A palavra “vulnerabilidade” deriva do Latin – vulnerabilis “o que pode ser ferido ou atacado”, de vulnerare, “ferir”, “provocar um dano, uma injúria” de vulnus (eris), “ferida, lesão”, possivelmente de vellere, “rasgar, romper”. Por meio desta construção etimológica conceitual, originária e radical, a Vulnerabilidade é definida como susceptibilidade de ser ferido (NEVES, 2006).

O termo está definido no Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa Michaelis (2017) como: “qualidade ou estado do que é vulnerável, ou seja, suscetível de ser ferido ou atingido por uma doença. Característica de algo que é sujeito a críticas por apresentar falhas ou incoerências; Fragilidade”. Conforme o dicionário Houaiss (2009), vulnerável é aquele que pode ser fisicamente ferido, sujeito a ser atacado, derrotado, prejudicado ou ofendido. No

dicionário da língua inglesa Cambridge (2013), a definição se aproxima da brasileira: “capaz de ser facilmente fisicamente, emocional ou mentalmente machucado, influenciado ou atacado”.

Seguindo essa linha de pensamento, nas bases de dados da Bireme no ano de 2013, o descritor Vulnerabilidade/Vulnerability foi substituído por Vulnerabilidade a Desastres/Disaster Vulnerability (BIREME, 2013). Apresentando as seguintes definições: 1) Relação existente entre a intensidade do dano resultante e a magnitude de uma ameaça, evento adverso ou acidente; 2) Probabilidade de uma determinada comunidade ou área geográfica ser afetada por uma ameaça ou risco potencial de desastre, estabelecida a partir de estudos técnicos. (Material III - Ministério da Ação Social, 1992). Grau de perda (de 0 a 100 por cento) como resultado de um fenômeno potencialmente danoso. Ainda, para o *National Center for Biotechnology Information* (NCBI), “vulneráveis” são considerados os grupos de pessoas que a possibilidade de escolha é severamente limitada, sujeitas frequentemente à coerção em sua decisão.

Utilizado há mais tempo em outras áreas como ciências jurídicas, informática, ciências econômicas, geografia, geologia, etc. É empregado para designar objetos e situações diversas. Por exemplo, na economia vulnerabilidade significa instabilidade, crises, volatilidade de preços. Fazendo referência a situações que alteram o curso organizado de eventos pré-estabelecidos (OVIEDO; CZERESNIA, 2015).

No campo da saúde as pesquisas apresentam diferentes significados para o conceito de vulnerabilidade, dependendo do modo que abordam seus objetos de estudo.

Oviedo e Czeresnia (2015) ao realizarem uma revisão sistemática identificaram que estudar determinantes globais, como gênero, etnia e classe a partir de uma perspectiva causal e desigual das vulnerabilidades, gera descrições mecanicistas pautadas no dualismo indivíduo-estrutura, contribuindo para instrumentalizar a criar políticas interessadas na racionalização de investimentos.

Do mesmo modo, para os autores, temas relativos às condições de vida, tais como renda, moradia, nível educacional e iniquidades ao serem simplificados em uma linha de causalidade, ofuscam os processos que conduzem a uma situação de vulnerabilidade. Bem como as formas de os indivíduos e grupos enfrentarem situações de vulnerabilidade (OVIEDO; CZERESNIA, 2015).

A bioética, faz uso das noções de “vulnerabilidade” e “vulnerável”, tendo como base a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Unesco. Esta destaca a consideração pela vulnerabilidade humana e a proteção e respeito à integridade pessoal de

indivíduos e grupos vulneráveis na aplicação e no avanço do conhecimento científico, prática médica e associada a tecnologias (UNESCO, 2005).

No contexto da bioética, entre as questões que envolvem as discussões sobre vulnerabilidade, encontram-se problematizações referentes à autonomia de pessoas consideradas vulneráveis.

Conforme Almeida (2010), os indivíduos vulneráveis podem ter sua autonomia reduzida, mas a vulnerabilidade e a redução da autonomia não estariam necessariamente associadas.

Para a autora a noção de vulnerabilidade é entendida como capacidade ou liberdade limitada e atribuída a determinados grupos que “por alguma circunstância física, psíquica ou social (incluindo também o aspecto econômico) podem ser considerados vulneráveis, sendo importante a exigência ética de sua defesa” (ALMEIDA, 2010, p. 537). Isto teria relação direta com o entendimento de que esses indivíduos necessitam de proteção. Uma vez que “a exigência de proteção aos indivíduos vulneráveis, aplica-se a pessoas incapazes de exercer sua liberdade, por contingências físicas, naturais e a grupos incapazes por razões sociais e políticas” (ALMEIDA, 2010, p. 537).

Entretanto, a perda da autonomia é apresentada como um fenômeno que pode ser reversível, isto é, nem sempre a vulnerabilidade está associada a perda de autonomia.

A vulnerabilidade e a redução da autonomia são fenômenos que podem estar ou não associados, pois a perda de autonomia pode ser reversível e indivíduos vulneráveis poderão ser autônomos. A autonomia pode ser encarada como um conceito ético e individual, enquanto a vulnerabilidade poderá pressupor o estabelecimento de relações desiguais entre indivíduos ou grupos, se encarada num sentido adjetivante. Tal desigualdade pode se estabelecer por razões sociais, culturais, educacionais, econômicas ou sanitárias. (ALMEIRA, 2010, p. 539).

Segundo Neves (2006), autonomia e vulnerabilidade estariam articuladas, a partir do sentido que respeitar a autonomia do outro não se restringe a situações de não invasão da autonomia. Mais que isso, estabelece ofertar apoio para que as pessoas possam enfrentar as insuficiências e construir essa mesma autonomia.

Assim, ter autonomia não significa não precisar de apoio e proteção.

Nesse campo, a vulnerabilidade também vem sendo trabalhada como princípio ético, considerando-a para além de um sentido adjetivo e preciso, um sentido formal, substantivo, próprio a todo ser humano. Tendo como base o entendimento de que não existem pessoas invulneráveis. A vulnerabilidade está presente em todo indivíduo e nas diversas fases de sua vida (ALMEIDA, 2010).

A Enfermagem também é um campo importante para estudos de Vulnerabilidade e reflexões sobre a potencialidade deste conceito. Pois tem seu foco voltado para o cuidado a partir das necessidades das pessoas. Entretanto, há ambiguidades na utilização do conceito de Vulnerabilidade pela enfermagem em virtude de não apresentar um consenso sobre o seu significado e utilização (NICHATA et al., 2008).

Assim, um estudo apontou que o termo “vulnerável” é utilizado para identificar pessoas que se encontram com alguma deficiência ou estão expostas a agravos, apresentando uma tendência a focar na dimensão individual. Sendo poucas as discussões que tratam das relações sociais (NICHATA et al., 2008).

O estudo mostrou que são considerados vulneráveis, os adolescentes, as mulheres, as pessoas com deficiência e grupos vivendo em exclusão social. Grupos compostos por jovens e idosos, mulheres, minorias raciais, pessoas com pouco suporte social, pouco ou nenhum acesso à educação, baixa renda e desempregados são considerados mais vulneráveis ao adoecimento e a morte. Ainda, as discussões referentes às questões sociais se mostraram pouco críticas. Pois, fenômenos sociais, tais como: a violência, as questões de gênero e a influência do discurso midiático na cultura são abordados com enfoque na descrição dos fenômenos e suporte social não sendo realizado um aprofundamento sobre a sua produção articulada com as políticas e serviços de saúde (NICHATA et al., 2008).

Uma possível justificativa para o enfoque na dimensão individual poderia ser devido às pesquisas em enfermagem na América do Norte utilizarem métodos como a fenomenologia e o interacionismo simbólico. Abordagens epistemológicas que privilegiam o enfoque no indivíduo. Enquanto que as pesquisas na América Latina por influência de base teórica marxista tendem a focar as questões sociais de modo crítico (GASTALDO, 2002).

Também, há deslocamentos do foco no indivíduo. Visto que os resultados de outra pesquisa apontou que a Enfermagem utiliza o conceito de Vulnerabilidade tendo como foco a dimensão individual. Porém, o conceito também é associado aos condicionantes do adoecimento de indivíduos e populações para além do individual. Este enfoque está presente em estudos relativos às áreas de DST/AIDS, saúde da criança, saúde coletiva, prática profissional de enfermagem, família, saúde do idoso, controle da tuberculose, pesquisa em enfermagem, saúde da mulher, violência e doenças crônicas (SILVA, et al., 2014).

Seguindo a construção do objeto de estudo, descrevo a seguir **a história do conceito de vulnerabilidade** que norteou esta pesquisa.

Entre os anos de 1981 e 1984⁶, uma nova doença passa a chamar a atenção dos serviços de assistência e dos centros de investigações epidemiológicas, principalmente nos Estados Unidos e na França. Desse modo, passou-se a buscar explicações por meio de instrumental epidemiológico. Os estudos neste período contribuíram na medida em que passaram a buscar ativamente os **fatores de risco** da doença que se apresentava. Dessa procura pelos fatores de risco, buscaram-se características das pessoas acometidas que pudessem aprimorar essas explicações. Ocorre então, um deslocamento discursivo para o que se denominou **grupo de risco**. A noção de grupo de risco foi difundida amplamente, especialmente pelos meios de comunicação. E, os estudos que identificavam os riscos, não os analisavam como probabilidade, em consequência “grupo de risco” passou de uma categoria abstrata para uma identidade concreta, uma identidade social (AYRES et al, 2009 (AYRES; PAIVA E FRANÇA JR, 2012).

Os grupos de risco à época denominados quatro Hs (*homossexuals, hemophiliacs, haitians e heroinadicts*) foram nos Estados Unidos os primeiros alvos das poucas, ineficazes e equivocadas estratégias de prevenção que identificava os grupos mais afetados, mas apresentavam pouca informação acerca do significado da distribuição dos casos. Nesse cenário, em torno dos grupos de risco, as estratégias com base em conceitos como abstinência e isolamento determinaram que as pessoas que pertenciam a este grupo não deveriam ter relações sexuais, doar sangue e usar drogas injetáveis. Essas estratégias resultaram em êxitos técnicos mínimos e na produção de estigma, preconceito e discriminação. Nesse contexto, a opinião pública contribuiu estendendo o isolamento das pessoas pertencentes aos grupos de risco para aspectos da vida social e em consequência disso o que se via era o afastamento do trabalho, da escola, da família, dos serviços de saúde, etc (AYRES et al., 2009 (AYRES; PAIVA E FRANÇA JR, 2012).

O marco final dessa etapa foi o isolamento laboratorial do HIV em 1983 pelo cientista francês Luc Montagnier e pelo americano Robert Gallo. O isolamento do vírus, associado ao contexto social que na época já se modificava, abriram nossas possibilidades e estratégias para o enfrentamento da epidemia.

No período de 1985 e 1988, a Aids apresentou um caráter pandêmico e as fronteiras delimitadas pelos conceitos de fator de risco e grupo de risco já não eram uma realidade. Com o agente etiológico isolado e seu caráter transmissível comprovado, não era possível delimitar áreas geográficas, sexo ou orientação sexual específica para contrair a doença. Assim, o conceito de grupo de risco passa a sofrer críticas tanto pelas inadequações que o próprio

⁶ Os cortes temporais apresentados neste capítulo são uma adaptação de Ayres e colaboradores da periodização elaborada por Mann & Tarantola (1996).

contexto demonstrava, quanto por movimentos e grupos que sofreram fortes ataques de preconceito e estigmatização, como por exemplo, o movimento gay norte americano (AYRES et al., 2009).

Com esse cenário há um deslocamento nas práticas que passam a ter como foco estratégias de redução de risco, baseadas na informação, testagem e aconselhamento, controle de bancos de sangue, orientações para outras práticas de “sexo mais seguro” e estratégias de redução de danos para os usuários de drogas injetáveis. A redução de danos neste período gerou e contemporaneamente gera polêmicas devido à distribuição e trocas de seringas estarem ligadas a um suposto estímulo ao consumo de drogas (AYRES et al., 2009).

Por meio dessas mudanças e com os estudos de base epidemiológica o conceito-chave passa a ser o de **comportamento de risco**. A busca agora era pela identificação das práticas que expunham as pessoas ao HIV. Como vantagens esse conceito proporcionou a universalização das estratégias e a minimização do estigma frente aos grupos nos quais a Aids foi inicialmente detectada, estimulando de modo ativo o envolvimento de cada indivíduo na prevenção. Em contrapartida, ao responsabilizar exclusivamente os indivíduos pelas mudanças de seus comportamentos, as consequências são atitudes de culpabilização. Ou seja, a responsabilidade por contrair o vírus é do indivíduo por supostamente ter falhado ao não engajar-se a um comportamento seguro (AYRES et al., 2009; AYRES; PAIVA; FRANÇA JR, 2012).

As vozes críticas à culpabilização do indivíduo que acarreta o conceito de comportamento de risco partem mais uma vez dos movimentos sociais.

Desta vez o protagonismo é do movimento pelos direitos das mulheres e dos homossexuais, que trazem para a cena a noção de *empowerment* (em português se aproxima de empoderamento) (AYRES et al, 2009).

“*Empowerment*, trata da ideia de que é preciso que os indivíduos tenham poder para transformar as diversas situações que restringem ou ameaçam sua saúde, o que remete a questões como direitos de cidadania, apoio jurídico, autoestima, suporte social, etc” (AYRES; PAIVA; FRANÇA JR, 2012, p. 76).

O fim dos anos de 1980 marca a passagem para a próxima fase. Nessa etapa a Aids é uma realidade mundial, chegando de modo arrasador no continente africano e asiático. Na África atingia em maior proporção mulheres e heterossexuais. Também, há uma tendência a pauperização, afetando rapidamente os países mais pobres. Nas grandes cidades atinge as periferias, mesmo entre nações ricas. Notam-se, também avanços como as técnicas de contagem viral, a terapêutica através do chamado “coquetel”, entre outras. Apesar disso, os avanços

tecnológicos e científicos não eram suficientes para o controle total da epidemia, que ao contrário continuava se expandindo principalmente nos países mais pobres. Em consequência disso pode ser observada uma naturalização deste cenário. Isto é, uma convivência paciente com o problema por parte das altas instâncias governamentais, bem como o descaso dos formuladores de políticas públicas e um “esfriamento” das reações sociais (AYRES et al, 2009).

A partir desse contexto começavam a ganhar forças aqueles que defendiam estratégias de prevenção que não fossem restritas ao risco individual por meio da lógica de culpabilização. Surgiram questionamentos: “como lidar com as diferenças de poder social e acesso ao preservativo? Como uma mulher pode portar e propor o uso do preservativo em sociedades machistas, nas quais deve ser casta, ignorante sobre o sexo e passiva?” (AYRES; PAIVA; FRANÇA JR, 2012, p. 80).

As reivindicações e inquietações apontavam que as estratégias deveriam ser de âmbito social e estrutural para compreender as implicações éticas e políticas por trás dos diversos comportamentos considerados de risco.

Assim, o conceito de **Vulnerabilidade**⁷ emergiu no final do século XX. O interesse por esse conceito desde os anos 90 tem sido apresentado especialmente em cenários marcados pela desigualdade social e grave situações de saúde pública. Além disso, referenciais teóricos que proporcionam uma reflexão crítica e interpretações das diversas realidades por meio da interconexão entre as diferentes redes discursivas e entre o meio acadêmico e os movimentos sociais têm se interessado por estudos na perspectiva da Vulnerabilidade e Direitos Humanos (AYRES, 2014).

Considero oportuno destacar que o Brasil foi um dos países onde o conceito mais fortemente emergiu. Resultante da resposta brasileira à epidemia da Aids, o conceito de Vulnerabilidade contribuiu para o desenvolvimento de outros modos de pensar as ações de saúde. Esses deslocamentos se assemelham aos resultados do movimento da Reforma Sanitária brasileira. Ao tencionar os modos de fazer saúde, colocando em evidência determinantes sociais como a condição econômica, fatores culturais, étnicos/raciais e psíquicos esse conceito tem sido disseminado e influencia diversos pesquisadores e movimentos sociais (AYRES et al, 2009).

Como já apresentado anteriormente, a construção do conceito de Vulnerabilidade deu seus primeiros passos nos anos 80 concomitante à pandemia da Aids. Contudo, passou a ser conhecido a partir da publicação nos Estados Unidos, em 1992, do livro *Aids in the World* (Aids

⁷ A partir daqui neste capítulo utilizarei o termo Vulnerabilidade com inicial maiúscula para destacar que diante de uma construção de aspirações construtivistas, desejo diferenciá-lo dos sentidos mais usuais de uma característica.

no mundo) (MANN; TARANTOLA; NETTER, 1992), resultante da conferência denominada Coalizão Global de Políticas contra a Aids sediada na Universidade de Harvard e pioneira do atual Unaid (Programa das Nações Unidas para a Aids). Esse livro foi fundamentado por meio de uma construção conjunta de ativistas, cientistas, profissionais da saúde, gestores e formuladores de políticas de diversas partes do mundo, interessados em monitorar a evolução da doença e analisar criticamente a resposta global (AYRES, 2014). O livro caracterizou-se como uma coletânea de trabalhos editada por Jonathan Mann, Daniel Tarantola e Thomas Netter.

Nesse sentido, o livro foi vanguardista ao apresentar uma análise mundial da doença tendo como base a Vulnerabilidade através da sistematização de procedimentos para avaliar a exposição à infecção pelo HIV partindo do aspecto comportamental e dos fatores de risco, na busca de uma explicação de motivos dessa exposição, mas com o olhar direcionado para fatores sociais e para o acesso aos serviços e recursos que poderiam refletir o risco de exposição. Visando a orientação de políticas públicas e prevenção.

Inicialmente pensando nesses fatores, o conceito trabalhado foi o de **vulnerabilidade coletiva**. Esta era estabelecida através de uma escala que classificava os níveis de Vulnerabilidade de diversos países em alta, média e baixa. Apesar das críticas sofridas, a escala mostrou uma abertura para outras compreensões, tendo em vista que considerava o problema numa perspectiva macroestrutural, saindo das análises que tinham como prioritários os conceitos de grupo de risco e comportamento de risco. Em 1993, o livro *Aids in the World* (Aids no mundo) foi parcialmente reeditado no Brasil, organizado por Richard Parker, Jane Galvão e José Stalin Pedrosa, em conjunto com a Associação Brasileira Interdisciplinar da Aids (ABIA) e o Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Esse pode ser considerado um marco na epidemia da Aids no Brasil, pois cria condições de possibilidades para a emergência da Vulnerabilidade como referência conceitual (MANN; TARANTOLA; NETTER, 1993; AYRES, 2014).

O *Aids in the World II* (Aids no mundo II) foi publicado em 1996. Este contou com uma seção dedicada à Vulnerabilidade, intitulado “Dá epidemiologia, à vulnerabilidade, aos direitos humanos” (MANN; TARANTOLA, 1996).

O diferencial dessa seção foi o abandono do uso das escalas e a diferenciação entre Vulnerabilidade coletiva e individual, foi substituída por três planos articulados entre si: Vulnerabilidade individual, social e programática. Neste momento o grande destaque foi o diálogo com os direitos humanos até então não considerado como elemento constitutivo das análises de Vulnerabilidade (AYRES, 2014).

Entre os aspectos propostos pelo conceito de Vulnerabilidade está o fato que uma doença por si só não pode ser considerada um problema na vida de uma pessoa. Qualquer doença quando já instalada é uma realidade a ser enfrentada, não se trata aqui de querer negar isso. A discussão está para além da circunstância de estar doente. Implica o processo que leva uma pessoa a adoecer e como isso será vivenciado. Depende de um conjunto de condições para a redução das iniquidades e garantia de direitos humanos. Também, dos modos como isso será significado pelo sujeito, do seu contexto sociopolítico e cultural, do acesso aos serviços de saúde, da qualidade das informações recebidas, dos recursos disponibilizados, das redes sociais de apoio tanto formais (contato com profissionais da saúde e outras instâncias), quanto informais (vínculos com família, amigos, vizinhos, colegas de trabalho, comunidade, etc) os quais as pessoas têm acesso e interagem. Ademais é necessário dar ênfase as responsabilidades que cabem às esferas governamentais e as políticas públicas de saúde como parte importante e determinante na constituição dos contextos sociais.

Cabe destacar que não há um único e verdadeiro modo de estabelecer as suscetibilidades para uma situação de agravo à saúde. Isso irá depender de qual perspectiva a leitura será realizada, de quem realizará, dos recursos científicos e tecnológicos disponíveis, da perspectiva teórica e os princípios ético-políticos nos quais serão fundamentados (AYRES; PAIVA; FRANÇA JR, 2012).

O conceito de Vulnerabilidade nos mostra que não há uma História Natural da Doença. Quer dizer que não há como descrever uma progressão ininterrupta de uma doença em um indivíduo desde o momento da exposição aos agentes causais até a recuperação ou a morte. O que se tem é uma História Social da Doença, “não só porque são sociais e históricos os conteúdos dessa História, mas porque social e histórica é também a forma de contá-la” (AYRES; PAIVA; FRANÇA JR, 2012, p. 81).

Isto posto, assumir o conceito de Vulnerabilidade é partir de uma perspectiva que oportunize condições de tratamento às pessoas com transtornos mentais, tendo como foco suas necessidades. É Cuidar de um modo que as pessoas saibam que não estão sós.

Outro aspecto a ser considerado quando se trabalha com o conceito de Vulnerabilidade é que a noção de risco nem sempre é diferenciada da noção de Vulnerabilidade. Inclusive, sendo utilizadas como sinônimos.

Ayres (2009) traz de modo crítico porque não devemos utilizar risco e Vulnerabilidade como sinônimos. Segundo o autor, Vulnerabilidade é um conceito emergente, em construção e como tal exige um cuidado no uso de sua terminologia para que não se perca o seu potencial. O que não se quer é que “Vulnerabilidade” seja confundida com uma expressão “politicamente

correta” com conotação pejorativa. Como conceito que aspira sua consolidação deve ser trabalhado nas áreas de conhecimento de modo que sejam construídos consensos “com base na consistência lógica, coerência empírica e na evidência prática de uma relação partes-todo” (AYRES, 2009, p.132).

É possível dizer que esses conceitos apresentam uma relação histórica. Entretanto é equivocado apresentá-los como sinônimos.

O conceito de risco apresenta uma identidade consolidada, sendo o foco dos estudos epidemiológicos. Estes trabalham com a relação característica/grau de exposição. Apresentam como objetivo identificar nos indivíduos características que os expõem a maior ou menor grau de risco de ter um determinado comprometimento a saúde de ordem física, psicológica e/ou social. São calculadas as chances de determinado grupo populacional adoecer ou morrer (AYRES et al., 2006).

O conceito de risco tem um caráter analítico. Tenta identificar as relações entre eventos com o intuito de estabelecer a probabilidade de ocorrência de um determinado fenômeno. Tendo como foco expressar as chances matemáticas de um indivíduo adoecer, desde que ele apresente determinadas características (traços identitários) que aumentam ou diminuem as chances para o adoecimento (AYRES et al., 2009). O risco epidemiológico pode ser definido como a probabilidade de ocorrência de um determinado evento relacionado à saúde, estimado a partir do que ocorreu no passado recente (LUIZI; COHN, 2006).

De um modo prático quando um indivíduo de qualquer grupo é exposto a determinado agravo, o risco é a probabilidade desse indivíduo pertencer a outro grupo. O grupo dos que já foram expostos e estão acometidos pelo agravo.

Esta probabilidade é estabelecida através da utilização de instrumentos teóricos que vão identificar as associações entre eventos ou condições, patológicos ou não. Ou seja, por meio de estudos analíticos realizam-se avaliações de associações para realizar inferências sobre a relação causa/efeito. Isola-se o fenômeno associando as variáveis dependentes e independentes, através de um controle rigoroso que minimiza as chances de viés (AYRES et al., 2009; (AYRES et al., 2006).

O conceito de Vulnerabilidade apresenta características diferentes do conceito de risco. Enquanto o risco está ligado à probabilidade, a Vulnerabilidade procura expressar “os “potenciais” de adoecimento e não adoecimento, relacionados a todo e cada um dos indivíduos que viva em certo conjunto de condições” (AYRES et al., 2009, p.132).

O conceito de Vulnerabilidade tem um caráter não probabilístico e busca identificar elementos relacionados ao processo que leva um indivíduo ao adoecimento em situações mais

concretas e particulares, como resultado de uma série de aspectos individuais, contextuais e relacionado à eficácia de políticas, programas e serviços de saúde. Tendo interesse em compreender as relações e mediações que possibilitaram estas situações num movimento de síntese (AYRES et al., 2009; GAMA, CAMPOS, FERRER, 2014).

Significa envolver todos os fenômenos que são excluídos das análises de risco por não apresentarem um padrão, determinadas características exigidas pelos parâmetros epidemiológicos e estatísticos. O movimento de síntese traz elementos abstratos associados e que podem estar relacionados com os processos de adoecimento para discussões e construções teóricas, onde as relações entre esses fenômenos sejam o objeto do conhecimento sobre Vulnerabilidade. Ou seja, os fenômenos que não apresentam um padrão, características pré-estabelecidas, o não permanente, múltiplas causas, interferências, o não constante são os objetos de estudo das análises de Vulnerabilidade (AYRES et al., 2009; GAMA, CAMPOS, FERRER, 2014; NICHIATA et al., 2008).

Desse modo, a Vulnerabilidade apresenta um caráter interdisciplinar, envolvendo questões ligadas à saúde, sociologia, economia, questões de gênero, desigualdades sociais, identidade social, ao ciclo de vida, entre outros. Considerando que estar doente, mais do que envolver determinados comportamentos individuais, envolve questões relacionadas à vida, as coletividades, ao contexto psicossocial e cultural. É em relação a essas questões que os indivíduos poderão apresentar maiores ou menores recursos para o enfrentamento das situações de vulnerabilidade.

Considerando que o caminho que leva o indivíduo a adoecer é determinado por um conjunto de condições, dentre as quais o comportamento é apenas uma, não há como pensar intervenções voltadas somente para o indivíduo, sem dar conta das situações que interferem em seus comportamentos privados e sem acessar os elementos externos - políticos, econômicos, culturais e de oferta de serviços de saúde - que podem apoiar e direcionar as pessoas numa perspectiva de maior ou menor autoproteção (NICHIATA et al., 2008, p. 132).

Aspirações teóricas que tenham como foco a Vulnerabilidade devem levar em conta as susceptibilidades das pessoas a determinadas situações ou agravos, considerando a relação entre as questões singulares (micro), para entender o todo (macro). A partir dos contextos, das vivências, das dimensões objetivas e subjetivas que compõem um sujeito será possível analisar o todo e intervir sobre as susceptibilidades.

Do processo previamente descrito, no Brasil desenvolveu-se o que se denominou Quadro da Vulnerabilidade e Direitos Humanos (V&DH), tendo entre seus influenciadores o educador, pedagogo e filósofo brasileiro Paulo Freire (AYRES; PAIVA; BUCHALLA, 2012).

Figura 1 - Quadro da vulnerabilidade e direitos humanos: dimensões individual, social e programática

INDIVIDUAL	SOCIAL	PROGRAMÁTICA
Reconhecimento da pessoa como sujeito de direito, dinamicamente em suas cenas	Análise das relações sociais, dos marcos da organização e da cidadania e cenário cultural	Análise de quanto e como governos respeitam, protegem e promovem o direito à saúde
Corpo e estado de saúde Trajetória pessoal Recursos pessoais Nível de Conhecimento Escolaridade Acesso à informação Relações familiares Redes de amizade Relações afetivo-sexuais Relações profissionais Rede de apoio social Subjetividade Intersubjetiva Valores (em conflito?) Crenças (em conflito?) Desejos (em conflito?) Atitudes em cena Gestos em cena Falas em cena Interesses em cena Momento emocional	Liberdades Mobilização e participação Instituições e poderes Relações de gênero Relações raciais e étnicas Relações entre gerações Processos de estigmatização Proteção ou discriminação sistemática de direitos Acesso a: emprego/salário saúde integral educação/prevenção justiça cultura lazer/esporte mídia/internet	Elaboração de políticas específicas Aceitabilidade Sustentabilidade Articulação multisetorial Governabilidade Organização do setor de saúde e dos serviços com qualidade Acesso e Equidade Integralidade Integração entre prevenção, promoção e assistência Equipes multidisciplinares/enfoques interdisciplinares Preparo tecnocientífico dos profissionais e equipes Compromisso e responsabilidade dos profissionais

Fonte: Ayres; Paiva; França Jr. (2012).

A partir da perspectiva conceitual do Quadro da V&DH, teoria e prática são dois aspectos inseparáveis, pois as construções teóricas sempre partem de experiências e se referem a essas experiências. E, toda prática guarda relações com conceitos, teorias, paradigmas, que são constitutivos dos modos das pessoas estarem no mundo e das formas de compreendê-lo. Dessa maneira, de acordo com esse quadro conceitual, uma construção teórica é sempre uma prática (AYRES, 2014).

Além disso, o Quadro da V&DH trabalha com os significados dos diferentes aspectos individuais, sociais e programáticos que levam os indivíduos a estarem expostos a situações de vulnerabilidade. Contudo, por mais amplo que seja um estudo é impossível que se consiga entender completamente todos os aspectos de uma situação de vulnerabilidade em todas suas dimensões analíticas. O que se busca é um posicionamento privilegiado, uma construção capaz de elucidar o significado dos fenômenos que nos interessam (AYRES, 2014).

Assim, Ayres (2014) afirma que os estudos de Vulnerabilidade elegem sempre uma de suas dimensões analíticas, seja a individual, a social ou a programática como perspectiva privilegiada para a construção de sentidos sobre o fenômeno estudado e suas relações. Isso não significa isolar uma dimensão das demais. Devem-se levar em conta os aspectos das outras dimensões. Como exemplo o autor cita a dimensão social que nos embasa para apreender os aspectos sociais que são condicionantes das vulnerabilidades individuais, tais como as relações econômicas, as relações de gênero, as relações raciais, as relações entre gerações, as crenças religiosas, a pobreza, a exclusão social e os modos de inclusão que reforçam as desigualdades.

A dimensão programática da Vulnerabilidade busca identificar os recursos e estratégias para o enfrentamento dessas questões.

Gruskin e Tarantola (2012) e Ayres, Paiva e França Jr (2012) descrevem, quatro componentes devem ser considerados para o exame crítico da vulnerabilidade programática:

1. Disponibilidade do serviço: o serviço deve funcionar de modo que suas instalações, a equipe, a atenção em saúde, bem como os programas devem existir em quantidade suficiente para dar conta dos determinantes sociais da saúde, como fatores sociais e econômicos, água potável, instalações sanitárias seguras, educação, cultura, questões étnico/raciais, etc.
2. Acessibilidade do serviço: o serviço deve ser acessível a todos sem discriminação dentro dos parâmetros da lei. Devem ser fisicamente acessível, isto é, que esteja ao alcance de todos, sem discriminação de gênero, étnico/racial, condição socioeconômica, comunidade de origem, distância entre o local de moradia e área urbana e outras formas reconhecidas de discriminação. Devem disponibilizar informações completas aos usuários, possibilitando que tanto a equipe, quanto o usuário possa avaliar as ações realizadas, revê-las e repensá-las.
3. Qualidade do serviço: a atenção em saúde deve contar com profissionais qualificados e remunerados de modo justo. Devem possuir recursos e equipamentos de qualidade para o desenvolvimento do trabalho, além de adequadas condições sanitárias e de segurança, garantindo o acesso à saúde dos grupos vulneráveis. Além disso, é necessário que haja transparência na execução e responsabilização das ações da gestão.
4. Aceitabilidade do serviço: o serviço deve respeitar a ética profissional, bem como os valores e a tradição cultural dos usuários.

No contexto brasileiro, o conceito de Vulnerabilidade emergiu junto com questões relacionadas ao campo da política e, que estavam imbricadas com a construção do SUS. Por isso, acredito ser indispensável falar como os princípios norteadores SUS dialogam com as questões relativas à Vulnerabilidade no Cuidado em saúde mental. Fundamentados em Ayres (2014), os parágrafos a seguir tem o propósito de demonstrar esse diálogo.

O princípio da universalidade diz respeito ao direito de acesso de todo cidadão aos serviços e bens de saúde, fundamentais para minimizar todo e qualquer tipo de preconceito. Porém, se não forem avaliadas as diferentes formas e graus de necessidades de uma população e a atenção oferecida de acordo com essas necessidades, a universalidade poderá ser reprodutora de desigualdades e em consequência negadora de cidadania.

Nesse sentido, é fundamental a articulação do princípio da universalidade com o de equidade. Porque, é a equidade que aponta que os serviços e bens de saúde devem ser providos aos cidadãos conforme as necessidades específicas de cada pessoa, família, comunidade ou grupos sociais particulares. Ao não realizar essa relação, corre-se o risco de se identificar de maneira leviana as desigualdades e discriminações que estão na base das diversas situações de vulnerabilidade no Cuidado em saúde mental, reduzindo as potencialidades para enfrentá-las (AYRES, 2014).

Para ser possível interferir nos impactos das situações de vulnerabilidade no Cuidado em saúde mental, é preciso saber “o que” e “como” realizar ações nesse âmbito para responder às necessidades de cada pessoa, família e comunidade. Desse modo, o princípio da integralidade está relacionado ao desenvolvimento de estratégias tecnoassistenciais que direcionem seus olhares para a diversidade das necessidades de saúde. Assim como para os recursos, a fim de suprir essas necessidades adequadamente. Cuidado em saúde mental integral, não significa ofertar um “pacote completo” de ações para uma saúde mental completa, pois as pessoas pertencem a diversos contextos que se modificam constantemente. Com tal característica, a integralidade propõe a articulação de estratégias na atenção em saúde, conforme a singularidade de cada pessoa e família em seu contexto (AYRES, 2014).

Nesse sentido, realizando “costuras” entre os princípios do SUS está o conceito de Cuidado.

De acordo com Ayres (2014), o protagonismo desse conceito na problematização das questões relativas às situações de vulnerabilidade na atenção em saúde mental está relacionado ao fato de que no momento que nos propomos a pensar a saúde mental e as questões de Vulnerabilidade a partir da perspectiva da universalidade, equidade e integralidade, nosso modo de exercer o Cuidado também precisa se modificar. Ou seja, ao invés da adoção de critérios *a*

priori e universais de diagnóstico de situação e correspondentes ações técnicas, é preciso exercer o Cuidado em saúde mental a partir das experiências vividas pelas pessoas nos horizontes conformados por seus contextos psicossociais. Em outras palavras, cuidar é exercer um diálogo com quem é cuidado.

O Cuidado em saúde mental conforme os princípios da Reforma Psiquiátrica deve atentar para sua relevância social, tendo como foco as necessidades das pessoas com transtornos mentais. Promovendo a equidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e dos grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades de saúde e ampliação do acesso das pessoas com transtornos mentais às políticas de saúde (BARROS; CAMPOS; FERNANDES, 2014).

Cuidar em saúde mental é desenvolver um acolhimento com respeito e solidariedade, sendo primordial considerar os próprios conceitos de saúde e doença e os aspectos intersetoriais de seus determinantes numa perspectiva multidisciplinar. As desigualdades são fatores determinantes da sociedade e, quando associada a fatores sociais, políticos e econômicos incrementam as situações de vulnerabilidades, influenciando no processo saúde, doença e morte (BARROS; CAMPOS; FERNANDES, 2014).

Conforme apresentei na introdução, as pessoas com transtornos mentais apresentam critérios que as expõem a situações de vulnerabilidade, entre eles estão o fato de serem objeto de estigma de discriminação, ocasionando uma baixa autoestima, falta de confiança em si mesmo, redução de motivação e menos esperança no futuro. Além disso, as pessoas com transtornos mentais apresentam altos índices de violência física e sexual, restrição para exercer seus direitos civis, políticos, para participar de assuntos públicos e no acesso a serviços de atenção à saúde e de cunho social. Também, enfrentam barreiras nos setores de educação e geração de renda. E, por vezes não possuem informações para enfrentar aquilo que as oprime (OMS, 2010).

A partir do conceito de Vulnerabilidade, o indivíduo não é percebido como resultado das relações sociais, que o moldam para garantir um “comportamento adequado”. Ele é compreendido como intersubjetividade, ativo e coconstrutor das relações sociais de modo que se reconheça, e seja reconhecido como cidadão e sujeito de direitos, para assim discutir com qualidade e intervir nas políticas públicas (princípio da participação e do controle social)⁸ (AYRES; PAIVA; FRANÇA JR, 2012).

⁸ No Quadro da V&DH utiliza-se noção de participação e controle social ao invés da noção de empoderamento.

As **relações sociais** “estão na base das situações de vulnerabilidade e de negligência ou violação de direitos humanos” (AYRES; PAIVA; BUCHALLA, 2012 p. 13) e são construídas através dos modos que as pessoas se relacionam com a sociedade e como se comunicam. É necessário considerar os modos que os sujeitos recebem as informações, como irão gerenciá-las, os significados que essas adquirem frente aos valores e a história de vida de cada um. Ser detentor de uma informação possibilita aos sujeitos se inserirem na sociedade enquanto sujeitos políticos atores de mudanças.

Desse modo, é necessário que o conceito de Vulnerabilidade e suas dimensões seja trabalhado a partir de uma perspectiva que supere o modelo técnico-científico tradicional. Com vistas a incorporar a singularidade e saberes ligados as pessoas com transtornos mentais. Trabalhar nessa perspectiva exige diversas reflexões e principalmente contextualizações para que possamos entender como, quais sujeitos, seus lugares de fala, políticas e contextos históricos estão relacionados para chegarmos a pensar do modo que pensamos hoje as questões que envolvem o Cuidado em saúde mental.

Realizar essas reflexões é sempre um desafio, pois como mencionado anteriormente se corre o risco de reproduzir a associação da loucura à pobreza. É preciso atentar para que isso não ocorra, já que reforça a estigmatização e o preconceito com relação às populações menos favorecidas (GAMA; CAMPOS; FERRER, 2014).

Por outro lado é fundamental que se problematize essas questões para que possamos indicar outras e boas práticas no Cuidado em saúde mental. Não só isso, mas também ouvir a voz de pessoas que em alguns momentos são invisíveis, por passarem despercebidas ou pelo fato de serem vistas por meio do estigma, marca de descrédito que a sociedade associa a essas pessoas. Pois, “a sociedade estabelece os meios de categorizar as pessoas e o total de atributos considerados como comuns e naturais para os membros de cada uma dessas categorias” (GOFFMAN, 1975, p.12).

As diversas formas de preconceito presente ao longo da história da loucura vêm sendo combatidas pelos movimentos sociais. Entender o à priori histórico e problematizar estas questões pode contribuir para apontar caminhos para o Cuidado em saúde mental.

Ao longo da história, a exclusão, a captura e a segregação foi uma constante na experiência da loucura. Em um espaço médico-centrado de objetivação e disciplinamento do comportamento considerado desviante o louco foi colocado em um lugar de vazio da existência. Para a psiquiatria clássica não importava as questões que poderiam levar uma pessoa a ficar doente. A questão que girava em torno da internação, da submissão e do esquadramento das diferenças era a tutela do indivíduo passível de ser corrigido e normalizado (PRADO, 2016).

O isolamento das pessoas com transtornos mentais no modelo manicomial assentava-se na gestão daqueles cuja existência poderia ocasionar risco ou perigo para si e/ou para a sociedade. O projeto de higiene da psiquiatria tinha como foco administrar toda e qualquer manifestação da loucura que pudesse vir afetar a ordem social. Contribuindo para a construção do estigma da pessoa com transtorno mental como sujeito perigoso que deveria ser afastado dos espaços sociais (PRADO, 2016).

Os processos de mudança na saúde mental tiveram início durante e após a Segunda Guerra Mundial. A Psiquiatria Institucional na França, a Comunidade Terapêutica na Inglaterra, a Psiquiatria Preventiva nos Estados Unidos e Psiquiatria Democrática na Itália, propuseram transformações na assistência psiquiátrica, através da possibilidade de desospitalização das pessoas com transtornos mentais (MORENO; ALENCASTRE, 2003).

Em um contexto de retomada da economia e da reconstrução social, a comunidade profissional chega à conclusão que o hospital psiquiátrico deveria ser questionado e transformado, objetivando uma sociedade mais livre, igualitária e mais solidária. Com isso, as características sociopolíticas e sistema sanitário de cada país, junto ao papel concedido ao manicômio, diferenciaram a Reforma Psiquiátrica (MILLANI; VALENTE, 2008).

Para Zambroni-de-Souza (2006), essa transição histórica passa pela mudança do predomínio da disciplina para o controle. Isto é, os muros não afastavam mais o louco, mas ele, solto na sociedade, continuaria isolado. Com as novas formas de controle ficou “livre”, mas sem grupos, trabalho, renda, lazer e sem um elemento fundamental, a informação.

Contemporâneo ao processo de eclosão do movimento sanitário nos anos 70, a Reforma Psiquiátrica brasileira objetivou o reconhecimento das pessoas com transtornos mentais como sujeitos de direitos que merecem melhores condições de vida. Vislumbrou outros modos de cuidados que fossem mais humanos, acolhedores e que ampliassem as concepções de saúde e doença. Como foco este movimento reivindicou nos anos 70 e permanece requerendo a superação do modelo psiquiátrico tradicional. Bem como, o reconhecimento das consequências que o caráter segregador e excludente das práticas adotadas na psiquiatria tiveram na vida das pessoas (BRASIL, 2005).

O paradigma contemporâneo ou psicossocial critica a ineficácia do modelo manicomial e suas estruturas assistenciais. Tenciona as discussões para a necessidade de problematizar alguns conceitos como, risco, isolamento, anormalidade, normalidade, doença mental e cura na busca de outros que sejam reformadores e priorizem novas formas de subjetividade e sociabilidade das pessoas com transtornos mentais (XAVIER., et al, 2017).

A assistência psiquiátrica, antes centrada na figura do médico e pautada no isolamento e na adoção de práticas equivocadas em nome de uma atenção que tinha como objetivo a cura, passa a adotar em seu cotidiano a partir de uma conduta ética a participação de diferentes atores sociais. A partir desse momento coloca-se em xeque o modelo psiquiátrico instituído e as práticas vigentes. O que se deseja, são práticas pautadas na responsabilização, na territorialidade e na inserção nas redes sociais (SOUZA; RIVERA, 2010).

Tendo isto como objetivo, mais do que reduzir leitos psiquiátricos, alterar o nome das unidades de internação psiquiátricas para “unidades de saúde mental”, fechar hospitais psiquiátricos ou criar mais serviços denominados substitutivos, é preciso substituir a lógica manicomial. É necessário que se ultrapasse o saber que instituiu as pessoas com transtornos mentais como sujeitos incapazes e perigosos que devem permanecer reclusos em espaços fechados. Mais que modificar a estrutura dos serviços é necessário uma transformação no imaginário da sociedade.

As políticas de saúde mental como a Lei Federal nº 10.216/2001 (dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental), a Lei Federal nº 10.708/2003 (institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações), a Portaria nº 336/2002 (estabelece as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial), a Portaria nº 3.088/2011 (institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS) e os relatórios finais das Conferências de Saúde Mental (BRASIL, 2001; 2003; 2002; 2011), bem como os movimentos sociais como o Movimento Social da Luta Antimanicomial são resultados dos esforços para fortalecer o cuidado em liberdade. No entanto, ainda se observa condutas estigmatizantes por parte da sociedade. No âmbito da assistência, em alguns casos a atenção à saúde mental apresenta-se fragmentada, tendo como foco a doença.

Tal fato pode estar associado à insuficiência de recursos, tanto financeiros como de recursos humanos, para o desenvolvimento de ações voltadas para o cuidado em saúde mental. Também, as questões políticas, a formação dos profissionais ou mesmo a dificuldade na descentralização dos serviços para integrar essa área do conhecimento à Atenção Básica (HORTON, 2007). O que reflete uma lacuna entre como o cuidado é exercido e o modo com o qual se almeja que as pessoas com transtornos mentais sejam inseridas na atenção em saúde mental.

A saúde mental não está dissociada da saúde geral, almeja-se que ao chegar a um serviço de saúde as pessoas sejam acolhidas e avaliadas a partir dos seus contextos de origem, como

rede de suporte familiar, contexto sociocultural e elementos relacionados às situações de vulnerabilidade (BRASIL, 2013).

Considerando que a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS) é a Atenção Básica, este possivelmente é o serviço mais acessado pelas pessoas que se encontram vulneráveis aos transtornos mentais. Não necessariamente ao chegar a um serviço de Atenção Básica, como a ESF as pessoas irão num primeiro momento apresentar algum diagnóstico psiquiátrico. Este é um dos grandes desafios que o modelo psicossocial propõe: cuidar das pessoas que sofrem sem enquadrá-las previamente a uma doença.

Desse modo, a Atenção Básica, através das ESFs, configura um campo rico para práticas e produção de novos modos de Cuidado em saúde mental, pois vai ao encontro dos ideais da Reforma Psiquiátrica, tendo como proposta um Cuidado dentro dos princípios da integralidade, da interdisciplinaridade, da intersetorialidade e da territorialidade. Nesse contexto, um desafio observado é a articulação entre a Política de saúde mental e a Atenção Básica. Isso porque a efetivação dessa articulação depende da responsabilização compartilhada do Cuidado prestado na busca da ampliação e garantia de acesso das populações vulneráveis aos serviços (AOSANI; NUNES, 2013).

Assim, o Cuidado em saúde mental não pode ser encarado como algo de outro mundo ou para além do trabalho cotidiano na Atenção Básica. Ao contrário, as intervenções são concebidas na realidade do dia a dia do território, com as singularidades das pessoas e de seus contextos (BRASIL, 2013).

Com o intuito de discutir a inclusão da saúde mental na Atenção Básica, a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde promoveu os seguintes eventos:

Março de 2001- Oficina de Trabalho para Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica, com a presença do Departamento de Atenção Básica, da Coordenação Geral de Saúde Mental e alguns municípios com experiências em curso de Saúde Mental na Atenção Básica.

Abril de 2002 – Seminário Internacional sobre Saúde Mental na Atenção Básica através de parceria entre o Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro e Universidade de Harvard.

Julho de 2003 – Oficina de Saúde Mental no VII congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – ABRASCO, intitulada “Desafios da Integração com a Rede Básica”. Com participação do Departamento de Atenção Básica, da Coordenação Geral de Saúde Mental, coordenadores estaduais e municipais de saúde mental e trabalhadores da saúde mental de diversas regiões do Brasil.

A partir dos subsídios produzidos nessas oficinas foram apresentadas algumas ações de saúde mental a serem desenvolvidas na Atenção Básica, tais como:

- a) Atuação e sensibilização para a escuta e compreensão da dinâmica familiar e das relações sociais envolvidas;
- b) Sensibilização para a compreensão e identificação dos pontos de vulnerabilidade que possam provocar uma quebra ou uma má qualidade dos vínculos familiares e sociais;
- c) Incorporar a saúde mental nas ações voltadas para: hipertensão, diabetes, saúde da mulher, criança e adolescente, idoso, alcoolismo e outras drogas, violência urbana entre outros;
- d) Acompanhamento de usuários egressos de internações psiquiátricas, egressos dos Núcleos de Atenção Psicossociais (NAPS) e de outros recursos ambulatoriais especializados;
- e) Construções de intervenções terapêuticas de forma individualizada, respeitando a realidade específica local e voltada para a inclusão social (Projeto Terapêutico Singular);
- f) Mobilização de recursos comunitários estabelecendo articulações com grupos de autoajuda, associações de bairros, conselho tutelar, entre outras organizações populares;
- g) Promoção de palestras, debates, atividades artísticas e de grupos de uma maneira geral com temáticas específicas de acordo com a realidade de cada comunidade;
- h) Buscar construir novos espaços de reabilitação psicossocial dentro da comunidade como oficinas comunitárias e outros que venham a ser criado pela mobilização social;
- i) Ação promotora e preventiva para diminuir o comportamento violento, o abuso de álcool/consumo de drogas, o isolamento social/afetivo, os sentimentos de baixa estima, a dedicação exclusiva e competitiva à atividade de trabalho, a violência intrafamiliar, a exclusão social e a prostituição infantil;
- j) Qualificar a referência e contra referência.

A partir desses encontros e da discussão referente as ações de saúde mental a serem desenvolvidas na Atenção Básica, o Ministério Público propôs algumas diretrizes para organização dessas ações, que estão descritas no documento intitulado “Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários” (BRASIL, 2003).

1. Apoio Matricial da Saúde Mental às Equipes da Atenção Básica;

2. Formação como Estratégia Prioritária para a Inclusão da Saúde Mental na Atenção Básica;
3. Inclusão da Saúde Mental no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB).

Os serviços destinados ao Cuidado em saúde mental em liberdade no território foram idealizados para possibilitar a construção de projetos de vida. Não se fechando em si mesmos, mas indo além na busca de uma rede social que evite a cronificação das pessoas atendidas. Cronificação esta que se manifesta quando deixamos de pensar o fluxo dos serviços, quando naturalizamos determinadas situações, quando encontramos sempre as mesmas saídas ou quando não conseguimos criar novas perguntas. Ao deixarmos de realizar essas ações, corremos o risco de ver entrando pela porta dos fundos o manicômio disfarçado que retém as pessoas nos novos muros abertos dos serviços substitutivos (BARROS, 2003).

Desse modo, a Política de saúde mental deve promover iniciativas direcionadas à re(inserção) social das pessoas com transtornos mentais por meio de ações intersetoriais e dar suporte à saúde mental na Atenção Básica. Na busca do rompimento com o modelo de assistência em saúde hegemônico, caracterizado pela medicalização, através de uma atenção curativa, verticalizada, centrada no médico e de pouca resolutividade no que concernem as necessidades das pessoas em situação de vulnerabilidade (BRASIL, 2004a).

Com base na contextualização apresentada é relevante apontar que o conceito de Vulnerabilidade não pode ser compreendido como uma característica que gera desigualdades entre as pessoas, ou seja, que não gere nenhum tipo de exclusão. É necessário atentar para as questões relativas à dignidade humana. Cada pessoa nasce em um contexto e dele provem seus valores, costumes e cultura que devem ser considerados no âmbito da saúde (AYRES, 2014).

O conceito de Vulnerabilidade procura identificar elementos relacionados ao processo de adoecimento em situações mais concretas e particulares, tendo o interesse voltado para as relações e circunstâncias que possibilitaram determinadas situações (AYRES et al., 2009).

Dessa maneira, o conceito de vulnerabilidade tem relação com o conceito de saúde mental, pois ambos são contrários à totalização. Totalizar a pessoa enquanto doente mental, leva ao seu aniquilamento como uma pessoa doente. O conceito de saúde mental não simplifica as pessoas à doença, mas considera sua existência, seus erros, fracassos, privações, opções de vida, desejos, angústias existenciais, desafios e contradições.

Sendo assim, essa relação conceitual é capaz de proporcionar mudanças nas práticas de Cuidado em saúde mental, porque, na sua essência é substancial pensá-la como social e

histórica, necessitando a articulação de diferentes setores da sociedade e atuação transdisciplinar (SANTOS; SILVA, 2013).

Para isso, é fundamental a criação de estratégias que visem combater condutas excludentes. Confrontar as adversidades sociais exige ações que visem o rompimento de barreiras de acesso à saúde, justiça, educação e bem estar social, tornando protagonistas os espaços de liberdade que valorize os indivíduos como sujeitos cidadãos e autônomos (MIELKE, et al., 2012).

O território constitui-se um espaço importante para a realização de construções referente à Vulnerabilidade no Cuidado em saúde mental.

Ao realizarem construções em seus contextos, as pessoas exercem sua subjetividade, aumentando sua capacidade de escolha, de falar sobre si, sua história, cultura, vida cotidiana e seu trabalho, ou seja, estabelecem relações na sociedade e participa dela, sendo influenciado por ela e influenciando-a (MIELKE, et al., 2012).

4 AVALIAÇÃO: ASPECTOS CONCEITUAIS

Guba e Lincoln (1989) [2011] afirmam que não existe uma definição “correta” e “verdadeira” para o termo avaliação. Não sendo coerente questionar “o que é de fato avaliação?”. Conforme os autores as definições de avaliação são interpretações mentais humanas realizadas em certo tempo, em determinados contextos históricos e filosóficos.

Corroborando com isso, os autores fazem um esboço dos diferentes significados atribuídos ao termo avaliação, apontando as particularidades de cada época, mostrando o contexto histórico existente e o que as pessoas tinham em mente em relação à condução das avaliações e as suposições filosóficas que os autores, teóricos e outros profissionais estavam inclinados. Desse modo, dividem a avaliação em quatro gerações.

1ª Geração: *Mensuração*: nasce da necessidade de medir o aprendizado a partir dos currículos escolares. Assim, tem como influência inicial a mensuração de diferentes atributos de crianças e jovens em idade escolar. Durante centenas de anos testes escolares foram utilizados para mensurar o nível de conhecimento dos alunos em relação aos conteúdos ensinados. Fossem sobre Aristóteles, a Bíblia ou mais contemporaneamente as descobertas da ciência, nas escolas os conteúdos eram definidos pelo que se considerava como verdade, como certo em determinada época. Para comprovar que tinham domínio do conhecimento, os escolares precisavam reproduzir os ensinamentos em testes de memória que eram administrados oralmente ou por escrito através de respostas dissertativas. Os alunos eram vistos como “matéria bruta” a ser lapidada na escola pelo “superintendente” escolar. Por conseguinte, os testes eram realizados para ver se a partir das exigências que a escola fazia os alunos estavam aptos para a faculdade.

Um dos principais exemplos dessa geração é o teste de “Quociente de Inteligência” (QI), idealizado pelo psicólogo Alfred Binet. Uma das influências para o avanço e aceitação dos testes mentais foi a necessidade de selecionar pessoas para alistamento nas forças armadas na Primeira Guerra Mundial.

Nessa geração o papel do avaliador era de um técnico que necessitava conhecer, criar e utilizar os instrumentos para que qualquer variável pudesse ser mesurada.

2ª Geração: *Descrição*: esta geração nasce de uma deficiência da primeira geração, ter somente os alunos como sujeitos da avaliação. Após a Primeira Guerra Mundial, observou-se a necessidade de reformular os currículos escolares, visto que as avaliações forneciam somente dados dos alunos, não suprimindo as necessidades daquele momento.

Após a guerra as escolas secundárias passam a perceber o crescimento de estudantes que anteriormente com as oportunidades oferecidas não atingiam menores níveis de exigência. As necessidades desses alunos não eram contempladas do modo que estavam estruturados os currículos. Assim, era necessário avaliar entre os alunos aprovados e reprovados onde estava a dificuldade para reprovar e a força para aprovar. Era preciso levar em consideração os conteúdos e os recursos para isso.

Os movimentos iniciais para mudança de currículo de modo que fossem mais apropriados foram frustrados antes mesmo de serem submetidos a uma avaliação justa, pois as escolas secundárias tinham como foco o sistema de unidade Carnegie, que distingue os tipos e quantidades de créditos necessários para o aluno concluir essa etapa. Os obstáculos para a mudança partiram das faculdades e universidades que também utilizavam o sistema Carnegie e com a abolição deste, temiam receber alunos graduados nas escolas secundárias mal preparados para enfrentar o currículo das universidades.

Em 1993 foi introduzido o programa *Eight-Year Study* (Estudo de Oito Anos) que tinha como objetivo determinar se a mudança de currículo era válida. Trinta escolas secundárias públicas e particulares receberam autorização para desenvolver currículos mais responsivos, uma vez que os alunos seriam admitidos em faculdades cooperantes e por isso não teriam que necessariamente ser capacitados pelo sistema Carnegie. A proposta era que os alunos concluíssem quatro anos completos de escola secundária e quatro anos do ensino superior.

Um dos obstáculos do programa *Eight-Year Study* era saber se o currículo estava ocorrendo de acordo com o planejado. Nesse contexto, o nome em destaque é o de Ralph W. Tyler, pesquisador educacional da Universidade Estadual de Ohio. Tyler vinha trabalhando durante anos com faculdades em que o programa havia sido implementado, desenvolvendo testes para avaliar se os alunos haviam ou não aprendido o que seus professores pretendiam que eles aprendessem, isto é, se haviam atingido os objetivos. É justamente com os estudos de Tyler que tinham como finalidade aperfeiçoar os currículos que estavam sendo desenvolvidos e confirmar se eles estavam funcionando que nasce a avaliação de programas.

A partir disso, Tyler coletou informações sobre o nível de aproveitamento dos alunos em relação aos objetivos do currículo e analisou os pontos fortes e fracos com a finalidade de auxiliar na condução de aprimoramentos e reformas, tendo-se assim uma avaliação formativa, com exceção de que os resultados só podiam ser obtidos depois, e não durante um determinado teste.

Desse modo a segunda geração é uma abordagem caracterizada pela descrição de padrões de pontos fortes e fracos com respeito a determinados objetivos estabelecidos.

O papel do avaliador era de um descritor, embora também se mantivessem aspectos técnicos da primeira geração (mensuração). Mensurar passa a ser definido como um dos diversos instrumentos que poderiam ser empregados em uma avaliação.

3ª Geração: *Julgamento*: o contexto dessa geração é caracterizado pelo momento em que os Estados Unidos pedem a guerra espacial para a Rússia, sendo questionada a grande quantidade de investimento dispensado. A partir disso, percebe-se que não era suficiente mensurar e descrever, era necessário julgar determinadas condutas, investimentos, currículos, etc.

O período pós-Sputnik (1957), caracterizou o momento em que a abordagem descritiva foi percebida como inadequada para avaliar a resposta do governo federal às supostas deficiências da educação americana que haviam permitido que os russos ganhassem vantagem na exploração do espaço. Desse modo, na terceira geração foi incluído o juízo de valor, sendo o papel do avaliar o de julgador/juiz, mantendo igualmente as funções técnicas e descritivas das gerações anteriores. Assim, a terceira geração tinha como exigência que o avaliador julgasse o mérito do objeto de avaliação e sua importância. Era necessário saber se valia a pena fazer determinada coisa, com certa dedicação.

Conforme Guba e Lincoln (1989) [2011] as gerações apresentadas anteriormente representaram avanços no campo da avaliação. Entre eles estão: a coleta de dados tendo como sujeitos de investigação os indivíduos que só se tornou possível com os instrumentos apropriados desenvolvidos na primeira geração. A segunda geração contribuiu no sentido que caso ela não tivesse apresentado uma solução para avaliar também os vários objetos não-humanos de avaliação como os programas, os conteúdos, as estratégias de ensino, os padrões de organização e as abordagens em geral, esta poderia ter estagnado na geração anterior. A terceira geração trouxe o juízo de valor como foco, exigindo que fosse julgado tanto o mérito do objeto de avaliação, quanto sua importância.

Todas as gerações apresentam imperfeições e defeitos que permitem que se pense em alternativas e aprimoramentos. Guba e Lincoln (1989) [2011] afirmam que existem pelo menos três imperfeições ou defeitos:

1. *Tendência ao gerencialismo*: o gestor/administrador na maioria das vezes representará clientes ou patrocinadores que contratarão ou financiarão uma avaliação, bem como os profissionais de liderança aos quais os representantes responsáveis pela implementação do objeto avaliado se reportam. Por exemplo, os membros do conselho escolar, diretores da escola onde uma inovação curricular está sendo experimentada; o administrador hospitalar e o chefe de serviços de enfermagem de um hospital no qual novos métodos de

tratamentos estão sendo implementados. Será com o administrador que o avaliador firmará o acordo de avaliação. A Relação entre o administrador e o avaliador raramente é contestada, gerando algumas consequências como:

- a) O administrador fica fora da avaliação, assim os modos que trabalha não serão questionados. Como não é responsável pelo objeto de avaliação, perante alguma falha a reponsabilidade será transferida para outro.
- b) A relação entre o administrador e o avaliador é injusta, pois o administrador tem o poder de determinar as perguntas que a avaliação tentará responder, como será realizada a coleta de dados e a interpretação. Ele tem o poder de decidir para quem os resultados da avaliação serão divulgados. Essas questões geralmente são negociadas entre o administrador e o avaliador, entretanto em caso de divergência a decisão final será do administrador. Como recurso o avaliador pode negar-se a realizar a avaliação. Por meio de qualquer método nas três primeiras gerações é difícil conduzir avaliações que considere as recomendações de outros grupos de interesse ou interessados (*stakeholders*)⁹ que talvez tenham outras respostas e interpretações.
- c) A relação entre o administrador e o avaliador priva direitos, pois o administrador por meio de um contrato pode determinar se os resultados da avaliação serão divulgados e para quem. No momento que alguns indivíduos não têm acesso as informações da avaliação, ficam impedidos de reivindicar seus direitos. Não raramente a relação entre administrador e avaliador será amistosa, uma vez que conceder ao administrador o poder de decidir como a avaliação será conduzida, significa estar de conluio com ele. Sendo isso vantajoso para ambos. Para o administrador é mais confortável realizar uma avaliação que fique isento de responsabilidades e não considere as informações de grupos que poderiam divergir de seus interesses. Quanto ao avaliador, evitar conflitos com o administrador equivale a garantir novos contratos e uma fonte de renda contínua.

⁹ Em inglês *stakeholders*, os grupos de interesse ou interessados são definidos por organizações, grupos ou indivíduos potencialmente vítimas ou beneficiários do processo avaliativo. Esses grupos são formados por pessoas com características comuns (usuários, profissionais de saúde, familiares) e que sejam favoráveis ao objeto de avaliação. Ou seja, estão de alguma maneira, envolvidos ou potencialmente afetados pelas possíveis consequências do processo avaliativo (GUBA; LINCOLN, 1989 [2011]). Neste estudo será utilizada a denominação “grupo de interesse e/ou interessado”.

2. *Incapacidade de acompanhar o pluralismo de valores*: por vezes acreditamos que vivemos em determinadas sociedades, que apresentam determinados valores e que todos os indivíduos estão de acordo. Um exemplo disso são frases como: nosso sistema moral está fundamentado na “ética judaico-cristã”, as escolas transmitem “nossa tradição”. Isso encerra a ideia que nossa cultura e tradição são construídas por diferentes valores que são compartilhados. A crítica a essa redução de valores só pode ser vista nos últimos 60 anos, a partir da compreensão que nossa sociedade se caracteriza essencialmente pelo pluralismo de valores. No campo da avaliação o juízo de valor foi evidenciado na terceira geração, não que as gerações anteriores fossem isenta de valores, eles estavam presentes, no entanto eram ignorados. A partir da década de 60 a discussão valorativa emergiu tendo como principais questões: quais valores deveriam predominar em uma avaliação? Valores de quem? De que forma as diferenças valorativas poderiam ser negociadas?

Por muito tempo a justificativa utilizada para não considerarmos os valores foi o fato de utilizarmos nas avaliações metodologias científicas que consideravam a ciência neutra, isenta de valores. Em relação a isso, Guba e Lincoln (1989) [2011] dizem que pelo fato da ciência não ser isenta de valores, os resultados das avaliações estarão sujeitos a interpretações diferentes, bem como os próprios “fatos” serão determinados por meio do sistema de valores em que o avaliador se fundamenta. Assim, todo ato de avaliação se torna um ato político. Além disso, a ideia de isenção de valores vai de encontro à tendência generalista apontada anteriormente, pois se os valores não fazem diferença, os resultados das avaliações seriam tomados como verdades absolutas, não necessitando que o administrador estabelecesse parâmetros e limites para as perguntas, metodologia e resultados das avaliações. Portanto, é de grande importância que se leve em consideração nas avaliações o pluralismo de valores.

3. *Comprometimento exagerado com o paradigma positivista de investigação*: os cientistas sociais passaram a realizar as avaliações tendo como base o paradigma positivista como possibilidade para obterem legitimidade na pesquisa, sendo possível controlar os resultados de forma neutra e isenta de valores. Isso repercutiu em resultados desastrosos como, por exemplo, avaliações descontextualizadas. Ou seja, avaliavam os objetos de avaliação como se estes não pertencessem a determinados contextos, com o intuito de obter resultados generalizáveis. O comprometimento exagerado com o paradigma científico parecia levar a uma dependência em relação à mensuração quantitativa formal. O que não poderia ser mesurado não era considerado real. Visto

que os métodos científicos prometem demonstrar como as coisas realmente são, o resultado de uma avaliação respaldada no paradigma positivista pode ser considerado uma verdade inquestionável, a coisa certa a ser feita. Dessa forma, o avaliador é isento de responsabilidade sobre o que foi decretado. Assim, se torna inviável pensar de outros modos sobre o objeto de avaliação, uma vez que a ciência revela a verdade sobre as coisas, qualquer outra opinião contrária será considerada errada. Pelo fato da ciência ser considerada isenta de valores, o paradigma científico abstém o avaliador de qualquer reponsabilidade moral por suas ações, baseado na justificativa de que ninguém pode ser punido por estar falando a verdade.

Nenhuma das gerações anteriores responsabiliza moralmente o avaliador pelos resultados das avaliações, tampouco pelo uso dos seus resultados.

Considerando as críticas apresentadas, Guba e Lincoln (1989) [2011] propõem uma abordagem alternativa às avaliações tradicionais, que denominam Avaliação de Quarta Geração, caracterizada por um enfoque responsivo, baseada em referencial construtivista, tendo como objetivo um processo inclusivo e participativo. Do mesmo modo que as gerações precedentes, não há um consenso em relação à Avaliação de Quarta Geração. Ela surge como uma possibilidade de aperfeiçoar as limitações anteriores.

Vale destacar que a divisão das avaliações em gerações é um modo didático de apresenta-las. Pois, elas coexistem em diferentes paradigmas e metodologias. É importante considerar que o surgimento de uma geração não exclui a outra, cada geração apresentada demonstra outros modos de olhar para o mesmo objeto.

“Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões” (HARTZ, 2002, p.31).

Para Furtado (2001) o juízo de valor necessita ser acompanhado de uma ampliação e diversificação do objeto em torno do qual será emitido tal julgamento, tornando necessário a inclusão de diferentes e eventualmente divergentes julgamentos que serão realizados a partir dos distintos pontos de vista dos grupos envolvidos com um serviço.

Assim, a avaliação será normativa quando o julgamento resultar da aplicação de critérios e normas. De outro modo, quando elaborado a partir de um procedimento científico, trata-se de pesquisa avaliativa (HARTZ, 2002).

Conforme suas funções a avaliação pode ser classificada em somativa e formativa.

Através do julgamento dos aspectos importantes do objeto avaliado, a avaliação somativa permite especificar até que ponto os objetivos propostos foram atingidos (AGUILAR; ANDER-EGG, 1995).

Já a avaliação formativa agrega diferentes atores com o objetivo de produzir conhecimento que sirva para corrigir ou redirecionar as ações de um determinado serviço (GASPARINI; FURTADO, 2014).

As abordagens participativas ou centradas nos usuários da avaliação objetivam incluir os atores no processo de avaliação visando a sua capacitação e desenvolvimento. Minimizando eventuais efeitos negativos de uma avaliação sobre um dado grupo de interesse. Tais abordagens apoiam-se no paradigma holístico, indutivo e construtivista, evitando a objetividade e precisão em favor da utilidade social da pesquisa, sendo as questões da avaliação originárias dos usuários da mesma. Consideram as potencialidades com vistas à superação das limitações do objeto avaliado a partir de diferentes pontos de vista (FURTADO, 2001).

Destaco pesquisas avaliativas desenvolvidas na área de saúde mental a partir de 2005: Avaliação de serviço em saúde mental: a construção de um processo participativo (WETZEL, 2005); Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da região sul do Brasil (CAPSUL I e II) (KANTORSKI et al, 2007; 2010; 2011); Redes que reabilitam: avaliando experiências inovadoras de composição de Redes de Atenção Psicossocial (REDESUL) (KANTORSKI et al, 2007; 2010; 2011); Avaliação da saúde mental na estratégia saúde da família (MentalESF) (OLSCHOWSKY et al, 2011) e Avaliação qualitativa da rede de serviços de saúde mental para atendimento a usuários de crack (ViaREDE) (PINHO et al, 2014) que em seus resultados apontaram a importância da constituição da rede de saúde mental articulada como condição de possibilidade para uma atenção em saúde mental em liberdade, no território, ou seja, fortalecendo as relações de vínculo, de modo que as pessoas com transtornos mentais não se tornem dependentes dos serviços, bem como que não gere sobrecarga no profissional. Por apresentarem um caráter participativo e uma dimensão formativa, esses estudos possibilitaram que os sujeitos envolvidos aumentassem suas capacidades para conhecerem e analisarem as diversidades presentes no contexto/território dos serviços, de modo que juntos puderam elaborar ações mais qualificadas para a melhoria do serviço.

Assim, desenvolvi um processo avaliativo participativo que envolveu os grupos de interesse e seus desdobramentos, através de um processo que teve como base suas necessidades e buscou questões que envolvesse a dimensão programática da vulnerabilidade no cuidado em saúde mental em uma ESF.

Como premissa que os resultados da avaliação sejam pertinentes aos contextos dos grupos de interesse e que tenham significados para eles, como o de fortalecê-los para aumentar suas capacidades de ações frente às esferas individuais, sociais e políticas. Neste estudo utilizei a Avaliação de Quarta Geração por ser uma metodologia construtivista, responsiva, pluralista, inclusiva e formativa.

5 PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO

Neste capítulo apresento a metodologia que guiou este estudo, a qual está pautada em uma avaliação qualitativa, construtivista e participativa, que avaliou o cuidado em saúde mental em uma ESF na perspectiva da vulnerabilidade programática. Estudos desse tipo possibilitam a construção de conhecimento que fortalece o Cuidado em Saúde Mental, pois a partir de uma perspectiva que considera os modos de viver das pessoas com transtornos mentais, fornece apoio para que elas junto à equipe de saúde possam transformar seus cotidianos e enfrentar as adversidades sociais.

Serão apresentados a seguir o tipo de estudo, o cenário e os participantes da pesquisa, as técnicas para coletar as informações, as etapas do trabalho de campo, o processo para analisar as informações e os aspectos éticos da pesquisa.

5.1 Tipo de Estudo

Esta pesquisa consiste em um estudo qualitativo, do tipo estudo de caso, a partir da Avaliação de Quarta Geração, proposta por Guba e Lincoln (1989) [2011]. Esta metodologia baseia-se em uma avaliação construtivista e responsiva com abordagem hermenêutico-dialética.

O processo brasileiro de Reforma Psiquiátrica propõe uma reflexão sobre o cuidado em saúde mental. Seu mérito está no fato de em vez de tratar de doenças, tratar de sujeitos concretos, pessoas reais, contemplando questões de cidadania, inclusão social e solidariedade. Não sendo um processo do qual participam apenas profissionais da saúde, mas também muitos outros atores sociais (AMARANTE, 2006).

Nesse contexto a pesquisa avaliativa deve possibilitar a inclusão de diferentes opiniões e valores dos grupos implicados. Seus resultados devem permitir a ampliação das discussões referentes à vulnerabilidade, saúde mental e principalmente fornecer subsídios aos atores sociais envolvidos (profissionais, usuários, familiares) possibilitando que se apropriem dos conhecimentos gerados através do processo de avaliação (ONOKO; CAMPO; FURTADO, 2006).

Desse modo, a abordagem qualitativa se mostra viável para avaliar o cuidado em saúde mental em uma ESF na perspectiva da vulnerabilidade programática, uma vez que as pesquisas qualitativas produzem informações condizentes com a realidade de determinado contexto, mas não generalizáveis, nem absolutas. Os dados oriundos desse tipo de pesquisa visam a compreensão dos fenômenos sociais, apoiados na relevância do aspecto subjetivo da ação

social. Assim, para o desenvolvimento de um estudo qualitativo, o pesquisador necessita demonstrar-se flexível e criativo para alcançar aspectos subjetivos que em uma abordagem quantitativa seriam difíceis de acessar (WETZEL, 2005; DUARTE, 2013).

Dessa forma, o interesse do pesquisador volta-se para a busca do significado das coisas, porque este tem um papel organizador na vida das pessoas. O que as “coisas”, ou seja, os fenômenos, as manifestações, as ocorrências, os fatos, os eventos, as vivências, as ideias, os sentimentos e os assuntos representam, dá molde à vida dos indivíduos. Em outro nível, os significados que as “coisas” ganham, passam também a ser partilhados culturalmente e, assim, organizam o grupo social em torno destas representações e simbolismos (TURATO, 2005).

Por meio da pesquisa qualitativa é possível investigar o social ao "levar em conta os níveis mais profundos das relações sociais". Esta visa compreender a lógica interna de grupos, instituições e atores quanto a: “valores culturais, representações sobre sua história e temas específicos; relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais; processos históricos, sociais de implementação de políticas públicas e sociais" (MINAYO, 2014, p. 23).

Portanto, na pesquisa qualitativa opta-se pelo aprofundamento do detalhe à reconstrução do todo, pelos estudos intensivos (sobre um pequeno número) aos extensivos (sobre um grande número). Com essa escolha metodológica a pesquisa qualitativa responde de forma específica a uma exigência geral que recobre o inteiro domínio da pesquisa social, aquela de guiar a complexidade dos fenômenos em estudo (CARDANO, 2017). Em vista disso, proporciona o entendimento de temas sociais emergentes como a dimensão programática da vulnerabilidade no cuidado em saúde mental, oportunizando que se obtenham informações contextualizadas em uma determinada situação social.

O estudo de caso por sua vez utiliza estratégias de pesquisa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito de determinada situação ou fenômeno (MINAYO, 2014). Possibilita a “investigação de um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos” (YIN, 2010, p.32).

Nesta perspectiva, o estudo de caso, como método de investigação permite o pluralismo de ideias, por meio da manifestação de diferentes pontos de vista sobre o objeto de estudo; também considera que, para responder ao objetivo da pesquisa, muitas variáveis estão implicadas e interessam na análise que irão permitir vários olhares sobre o mesmo fenômeno (YIN, 2010).

Diante disso, há relevância em avaliar e produzir sentidos em relação ao cuidado em saúde mental em uma ESF na perspectiva da vulnerabilidade programática, pois possibilitará

conhecer as circunstâncias que levam as pessoas com transtornos mentais a estarem em situações de vulnerabilidade, considerando-as protagonistas de suas histórias, a partir dos seus contextos de vida. Bem como, oportunizará conhecer as estratégias de cuidado às pessoas com transtornos mentais em uma ESF, uma vez que utilizou o entendimento de diferentes grupos em relação ao objeto de avaliação.

5.1.1 Avaliação de Quarta Geração

Desenvolvida por Guba e Lincoln (1989) [2011], a Avaliação de Quarta Geração foi aplicada no campo da saúde pela primeira vez no Brasil por Furtado (2001), ao avaliar um serviço de atendimento domiciliar. Após, essa abordagem foi adaptada e aplicada no campo da saúde mental por Wetzel (2005), que avaliou um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Guba e Lincoln (1989) [2011], não analisam a avaliação a partir do paradigma Positivista, segundo os autores abordar a avaliação desse ponto de vista tem como consequência perder por completo seu caráter fundamentalmente social, político e centrado em valores. Ao desenvolverem a Avaliação de Quarta Geração tinham como intenção uma abordagem emergente que fosse além dos parâmetros do Positivismo, não se restringindo à obtenção de fatos, mas que abrangesse elementos humanos, políticos, sociais, culturais e contextuais. Transpondo as gerações anteriores, centradas na mensuração, na descrição e no juízo de valor, para incorporar um novo nível no qual a principal dinâmica é a negociação.

Assim, estudos que se propõem a utilizar a Avaliação de Quarta Geração devem considerar algumas características indispensáveis. Guba e Lincoln (1989) [2011]:

- a) Os resultados da avaliação não são descrições do “modo como as coisas são de fato” ou “de fato funcionam”, não demonstram a verdade sobre as coisas. Eles representam os modos que atores específicos ou vários grupos de atores atribuem sentido as situações as quais estão vivenciando. Os resultados não são “fatos” definitivos, eles são construções resultantes de um processo interativo que inclui o avaliador e os grupos de interesse (stakeholders) que são postos em risco pela avaliação. As construções que surgem desse processo são entendidas como a realidade de determinado caso.
- b) As construções por meio das quais as pessoas dão sentido às suas situações e condições sofrem influências dos valores morais e sociais. Desse modo se todos partilhassem dos mesmos valores teríamos poucas problematizações. Porém, a sociedade demonstra ter uma estrutura de valor pluralista. Desse modo torna-se

imprescindível considerar diferentes pontos de vista. Metodologias que se considerem isentas de valores terão pouca utilidade nessa abordagem.

- c) As construções estão intrinsecamente vinculadas a contextos físicos, psicológicos, sociais e culturais específicos nos quais são formadas e aos quais se referem. O contexto representa onde as pessoas vivem e suas relações ao qual elas tentam atribuir sentidos. Este não está pré-determinado, sendo construído a partir das características e limites estabelecidos pelas pessoas que nele vivem. Assim, as pessoas que vivem em determinados contextos, chegarão a um consenso sobre sua natureza, isso não significa que exista uma verdade em relação ao que seja consentido em conjunto. Portanto, o que é consenso em um contexto não necessariamente será em outro, por ser produto de uma troca conceitual humana em um ambiente específico.
- d) As avaliações podem ser moldadas de diversas maneiras para conceder direitos aos grupos de interesse ou os privar de direitos. Se a decisão em relação às perguntas, aos instrumentos, ao método de análise e a interpretação dos dados for privilégio somente do avaliador e do cliente, será negada a outros interessados a oportunidade de buscar interesses que considerem importantes. Em relação aos resultados, esses quando disseminados de forma seletiva podem privar os interessados de poder. Se informação é poder, então negá-la significa diminuir poder. Quando o cliente tem a palavra final em relação às informações que serão divulgadas, a quem, quando e como, conseqüentemente o poder tenderá a se manter com quem já o detém.
- e) A avaliação não pode ser entendida como um conjunto de recomendações que serve apenas aos interesses do avaliador e do cliente. Devendo atentar para as questões, problemas e interesses legítimos de outros grupos de interesse, refletindo os vários conjuntos de valores sobre determinada situação. Isso só é possível por meio da negociação que respeite os diferentes conjuntos de valores, motivando os indivíduos a participarem do processo de avaliação. O papel do avaliador é mais abrangente do que de um simples técnico que coleta informações, ele deve ser o orquestrador do processo de negociação, pois uma vez que a avaliação envolve seres humanos, é atribuída ao avaliador a responsabilidade de interagir com as pessoas de modo que respeite sua dignidade, sua integridade e sua privacidade.

A Avaliação de Quarta Geração possibilita o acesso a dimensões pouco passíveis de serem quantificadas e que, no entanto, têm grande influência na atenção em saúde mental. Além disso, por ser uma metodologia participativa permite que o controle do processo e dos resultados da avaliação sejam compartilhados entre os avaliadores e os respondentes. Essa interação aumenta a possibilidade de seus resultados gerarem transformações. Para isso, no campo da saúde, é indispensável que um processo avaliativo de Quarta Geração esteja atrelado, ética e politicamente, à consolidação da transformação do modelo de atenção (KANTORSKI, et al, 2009).

5.1.2 Enfoque Responsivo

O termo responsivo designa um modo diferente de focalizar uma avaliação, ou seja, diz respeito aos modos que são estabelecidos seus limites e parâmetros. Nas três gerações anteriores os parâmetros e limites eram estabelecidos a priori, por meio de negociações entre cliente e avaliador. Na avaliação responsiva os limites e parâmetros são estabelecidos de modo interativo, sem que haja imposições. Sendo negociado com os grupos de interesse, demandando que a esse momento seja dedicado um tempo considerável (GUBA; LINCOLN, 1989 [2011]). É importante que o pesquisador/avaliador demonstre flexibilidade em relação às questões e reivindicações trazidas pelos grupos de interesse. E tenha como um dos seus focos a preocupação com o impacto da avaliação na vida dos grupos e na sociedade.

O início de qualquer processo de avaliação se dá por um método que irá determinar as questões que devem ser levantadas e quais informações devem ser coletadas, isto é, as variáveis, os objetivos, as decisões, etc. Denominados “organizadores avançados”. Não diferente, a avaliação responsiva também tem seus organizadores avançados que são as **reivindicações**, **preocupações** e **questões**, relacionados ao objeto de avaliação, sendo identificados pelos grupos de interesse (pessoas que serão vítimas ou beneficiárias do processo de avaliação) (GUBA; LINCOLN, 1989 [2011]).

Com relação às “reivindicações”, essas dizem respeito a qualquer alegação por um interessado (*stakeholder*) que esteja de acordo com o objeto de avaliação. As “preocupações” se referem a quaisquer afirmações dos grupos de interesse que sejam desfavoráveis ao objeto de avaliação. Por fim, as “questões” dizem respeito às situações sobre as quais pessoas sensatas possam discordar. É de responsabilidade do avaliador explicitar e abordar as diversas reivindicações, preocupações e questões trazidas pelos grupos de interesse durante o processo de avaliação (GUBA; LINCOLN, 1989 [2011]).

Para Guba e Lincoln (1989) [2011] existem diferentes grupos de interesse, os autores identificam três:

- a) Os representantes ou agentes: pessoas envolvidas na produção, utilização e implementação do objeto de avaliação.
- b) Os beneficiários: pessoas que de alguma forma tiram proveito do uso e do objeto de avaliação.
- c) As vítimas: pessoas que são afetadas negativamente pelo uso do objeto de avaliação: os grupos excluídos sistematicamente da avaliação, as pessoas que são politicamente desfavorecidas pelo objeto de avaliação, sem poder, influência ou prestígio.

A avaliação é responsiva, pois além de procura identificar diferentes pontos de vista, também, responde às questões no transcorrer das subseqüentes coletas de informações. Durante a coleta de informações é comum que os grupos de interesse defendam diferentes construções em relação às reivindicações, preocupações e questões, assim uma das principais atribuições do avaliador é conduzir a avaliação de modo que cada grupo confronte e lide com as construções dos outros, em um processo denominado hermenêutico-dialético. A partir das construções apresentadas pelos grupos de interesse, o processo de avaliação responsiva tem por objetivo obter um consenso entre os interessados. Nem sempre isso é possível. E, quando necessário o avaliador precisará introduzir informações externas (GUBA; LINCOLN, 1989 [2011]). Essas informações podem ser oriundas de artigos científicos, revisões de literatura, dados epidemiológicos, livros, entrevistas, etc. O intuito de trazer informações externas é proporcionar uma negociação para que seja atingido o consenso, quando este não for possível questões não resolvidas permanecem como pontos de discórdia. Entretanto, cada interessado ou grupo de interesse terá percebido qual era o ponto que gerou o conflito e quais eram as outras opiniões em relação às reivindicações, preocupações e questões discutidas.

Por não ser objetivo da avaliação chegar a uma verdade, a coisa certa a ser feita, ela nunca chega num ponto final. Não é possível dizer que a avaliação está completa, pois sempre irão existir reivindicações, preocupações e questões a serem discutidas com os grupos de interesse. Seu término geralmente se dá em um momento considerado oportuno para que a partir de seus resultados, decisões possam ser tomadas ou porque os recursos se esgotaram.

Guba e Lincoln (1989) [2011] apontam cinco justificativas para que no processo de avaliação sejam utilizados como organizadores as reivindicações, preocupações e questões dos grupos de interesse:

- 1) Os grupos de interesse são grupos que correm risco, pois suas reivindicações, preocupações e questões podem ser colocadas em risco ou comprometidas pela

avaliação. Os interessados podem perder participação se na visão deles a avaliação produzir resultados negativos. Pelo fato da avaliação o afetar, o grupo de interesse tem o direito de fazer recomendações e de exercer algum controle em defesa de seus próprios interesses.

- 2) Os grupos de interesse estão susceptíveis a explorações, à privação de poder e à privação de direitos. O produto final da avaliação é a informações e esta é poder. Os resultados de uma pesquisa podem ser usados de diferentes modos que sejam desfavoráveis aos interesses dos grupos. Outro modo de reduzir o poder dos grupos de interesse é disponibilizar informações apenas para determinados grupos, normalmente para aqueles que já detêm o poder. Se os grupos de interesse não têm acesso às informações, fica inviável terem consciência sobre seu significado político. Ainda, os grupos de interesse podem ser privados do direito de decisão, uma vez que sem informação não poderão exercer o direito de voto com conhecimento.
- 3) Os grupos de interesse são usuários das informações provenientes da avaliação. Por vezes os avaliadores fornecem informações que somente eles consideram pertinentes. Isso deve ser evitado, pois, considerar as reivindicações, preocupações e questões dos grupos de interesse significa dar-lhes o direito de se posicionarem como sujeitos políticos com base numa legitimação da informação que, de outro modo, não teriam.
- 4) Os grupos de interesse são aptos a ampliar o alcance da investigação avaliativa para grande proveito do processo hermenêutico-dialético. Por ser um modelo aberto e inclusivo, na Avaliação de Quarta Geração não se sabe com antecedência quais informações devem ser coletadas. Dessa maneira, o avaliador despense uma quantidade considerável de tempo e energia para identificar os diversos grupo de interesse e interagir com eles de modo adequado para identificar suas reivindicações, preocupações e questões. As construções dos grupos de interesse são de suma importância para quem não pertence ao grupo, pois oportuniza aos grupos de interesse confrontar e a lidar com as construções de outros grupos. Isso produz mudanças nas construções de todos os grupos. Ou gera um consenso ou em caso de confronto, expõem as divergências de modo mais claro, corroborando com os princípios hermenêutico-dialéticos.
- 5) Os grupos de interesse instruem-se mutuamente na Avaliação de Quarta Geração. Neste tipo de pesquisa as reivindicações, preocupações e questões dos

grupos de interesse não são apenas identificadas, cada grupo leva em consideração as recomendações dos outros grupos, nem sempre aceitando-as, mas reconstruindo suas construções de tal modo que possam adaptar-se às diferenças ou apresentar argumentos significativos para explicar por que divergem das colocações dos demais.

Com o intuito de contemplar o enfoque responsivo, este estudo utilizou três modos: incluiu diferentes sujeitos no processo de avaliação, identificou as reivindicações, preocupações e questões referente ao cuidado em saúde mental em uma ESF que eram significativos e faziam parte do contexto psicossocial dos sujeitos envolvidos. Bem como buscou realizar construções conjuntas que possibilitaram des(con)struções e teorizações referentes ao objeto de avaliação mais fundamentadas e esclarecidas que antes da avaliação.

Para isso, neste estudo foram definidos **dois grupos de interesse**: usuários que estavam em atendimento de saúde mental, incluindo usuários familiares de pessoas com transtornos mentais e as profissionais de uma das equipes de saúde da ESF onde o processo avaliativo foi desenvolvido.

5.1.3 Metodologia Construtivista

O termo construtivista designa a metodologia empregada na avaliação, também chamada de avaliação interpretativa ou hermenêutica, é uma alternativa ao paradigma Positivista que caracterizou praticamente todas as avaliações realizadas no século XX. A metodologia construtivista se apoia em um sistema de crenças oposto ao sistema do modelo positivista. Em outras palavras apresentam paradigmas diferentes. Um paradigma não pode ser comprovado ou refutado absolutamente, entretanto é possível realizar questionamentos referentes ao paradigma positivista que levam a entender que o mesmo pode ser substituído por outras construções (GUBA; LINCOLN, 1989 [2011]).

Conforme Guba e Lincoln (1989) [2011] ontologicamente¹⁰, o paradigma construtivista nega a existência de uma realidade objetiva, ao invés disso, defende que as realidades são construções sociais e mentais. Desse modo, existem em número tantas construções quanto existem indivíduos, ainda que muitas construções venham a ser compartilhadas. Assim a

¹⁰ Ontologia é a ramificação da filosofia, especificamente da metafísica que está relacionada com questões sobre a existência ou o ser em si (GUBA; LINCOLN, 1989 [2011]).

pesquisa é uma construção. Epistemologicamente¹¹, rejeita o dualismo sujeito-objeto, em vez disso, aponta que os resultados de uma pesquisa são frutos justamente da interação entre o observador e o observado. Metodologicamente¹², e em consequência das suposições ontológicas e epistemológicas, o paradigma construtivista propõe um processo hermenêutico-dialético que tem como premissa a interação entre observado e observador para que se criem realidades em determinados momentos.

Ainda, existem diferenças entre a metodologia construtivista e a positivista que devem ser consideradas. Conforme Guba e Lincoln (1989) [2011]:

- a) Para os construtores “verdade” é uma questão de consenso e não de realidade objetiva.
- b) Só é possível atribuir significado aos “fatos” dentro de uma estrutura valorativa.
- c) As “causas” e “efeitos” não existem, exceto por imposição. Desse modo a responsabilização é uma questão que envolve todas as partes envolvidas na construção conjunta.
- d) Só é possível compreender os fenômenos dentro do contexto que eles são estudados. Por isso, os resultados não podem ser generalizados para outras realidades.
- e) As intervenções realizadas em determinados contextos serão influenciadas por ele, bem como irão influenciá-lo.
- f) A mudança não é um processo linear, portanto não pode ser planejada *a priori*.
- g) A avaliação produz dados nos quais os fatos e valores estão interligados.
- h) Os avaliadores são parceiros subjetivos dos grupos de interesse na construção dos dados. Dessa maneira, os avaliadores são orquestradores do processo de negociação, a partir das reivindicações, preocupações e questões dos interessados.
- i) Os dados da avaliação resultante de uma pesquisa construtivista representam novas construções mais fundamentadas e esclarecidas, não tendo prestígio, nem legitimação.

Este estudo foi desenvolvido em uma ESF localizada no Distrito de Saúde Glória/Cruzeiro/Cristal. Baseado no modelo psicossocial e fundamentado nos princípios da

¹¹ A epistemologia é a ramificação da filosofia que lida com a origem, a natureza e os limites do conhecimento humano (GUBA; LINCOLN, 1989 [2011]).

¹² Entende-se por metodologia a ramificação mais prática da filosofia, especialmente da filosofia da ciência que lida com métodos, sistemas e regras para a condução de investigações (GUBA; LINCOLN, 1989 [2011]).

Reforma Psiquiátrica, foi desenvolvido de modo democrático, no contexto dos sujeitos, pois é no contexto das pessoas que os fenômenos ganham significados para elas.

Mais do que estar alerta às contestações dos grupos de interesse, como pesquisadora responsiva fui procurá-las. Pois de acordo com Guba e Lincoln (1989) [2011] o avaliador construtivista responsivo deve estar aberto para prontificar-se a refinar, mudar ou mesmo rejeitar o que se acredita no momento em prol de um “algo mais” que será construído durante o processo de avaliação. É considerar que nunca é possível saber como as coisas são de “verdade”, uma vez que as verdades são construções sociais.

Em uma Avaliação de Quarta Geração não é viável estabelecer indicadores *a priori*. Pois, se corre o risco de apontar questões que não tem significados e que não são considerados problemas para os interessados, bem como que não são oriundos do contexto dos grupos de interesse (WETZEL, 2005).

Portanto, neste estudo a atenção voltada aos grupos de interesse objetiva o levantamento de questões significativas para eles, dentro dos seus contextos de vida e do serviço ao qual estão vinculados. Também, para que as construções resultantes do processo de avaliação possam fortalecê-los para a identificação e enfrentamento das adversidades decorrentes da vulnerabilidade programática.

5.1.4 Processo Hermenêutico-Dialético

Para alcançar o enfoque responsivo, por meio da metodologia construtivista, Guba e Lincoln (1989) [2011] propõem como caminho, o processo hermenêutico-dialético. É hermenêutico porque tem caráter interpretativo e é dialético porque contrapõe diferentes questionamentos e reflexões a fim de obter uma síntese elaborada das ideias. Conforme os autores, o objetivo desse processo não é gerar confronto entre os sujeitos, ou provar quem está certo, mas formar uma correlação entre eles que permita um exame e uma construção compartilhada entre todos os envolvidos, obtendo consenso sempre que possível. Quando o consenso não for possível, esse processo permite o conhecimento de diferentes pontos de vista, possibilitando uma agenda de negociações. À medida que o processo de avaliação vai sendo desenvolvido, este promove mudanças nas construções iniciais, tanto dos participantes, quanto dos avaliadores, mesmo não se obtendo consenso.

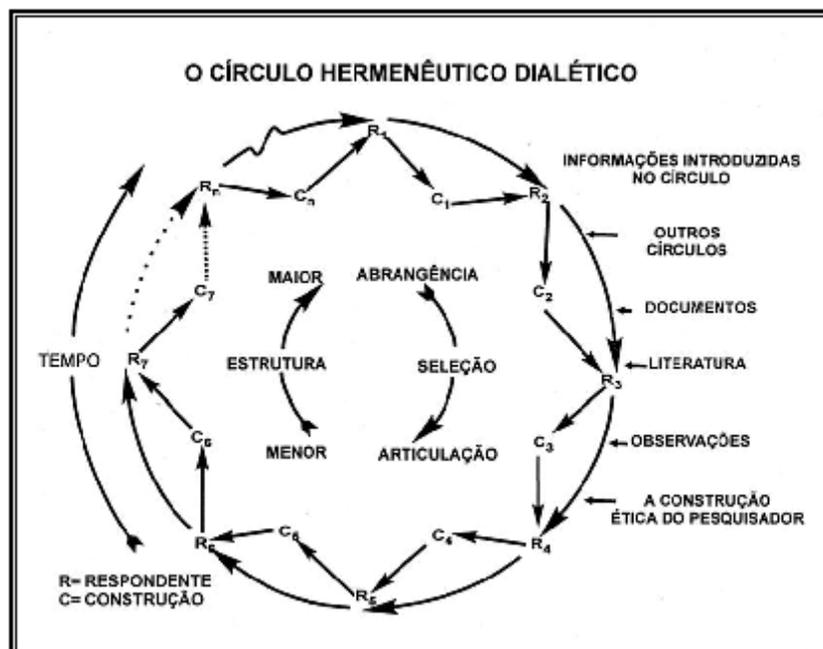
O processo hermenêutico-dialético permite que todos os envolvidos sejam simultaneamente instruídos, pois a partir da identificação de diferentes pontos de vista adquirem outro nível de informação e esclarecimento. Também, oportuniza o ganho de poder de decisão,

porque considera de maneira integral as construções iniciais dos partícipes, oportunizando que cada um tenha a possibilidade de criticar, corrigir, reparar ou ampliar as construções de todos os participantes (GUBA; LINCOLN, 1989 [2011]).

Conforme Guba e Lincoln (1989) [2011] para obter sucesso no processo hermenêutico-dialético é necessário atentar para as seguintes condições: todos os participantes devem assumir uma postura de integridade; é importante que as construções sejam realizadas a partir de uma comunicação compreensível a todos; implicação de todos para compartilhar poder; apresentar flexibilidade frente ao processo de mudança, reconsiderando suas posturas valorativas de maneira apropriada. Por fim, todos os envolvidos necessitam estar comprometidos com o processo, pois este exige que sejam dispensados tempo e energia para que se obtenha êxito.

A figura 1 apresenta o modelo esquemático proposto pelos autores para a execução do processo hermenêutico-dialético. “R” representa os respondentes e “C” as construções.

Figura 2 – Circulo Hermenêutico - Dialético



Fonte: traduzido por Wetzel (2005) a partir de Guba e Lincoln (1989) [2011].

Primeiramente, um respondente R1 foi selecionado pela pesquisadora. Neste estudo a R1 foi uma Agente Comunitária de Saúde, por ser a profissional que a pesquisadora teve contato inicialmente, identificada como profissional de liderança e participativa. Essa respondente participou de uma entrevista aberta, onde tendo como foco o objeto de avaliação, a R1 apresentou seu ponto de vista a partir do seu contexto e de suas vivências.

Guba e Lincoln (1989) [2011] destacam que nesse momento é importante que a pesquisadora enfatize a respondente que descreva o objeto de avaliação de acordo com suas percepções, podendo incluir observações referentes às reivindicações, preocupações e questões. E, também o que considera relevante ou não sobre o que está sendo avaliado.

Como segundo passo, a pesquisadora solicitou a R1 que indicasse um respondente, o R2. De modo que R2 tivesse opiniões diferentes de R1. Essa solicitação pode ser realizada por meio do seguinte questionamento: “deve existir alguém neste contexto que pense diferente de você. Você poderia nomear essa pessoa?”.

Com relação à solicitação, realizei o seguinte questionamento: sobre as questões tu trouxeste sobre o cuidado em saúde mental, no contexto da ESF outras pessoas devem pensar diferente de ti. Tu poderias indicar alguém?

As percepções, os temas, os conceitos, as ideias, os valores, as reivindicações, as preocupações e as questões trazidas por R1 foram analisadas pela pesquisadora, configurando as construções iniciais de R1 que foram denominadas de C1.

Neste processo a análise dos dados é realizada concomitantemente com a coleta das informações dos respondentes. Ou seja, as percepções de R1 foram analisadas pela pesquisadora antes de obter as considerações de R2. Também, é importante que R1 valide as informações que forneceu¹³.

Após, R2 foi entrevistado com a mesma liberdade que R1 teve para apresentar suas percepções. Quando R2 concluiu a apresentação de todos os seus temas, em momento apropriado foi solicitado a R2 que comentasse os temas trazidos por R1. Desse modo, a entrevista de R2 além de trazer suas colocações, também trouxe críticas a respeito das construções de R1.

Posteriormente, a pesquisadora solicitou a R2 que indicasse o R3. A segunda análise (antes de entrevistar o R3) resultou na formulação C2 que foi mais informada e esclarecida, por ser proveniente das construções de R1 e R2.

O processo foi realizado desse modo até que as informações fornecidas se aproximassem ou se repetissem. Inicialmente tentou-se identificar respondentes que ampliassem as construções a fim de se ter um panorama sobre o objeto de avaliação. Conforme as informações foram ficando mais sofisticadas, determinados elementos se mostraram mais

¹³ De acordo com Guba e Lincoln (1989) [2011] a validação de respondentes (*member checks*) refere-se ao teste de hipótese, dados, categorias preliminares e interpretações com os membros dos grupos de interesse. Isto é, verificar com os respondentes se as informações que o avaliador irá apresentar estão de acordo com o que as pessoas expuseram. A validação pode ser realizada de maneira formal ou informal diretamente com cada respondente após as entrevistas ou com o grupo de interesse após as análises.

salientes do que outros. Isso ocorreu na medida em que os respondentes se expressavam mais. Coube à pesquisadora a partir da interação com os respondentes analisar as questões consideradas de grande importância para eles (GUBA; LINCOLN, 1989 [2011]).

Nesse contexto, há a necessidade desde respondentes que ampliem as construções sobre o objeto de avaliação, até respondentes que se expressem desembaraçadamente sobre os temas em destaque. Desse modo, a estruturação das entrevistas foi se alterando. No início as perguntas eram abertas, à proporção que as repostas ficaram mais fundamentadas, as perguntas realizadas pela pesquisadora passaram a ser cada vez mais pontuais (GUBA; LINCOLN, 1989 [2011]).

As informações inseridas no círculo não necessitam ser restritas ao que a pesquisadora e os respondentes apontam. É possível de acordo com a necessidade, introduzir construções de outros grupos de interesse. Por exemplo, artigos científicos, entrevistas, livros, documentos e a construção ética da pesquisadora. Essas fontes podem contrapor ou confirmar as construções realizadas pelos interessados. Com relação às construções éticas da pesquisadora, não geram nenhum tipo de privilégio para ela, pois os respondentes têm a oportunidade de criticar essas construções do mesmo modo que criticaram as informações dos demais. Além disso, a construção da pesquisadora tem como finalidade apenas de aumentar sua capacidade de facilitar o processo de negociação (GUBA; LINCOLN, 1989 [2011]).

Cabe destacar que o paradigma construtivista contrapõe a ideia de neutralidade na pesquisa. Não existe uma ciência neutra, pois por todas as ciências perpassam interesses e visões de mundo historicamente construídas. Desse modo, na pesquisa de cunho social como é esta, a relação entre a pesquisadora e o contexto estudado se estabelece definitivamente. Pois, uma vez que esta pesquisa lida com seres humanos, por razões culturais, de faixa etária, etc. Há alguns pontos em comum com a pesquisadora, tornando a mesma parte do estudo, o que permite a explanação de suas construções éticas (MINAYO, 2013).

O círculo não precisa ser composto por pessoas que reúnem características semelhantes, ou seja, mesmo sexo, idade ou que tenham papéis similares dentro de um determinado contexto. Podendo ser constituído por pessoas diferentes. Entretanto, um círculo composto por indivíduos muito diferentes entre si podem comprometer o processo hermenêutico-dialético pelo fato de ocuparem diferentes níveis de poder no contexto o qual estão inseridos (GUBA; LINCOLN, 1989 [2011]).

5.2 Cenário do estudo

Para avaliar o cuidado em saúde mental na perspectiva da vulnerabilidade programática, a coleta das informações foi realizada em um contexto específico: na região centro-sul do município de Porto Alegre, na ESF - Unidade de Saúde (US) Nossa Senhora Medianeira. Localizada no bairro Santa Tereza, distrito Cruzeiro, pertencente ao território da Gerência Distrital de Saúde Glória/Cruzeiro/Cristal, sendo um dos cenários preferenciais de práticas disciplinares e estágios da UFRGS. Atualmente essa Unidade de Saúde denomina-se Moab Caldas.

A ESF - US Nossa Senhora Medianeira existe desde 2012, conta com três equipes de saúde da família que são compostas no total por cinco técnicos em enfermagem, 12 agentes comunitários, três médicos, três enfermeiros, dois dentistas, dois auxiliares de saúde bucal, um técnico bucal e um auxiliar de limpeza. Oferece consultas médicas e de enfermagem, atendimento odontológico, curativos, coleta de exame citopatológico, testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites B e C e colocação de DIU. Trabalha com os programas pré-natal e pra-nenê, além de possuir grupos de gestante, mente-corpo, nutrição adulto/bebê e de tabagismo.

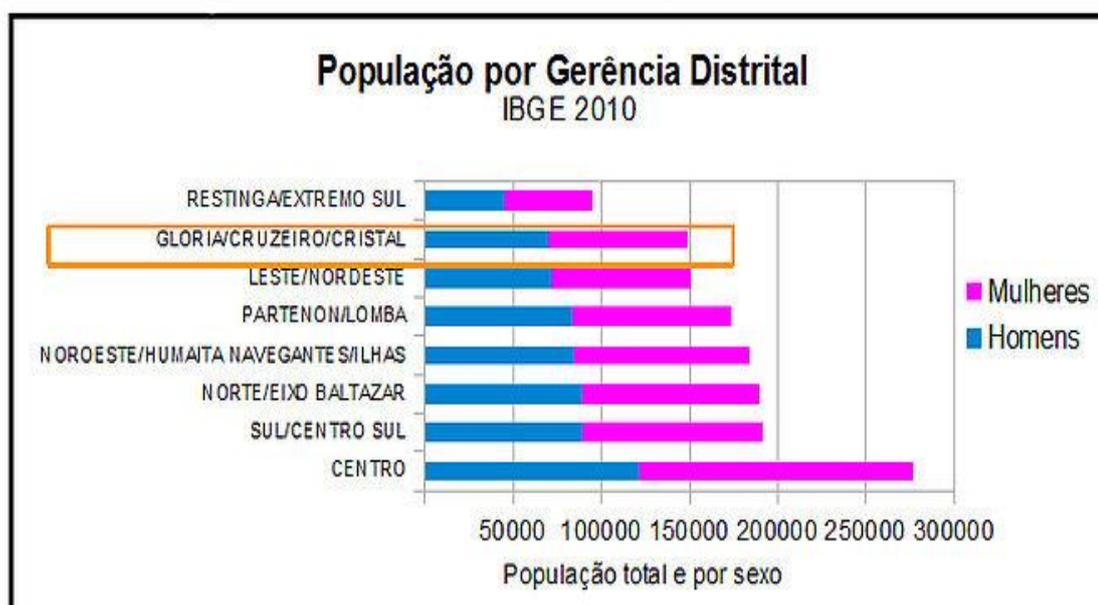
5.2.1 Panorama do território da gerência distrital de saúde Glória/Cruzeiro /Cristal

Atendendo uma população estimada de 160.000 habitantes, a Gerência conta com 24 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 19 equipes de ESF. A Gerência Distrital está localizada no Centro de Saúde Vila dos Comerciantes (CSVC) e possui uma área física de aproximadamente 14.000m², contando com os seguintes serviços: Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS), Plantão de Saúde Mental, Programa de Redução de Danos, Ambulatório Básico, Ambulatório Especializado, Ambulatório de Odontologia, Serviço de Fonoaudiologia, Centro Municipal de Reabilitação, Serviço de Atendimento Especializado em Doenças Sexualmente Transmissíveis (SAE), Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), Assistência Domiciliar Terapêutica (ADOT), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II e CAPS Ad), Fundação de Articulação e Desenvolvimento de Políticas Públicas para Pessoas Portadoras de Deficiências e com Altas Habilidades no Rio Grande do Sul (FADERS), Laboratório Municipal de Saúde Pública, Farmácia Distrital, Serviço Especializado na Saúde da Criança e do Adolescente, Oxigenoterapia Domiciliar, Ambulatório de Asma, e Conselho Distrital de Saúde (UFRGS, 2017).

Cada uma das regiões (distritos de saúde) que integram esse Gerência de Saúde tem características próprias. A Região Glória é composta pelos bairros Belém Velho, Cascata e Glória. Tem 42.286 habitantes distribuídos em 13.761 domicílios, representando 3,00% da população do município. Sua área abrange 18,19 km², perfazendo 3,82% da área do município, e sua densidade demográfica é 2.324,68 hab/km². A taxa de analfabetismo é de 3,29% e o rendimento médio dos responsáveis por domicílio é de 2,80 salários mínimos. Os bairros Medianeira e Santa Tereza compõem a Região Cruzeiro, com 65.408 habitantes e 20.815 domicílios, representando 4,64% da população do município. Com área de 6,82 km², ocupa 1,43% do município, com densidade demográfica de 9.590,62 hab/km². A taxa de analfabetismo é de 4,13% e o rendimento médio dos responsáveis por domicílio é de 3,83 salários mínimos. A Região Cristal é composta pelo bairro de mesmo nome, conta com 27.661 habitantes e 10.338 domicílios. Perfazendo 1,96% da população do município, com área de 3,92 km², representando 0,82% do município, tendo densidade demográfica de 7.056,38 hab/km². A taxa de analfabetismo é de 2,28% e o rendimento médio dos responsáveis por domicílio é de 5,26 salários mínimos (GEOSAÚDE, 2010).

A figura 2 representa a distribuição da população no município de Porto Alegre de acordo com a gerência distrital.

Figura 3 – População por Gerência Distrital



Fonte: IBGE, 2010 apudASSEPLA, em out. 2013.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) dos distritos Glória, Cruzeiro e Cristal expressam vulnerabilidades nos setores da educação, saúde e renda para as três regiões.

Destaca-se que o distrito Cristal apresenta o 5º melhor IDH do município, enquanto que o distrito Glória é o com pior IDH entre os três distritos da região. Este também apresenta os piores percentuais de saneamento básico entre os três da região, no comparativo com os percentuais da cidade (IBGE, 2010). Conforme os quadros um e dois:

Quadro 1 – Índice de Desenvolvimento Humano

Região	IDH	IDH Educação	IDH Saúde	IDH Renda
Porto Alegre	0,865	0,951	0,775	0,87
Região Cristal	0,86	0,948	0,766	0,87
Região Cruzeiro	0,813	0,906	0,736	0,8
Região Glória	0,788	0,902	0,705	0,76

FONTE: Atlas do Desenvolvimento Humano da Região Metropolitana de Porto Alegre, 2008, apud Plano Municipal de Saúde de Porto Alegre 2014-2017, em out. 2013.

Quadro 2 – Saneamento básico nos distritos Glória, Cruzeiro e Cristal e no município de Porto Alegre, RS

Regiões	Abastecimento de água	Canalização de esgotos	Esgoto a céu aberto	Lixo acumulado
Porto Alegre	99,35% (505.149)	94,26% (479.281)	5,17% (25.381)	5,97% (29.304)
Região Cristal	99,15% (10.250)	90,26 (9.331)	8,27% (783)	5,64% (534)
Região Cruzeiro	99,63% (20.738)	97,3% (20.252)	3,12% (594)	8,19% (1.562)
Região Glória	98,8% (13.596)	87,52% (12.043)	10,7% (1.235)	18,2% (2.101)

FONTE: IBGE, Censo 2010 apud Plano Municipal de Saúde de Porto Alegre 2014-2017, em out. 2013.

A Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal conta com serviços de saúde nos três graus de complexidade - atenção primária, secundária e terciária, além dos profissionais responsáveis pela gestão da Gerência, e pelos serviços que se localizam na sede do Centro de Saúde Vila dos Comerciários, já apresentados anteriormente. Os níveis de atenção estão constituídos da seguinte maneira:

- Atenção Primária: Unidade Básica de Saúde (UBS) Cristal, ESF Divisa, ESF - US Nossa Senhora Medianeira, ESF Nossa Senhora das Graças, ESF São Gabriel, ESF Cruzeiro do Sul, ESF Mato Grosso, ESF Orfanatório, ESF Osmar Freitas, ESF Santa Anita, ESF Santa Tereza, UBS Vila dos Comerciários, UBS Tronco, UBS Vila Gaúcha, UBS Vila Cruzeiro/FASE, UBS 1º de Maio, ESF Alto Embratel, UBS Aparício Borges, UBS Belém Velho, UBS Estrada dos Alpes, UBS Glória, ESF Graciliano Ramos, Unidade de Saúde

Prisional (USP) Madre Pelletier (Penitenciária Feminina), ESF Jardim Cascata, ESF Nossa Senhora de Belém, ESF Rincão.

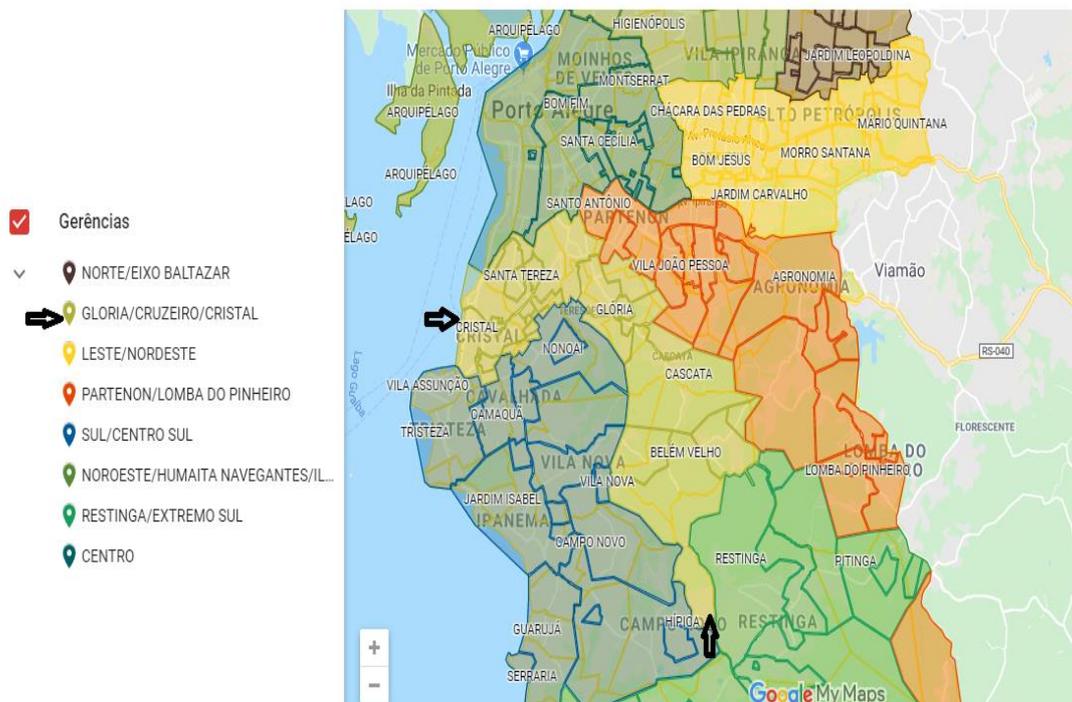
- Atenção Secundária: Centro de Atenção Psicossocial - AD, Ambulatório Especializado em Saúde Mental - Adulto, Centro de Atenção Psicossocial II – Adulto, Centro de Especialidades Odontológicas (GCC), Centro de Especialidades Vila dos Comerciantes, Centro de Reabilitação/Ostomia, Equipe de Saúde Mental, Farmácia Distrital GCC, Laboratório Municipal de Saúde Pública, Núcleo de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (“Emergência do Postão”).

- Atenção Terciária: Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul.

O Conselho Distrital de Saúde Glória/Cruzeiro/Cristal (CDS GCC) é uma instância de controle social descentralizada do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre (CMS/POA). Existe para planejar, avaliar, fiscalizar e deliberar sobre as ações de saúde, em consonância com as normas do Sistema Único de Saúde (SUS), na sua área de abrangência. Participam do CDS a população usuária, os trabalhadores de saúde da região, os prestadores terceirizados de serviços e os gestores públicos. As reuniões ocorrem a cada 15 dias, no auditório do Centro de Saúde Vila dos Comerciantes (CSVC) (UFRGS, 2017). Neste espaço existe a possibilidade da população adstrita manifestar suas reivindicações, preocupações e questões em relação às condições em que vem ocorrendo ações de saúde praticadas no território, exercendo seu direito de controle social sobre as práticas em saúde.

Além disso, o território do Distrito Sanitário Glória/Cruzeiro/Cristal vem se constituindo no distrito preferencial para acolher as práticas assistenciais, de pesquisa e extensão dos cursos da área da saúde da UFRGS, pelo fato de haver parceria firmada entre a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS) e a Universidade, por meio de convênio, em que as duas instituições se comprometem a manter relações profissionais com vistas à formação de profissionais que se integrem, desde a época da graduação, em práticas inseridas nos princípios do SUS. Dentro das propostas da SMS, cada distrito de saúde deveria ser reconhecido como um distrito docente assistencial vinculado a uma instituição formadora, e por isso o curso de Enfermagem da UFRGS estreitou a aproximação iniciada em 1990 com o Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal, desenvolvendo suas práticas e trocando experiências como os profissionais dos serviços desse território (PEREIRA, 2013).

Figura 4 - Perímetro geográfico da Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal



Fonte: GEOSAÚDE 2020.

Para este estudo optei por um cenário no território da Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal por ser o distrito da UFRGS e estar vinculado ao projeto de pesquisa intitulado “O processo de inclusão social de pessoas e grupos em situação de vulnerabilidade no campo da saúde mental”, desenvolvido por pesquisadoras do GEPESM.

Esta pesquisa por meio de uma metodologia responsiva e participativa ouviu as reivindicações, preocupações e questões dos grupos de interesse na ESF – US Nossa Senhora Medianeira no distrito de saúde Cruzeiro a fim de inserir a saúde mental no campo mais geral da conquista dos direitos sociais e de cidadania das pessoas com transtornos mentais (SALLES; LEÃO; BARROS, 2014).

5.3 Participantes do estudo

Entendo que as pesquisas não dão voz às pessoas, ao invés disso, proporcionam um espaço para que suas vozes possam ser ouvidas com a devida atenção e consideração. Pois, as

peças apresentam percepções sobre questões de cunho individual, social e programático, mas nem sempre têm a oportunidade de explaná-las.

Participaram deste estudo 9 profissionais da saúde de uma ESF e 12 usuárias da saúde mental. No grupo das usuárias, 8 eram pessoas com transtornos mentais em atendimento na ESF e 4 eram usuárias familiares de pessoas com transtornos mentais.

Os critérios de inclusão para participar foram os seguintes:

- a) Para as profissionais da equipe: trabalhar na equipe a pelo menos seis meses, por ser considerado tempo mínimo para que o profissional possa conhecer o contexto da ESF.
- b) Para as usuárias: ter boa condição de comunicação e estar em acompanhamento na ESF.

Foram estabelecidos como critérios de exclusão do estudo:

- a) Para as profissionais da equipe: estar de licença durante o período de coleta de dados, ser estagiária ou voluntária.
- b) Para as usuárias: ser menor de idade (idade inferior a 18 anos). Apresentar sinais e sintomas de quadro agudo da patologia psiquiátrica.

Acredito ser importante ouvir as pessoas nos seus contextos, porque toda e qualquer teoria que eu pudesse fazer em relação a esse território, jamais seria tão fiel quanto ouvir quem vive nele.

Não é apenas a pesquisadora que tem capacidade de dar sentido ao seu trabalho intelectual. Os participantes dão significados a suas ações e suas construções, projetando e planejando seus futuros, configurando a consciência histórica de seu tempo. Isso significa que cada contexto social existe e se constrói num determinado espaço e se organiza de forma particular e diferente dos outros. Por vivermos num mundo marcado pela comunicação, as pessoas que vivenciam o mesmo período histórico apresentam alguns traços comuns. Do mesmo modo, as sociedades vivem o presente marcado pelo futuro, numa dialética constante entre o que está dado e o que será fruto de suas construções. Esse conjunto irá configurar suas realidades sociais ao agirem e refletirem sobre o que fazem, dando significados para suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes (MINAYO, 2013).

5.4 Gerando as informações

Para coletar as informações este estudo utilizou como técnicas a observação e a entrevista.

Minayo (2014) afirma que as construções das pessoas são uma versão do que as mesmas vivenciam cotidianamente. A observação e a entrevista são boas técnicas para conhecer o processo de socialização, a emergência de um grupo, a estrutura organizacional, o nascimento e declínio de uma relação social e as respostas situacionais às contingências cotidianas.

A observação pode ser considerada parte essencial da pesquisa qualitativa, pois oportuniza que a pesquisadora em determinada situação social estabeleça uma relação face a face com os observados. Desse modo, a pesquisadora ao desenvolver a observação será modificada e de certo modo também modificará o contexto que estará inserida (MINAYO, 2014).

Assim, a observação se mostra uma importante técnica para a coleta de informações de um estudo que por meio da Avaliação de Quarta Geração se propôs a avaliar o cuidado em saúde mental na perspectiva da vulnerabilidade programática. Porque vai ao encontro desse tipo de avaliação que durante seu processo pluralista e participativo por meio das construções realizadas promove mudanças tanto na pesquisadora, quanto nos respondentes.

Sabe-se que a mente humana é seletiva. Ao olhar para um mesmo objeto ou situação duas pessoas enxergam diferentes coisas. Como cada uma percebe as coisas sofre influência de sua história pessoal e bagagem cultural. Dessa maneira, para o que é despendida maior atenção é influenciado pelo tipo de formação, pelas aptidões e pelo lugar de fala na sociedade (LUDKE; ANDRÉ, 1986).

“O que observar?” “Como observar?” Para Minayo (2014), a resposta destes questionamentos vem da antropologia, que entende a observação como uma maneira complementar de conhecer a realidade empírica. É preciso que a pesquisadora relativize o seu espaço social, colocando em prática a empatia, ou seja, se coloque no lugar do outro. Na pesquisa qualitativa a proximidade com os respondentes longe de ser um problema, é uma virtude.

Como outras fases do estudo, a observação não é neutra e não é possível observar tudo. O foco da observação deve ser dado conforme o objeto e as questões da avaliação que serão respondidas (MINAYO, 2014).

Nesse sentido, as observações participantes tiveram como objetivo conhecer o contexto social e a dinâmica de serviço da ESF – US Nossa Senhora Medianeira. Foram realizadas durante o período de maio a outubro de 2018, nos dois turnos (manhã e tarde), perfazendo 360 horas, aproximadamente. Sendo guiadas por um roteiro (APÊNCICE E).

Esse momento é denominado por Guba e Lincoln (1989) [2011] de etnografia prévia, cujo detalhamento se encontra na página 85 (item 5.5.2 Organização da avaliação).

Como instrumento para registro das observações, utilizei o diário de campo.

Conforme Minayo (2014), o diário de campo é um instrumento tradicionalmente utilizado quando se realizam observações, ele nada mais é do que um caderno de notas, em que a pesquisadora a cada dia irá anotar o que observa. Nele devem constar as impressões pessoais da pesquisadora que irão se modificar conforme o desenvolvimento do estudo, resultados de conversas informais, observações de comportamentos divergentes das informações fornecidas pelos grupos de interesse, manifestações dos respondentes quanto ao objeto de avaliação, entre outras. É importante apontar que os dados do diário de campo constaram na análise das informações, pois é esse compilado de impressões, e notas referentes às diferenciações entre informações, comportamentos e relações que tornam o estudo mais sofisticado e fundamentado.

Corroborando com isso, Wetzel (2005) diz que os comentários da pesquisadora, sentimentos, percepções, dúvidas e aspectos a serem aprofundados devem estar no diário de campo. Para a autora, essa etapa é importante, pois à medida que aumenta a inserção no local de estudo e se acumulam informações é possível rever algumas impressões iniciais, aumentando e aprimorando a capacidade de análise.

As observações participantes que inicialmente eram realizadas diariamente, no período de aplicação do Círculo Hermenêutico-Dialético, foram intercaladas com as entrevistas e mais focalizadas nas construções de emergiam do Círculo.

Com relação à entrevista, Minayo (2013) afirma que é uma técnica privilegiada para comunicação, sendo a mais usada no processo de coleta de informações. A entrevista é considerada uma conversa a dois ou em grupo realizada pela iniciativa da entrevistadora. Tendo o objetivo de proporcionar construções pertinentes para um consenso sobre o objeto de avaliação.

Neste estudo as entrevistas foram realizadas de modo individual, agendadas previamente. Com o intuito de preservar a privacidade dos respondentes, as entrevistas foram realizadas em salas/ consultórios na ESF, não interferindo no trabalho das equipes de saúde.

Quanto a sua forma de organização as entrevistas podem ser classificadas como: sondagem de opinião, semiestruturada, aberta ou em profundidade, focalizada e projetiva (MINAYO, 2013, 2014).

- a) Sondagem de opinião: entrevistas constituídas por questionários totalmente estruturados, nos quais as escolhas dos respondentes estão restritas a dar respostas às perguntas formuladas pela pesquisadora.
- b) Semiestruturada: são entrevistas que combinam perguntas fechadas e abertas, nas quais os respondentes têm a possibilidade de realizar construções sobre o objeto de avaliação sem se prenderem às indagações formuladas.

- c) Aberta ou em profundidade: refere-se às entrevistas em que o respondente é convidado a expor seu ponto de vista livremente sobre o objeto de avaliação e os questionamentos da pesquisadora, quando são realizados, buscam dar mais profundidade às construções.
- d) Focalizada: quando a entrevista tem como objetivo esclarecer um determinado problema.
- e) Projetiva: é utilizada quando é necessário falar sobre um tema delicado e se tem problemas para abordá-lo de maneira direta. Então, a pesquisadora utiliza de dispositivos visuais, como filmes, vídeos, pinturas, gravuras, fotos, poesias, contos, redações de outras pessoas e convida o respondente para discorrer sobre o que vê ou lê.

Por meio da utilização do Círculo Hermenêutico-Dialético, neste estudo as entrevistas iniciais foram abertas, permitindo que os respondentes explanassem seus pontos de vista livremente. Ao passo que as entrevistas foram realizadas, a partir de sua análise a pesquisadora identificou questões a serem inseridas nas entrevistas posteriores. A partir desse aprofundamento, as entrevistas foram se tornando cada vez mais estruturadas. O que não foi um empecilho para os respondentes acrescentarem novas questões, quando consideraram pertinente.

O que se deseja numa entrevista é que seja criada uma interação social. Havendo uma reciprocidade entre a entrevistadora e o respondente especialmente nas entrevistas abertas onde não há uma ordem rígida de questionamentos, as informações fluem de maneira notável e autêntica (LUDKE; ANDRÉ, 1986). Entretanto, quando se trata de uma sociedade ou um grupo de interesse marcado por conflitos, cada entrevista expressa de forma diferenciada em seus resultados a situação do contexto em que a avaliação está sendo desenvolvida. Dessa forma, é imprescindível incorporar o contexto onde as entrevistas são produzidas, sendo complementado com as informações provenientes das observações. Assim, além do ponto de vista dos respondentes a pesquisadora qualitativista terá em mãos elementos sobre as reivindicações, preocupações e questões dos grupos de interesse que caracterizam seus contextos sociais (MINAYO, 2013).

A importância da entrevista é que ela permite a captação imediata das informações, praticamente com qualquer tipo de respondente e sobre os mais variados assuntos. Quando bem realizada pode permitir a problematização de questões de natureza estritamente pessoal, assim como de temas de natureza complexa e de escolhas individuais. E, pode também, atingir respondentes que não poderiam ser atingidos por outros meios de investigação. Por exemplo,

pessoas com pouca escolarização, em que a aplicação de um questionário escrito seria inviável (LUDKE; ANDRÉ, 1986).

Nesta pesquisa a entrevista foi uma importante técnica para coletar as informações, pois possibilitou que os grupos de interesse realizassem aperfeiçoamentos, esclarecimentos e adequações de suas construções ao longo de processo de avaliação.

Contemplando as questões referentes à ética em pesquisa com seres humanos, a pesquisadora seguiu alguns passos fundamentais numa avaliação responsiva como: se apresentar para os grupos de interesse, realizar menção aos objetivos e interesses do estudo em linguagem de senso comum, apresentar as credenciais institucionais, justificar a escolha dos respondentes garantindo o seu anonimato e usar o consentimento livre e esclarecido (MINAYO, 2014).

Ainda, foram fornecidas informações referentes ao estudo no decorrer de sua realização sempre que os interessados julgaram necessário e nas reuniões de equipe da ESF. Por fim, todas as entrevistas foram gravadas em aparelho de áudio mp3, tiveram duração média de 1 hora e 30 minutos para cada respondente, seguindo os roteiros conforme Apêndices B, C e D, permitindo maior fidedignidade das informações para sua transcrição e análise.

5.5 Desenvolvendo as etapas do trabalho de campo

Como já descrito neste projeto, a Avaliação de Quarta Geração é um conjunto que envolve um enfoque responsivo que usa as reivindicações, preocupações e questões dos grupos de interesse como elementos organizadores e uma metodologia construtivista cujo objetivo é desenvolver um consenso crítico entre os grupos de interesse que antes mantinham pontos de vista diferentes e talvez conflitantes (GUBA; LINCOLN, 1989 [2011]).

Desse modo, para o desenvolvimento das etapas do trabalho de campo de uma Avaliação de Quarta Geração, Guba e Lincoln (1989) [2011] propõem as seguintes etapas: formalizar contrato com o cliente ou o patrocinador que encomendou a avaliação, organizar a avaliação, identificar os grupos de interesse ou interessados (*stakeholders*), gerar uma construção conjunta dentro do grupo de interesse, testar e ampliar as construções conjuntas dos grupos de interesse, separar as reivindicações, preocupações e questões resolvidas, priorizar as reivindicações, preocupações e questões não resolvidas, coletar informações relacionadas às reivindicações, preocupações e questões não resolvidas, preparar uma agenda de negociação, conduzir a negociação, divulgar os resultados e reciclar.

Neste estudo foram utilizadas as etapas adaptadas por Wetzel (2005): contato com o campo, organização da avaliação, identificação dos grupos de interesse, desenvolvendo construções conjuntas, ampliando as construções conjuntas, preparação da agenda de negociação e execução da negociação. Descritas detalhadamente a seguir:

5.5.1 Contato com o campo

Nesta etapa foi realizado um primeiro contato informal com a ESF – US Nossa Senhora Medianeira), a fim de conhecer os serviços, apresentar a pesquisadora, as credenciais de sua instituição de origem, os objetivos da pesquisa e verificar o interesse de participação no estudo.

Respeitando as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos referidas na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Porto Alegre.

Posteriormente, foi realizado um segundo contato formal com os grupos de interesse para apresentar o que é a Avaliação de Quarta Geração, seus objetivos, como este estudo seria realizado, as condições para um processo hermenêutico-dialético produtivo e disponibilizou-se espaço para que os grupos de interesse pudessem apontar dúvidas, considerações que pensavam ser importantes para avaliação e ajustes no estudo caso considerassem necessário.

Essa etapa foi importante, pois possibilitou que os grupos de interesse de início já percebessem que se tratava de uma avaliação participativa e desse modo não seriam apenas informantes, mas incluídos de forma ativa em todo o processo de avaliação.

Conforme Guba e Lincoln (1989) [2011] os grupos de interesse envolvidos numa avaliação construtivista, de caráter responsivo tem o direito de saber o que será avaliado, quem são os envolvidos na avaliação, bem como saber que outros grupos de interesse poderão ser incluídos no processo avaliativo.

A partir disso, poderia ocorrer mudanças no objeto de avaliação, pois o que foi avaliado não é mais “real” que outras construções ou que as construções dos interessados. Por mais que os objetivos do estudo estejam devidamente descritos, cada pessoa realizou diferentes interpretações. Conforme o desenvolvimento da avaliação, diferentes construções emergiram e à medida que as construções foram relacionadas com o contexto em que a avaliação estava sendo realizada, outras mudanças poderiam surgir. As observações de campo revelaram as variações entre o objeto de avaliação, as construções iniciais e as mudanças. (GUBA;

LINCOLN, 1989 [2011]). Isto posto, o próprio processo de avaliação contribui de modo significativo para essas mudanças.

Desse modo, considero oportuno narrar como foi realizado o contato com o campo.

Em março de 2018 eu e a professora orientadoras nos reunimos com a enfermeira que coordenava a ESF Nossa Senhora Medianeira para falarmos sobre o projeto “O processo de inclusão social de pessoas e grupos em situação de vulnerabilidade no campo da saúde mental”, meu projeto de tese e sobre a possibilidade da ESF ser campo de estágio para os alunos do sétimo semestre do curso de graduação em Enfermagem, na disciplina “Cuidado em enfermagem na saúde mental II”.

Eu não conhecia a região da cidade de Porto Alegre em que a Gerência Distrital está localizada. Ao chegarmos observei que estávamos no Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS) e, senti uma preocupação, pois todas as informações que tinha a respeito da Vila Cruzeiro eram referentes à violência, homicídios, tráfico de drogas e confrontos entre a polícia e traficantes. Havia lido diversas reportagens sobre tentativas de homicídios e homicídios que ocorreram no PACS e ouvido o relato de profissionais que solicitaram a saída do serviço por medo da violência.

No dia da reunião, chegamos eu, a professora orientadora e a professora da disciplina da graduação sem saber a localização exata da ESF. Fomos nos informar na recepção do PACS, sendo cordialmente informadas.

Do mesmo modo, fomos recebidas cordialmente na recepção da ESF por profissionais (Agentes Comunitários de Saúde) que nos encaminharam até a Enfermeira coordenadora da ESF. Expusemos os motivos da nossa reunião a realização da pesquisa, minha tese e campo para estágio de graduação e documento de autorização da coordenação conforme regras da Secretaria Municipal de Saúde. A enfermeira considerou interessante as propostas dos projetos de pesquisa e a realização do estágio, pois para ela a ESF tem uma demanda alta de usuários que necessitam de cuidados de saúde mental e também, alta vulnerabilidade social.

Ao final da reunião a Enfermeira concordou em disponibilizar um dia para que eu pudesse conhecer o serviço e orientou agendamento de uma reunião com os apoiadores da Gerência Distrital GCC.

Na semana seguinte fui até a ESF para falar especificamente sobre meu projeto de tese (enviado por e-mail) e levar o documento de autorização da coordenação do serviço para ser assinado. Fui recebida por duas enfermeiras da ESF e pelo apoiador, sendo informada de uma nova coordenação da ESF, o que fez ser necessário recomeçar o processo de negociação para minha entrada no campo de pesquisa.

Neste dia acreditava que iria sair com documentos assinados, entretanto o apoiador não havia realizado a leitura do projeto e a nova enfermeira coordenadora também não conhecia a proposta de pesquisa, o que levou a postergar a assinatura de autorização. Além disso, a coordenadora, reconsiderou minha entrada no serviço somente quando houvesse o parecer de aprovação do comitê de ética em pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde.

Nesse momento, senti que seriam idas e vindas à ESF para obter as autorizações e que seria um processo desgastante, pois teria que ser recomeçado. Em uma semana estava tudo acordado e na outra reiniciava-se a etapa de esclarecimento da pesquisa, dos seus objetivos e da metodologia ou do modo como ela ocorreria. Percebi que a semana que passou foi a primeira de muitas que eu teria que esclarecer meu projeto de tese para ter o direito de entrar no campo.

No dia 22 de março, a Enfermeira informou que os apoiadores da gerência autorizariam minha presença na ESF sem o parecer do comitê de ética, caso eu tivesse um documento da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMSPA) autorizando minha entrada.

Em contato com a SMS, orientaram que somente poderia realizar uma visita guiada para conhecer a estrutura física da ESF, esta deveria ser agendada, justificada para posterior autorização, mas a pesquisa não era justificativa para essa visita guiada. Ou seja, mais uma vez não foi possível conhecer a ESF. E, continuava aguardando o retorno do apoiador referente à leitura do projeto para posterior autorização e assinatura dos documentos para poder submeter o projeto ao Comitê de Ética.

Em abril entrei em contato via e-mail com o apoiador da Gerência solicitando uma data para realizarmos a reunião, em que apresentaria (mais uma vez) minha pesquisa e falaria (mais uma vez) sobre o documento de autorização da coordenação do serviço para a realização de pesquisa que necessitava ser assinado e, assim encaminhar Comitê de Ética da universidade e da SMSPA.

No dia 12 abril de abril de 2018, fomos (eu e a professora orientadora) em uma reunião para apresentarmos minha pesquisa. Fomos recebidas por dois apoiadores, que informaram terem lido o projeto, consideraram a proposta interessante, mas tinham preocupação referente à realização da pesquisa que não poderia interferir no cotidiano da ESF. Isto é, não poderia modificar a rotina de atendimentos e nem retirar os profissionais no horário de trabalho para exercerem outras atividades. Esclarecemos essas dúvidas e apontamos a possibilidade de minha inserção no serviço para acompanhar a rotina antes de iniciar formalmente a observação e as entrevistas. Fomo informadas que sem aprovação do comitê de ética não seria viável entrar no serviço. Nesse encontro foi assinado autorização da coordenação do serviço para a realização de pesquisa.

Assim, encaminhei para a SMSPA os documentos para os devidos trâmites e dia 16 abril recebi o termo de autorização da SMSPA. A partir disso, o projeto foi encaminhado para o comitê de ética via Plataforma Brasil.

No dia 24 de abril participei da reunião geral de equipe (na reunião geral reúnem-se os profissionais das equipes 1, 2 e 3). A enfermeira (coordenadora da ESF) disponibilizou 15 minutos para apresentação da minha pesquisa. Inicialmente a enfermeira me apresentou e informou às profissionais que eu seria a primeira a falar naquele dia antes do início das pautas das reuniões.

Hoje temos uma visita. Essa é a Mariane, ela é enfermeira lá da UFRGS e vai fazer a pesquisa dela aqui com a gente. Agora ela vai falar rapinho com vocês sobre a pesquisa dela”. (Enfermeira)

Iniciei me apresentando, posteriormente falei sobre minha área de atuação (saúde mental), a temática que trabalho (vulnerabilidade) e os objetivos e metodologia do meu projeto de tese. Observei que algumas pessoas me olhavam, com uma expressão de quem não estavam entendendo nem a proposta da pesquisa e nem o que eu sou (enfermeira, doutoranda?). Outras mexiam no celular. Durante minha fala a Enfermeira acenou com a cabeça e, percebi que ela parecia querer falar algo. Num momento da minha fala eu faço uma pausa e a Enfermeira questiona: “*era isso que tinhas para falar*”.

A reunião tinha muitas pautas naquele dia e não poderia atrasar. Resolvi fazer um fechamento breve. Em seguida, foi pedido licença para que a reunião pudesse ser iniciada e, não fui autorizada a assisti-la. Tive a percepção desse primeiro encontro com equipe de ser estranha (o que era verdadeiro) com uma proposta que ninguém havia entendido. E por ser uma estranha, por isso não confiável, não poderia escutar o que seria discutido na reunião.

Em maio, participei novamente da reunião geral de equipe. Solicitei espaço de fala para informar que a pesquisa se encontrava no comitê de ética. Frente a experiência anterior, nessa reunião tentar ser mais objetiva, clara e sucinta sobre a pesquisa e informei que se encontrava em apreciação pelo comitê de ética. Nesse dia, também fui solicitada a me retirar para que a reunião tivesse continuidade.

Mais uma vez percebi que não estava conseguindo me fazer entender, talvez pela linguagem acadêmica que estava utilizando. Percebi que uma das enfermeiras havia demonstrado maior atenção para minha proposta de pesquisa.

Dia 07 de maio a pesquisa é aprovada no comitê de ética da UFRGS e da SMSPA.

No dia 14 de maio retornei à ESF para apresentar a pesquisa para os profissionais de uma das equipes, definida como a equipe que participaria do processo avaliativo.

Nesse dia, a enfermeira da equipe disponibilizou uma hora para que eu apresentasse o projeto de tese com auxílio de projetor data show. Elaborei uma apresentação com uma linguagem menos acadêmica para que os profissionais pudessem compreender minha proposta. Observei durante a apresentação que todos prestaram atenção. Ao final de minha explanação, me pareceu que eu ainda não estava sendo clara o suficiente para que a equipe pudesse compreender os objetivos e a metodologia da pesquisa. No entanto, também percebi que minha comunicação havia sido melhor, pois a equipe demonstrou interesse pela proposta do estudo, apresentando questionamentos e dúvidas sobre como seria desenvolvida a pesquisa, quem seriam os entrevistados, quanto tempo eu realizaria de observação, se iríamos ter que nos reunir mais de uma vez. Nesse dia a enfermeira autorizou minha presença em toda a reunião.

5.5.2 Organização da avaliação

O principal nesta etapa é ganhar o “direito de entrada”, que está diretamente relacionado com a confiança dos grupos de interesse na pesquisadora.

A confiança é um importante aspecto para a obtenção de acesso ao cenário do estudo, não ter essa confiança inviabiliza o processo de avaliação. Os respondentes tenderão a ser mais cooperativos e falarão mais francamente sobre o cuidado em saúde mental se respeitarem a pesquisadora e acreditarem em sua integridade. A pesquisadora construtivista deve estar atenta para desenvolver a confiança com cada respondente, pois esta será estabelecida de acordo com a história de vida de cada um. Além disso, essa é uma tarefa evolutiva, ou seja, algo que se desenvolve dia a dia (GUBA; LINCOLN, 1989 [2011]).

Outro aspecto importante desenvolvido nessa etapa foi a familiarização com os fatores sociais, políticos e culturais da ESF – US Nossa Senhora Medianeira. Uma vez que todo o contexto de avaliação apresenta um *mix* desses fatores, conhecê-los foi essencial para o sucesso da avaliação. Ao entrar em um contexto é importante considerar que as normas, as convenções, os hábitos e os costumes sociais, políticos e culturais são moldados pelo contexto tanto quanto qualquer outra coisa, não sendo possível compreendê-los de forma isolada (GUBA; LINCOLN, 1989 [2011]).

Guba e Lincoln (1989) [2011] apontam a “etnografia prévia” (*prior ethnography*) como uma maneira de se obter uma apreciação social, cultural e política do contexto no qual a avaliação será desenvolvida. Realizar uma etnografia prévia significa vivenciar o contexto por algum tempo como observador, sem se envolver com as atividades da avaliação, como um modo de reconhecimento.

Essa etapa foi realizada por meio das observações participante no serviço, nas visitas domiciliares e em conversas com as profissionais e usuárias da ESF, a fim de conhecer o contexto estudado e identificar as lideranças do território.

Ainda, foram consideradas as necessidades logísticas para o desenvolvimento do processo avaliativo, como gravador para a coleta das informações, canetas, bloco de anotações para as observações, transporte, etc.

Nesse sentido, com o projeto de pesquisa aprovado em comitê de ética, no dia 15 de maio de 2018 iniciei oficialmente a etnografia prévia e as observações participantes na ESF por meio do compartilhamento das experiências das pessoas envolvidas no estudo.

Minhas preocupações iniciais eram em relação à perturbação observativa que ocorre quando as pessoas envolvidas na pesquisa estão conscientes de que estão sendo observadas pela pesquisadora, e por essa razão podem modificar seus comportamentos e formas de agir frente a situações como no atendimento ao usuário ou na resolução de situações de conflito na rotina profissional (CARDANO, 2017).

Diante disso naquele momento emergiram alguns questionamentos: como a equipe perceberá uma pessoa que ficará no serviço “fazendo nada” enquanto todos trabalham? Como serão suas condutas durante os atendimentos que eu estiver presente? Me sentirei incomodando os profissionais? Perceberei o descontentamento frente a minha presença por meio de expressões corporais? Terei o sentimento de estar deslocada? Serei vista como não pertencente ao grupo?

Inicialmente, me senti uma estranha entre os profissionais que chegavam e já iam assumindo seus postos de trabalho. Fiquei inicialmente na recepção, mas por vezes me via no caminho das pessoas atrapalhando a movimentação dos profissionais. Permanecia na cozinha algumas vezes, ficando fora das conversas. Nos primeiros dias as respostas para todos os questionamentos anteriormente mencionado, foram “sim”. Em todos os lugares que eu me localizava, sempre tinha algum profissional para me pedir licença, para que eu saísse do caminho. Me sentia deslocada.

Além disso, eu portava um caderno em minhas mãos e uma caneta, pois queria anotar tudo o tempo todo para não perder nenhum detalhe. E, não existe nada mais eficiente para produzir a perturbação observativa que ficar observando as pessoas com um caderno na mão, realizando anotações. Os profissionais apenas respondiam questões pontuais frente as minhas perguntas. Em alguns momentos refletia sobre o tempo que eu levaria para me tornar parte da ESF e o que poderia fazer para facilitar o acesso. Talvez largar o caderno, sentar mais à vontade a mesa na hora do almoço, conversar sobre outros assuntos nos intervalos, solicitar aos Agentes

Comunitários de Saúde permissão para acompanhá-los nas visitas. As equipes sabiam pouco de mim e eu nada deles.

A sala de acolhimento era pequena e, por vezes, os técnicos me pediam licença, parecia que todo o lugar que parava, eu estava atrapalhando. Percebi que meu corpo ocupava um “grande” espaço no serviço. Não estava ali somente minha bagagem teórica. Mais do que a bagagem teórica que carrego, carrego minha presença, que na ausência da confiança era percebida como perturbadora. Entretanto, esse episódio foi importante para que eu pudesse perceber que somente o tempo e a convivência diária poderiam reduzir essa barreira.

O observador está num lugar não apenas com as próprias cognições teóricas e metodológicas, mas com toda a sua pessoa e principalmente com o seu corpo, submetido ao conjunto de contingências que constituem o seu “experimento de experiência.” Um corpo que não é apenas apoio móvel de um aparelho observativo, mas que se torna ele mesmo aparelho de aprendizagem ao passo que aprende com as pessoas (CARDANO, 2017).

Conforme Cardano (2017), no plano programático a participação constitui um teste para avaliar nossas interpretações das regras que guiam as formas de interação social para as quais dirigimos nossa atenção.

Ao nos aventurarmos em determinados locais, encontraremos formas específicas de viver e possivelmente incorreremos em algumas gafes. Essa involuntária violação de uma regra de conduta coloca em evidência a nossa “inadequação” de uma forma de vida específica. A “inadequação” é percebida ao observarmos a reação de quem está ao redor, em particular quem faz parte do cotidiano que estamos tentando nos inserir. Essa reação geralmente é demonstrada por meio de gestos, irritação ou uma manifestação de surpresa que comunica nossa violação. Como pesquisadores, não nos interessa somente evitar gafes, mas ter acesso à compreensão das regras que guiam as interações de que fazemos parte, de um modo crítico capaz de chegar a compreensão e explicação do porquê das regras (CARDANO, 2017).

Com o passar dos dias e a convivência que possibilitou uma relação de vínculo e confiança, ganhei o direito de entrada na ESF. Eu e meu corpo “entramos nas regras de fazer parte” e ganhamos o direito de estar ali. Assim, pude observar as estratégias de cuidado em saúde mental das profissionais, a rotina e fazer parte do cotidiano do serviço. Observei a recepção da ESF, os acolhimentos, as consultas médicas e de enfermagem, acompanhei visitas domiciliares, participei de reuniões de equipe na ESF e com a gestão (Coordenação/ Gerência Distrital), participei das reuniões de matriciamento com o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e de consultas conjuntas com a psiquiatra do NASF. Bem como, acompanhei a enfermeira em reuniões com os profissionais Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Percebi que passei a viver como os profissionais ao passo que informações como as agendas de consulta, a organização das visitas domiciliares e demais rotinas chegavam até mim sem, necessariamente eu solicitar. Além disso, outros momentos importantes foram quando os profissionais passaram a falar sobre a pesquisa para as usuárias, bem como me apresentar para as mesmas.

5.5.3 Identificação dos grupos de interesse

Para Guba e Lincoln (1989) [2011] os grupos de interesse são pessoas ou grupos que de alguma forma são vítimas ou beneficiárias do processo de avaliação. Para os autores é mais difícil identificar as vítimas, pois não existe a pretensão deliberada de que elas sejam vítimas, por não terem consciência de que são vítimas e por serem pouco visíveis, talvez pelo seu reduzido interesse em aparecer.

Os autores afirmam que durante o processo de avaliação outros grupos de interesse podem ser incluídos, contudo não é possível privilegiar todos os interessados, pois ultrapassaria a capacidade de recursos disponíveis. Um meio ético para classificar o público em incluídos e excluídos seria o interesse relativo, considerando que alguns podem ter mais interesses do que outros. A inclusão ou a exclusão dos grupos de interesse não pode ser determinada de forma arbitrária pela pesquisadora, devendo ser realizada por meio de negociação.

Considerando que o principal objetivo da Avaliação de Quarta Geração é ser formativa, através do diálogo que possibilite a reconstrução fundamentada num nível de conhecimento mais sofisticado, os critérios que normalmente são utilizados em outras pesquisas não cabem aqui, por exemplo, incluir pessoas que tem mais poder dentro de um grupo e excluir pessoal com baixo nível de instrução (GUBA; LINCOLN, 1989 [2011]).

Assim, foram incluídos no Círculo Hermenêutico-Dialético todas as profissionais contratadas de uma das equipes da ESF e usuárias que estavam em atendimento de saúde mental durante o período de coleta de dados (maiores de 18 anos e sem sinais e sintomas de quadro agudo da patologia psiquiátrica).

Participaram oito profissionais da equipe. Durante a aplicação do Círculo Hermenêutico-Dialético foi incluída mais uma profissional, assim totalizaram nove profissionais.

Com relação às usuárias, fiz contato prévio para explicar os objetivos do estudo para, posteriormente agendar a entrevista. Assim, participaram 12 usuárias da saúde mental (oito

peças com transtornos mentais e quatro usuárias familiares de peças com transtornos mentais).

Por fim, destaca-se que o processo de inclusão no estudo foi concretizado somente após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) pelo respondente em duas vias.

5.5.4 Desenvolvendo construções conjuntas

Nesta etapa foi realizada a aplicação do Círculo Hermenêutico-Dialético conforme descrito no item 5.1.4.

Guba e Lincoln (1989) [2011] afirmam que no primeiro uso do círculo, o objetivo é revelar tantas construções diferentes possíveis. Procura-se conhecer como um grupo de interesse específico vê o objeto de avaliação e quais as principais reivindicações, preocupações e questões relacionadas no ponto de vista dos interessados. O que importa é a abrangência.

Assim, a primeira entrevista foi realizada com uma questão aberta em que foi solicitado ao entrevistado que falasse sobre o cuidado em saúde mental na ESF. Em um segundo momento foi solicitado que o respondente falasse sobre a disponibilidade, acessibilidade, a qualidade e a aceitabilidade do cuidado em saúde mental e os problemas que identificavam com relação a essas questões. Visto que o referencial da V&DH sugere esses temas para exame crítico da vulnerabilidade programática (GRUSKIN; TARANTOLA, 2012; AYRES; PAIVA; FRANÇA JR, 2012).

Posteriormente, foi solicitado ao primeiro respondente que apontasse outro possível entrevistado que tivesse opiniões diferentes das dele. Ao ser identificado o segundo respondente pode realizar suas construções livremente e também fazer uma crítica as construções do primeiro respondente. O mesmo foi realizado com os demais entrevistados.

Embora todo respondente tenha uma construção pessoal, até certo ponto divergente dos demais, o processo de Avaliação de Quarta Geração procura expor toda construção individual à crítica dos demais e exige que cada entrevistado considere as construções dos outros e chegue a um acordo sobre elas (GUBA; LINCOLN, 1989 [2011]).

Vale destacar que cada entrevista foi seguida de análise por meio do Método Comparativo Constante, tornando as construções das entrevistas prévias, disponíveis para as seguintes. Este método foi proposto por Glaser e Strauss para o desenvolvimento de teorias, sendo utilizado por Guba e Lincoln para análise de informações e, objetiva que o conteúdo das entrevistas precedentes possa ser apresentado nas entrevistas posteriores. A utilização do

Método Comparativo Constante possibilitou o surgimento de construções mais fundamentadas e inclusivas, que levou em consideração as contribuições de todo e qualquer respondente que já tinha sido envolvido no processo avaliativo (GUBA; LINCOLN, 1989 [2011]).

Um questionamento pertinente para esse momento é: como saber quando interromper o Círculo Hermenêutico-Dialético?

A redundância é um critério para que não seja acrescentado nenhum outro respondente. Ou seja, quando um respondente após outro não acrescenta praticamente nenhuma informação nova. Outro critério é o consenso; não faz sentido acrescentar outros respondentes quando se alcança um consenso numa construção conjunta. Além desses, também é possível apontar como critério as diferenças irreconciliáveis, isto é, quando se torna evidente que os membros do círculo chegaram a conclusões diferentes e não é possível fazê-los mudar de opinião com base nas informações disponíveis e nos seus sistemas de valores sociais, culturais e políticos. Nesse caso, pode haver um conjunto de várias construções, cada uma com seu grupo de adeptos, e não um consenso (GUBA; LINCOLN, 1989 [2011]). Estes critérios foram levados em consideração para o desenvolvimento deste estudo.

Enfatiza-se que é possível fazer o círculo mais de uma vez, esse processo é denominado por Guba e Lincoln (1989) [2011] de reciclagem. Basicamente, envolve os mesmos respondentes somados a novos entrevistados. Neste estudo isso não foi realizado em virtude do tempo estabelecido para o desenvolvimento do processo avaliativo.

5.5.5 Ampliando as construções conjuntas

Nas etapas anteriores, o Círculo Hermenêutico-Dialético foi estabelecido, proporcionando a emergência de construções conjuntas de cada grupo de interesse específico, desenvolvidas quase inteiramente com base nas construções pessoais dos participantes individuais do círculo. Entretanto, existe uma série de informações que poderiam ter ou tiveram impacto significativo sobre as construções realizadas. Dessa maneira, o objetivo dessa etapa foi introduzir de modo sistemático esses conteúdos, disponibilizando mais informações às construções, tornando-as mais fundamentadas para que se atinja o consenso. Tendo em vista que foram introduzidas nas construções já realizadas, as reivindicações, preocupações e questões dos interessados que talvez estejam em desacordo, o consenso tornar-se mais difícil (GUBA; LINCOLN, 1989 [2011]).

Para este estudo as informações acrescentadas nas construções foram provenientes das seguintes fontes, conforme Guba e Lincoln (1989) [2011] e Wetzel (2005):

- a) Observação: foram realizadas 360 horas de observações, realizando uma etnografia prévia (*prior ethnography*). As observações realizadas quando introduzidas nas entrevistas conduzidas através do Círculo Hermenêutico-Dialético possibilitaram o levantamento de questões produtivas. Do mesmo modo, durante as entrevistas foi possível perceber semelhanças e diferenças com o que foi observado.
- b) Literatura profissional: a literatura disponível configura conhecimentos que são utilizados para estudos futuros. Na pesquisa de caráter construtivista, a literatura não pode ser tomada como verdade absoluta, antes disso é usada para problematizar as construções defendidas. Desse modo, essas publicações são unidades de informação que afetam a construção emergente e precisam ser abordadas. Porém, não devem ser introduzidas no círculo com um *status* especial, porque não são verdades supremas, independente do processo científico pelo qual tenham sido obtidas. Para este estudo, foi utilizada a literatura sobre vulnerabilidade, saúde mental na atenção básica, Reforma Psiquiátrica e conceito de Participação Social. Bem como, sobre outros temas que surgiram durante o processo e que contemplem o objeto de avaliação. Para que não pareça uma imposição, ou que os respondentes considerem que estão criticando algo que na maioria das vezes é considerado inquestionável, especialmente porque a base formadora da sociedade é positivista, ao introduzir a literatura as perguntas realizadas foram da seguinte forma: “algumas pessoas acreditam que... outras pessoas pensam que... O que tu achas sobre isso? Isso faz sentido para ti com base na tua experiência nesse contexto/ no tempo que frequentas a ESF?” Cabe destacar que o objetivo não foi introduzir os materiais considerados pertinentes em sua totalidade, mas o suficiente para ampliar as visões dos grupos de interesse sobre o que estava sendo avaliado.
- c) Construção ética da avaliadora: a avaliadora tem conhecimento prévio sobre o objeto de avaliação e seu contexto, não sendo problema expor sua opinião. A questão a ser pensada é como isso será realizado. As construções da avaliadora devem ser postas em discussão paralelamente a todas as outras informações para que sejam submetidas às mesmas quantidades e tipos de críticas, não recebendo nenhum peso a mais do que têm direito. Neste estudo, as construções da avaliadora foram apresentadas com a seguinte introdução: “algumas pessoas

acreditam que...”. Ressalta-se a importância da sensibilidade da avaliadora para saber o momento adequado para a introdução de suas questões.

Essas fontes são informações legítimas para informar e fundamentar as construções existentes. Quaisquer informações que venham dessas fontes merecem atenção e por meio de reflexões devem ser rejeitadas ou acomodadas às construções aceitas. Algumas vezes essa acomodação talvez seja extremamente radical, podendo alterar as construções existentes de tal forma que ocorra o que Guba e Lincoln consideram uma “revolução”. Quando todas essas informações forem expostas, abordadas e problematizadas a interação hermenêutica-dialética estará concluída. Durante essa etapa, para uma melhor organização das construções dos grupos de interesse, estas foram agrupadas de acordo com seus temas (GUBA; LINCOLN, 1989 [2011]; WETZEL, 2005).

5.5.6 Preparação da agenda de negociação

Após identificar, organizar as reivindicações, preocupações e questões e coletar as informações relacionadas de cada grupo de interesse, a avaliadora preparou uma agenda de negociação com os respectivos grupos. Ou seja, apresentou a totalidade das informações aos grupos de interesse para que pudessem modificar ou concordar com as construções realizadas (GUBA; LINCOLN, 1989 [2011]; WETZEL, 2005).

Para contemplar esta etapa, neste estudo a pesquisadora convidou todos os entrevistados dos dois grupos de interesse, para os quais foi apresentado o resultado final (provisório) da análise dos dados.

Guba e Lincoln (1989) [2011] afirmam que preparar a agenda de negociação por convenção é uma tarefa apenas da avaliadora, por ser considerada a especialista imparcial em relação ao objeto de avaliação e a pessoa que tem habilidades técnicas para lidar com as informações e sua interpretação.

Os autores chamam atenção para o fato que delegar essa responsabilidade à avaliadora é significativo e lógico apenas no ponto de vista das suposições positivistas. Visto que para esse paradigma os dados representam um estado “real” e “verdadeiro” das coisas que foram obtidos diretamente “da natureza”, não havendo possibilidade de terem sofrido influência dos valores da avaliadora (GUBA; LINCOLN, 1989 [2011]).

Para as suposições construtivistas, a postura positivista é intolerável. Os dados não são isentos de valor e “não falam por si só”. Isto é, não constituem seu próprio significado e interpretação de um modo irrefutável. A avaliadora guiada consciente ou inconscientemente

por seus valores, seleciona os fatos e obtém seus significados. Ao representar amplamente as construções dos interessados, a sessão de negociação tem como objetivo expor e considerar todo um conjunto de valores. Se a aplicação do Círculo Hermenêutico-Dialético determinará quais informações devem ser coletadas, a etapa de negociação apontará o que elas significam (GUBA; LINCOLN, 1989 [2011]).

A preparação da agenda de negociação envolveu as seguintes atividades realizadas pela avaliadora:

- a) Após ter agrupado as reivindicações, preocupações e questões dos interessados de acordo com seus temas, a pesquisadora definiu cada núcleo temático nos termos de cada grupo que as fizeram emergir. Seguido de amplas discussões para que se tornem compreensíveis a todos os envolvidos. Utilizou exemplos, a fim de tornar as construções mais transparentes possíveis para todos os envolvidos no processo avaliativo.
- b) Esclareceu as construções conflitantes.
- c) Ofereceu informações para esclarecer as construções que não obtiverem consenso.
- d) Organizou material em forma de apresentação utilizando Microsoft PowerPoint para que os grupos de interesse pudessem ter acesso a todas as construções.
- e) Verificou disponibilidade e preparou recursos audiovisuais para a exposição das construções aos grupos de interesse.
- f) Negociou melhor data, horário para cada grupo de interesse e reservou uma sala no Centro de Saúde Vila dos Comerciantes no qual localiza-se a ESF.

5.5.7 Execução da negociação

Nesta etapa a pesquisadora apresentou aos grupos de interesse a análise das informações, a partir das entrevistas. Assim, os interessados tiveram acesso às construções referentes ao cuidado em saúde mental na ESF na perspectiva da vulnerabilidade programática.

As negociações ocorreram nos dias 06 de maio e 07 de junho de 2019 em uma sala no Centro de Saúde Vila dos Comerciantes, onde está localizada a ESF. A reserva do local foi previamente acordado com a coordenação da ESF e Gerência Distrital GCC. Antes do início da negociação foram enfatizados os preceitos éticos referentes ao sigilo e anonimato do estudo.

Estavam presentes cinco profissionais das nove que participaram do Círculo Hermenêutico-Dialético, sendo uma técnica de enfermagem, duas Agentes Comunitárias de

Saúde, uma enfermeira e uma médica. Das profissionais ausentes duas estavam em compromissos profissionais e uma estava em licença maternidade.

Na reunião de negociação das usuárias, estavam presentes cinco das 12 que participaram do Círculo Hermenêutico-Dialético. Das ausências duas justificaram problemas pessoais, três confirmaram presença, mas não compareceram e duas realizou-se três tentativas de contato, entretanto, não obteve-se retorno.

Ainda, contou-se com a presença da professora orientadora em ambas reuniões de negociação.

Corroborando com os princípios e aspectos da Avaliação de Quarta Geração, a negociação também deve ser hermenêutica e dialética em forma e processo. Nesse contexto, a avaliadora foi uma mediadora e facilitadora, não tendo nenhuma permissão especial, prestígio nem poder superior. Todas as colocações propostas pelos grupos foram ser consideradas (GUBA; LINCOLN, 1989 [2011]).

O término das negociações ocorreu quando foi atingido algum consenso sobre as reivindicações, preocupações e questões que ainda não tinham sido resolvidas. Dessa maneira, outras construções puderam ser obtidas por consentimento mútuo, superando as desenvolvidas anteriormente. Foram consideradas adequadas, as construções visivelmente mais fundamentadas e esclarecidas que qualquer uma de suas predecessoras. Quando não foi possível atingir um consenso, continuaram havendo construções conflitantes e, neste caso, a responsabilidade da negociação foi delinear as diferenças contínuas que caracterizavam as construções conflitantes, servindo como base para avaliações futuras (GUBA; LINCOLN, 1989 [2011]).

Todo o processo termina mais ou menos arbitrariamente quando se esgotam o tempo ou os recursos ou quando se alcança um consenso sobre os resultados. É improvável que se chegue a um acordo sobre todas as reivindicações, preocupações e questões. Portanto, lançam-se as bases para processos avaliativos futuros. Esse ponto de vista vai ao encontro do princípio de que por ser um processo contínuo, toda avaliação tende a levantar mais perguntas do que respostas (GUBA; LINCOLN, 1989 [2011]).

Segundo Guba e Lincoln (1989) [2011] ao final do processo é possível obter três resultados com relação às reivindicações, preocupações e questões:

- 1) Resolução plena: quando alguma reivindicação, preocupação ou questão é totalmente resolvida. Ou seja, não necessita de outras medidas ou decisões, exceto, talvez, a decisão de continuar realizando a ação considerada efetiva.

Algumas não exigem nenhuma medida, outras exigem certo refinamento ou aprimoramento. E, outras requerem seu abandono.

- 2) Resolução incompleta ou parcial: quando por diversos motivos, como a impossibilidade de se obter todas as informações consideradas desejáveis, algumas construções permanecem não resolvidas. Neste caso, as medidas/decisões são adiadas. Sendo possível implementar ações temporárias até o momento que se obtenham informações complementares através de outros estudos.
- 3) Resolução pendente: quando construções diferentes e possivelmente conflitantes se mantêm. Pouco ou quase nada pode ser feito, a não ser continuar trabalhando sobre o problema e tentar um ajuste em direção a uma medida prática. Seria lamentável se não fosse possível alcançar um ajuste prático, pois a única alternativa seria não tomar nenhuma medida ou determinar uma medida de forma arbitrária.

Neste processo avaliativo, obteve-se um alto grau de consenso dos grupos de interesse em relação às reivindicações, preocupações e questões apresentadas.

O grupo das usuárias não retirou nenhuma unidade de informação ou categoria. Assim como, não realizou modificações e inclusões.

O grupo das profissionais retirou uma unidade de informação por não concordar e destacou as seguintes questões:

- As usuárias da saúde mental procuram atendimento na ESF pelos seguintes motivos: renovação de receitas, necessidade de escuta, por estarem agitadas, chorosas, com insônia, ansiosas e por sentirem algo que às vezes não compreendem.

- A renovação de receita num primeiro momento passa a ser uma forma da equipe iniciar um vínculo, no sentido de começar um cuidado de saúde mental.

- Grupo de saúde mental coordenados pela enfermeira com auxílio dos ACSs é uma possibilidade de educação em saúde e incentivo à responsabilização do usuário com o tratamento.

- As determinações políticas tem como foco o cuidado em saúde baseado em números e indicadores. Na saúde mental isso não está estruturado e conseqüentemente, pode-se ter mais perda de recursos e atenção.

- Mudanças na organização territorial preocupam as profissionais, principalmente a médica e a enfermeira que necessitam reorganizar o vínculo das usuárias com as profissionais de outra equipe.

5.6 Análise das informações

Para a análise das informações foi utilizado o Método Comparativo Constante, pois este permite que a análise seja realizada simultaneamente à coleta das informações.

Seu uso é adequado para este estudo, pois reflete as características da Avaliação de Quarta Geração, em que a análise não deve ser realizada sem a participação dos interessados. Desse modo, associando os resultados da aplicação do Círculo Hermenêutico-Dialético ao Método Comparativo Constante, foi possível estruturar um conjunto de construções que apresentou a avaliação dos dois grupos de interesse sobre o cuidado em saúde mental em uma ESF na perspectiva da vulnerabilidade programática.

Esse método foi proposto por Glaser e Strauss em 1967 para o desenvolvimento de teorias, conceitos e hipóteses partindo da comparação contínua dos dados e não de suposições *a priori*, de outras investigações ou de marcos teóricos existentes. Sendo utilizado por Guba e Lincoln (1985) para o processamento de informações.

O Método Comparativo Constante é constituído por duas etapas:

- 1) Identificação das unidades de informação: nesta etapa a partir das informações foram definidas as categorias. As unidades são provenientes do material empírico coletado durante o processo avaliativo, sendo registado de modo que seja compreensível por qualquer pessoa. Cada unidade foi codificada através da fonte original, no caso deste estudo, as entrevistas e as observações. As unidades de informação foram a base para definir as categorias. Desse modo, o que foi considerado uma unidade apresentou duas características: a) Ser heurística, ou seja, apontou para algum entendimento ou ação necessárias à pesquisa. Não sendo heurística, conseqüentemente não foi útil, mesmo que tenha sido considerada interessante; b) Ser a menor parte de informação sobre alguma coisa que se mantém por si mesma, isto é, foi possível interpretá-la sem o acréscimo de outra informação, a não ser que tenha sido algo relativo ao contexto no qual o estudo foi realizado.

Uma unidade pode ser uma simples sentença ou pode ser mais que um parágrafo, esta emergiu do material empírico coletado por meio da leitura horizontal das entrevistas e das observações. No momento que uma unidade foi localizada, se teve o cuidado de registar a informação de modo compreensível, sendo acrescentadas informações referentes ao contexto para torná-las mais compreensíveis. No decorrer dessa etapa se chegou a um número elevado de

unidades de informação. Recomenda-se rejeitar posteriormente o material que pareça ser irrelevante, do que ter que recuperar as informações que forem percebidas como relevante adiante, mas que já foram descartadas.

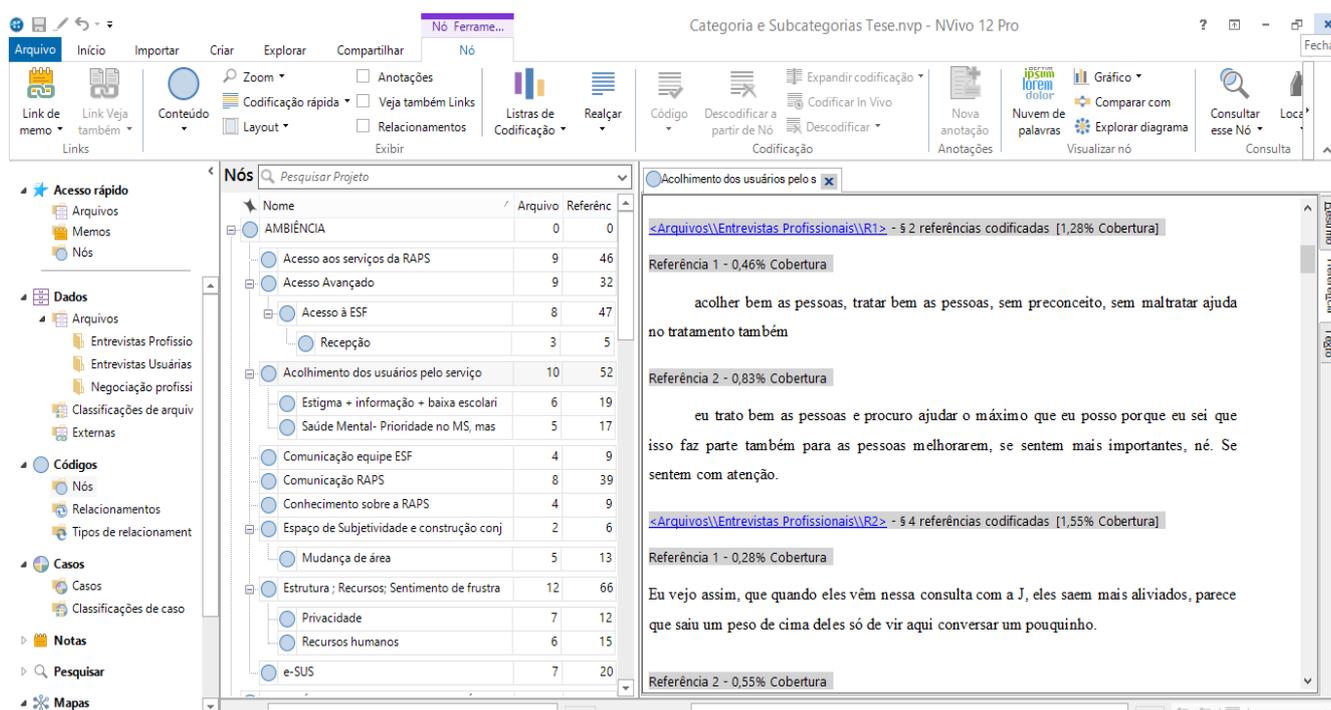
- 2) Categorização: nesta etapa foi realizado o reagrupamento provisório das unidades de informação que apresentaram proximidades em seu conteúdo, dando origem a categorias mais amplas. Para o aprofundamento de significados dos dados dos brutos, foram realizados diversos retornos aos mesmos. Em cada categoria foi possível identificar divergências e convergências quando se realizou a análise aprofundada, por meio da comparação das informações de diferentes entrevistas. O reagrupamento foi repetido diversas vezes, de modo que cada categoria estivesse delimitada conceitualmente de forma mais clara. Essa delimitação conceitual se submeteu ao marco teórico que embasou o estudo – cuidado e vulnerabilidade programática, considerando os quatro componentes analíticos desse fenômeno (disponibilidade, acessibilidade, qualidade e aceitabilidade). A construção das categorias se deu de modo que ao final elas tornaram-se internamente as mais homogêneas possíveis e externamente as mais heterogêneas possíveis. A checagem da construção da pesquisadora foi realizada pelos grupos de interesse na etapa de negociação durante o processo avaliativo.

A etapa de categorização foi realizada com auxílio do *software* NVivo12 Pro.

Tendo como base as unidades de informação identificadas no processo avaliativo, as entrevistas articuladas com as considerações realizadas na etapa de negociação foram selecionadas e codificadas por Nós. Em um segundo momento os Nós foram revisados, organizados, agrupados para a formação das categorias.

A figura 4, por exemplo, demonstra a elaboração da possível da categoria “Ambiência” com os Nós (temas) que a compõe. Na direita é possível visualizar as falas das respondentes R1 e R2 referente ao Nó “acolhimento dos usuários pelo serviço”. A figura 5 representa os Nós elaborados, isto é, a estrutura da codificação.

Figura 5 - Codificação por Nós no software NVivo12 Pro



Fonte: elaborado pela autora, 2019.

Figura 6 - Relatório da estrutura da codificação

Nós

Nós\AMBIÊNCIA

Nós\AMBIÊNCIA\Acesso aos serviços da RAPS

Nós\AMBIÊNCIA\Acesso Avançado

Nós\AMBIÊNCIA\Acesso Avançado\Acesso à ESF

Nós\AMBIÊNCIA\Acesso Avançado\Acesso à ESF\Recepção

Nós\AMBIÊNCIA\Acolhimento dos usuários pelo serviço

Nós\AMBIÊNCIA\Acolhimento dos usuários pelo serviço\Estigma + informação + baixa escolaridade

Nós\AMBIÊNCIA\Acolhimento dos usuários pelo serviço\Saúde Mental- Prioridade no MS, mas não é pratica prioritária na Unidade

Nós\AMBIÊNCIA\Comunicação equipe ESF

Nós\AMBIÊNCIA\Comunicação RAPS

Nós\AMBIÊNCIA\Conhecimento sobre a RAPS

Nós\AMBIÊNCIA\Espaço de Subjetividade e construção conjunta

Nós\AMBIÊNCIA\Espaço de Subjetividade e construção conjunta\Mudança de área

Nós\AMBIÊNCIA\Estrutura ; Recursos; Sentimento de frustração

Nós\AMBIÊNCIA\Estrutura ; Recursos; Sentimento de frustração\Privacidade

Nós\AMBIÊNCIA\Estrutura ; Recursos; Sentimento de frustração\Recursos humanos

Nós\AMBIÊNCIA\e-SUS

Nós\ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ESF

Nós\ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ESF\Apoios

Nós\ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ESF\Apoios\Apoio das usuárias

Nós\ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ESF\Busca Ativa

Nós\ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ESF\Dificuldades do usuário para realizar o cuidado

Nós\ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ESF\EPS- Espaço permanente para discussão sobre saúde mental

Nós\ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ESF\Falta do grupo de saúde mental

Nós\ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ESF\Falta do grupo de saúde mental\Grupo de tabagismo

Nós\ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ESF\Gestão - coordenação da ESF + gerencia distrital

Nós\ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ESF\Gestão Municipal

Nós\ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ESF\NASF Cruzeiro. Matriciamento - Consulta conjunta

Nós\ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ESF\NASF Cruzeiro. Matriciamento - Consulta conjunta\Capacitação. EPS

Nós\ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ESF\Recursos Sociais

Nós\ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ESF\Reunião de equipe X Reorganização do Território X Foco no cuidado

Nós\ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ESF\Vínculo

Nós\ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ESF\Visita domiciliar - ACS

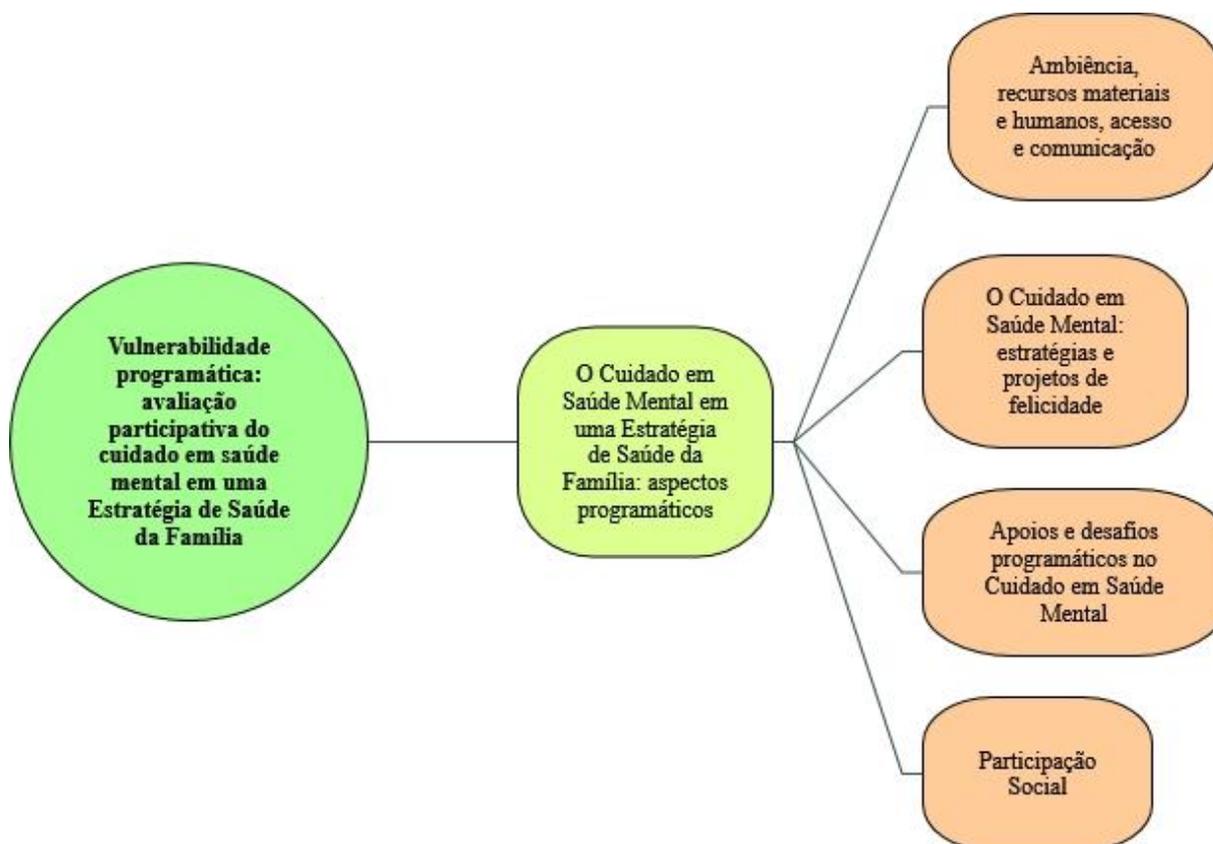
Nós\PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Nós\VULNERABILIDADE

Fonte: elaborado pela autora, 2019.

O mapa mental a seguir (Figura 6) evidencia o raciocínio do processo de análise das unidades de informação, convergindo com o objetivo proposto no estudo.

Figura 7 - Mapa mental da análise das unidades de informação



Fonte: elaborado pela autora, 2019.

5.7 Aspectos éticos

Neste estudo foram respeitados os preceitos éticos e legais para a pesquisa com seres humanos conforme a Resolução nº 466/ 2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, sendo garantido o anonimato e a confidencialidade dos participantes da pesquisa (BRASIL, 2012).

O projeto de pesquisa foi cadastrado no Sistema de Pesquisa da UFRGS (Portal do Servidor UFRGS), em seguida encaminhado para a Comissão de Pesquisa (COMPESQ) da Escola de Enfermagem da UFRGS, após foi registrado na Plataforma Brasil, apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS e aprovado sob o parecer número 2.638.691, em 07 de maio de 2018. Também, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria

Municipal de Porto Alegre e aprovado mediante o parecer número de 2.672.743, em 24 de maio de 2018. Ainda, para o início da investigação foi solicitada autorização da coordenação da ESF – US Nossa Senhora Medianeira.

As entrevistas somente tiveram início após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), que configurou o aceite para participar do estudo. Sendo assegurada a integridade física e psicológica dos participantes do estudo. Este termo foi assinado em duas vias, permanecendo uma com a pesquisadora e outra com o sujeito da pesquisa, para eventuais dúvidas ou solicitações.

Os participantes tiveram acesso à pesquisadora, em todas as etapas do estudo, para esclarecimento de eventuais dúvidas, bem como a possibilidade de retirar seu consentimento de participação voluntária na pesquisa, assegurando sua vontade de permanecer ou desistir em qualquer momento do estudo sem constrangimento, prejuízo ou qualquer penalização, sendo respeitada sua autonomia. Além disso, foram orientados quanto ao seu direito de interromper as entrevistas em qualquer etapa do processo (BRASIL, 2012).

Em conformidade com a Lei de Direitos Autorais nº 9610/98, as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra, sendo considerados os aspectos éticos de consentimento e confidencialidade dos sujeitos do estudo. As gravações em áudio MP3 serão guardadas por cinco anos e destruídas após esse prazo (BRASIL, 1998).

Em relação aos riscos, este estudo poderia oferecer riscos mínimos, pois os entrevistados poderiam sentir-se constrangidos durante a entrevista ou na etapa de negociação, visto que os temas que emergiram nas falas relacionam-se a questões a eles sensíveis e que poderiam desencadear desconforto emocional como frustração, tristeza e raiva. Desta maneira, foi assegurada aos entrevistados a possibilidade de interrupção da entrevista e da negociação, bem como, foi respeitado o seu desejo em retomá-los ou não em outro momento, ou mesmo de abandonar a pesquisa.

Com relação aos benefícios, os participantes foram informados que a pesquisa os produzirá na medida em que possibilitou o envolvimento dos entrevistados no processo avaliativo, de forma que as questões avaliadas foram a partir de suas construções e, também, porque a Avaliação de Quarta Geração tem o compromisso de produzir informações que possam potencializar a utilização desses resultados em melhorias no contexto estudado. Não houve custos ou benefícios financeiros pela participação no estudo.

Após o término, os dados desse estudo serão mantidos em arquivo digital por um período de cinco anos, sob responsabilidade da pesquisadora do projeto.

6 O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: aspectos programáticos

Neste capítulo são apresentados os resultados da pesquisa. Inicialmente apresento uma descrição das participantes do estudo, sem que isso seja compreendido como uma caracterização ou rotulação que simplifique e as defina como alguém linear. Meu intuito é que o leitor possa aproximar-se dos aspectos relacionados às suas identidades pessoais e as relações que as atravessam.

Posteriormente, apresento as categorias Ambiência, recursos materiais e humanos, acesso e comunicação; O cuidado em Saúde Mental: estratégias e projetos de felicidade; Apoios e desafios programáticos no Cuidado em Saúde Mental e Participação Social.

6.1 As participantes da avaliação

Ao analisar a dimensão individual da vulnerabilidade deve-se considerar que as trajetórias pessoais e psicossociais de cada participante “depende dos contextos intersubjetivos e das relações de poder que podem ser entendidas apenas em termos de significados locais e contextos estruturais” (AYRES; PAIVA; FRANÇA JR, 2012, p. 85).

Assim, a descrição apresenta aspectos das identidades pessoais e dos cenários socioculturais que as participantes estão inseridas (AYRES; PAIVA; FRANÇA JR, 2012).

Vistas como pessoas em cenas e sujeitos de seus cotidianos, as participantes lidam diariamente com discursos, valores e desejos conflitantes construídos durante o processo de socialização e acessados por meio das redes sociais, de amizade, profissionais, relações comunitárias e familiares. Estas redes e relações, por sua vez dependem das condições de proteção locais e de realização de direitos (AYRES; PAIVA; FRANÇA JR, 2012).

Cabe destacar que as cenas da vida cotidiana não foram objeto de análise nessa pesquisa. Os aspectos contextuais descritos são vistos como “ancoradouro” de identidades. Nesse sentido, o reconhecimento das pessoas em seus cotidianos deu-se ao longo das relações na pesquisa.

O cenário no qual as usuárias residem é composto por uma avenida principal e ruas estreitas, denominadas de acessos. Cada acesso tem um número que é complementado com o número das casas. No total são 16 acessos. Nestes há presença de lixo, fezes de animais e mau cheiro. As casas são próximas umas das outras e as que possuem estrutura menos precária são de alvenaria, com aberturas (janelas), rebocadas e pintadas. Outras são construções inacabadas,

algumas com tábuas que fecham o local onde seriam as janelas ou são construções de madeira já desgastadas pelo tempo.

No território homens denominados na comunidade de olheiros controlam o tráfico de drogas. O tráfico é realizado de modo discreto passando a impressão de que o local está tranquilo e que nada está acontecendo. Entretanto há uma organização que permite saber quem entra e quem sai da comunidade. Assim, o silêncio de quem reside no território constitui uma forma de proteção contra atos de violência que, porventura, seriam desencadeados com as denúncias dos moradores.

As fotografias 1, 2 e 3 a seguir retratam aspectos do cenário no qual as usuárias residem.

Fotografia 1 - Visão geral do território



Fonte: arquivo pessoal, 2018.

Fotografia 2 – O contexto



Fonte: arquivo pessoal, 2018.

Fotografia 3 – As residências



Fonte: arquivo pessoal, 2018.

As usuárias estão em situação de vulnerabilidade por residem em um território marcado pela violência e pelo tráfico de drogas. Essas situações despertam os sentimentos de medo de terem suas casas invadidas por traficantes em situações de fuga, de terem seus familiares mortos no trajeto do trabalho para casa ou por possuírem dívidas com o tráfico de drogas, entre outros.

No território, as relações de amizade ocorrem por meio de seleção devido ao receio de se aproximar de pessoas próximas do tráfico. Todas as usuárias relataram a presença de assassinatos e tiroteios na comunidade na qual residem e referiram possuir o desejo de morar em outro local. No entanto, a situação econômica as impedem de pagar aluguel ou comprar um imóvel em outro território/bairro da cidade. Esse contexto de violência e de baixa renda acaba refletindo nas suas relações sociais que se constituem fragilizadas.

Pensando em suas trajetórias pessoais de vida, as usuárias relacionam os seus problemas de saúde mental com situações que vivenciaram como assalto a mão armada sofrido em local de trabalho, perda de familiares que foram assassinados em virtude do tráfico de drogas; por terem sido confundidas com bandidos em abordagens policiais, por possuírem história de abandono familiar, violência física e psicológica na infância, por terem sofrido violência doméstica, pelo uso de drogas; por terem familiares que tentaram suicídio, por terem vivido na rua e por terem vivências no sistema penitenciário.

Do mesmo modo, essas pessoas apresentam desvantagem econômica, por suas situações financeiras em que o sustento é obtido por meio de programas sociais como o Bolsa Família, através de trabalhos informais ou serviços domésticos com baixa remuneração. Esse contexto permite ter uma vida de poucos recursos, evidenciada na dificuldade para suprimir suas necessidades no âmbito da alimentação e do vestuário e em suas moradias com duas a três peças

pequenas, onde residem cinco ou mais pessoas em locais com saneamento básico precário, como ruas com esgoto aparente e presença de lixo.

O Quadro 3, a seguir, apresenta a descrição das usuárias participantes do estudo.

Quadro 3 - Descrição das usuárias com transtornos mentais e das usuárias familiares participantes do estudo.

USUÁRIAS	U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7	U8	UF9	UF10	UF11	UF12
Idade (anos)	55	32	46	56	65	60	42	57	57	27	19	63
Sexo	F	F	M	F	F	M	F	F	F	F	F	F
Tempo de vínculo na ESF	6 anos	6 anos	3 meses	6 anos	6 anos	6 anos	1 ano	2 anos	6 anos	5 anos	1 ano	6 anos
Escolaridade	Ensino médio completo	Ensino fund. Incompleto	Ensino fund. Incompleto	Ensino fund. Completo	Ensino fund. Incompleto	Ensino médio completo	Não alfabetizada	Ensino fund. Incompleto	Ensino fund. Incompleto	Ensino médio incompleto	Ensino fund. Completo	Não alfabetizada
Situação da Profissão	Sem emprego	Benefício de Prestação Continuada (BPC)	Sem emprego	Aposentada	Aposentada	Sem emprego	Sem emprego	Benefício de Prestação Continuada (BPC)	Trabalho Informal	Trabalho Informal	Estudante do ensino médio	Emprego formal
Raça/Cor (Autodeclarada)	Branca	Negra	Negro	Parda	Parda	Moreno	Negra	Negra	Negra	Negra	Negra	Negra
Problema de saúde mental	Depressão	HD: Esquizofrenia	Dependência química	Depressão	Depressão	TOC/Depressão	Ansiedade/Depressão	Depressão	Dependência de álcool	Não	Não	Depressão
Parentesco	----	----	----	----	----	----	----	----	Mãe	Filha	Filha	Avó

Fonte: Informações da Pesquisa, 2018

As **usuárias com transtornos mentais** eram seis mulheres e dois homens, na faixa etária dos 32 aos 65 anos. Frequentavam a ESF para atendimento em um período que variava de três meses a seis anos.

Quanto à escolaridade quatro tinham ensino fundamental incompleto, duas ensino médio completo, uma ensino fundamental completo e uma não era alfabetizada.

No que tange à situação profissional, quatro estavam desempregadas, duas eram aposentadas, e duas eram beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada (BPC)¹⁴.

Com relação ao quesito raça/cor quatro usuárias se declararam negras, duas pardas, uma “morena” e uma branca.

De acordo com os registros nos prontuários quatro tinham depressão, uma esquizofrenia (hipótese diagnóstica), uma dependência química e em situação de rua, uma Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) e sintomas de depressão e uma apresentava ansiedade e depressão.

As **usuárias familiares (UF)** de pessoas com transtornos mentais, eram quatro mulheres, na faixa etária dos 19 aos 63 anos e frequentavam a ESF em um período que variou entre um e seis anos.

Sobre a escolaridade uma possuía ensino médio incompleto, uma ensino fundamental completo, uma ensino fundamental incompleto e uma não era alfabetizada.

Com relação à situação profissional duas possuíam trabalhos informais (vendas e reciclagem), uma era estudante do ensino médio e uma era funcionária de uma empresa privada de limpeza urbana.

Todas as usuárias familiares se declararam serem da raça/cor negra.

Das quatro usuárias familiares duas eram filhas de pessoas com transtornos mentais, uma era mãe de uma pessoa que tinha patologia psiquiátrica e a outra era avó. Esses familiares das UFs realizavam acompanhamento de saúde mental pelos seguintes motivos: uma por uso de álcool, uma por estar em situação de rua e por uso de álcool e outras drogas, uma por ansiedade e depressão e uma por esquizofrenia e uso de álcool e outras drogas.

Duas usuárias familiares faziam acompanhamento de saúde mental, uma por uso de álcool e a outra para depressão.

¹⁴ Popularmente conhecido como LOAS. O Benefício de Prestação Continuada (BPC) da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) é a garantia de um salário-mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso com 65 anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família (BRASIL, 2011).

A partir da descrição apresentada, reconhecendo a interseccionalidade que nos permite pensar de maneira sensível as identidades e suas relações com as estruturas sociais (CRENSHAW, 1989; AKOTIRENE, 2018) e considerando o contexto no qual a pesquisa foi desenvolvida foi possível realizar algumas reflexões.

As usuárias estão inseridas em um cenário em que a relação social-econômica-cultural é vivenciada em um território com condição socioeconômica baixa, caracterizado por ser violento e por ter a presença do tráfico de drogas.

Esses aspectos quando relacionados com a baixa escolaridade e uma trajetória de vida com poucas redes sociais de apoio, repercute em situação de vulnerabilidade para os transtornos mentais e dificulta o acesso ao mercado de trabalho formal. Geralmente os trabalhos realizados por elas são informais, como a coleta e reciclagem de papel, plástico e alumínio; a comercialização de acessórios para celular, roupas e cigarro em bancas montadas nas calçadas e a produção e venda de doces. Por consequência de não possuírem renda suficiente para se sustentar e contribuir como autônomas, perdem o direito à aposentadoria paga pela Previdência Social.

Corroborando com o predomínio de participantes mulheres, estudos apontam que as mulheres apresentam maiores chances de desenvolver transtornos mentais. Por exemplo, a prevalência da depressão é maior nas mulheres do que nos homens. Muitos fatores que são conhecidos por desencadear a depressão estão presentes no contexto sociocultural das mulheres, como a baixa autoestima e maior tendência para a vergonha do corpo, taxas mais elevadas de estressores interpessoais (domésticos/familiares e/ou profissionais), experiência de violência e abuso sexual na infância, violência doméstica e discriminação (RIECHER-RÖSSLER, 2016). Outro estudo identificou que entre 95 cuidadores familiares de 71 pessoas com transtornos mentais, 64 (67,27%) eram mulheres e 31 (32,63%) eram homens, evidenciando que as mulheres se dispõem mais a cuidar sozinhas do que os homens. Das 71 pessoas com transtorno mentais, 27 (38,03%) eram mulheres que cuidavam sozinhas, enquanto eram 12 (16,9%) os casos em que os homens se dispuseram a tal atividade solitariamente (DUARTE; NETO, 2016).

Outro aspecto a ser considerado é que as usuárias com transtornos mentais nem sempre são cuidadas como pessoas que tem problemas de saúde mental em função das situações de vulnerabilidade que elas apresentam. Considerar a saúde mental somente a partir da dimensão biológica e pelo campo da psiquiatria acaba por promover a medicalização do sofrimento, afastando as questões sociais que afligem as mulheres no seu contexto de saúde. Isso invisibiliza os aspectos das histórias de vida e do pertencimento social a um grupo minoritário no exercício

de direitos humanos (mulheres) que levam ao sofrimento e adoecimento, descontextualizando o sintoma e retificando a doença mental (MEDEIROS; ZANELLO, 2018).

Embora a literatura mostre que as relações de gênero influenciam na vulnerabilidade para os transtornos mentais, é importante que este dado tenha alcance para chegar a quem elabora as leis e participa das conferências que norteiam as mesmas. Faz-se necessário que os serviços de saúde ao realizarem o cuidado em saúde mental considerem as especificidades de ser homem ou mulher nos seus contextos socioculturais, para que elas não sejam apenas medicalizadas e silenciadas, produzindo uma situação de vulnerabilidade programática (MEDEIROS; ZANELLO, 2018).

Outra questão a ser abordada, é o predomínio de mulheres negras no contexto estudado, sendo importante destacar que a prevalência de transtornos mentais é maior na população negra que na população branca, principalmente quando se considera questões socioeconômicas, como escolaridade ou renda familiar (SMOLEN; ARAÚJO, 2017).

Ademais, com relação ao acesso aos serviços de saúde, um estudo evidenciou que para o nível de acesso considerado bom, as mulheres brancas obtiveram um percentual de 15,4%, enquanto as negras representaram 7,9%. Demonstrando que as desigualdades raciais e o racismo institucional são uma barreira no acesso aos serviços de saúde para as mulheres negras (GOES; NASCIMENTO, 2013).

Ao classificar as usuárias com transtornos mentais e usuárias familiares em brancas e não brancas, a diferença indica 11 usuárias não brancas e uma branca. Com relação às profissionais (quadro 4) a diferença indica 4 não brancas e 5 brancas. Considero importante apontar essas diferenças, pois neste estudo o quesito raça/cor foi autodeclarado. Assim, além de negras e brancas, houve participantes que se consideram pardas e morenas.

Conforme Souza (1990) no Brasil, nascer com a pele preta e/ou com outras características negroides e compartilhar de uma mesma história de desenraizamento, escravidão e discriminação racial, não determina, por si só, uma identidade negra. Para a autora, construir uma identidade negra é uma tarefa política que acontece à medida que conseguimos fazer uma leitura da nossa trajetória por meio das experiências de discriminação vividas.

Ao olhar para o contexto sociocultural das usuárias, para as situações de violência sofridas, como ser confundida com bandido e para a condição socioeconômica é possível refletir que politicamente o lugar que elas ocupam na sociedade está ligado ao pertencimento de um grupo e não apenas a questões individuais.

Desse modo, é possível afirmar que “não há um sujeito negro que não seja atravessado pelo racismo e que de alguma maneira, consciente ou não, vá viver efeitos produzidos pelo racismo” (SILVA, 2018, p. 1).

Isto posto, é necessário pensar que cuidar de pessoas que sofrem os efeitos do racismo, além permear a abordagem psicossocial, envolve questões políticas. Sendo assim, o Cuidado de saúde mental para essas pessoas só terá sentido se os profissionais dos serviços de saúde levar esses pontos em consideração.

Além disso, existe pouca pesquisa no Brasil que examinou as desigualdades em saúde segundo raça/cor da pele e que avaliou as relações entre raça/cor da pele e saúde mental, principalmente porque os pesquisadores não incluem questões sobre raça/cor nos instrumentos de pesquisa e nem como uma unidade de análise (SMOLEN; ARAÚJO, 2017).

Chor e Lima apontam três possíveis justificativas para a escassez de investigações que consideram as questões raciais na área da saúde e da epidemiologia no Brasil: (1) a aceitação do “mito da democracia racial”, que pode ter influenciado a exclusão de perguntas acadêmicas relacionadas à raça/etnia, consideradas pouco relevantes, desnecessárias, e até incorretas do ponto de vista ideológico; (2) as dificuldades de classificação étnico-racial e a necessidade de lidar com erros de medida; (3) a oposição entre “classe ou raça”, como se o estudo da dimensão socioeconômica contemplasse o conjunto de significados da dimensão étnico-racial (CHOR; LIMA, 2005).

Nesse sentido, refletir sobre questões que atravessam as identidades socioculturais das usuárias, no que se refere à saúde mental da população negra e sobre a importância de incluir o quesito raça/cor da pele nas pesquisas, especialmente na Enfermagem é um passo importante para identificar desigualdades em saúde, priorizar recursos e criar ações que reduzam as situações de vulnerabilidade programática no Cuidado em saúde mental.

Apresento abaixo o quadro 4 com a descrição das profissionais da saúde participantes do estudo.

Quadro 4 - Descrição das profissionais da saúde participantes do estudo.

Profissionais da saúde	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9
Idade (anos)	59	36	25	51	54	27	29	32	54
Sexo	F	F	F	F	F	F	F	F	F
Tempo na ESF	6 anos	4 anos	1 ano	4 anos e 10 meses	7 meses	10 meses	10 meses	4 anos	6 anos
Função	ACS	ACS	ACS	Enfermeira	Técnica de enfermagem	Técnica de enfermagem	Médica	Dentista	Médica Especialista
Raça/Cor	Negra	Branca	Negra	Branca	Branca	Parda	Branca	Parda	Branca

Fonte: Informações da Pesquisa, 2018.

Das **profissionais da saúde** participaram nove mulheres com idade entre 25 e 59 anos. O tempo de trabalho na ESF variou entre sete meses e seis anos.

Quanto à escolaridade quatro possuíam ensino médio completo, uma possuía ensino superior completo e quatro possuíam pós-graduação lato sensu completa.

Com relação à função desempenhada na ESF, participaram três Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma dentista, uma médica e uma médica especialista. Referente a raça/cor duas profissionais se declararam negras, cinco brancas e duas pardas.

Comparando o quadro das usuárias e das profissionais chama atenção o predomínio de mulheres negras no grupo das usuárias e o predomínio de mulheres brancas ocupando os cargos de nível superior no grupo das profissionais. Essa questão é representativa do racismo estrutural que impera no Brasil, excluindo a população negra de oportunidades de formação escolar e no mercado de trabalho.

As instituições são apenas a materialização de uma estrutura social ou de um modo de socialização que tem o racismo como um de seus componentes orgânicos. Dito de um modo mais direto: as instituições são racistas porque a sociedade é racista [...] se há instituições cujos padrões de funcionamento redundem em regras que privilegiam determinados grupos raciais, é porque o racismo é parte da ordem social. Não é algo criado pela instituição, mas é por ela reproduzido (ALMEIDA, 2018, p. 36).

Considerando as questões e reflexões apresentadas e tendo como objetivo avaliar o Cuidado em Saúde Mental em uma Estratégia de Saúde da Família na perspectiva da vulnerabilidade programática, as categorias a seguir permitem a partir de uma compreensão crítico-reflexiva, identificar a disponibilidade, acessibilidade, qualidade e aceitabilidade da ESF estudada. Assim, as análises e discussões foram compostas por temáticas relacionadas aos componentes analíticos da vulnerabilidade programática e apontadas no processo avaliativo referente à ambiência, aos recursos materiais e humanos, ao acesso, à comunicação, às estratégias, apoios e desafios no Cuidado em Saúde mental e à participação social das usuárias e profissionais de saúde da ESF.

A vulnerabilidade programática leva em conta o acesso aos serviços de saúde, a forma de organização dos serviços, o vínculo que os usuários dos serviços possuem com o profissional, o acolhimento do usuário pelo serviço, as ações preconizadas para a prevenção e o controle do agravo e os recursos sociais existentes na área de abrangência do serviço de saúde (OLIVEIRA, 2013, p. 623).

6.2 Ambiência, recursos materiais e humanos, acesso e comunicação

A Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS, a partir do princípio da transversalidade permeia os diferentes níveis de atenção e gestão em saúde. Busca a valorização

das pessoas implicadas no processo de Cuidado, tendo como valores a autonomia, o protagonismo, a corresponsabilização, os vínculos solidários e a participação social no processo de gestão (BRASIL, 2017a). Na saúde mental, para a efetivação desses valores, a PNH apresenta diretrizes que buscam consolidar o cuidado integral na rede de serviços substitutiva ao modelo manicomial, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Entre as diretrizes está o conceito de Ambiência.

Na saúde a Ambiência refere-se ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais, onde o Cuidado deve ser realizado de modo acolhedor, resolutivo e humano (BRASIL, 2017a).

Ampliando a humanização nos territórios, o conceito de Ambiência vai além da estrutura física, técnica e formal dos serviços de saúde, considerando o espaço como contextos de interação, onde a partir das relações sociais são construídas as intersubjetividades dos sujeitos envolvidos. Articulado com o conceito de vulnerabilidade, a Ambiência propõe considerar cada serviço de saúde como um determinado espaço, vivenciado por um determinado tempo por pessoas com seus valores culturais.

Desse modo, para que seja possível reduzir as vulnerabilidades é necessária uma mudança nas práticas, nas relações e nos processos de Cuidado. Para isso é imprescindível que a organização espacial dos serviços seja organizada com a participação dos profissionais, usuários e gestores, pois interfere nas relações sociais, no tratamento e no bem-estar deles.

Assim, a Ambiência segue três eixos (BRASIL, 2010); (BRASIL, 2017a).

- O espaço que visa à confortabilidade: tem como foco a privacidade e a individualidade dos sujeitos envolvidos, valorizando elementos do ambiente que interagem com as pessoas – cor, cheiro, som, iluminação, morfologia, etc. Também garantindo conforto aos trabalhadores e usuários.
- O espaço de encontro entre sujeitos que possibilita a produção de saúde e subjetividades por meio da ação e reflexão sobre os processos de trabalho.
- O espaço usado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecendo a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) a ambiência refere-se “ao espaço físico (arquitetônico), entendido como lugar social, profissional e de relações interpessoais, que deve proporcionar uma atenção acolhedora e humana para as pessoas, além de um ambiente saudável para o trabalho dos profissionais de saúde” (BRASIL, 2017b, p. 8).

Ao encontro dessa conceituação, as transformações proporcionadas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica têm seus princípios fundamentados na tríade Cidadania – Cuidado - Liberdade.

Nesta perspectiva, o Cuidado em Saúde Mental está pautado na produção de liberdade, tendo a cidadania como valor fundante e organizador. Realizado preferencialmente no território, com a participação da família, nos serviços da RAPS e tendo como umas de suas premissas a reinserção social das usuárias, o Cuidado pautado na cidadania e na liberdade objetiva contrapor a execução de uma Reforma superficial que não se oponha subjetivamente a opressão e segregação do modelo manicomial (GUIMARAES; VERAS; CARLI, 2018).

A RAPS é constituída por diferentes serviços de atenção primária, secundária e terciária de saúde que devem promover a saúde para pessoas com transtornos mentais e com situações relacionadas ao uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2017c).

Vale destacar que as mudanças realizadas pela Portaria 3.588/2017 (BRASIL, 2017c), interferem diretamente na RAPS, pois subfinancia os serviços substitutivos, fortalecendo a internação em hospitais psiquiátricos, criando leitos especializados e serviços ambulatoriais.

Além disso, dispõe que 80% dos leitos nos hospitais gerais sejam destinados à Saúde Mental como condição para o serviço receber verba de custeio.

A Reforma Psiquiátrica foi conquistada pelos movimentos sociais e com a participação da sociedade através de lutas para que as usuárias da saúde mental sejam tratadas com dignidade, liberdade e respeito, visando um Cuidado que envolva a família, o trabalho e a comunidade.

Assim, vemos a Portaria 3.588 como um retrocesso, pois ao fortalecer a hospitalização, apoia o modelo manicomial que causa danos à dignidade humana, a segregação e a despersonalização, uma vez que reduz as usuárias aos seus diagnósticos sem considerar seus contextos e subjetividades.

Nesse sentido, a Estratégia de Saúde da Família é um importante serviço para promover mudanças nos modelos de saúde pautados em ações que não valorizam as trocas sociais entre profissionais, usuárias e comunidade, propondo atender as usuárias nos territórios, com maior disponibilidade, resolubilidade e respeito às subjetividades, com uma intervenção pautada na diversidade de saberes de uma equipe multiprofissional e na utilização de múltiplos recursos, entre eles, a ambiência (GARCIA et al., 2015).

Diante disso, se faz importante que os profissionais conheçam o contexto sociocultural no qual as ações de Saúde Mental são direcionadas e que os serviços tenham espaços que funcionem como promotores de Saúde Mental. Pois a cor, o conforto, a privacidade e o sentir-

se acolhido e seguro e a oferta de espaços para reflexão das práticas e expressão de subjetividades são importantes no processo de atenção psicossocial (KANTORSKI et al., 2011). Ambiente e saúde são temas indissociáveis, correlacionados e interdependentes, necessitando ser estruturados e organizados em paralelo (OLSCHOWSKY et al., 2009).

A ambiência quando organizada de modo participativo, considerando a construção coletiva da integralidade do Cuidado em Saúde Mental, qualifica o ambiente e melhora a aceitabilidade das ações pelas usuárias, a acessibilidade e a qualidade dos serviços de saúde.

De outro modo, ambientes com condições inadequadas podem interferir na organização do Cuidado, gerando conflito entre as equipes de saúde da família, causando mau humor e irritabilidade nos profissionais (GLANZNER; OLSCHOWSKY, 2017). Conseqüentemente se tornando uma barreira de acesso para as usuárias da Saúde Mental.

Ter a ambiência entre as temáticas de uma avaliação participativa e formativa do Cuidado em Saúde Mental em uma ESF na perspectiva da vulnerabilidade programática possibilita entre outras coisas conhecer os sistemas utilizados para o gerenciamento e organização do Cuidado. Para isso é relevante entender o sistema de registro de informações que o serviço utiliza. Sendo importante enfatizar que o que está em discussão não é o quanto o sistema de informação utilizado é bom ou ruim, mas de quais maneiras ele contribui no Cuidado em Saúde Mental para a redução da vulnerabilidade programática aos transtornos mentais.

Conforme a sociedade vai se transformando, os serviços de saúde necessitam de meios que acompanhem essas transformações, a fim de atender as necessidades da população. Para isso, é importante que os sistemas de informação em saúde acompanhem essa dinâmica, sendo modificados, aprimorados e modernizados com base nas inovações tecnológicas presentes na gestão das informações. (OLIVEIRA et al., 2016).

Implementado no início em 1993, a coleta das informações na Atenção Básica era realizada pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) no Programa de Saúde da Família (1994). Com a implementação da Estratégia de Saúde da Família em 2006, desde 2013 o Departamento de Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde (MS), com o intuito de reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional, vem implementando outro sistema denominado Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB) por intermédio da estratégia e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) (BRASIL, 2014).

O objetivo da implementação do sistema e-SUS AB é informatizar as Unidades de Saúde, oferecer ferramentas para ampliar o cuidado e melhorar o acompanhamento da gestão. Com isso, pretende reduzir a carga de trabalho empenhada na coleta, inserção, gestão e uso da

informação na Atenção Básica, permitindo que a coleta de dados esteja dentro das atividades já desenvolvidas pelos profissionais, e não uma atividade em separado. Dentre as principais premissas do e-SUS, destacam-se: reduzir o retrabalho de coleta dados; Individualização do Registro; Produção de informação integrada; Cuidado centrado no indivíduo, na família, na comunidade e no território; Desenvolvimento orientado pelas demandas do usuário da saúde (BRASIL, 2014).

Na ESF Nossa Senhora Medianeira o e-SUS AB é o sistema utilizado para registrar as ações de saúde realizadas. Para as profissionais o e-SUS permite acompanhar a trajetória das usuárias pelos serviços da Atenção Básica, o que era inviável com os registros em prontuários de papel. Sem a informatização das informações, as usuárias eram atendidas em mais de uma Unidade de Saúde, aumentando a possibilidade do Cuidado em Saúde Mental ser fragmentado, pois cada profissional estabelecia uma conduta, sem ser possível acessar os cuidados estabelecidos anteriormente.

Eu acho que é bom, até porque as vezes a pessoa está em acompanhamento aqui e vai em outro Posto. Daí antigamente, tu ia nesse Posto aqui, tu ia no outro lá. Um médico te dava um remédio aqui, o outro te dava outro lá e tu nem sabia o que tomava. (P2)

[...] a questão mais benéfica dele (e-SUS) é a questão do prontuário de tu acompanhar mesmo a vida do paciente no sistema, no SUS. (P3)

Ajuda bastante porque tu volta com mais facilidade nas consultas anteriores, tu consegue manter um acompanhamento bem melhor do que aqueles prontuários de papel que se perdiam. Às vezes digitava numa folha de evolução médica que era solta porque não achava a tal da pasta, depois se perdia a tal da folha que foi botada na pasta errada. Então, para tu manter a continuidade do acompanhamento e saber o que foi feito em consultas anteriores, resgatar medicação, resgatar tudo que foi feito, encaminhamentos e tudo... Nossa, ajuda muito. Melhorou muito. O e-SUS veio para realmente qualificar o acompanhamento. (P4)

Ao analisar a relação entre implementação de sistemas e qualidade da atenção, um estudo observou que há associação positiva entre a existência de prontuário eletrônico e a qualidade do cuidado (SANTOS et al., 2017). Do mesmo modo, Oliveira et al (2016) evidenciou que a implementação do e-SUS AB trouxe benefícios na organização do trabalho dos profissionais, principalmente na redução da quantidade de impressos utilizados nos registros dos atendimentos realizados.

Aliado a isso, cuidar de forma integral também pressupõe que as informações do Cuidado em Saúde Mental sejam compartilhadas entre os serviços/profissionais envolvidos, de modo que o encontro usuária-profissional não seja apenas para a realização de prescrições que não consideram a história das usuárias nos serviços de Atenção Básica. Os prontuários

eletrônicos com informações mais completas possíveis possibilitam um elo de comunicação entre as profissionais dos serviços da Atenção Básica, especialmente da ESF.

Ainda que o e-SUS AB tenha beneficiado a organização do Cuidado em Saúde Mental na ESF, este apresenta algumas limitações como sua instabilidade. Em alguns momentos os registros já realizados pelas profissionais não estão disponíveis no sistema e quando ocorrem atualizações, o sistema fica indisponível. Como alternativa as profissionais realizam a impressão das agendas, impossibilitando reduzir/ eliminar a dependência dos papéis. Além disso, a indisponibilidade do e-SUS por alguns períodos impossibilita o acolhimento por demanda espontânea, em virtude de não ser possível acessar os prontuários.

O e-SUS tem dias que está muito bem e tem dias que é um problema. (P5)

O e-SUS é um programa bom [...] Ainda faltam ajustes nele. Porque às vezes some os pacientes do nada. Então, tem algumas falhas no e-SUS. Às vezes some os prontuários. (P2)

É esse o problema e é esse o empecilho que impede que a gente esqueça de vez as pastas (prontuários de papel) e se torne um atendimento 100% digital. Porque não dá para contar com ele 100%. Tu não pode confiar nele. [...] amanhã o médico pode chegar e não ter e-SUS. E daí se tu não olhar hoje e não imprimir as agendas, se o paciente não tiver o papel que diga que ele tem a consulta, tu não vai saber se ele realmente tem a consulta, porque tu não vai conseguir entra no e-SUS. [...]. Então, os procedimentos tinham, mas outro tipo de situação não tinha porque não tinha como acessar o histórico do paciente. Não tinha como ver o prontuário do paciente. (P3)

Passa às vezes um dia inteiro sem ter o prontuário, porque o e-SUS está atualizando. E daí é muito ruim. Quando ele trava é ruim. (P7)

Considerando os componentes analíticos da vulnerabilidade programática, é possível dizer que a instabilidade e as atualizações que tornam do sistema e-SUS AB indisponível repercutem na acessibilidade ao Cuidado em Saúde Mental na ESF e configuram-se uma barreira de acesso ao atendimento por demanda espontânea, pois além de impossibilitar os registros, ter acesso à trajetória de Cuidado das usuárias é importante para a formulação e aprimoramento das ações de Saúde Mental. As informações contidas no e-SUS AB são um recurso para as profissionais produzirem outras informações ou qualificar as informações já disponíveis.

A informação para a ESF é fonte fundamental para o desenvolvimento do planejamento das ações de saúde, assim como sustentação para as profissionais da equipe dar suporte às suas atividades e ações pautadas no contexto local. Além disso, o sistema de informação é ferramenta aliada para que sejam produzidos meios para a geração de informações (DAMÁSIO; WEIMER; ROSA, 2018).

Outra limitação avaliada pelas profissionais é o fato do sistema e-SUS AB não estar operando de forma compartilhada com o Sistema de Cadastramento de Usuários do Sistema Único de Saúde (CADSUS). Desse modo, quando os dados das usuárias são registrados no CADSUS, há necessidade de cadastrá-los novamente no e-SUS, por vezes ocorrendo divergência nas informações e produzindo um retrabalho para as profissionais.

[...] a gente usa o e-SUS e o CADSUS que é o cartão. Aí, quando a gente faz o cartão do cidadão vai telefone, endereço, se quiser colocar RG tu coloca, cor, mãe, pai, tudo. [...] tu chega aqui (na ESF), tu modifica tudo no CADSUS que é a primeira coisa que a gente tem que fazer. Só que as duas coisas não se conversam. Então, tu não consegue atualizar no e-SUS. E aí as vezes a pessoa chega aqui, no e-SUS dela dá que ela está lá em Viamão, não pode nem ser atendida em Porto Alegre, mas ela está morando aqui na Moab Caldas. Eles não se conversam. (P2)

O cadastro é feito no CADSUS, o sistema do cartão e ali vão informações como o CPF e alguns documentos para corroborar as informações. Quando o cadastro do paciente é feito na casa dele, no tablet tem um Software do e-SUS que é para cadastro de domicílio que é próprio dos Agentes, ele teoricamente teria que conversar com e-SUS normal, mas muito raras vezes ele conversa na questão de atualização de dados[...] Para ter alterado o teu endereço eu tenho que alterar no CADSUS porque isso é certo. Vai ser alterado. Então, tem algumas coisas nesses sistemas que eles não se entendem. (P3)

Se for cadastrado uma família de 10 pessoas tu tem que fazer de novo o cadastro daquelas 10 pessoas ou uma reinserção, algo assim. É um eterno retrabalho, tu tens sempre que estar fazendo o que tu já fez. (P3)

O e-SUS AB foi desenvolvido em duas versões, o e-SUS AB CDS para a Coleta de Dados Simplificada e o e-SUS AB PEC, *Software* com Prontuário Eletrônico do Cidadão.

Basicamente, a diferença entre as versões é que o PEC possibilita a gestão do cadastro das usuárias no território, organizar a agenda das profissionais da Atenção Básica, realizar acolhimento à demanda espontânea, atendimento individual e registro de atividades coletivas (BRASIL, 2014).

Quanto ao CDS, esta versão permite o registro integrado e simplificado através de fichas: ficha de atendimento individual, ficha de atendimento odontológico, ficha de procedimentos, ficha de cadastro individual, ficha de cadastro domiciliar, ficha de visita domiciliar, ficha de atividade coletiva e ficha de marcadores de consumo alimentar, informações estas que vão compor o SISAB (OLIVEIRA et al., 2016; BRASIL, 2014).

Considerando a potência do território para o Cuidado em Saúde Mental, a ESF é um serviço que contribui de maneira importante na redução da Vulnerabilidade aos transtornos mentais. Entre suas qualidades apresenta a implicação das profissionais em estabelecer o Cuidado em Saúde Mental por meio de um acompanhamento longitudinal. Isto é, que relacione as informações e a história de vida das usuárias na trajetória de Cuidado, permitindo transferir

o enfoque assistencial da cura para o vínculo, a prevenção e a promoção da Saúde Mental. No entanto, fatores relacionados a questões organizacionais, ambiência e acessibilidade, acabam limitando o potencial da ESF para redução da vulnerabilidade programática.

As mudanças tecnológicas são importantes para a atuação das profissionais de saúde na elaboração de estratégias para o Cuidado em Saúde Mental, mas é importante que estas ferramentas se adequem a realidade profissional, local e social das profissionais e da população atendida (DAMÁSIO; WEIMER; ROSA, 2018).

Também, para as profissionais seria importante para o Cuidado em Saúde Mental ter acesso às informações referentes aos deslocamentos das usuárias da ESF para os serviços especializados de Saúde Mental e para os hospitais, a fim de integralizar as informações.

E, principalmente, o que é ruim é não ter um sistema interligado com os outros. Pelo menos que a gente tivesse algum jeito de saber o que o paciente está fazendo nos hospitais, quando está indo nos hospitais ou nos serviços secundários de saúde mental, também ia ser maravilhoso se tivesse um jeito. (P7)

Se tivesse esse sistema de integração seria muito bom. Igual a questão das emergências e hospitais públicos, porque são duas vidas diferentes ou três, mas são as vidas que o paciente tem. Tem a da unidade de saúde dele, tem, por exemplo, da Santa Casa, do Clínicas e tem a da emergência. E daí poderia conversar, porque daí tu integralizaria melhor os cuidados. Tu saberia melhor, por exemplo, como tratar aquele paciente que está sempre na emergência ou que está sempre no hospital ou que está sempre na unidade de saúde. (P3)

O Cuidado em Saúde Mental segue os princípios da integralidade e tem, como uma de suas ferramentas de trabalho, a comunicação. Entre as formas de comunicação está o sistema de registro de informações que é estratégico no processo de elaboração das ações de Cuidado, configurando-se um instrumento de suporte importante para a otimização do tempo de trabalho, garantindo não apenas o controle das informações internas, como também disponibiliza um acompanhamento da trajetória de cuidado das usuárias, fazendo com que questões importantes para as usuárias e para as profissionais não sejam esquecidas (MARTINS; SARTOR; SILVA, 2019).

Com os avanços tecnológicos, as novas alternativas são importantes, no entanto, em se tratando de sistemas destinados ao Cuidado em saúde na Atenção Básica é necessário que possibilitem avanços referentes às formas de acesso, a segurança, facilidade e agilidade (MARTINS; SARTOR; SILVA, 2019).

A aceitabilidade do e-SUS AB pelas profissionais é positiva. Contudo, é possível observar desafios quanto à funcionalidade do e-SUS AB como a falta de comunicação com o CADSUS, o retrabalho das profissionais para articular as informações de saúde das usuárias e

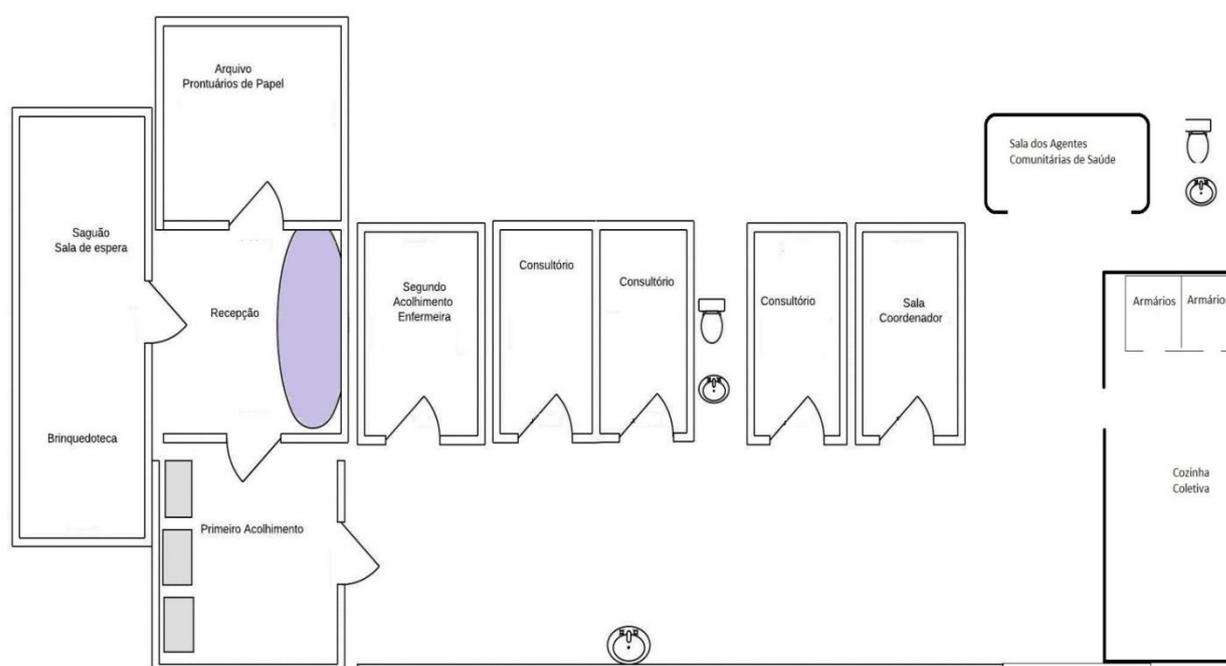
sua instabilidade, impedindo que as profissionais dispensem totalmente os registros em papéis, tornando a organização do Cuidado exclusivamente digital.

Frente a isso, é possível avaliar que as tecnologias e os sistemas como o e-SUS AB estão em constante atualização, porém é necessário que os sistemas de informação respondam as necessidades das profissionais de saúde. Assim como, é indispensável que as instituições governamentais e os gestores estejam conscientes de que para o sucesso da implementação de uma tecnologia é importante possibilitar espaços para que as profissionais possam realizar avaliações, visando um atendimento resolutivo.

A partir da relação entre estrutura física, acessibilidade e ambiência é importante pontuar que a ESF está localizada na área 18 do Centro de Saúde Vila dos Comerciários (CSVC). Para os atendimentos dispõem de 12 salas, sendo quatro salas localizadas na área 18, uma recepção, quatro consultórios odontológicos, uma sala para limpeza de materiais utilizados em procedimentos como curativos, uma sala destinada aos prontuários de papel, uma sala para os Agentes Comunitários de Saúde, mas que também está disponível para reuniões, uma cozinha, uma sala com armários destinados aos objetos pessoais das profissionais e quatro sanitários. Ainda, o saguão da ESF conta com uma brinquedoteca.

A figura 7 representa a distribuição das salas da ESF na área 18.

Figura 8 - Estrutura da ESF Nossa Senhora Medianeira na área 18 do Centro de Saúde Vila dos Comerciários



Se podes olhar, vê. Se podes ver, repara

(SARAMAGO, 1995)

Antes de iniciar qualquer diálogo, o primeiro contato das profissionais e das usuárias com a ESF é visual. Ver a ESF implica em reparar na sua estrutura. Esse reparar proporcionará diferentes sentimentos e vivências nessas pessoas, seja de confortabilidade, acolhimento ou desconfortos que irão proporcionar diferentes interpretações.

O entendimento das usuárias quanto ao Cuidado em Saúde Mental que lhe será prestado também se baseia na experiência que elas têm quando acessam os ambientes da ESF. Os cenários ao seu redor são capazes de promover um conjunto de percepções que irão subsidiar suas interpretações (SATO; AYRES, 2015).

Quanto à confortabilidade, as profissionais avaliam a estrutura da ESF como precária, pois a temperatura interna ou é muito frio ou muito calor e nos dias de chuva há presença de goteiras. A questão da temperatura é agravada pelo fato de nem todas as salas possuírem ar-condicionado.

Essas questões estruturais como o frio e o calor têm implicações no Cuidado, pois em alguns momentos as usuárias já estão no serviço procurando o local de acolhimento e as profissionais necessitam gerenciar a pouca disponibilidade de salas na ESF.

[...] eu acho que o prédio que a gente está é ruim, a estrutura dele é ruim. Falta muita coisa, quando é calor é muito calor, quando é frio é muito frio. [...]Aí é uma briga de sala, porque não tem sala. Ou atende gineco e não atende saúde mental. (P2)

Acho que qualidade do serviço é muito ruim, poderia ser muito melhor. Acho que tanto desde problemas de estrutura física, de consultórios mal planejados, de não ter ar condicionado, de ter goteira e chover dentro. Que daí quando está chovendo a gente tem que trocar de sala porque está chovendo. Quando está calor a gente tem que procurar outra sala porque está morrendo de calor e daí não tem outra sala. Tudo isso atrapalha. (P7)

[...] tu nunca tem uma estrutura boa, tu nunca tem uma estrutura nota 10. A nossa estrutura é bem precária. A maçaneta está estragada, lá na nossa salinha de acolhimento não tem a maçaneta ali, sabe? (P5)

Uma dificuldade que a gente tem aqui é sala. Tem certos momentos que o paciente chega e tu ainda está procurando sala para atender. (P4)

No processo avaliativo também emergiram situações relacionadas aos aspectos acústicos. Para os grupos de interesse, as interferências sonoras provenientes das vozes das pessoas que circulam na ESF e das manutenções provocam desconfortos e por consequência, dificultam o diálogo durante os atendimentos.

[...] há muito barulho. Atrapalha um monte. Tem barulho no corredor do pessoal passando e gritando. E barulho, porque estão sempre em obra agora, tira ar-condicionado, coloca ar-condicionado. Ainda o barulho interfere bastante na consulta. (P7)

Conforme Milanez et al (2018) os ruídos são necessários aos seres humanos e interferem no conforto, pois ambientes excessivamente silenciosos cansam sensações de insegurança e medo. No entanto, ambientes com muitos ruídos causam inquietação, nervosismo e irritação.

A estrutura da ESF avaliada como precária confere um desafio para o Cuidado em saúde mental e implica na insatisfação das profissionais. O comprometimento com as situações de saúde, o conhecimento do território e das necessidades das usuárias faz com que as profissionais em alguns momentos recorram a improvisos para proporcionar um bom atendimento com o mínimo de conforto.

Procurar fazer sempre o melhor para ajudar eles (usuários), mas é difícil. Nós não temos estrutura para quase nada, mas atende tudo, entendeu? Porque a gente não deixa o paciente sem um atendimento [...] a gente faz o melhor possível. Às vezes a gente até se sacrifica para fazer o melhor para o paciente em saúde mental, porque a gente sabe a importância e a necessidade deles. (P1)

[...] se tivesse a estrutura, se tivesse 80% do que poderia ter seria um sonho de tudo. Porque a maioria dos profissionais são comprometidos, se importam com as pessoas. (P3)

Isso acaba às vezes nos frustrando. Porque não tem um bebedouro para ti dar uma água para um paciente que fica ali. E aí tu tens que estar lá servindo de jarrinha numa torneira sem filtro, sem nada, tanto para nós, quanto para o paciente. Então, a estrutura em si eu acho que não é boa para nenhum tipo de paciente. Acho que falta estrutura (P2).

A boa estruturação é condição básica para qualificar o Cuidado na ESF. As dificuldades estruturais avaliadas além de colaborar para o imprevisto demonstram o pouco investimento da gestão municipal na Atenção Básica. Negligenciar esse aspecto coopera para a insatisfação das profissionais, desconsiderando a importância da ambiência para o Cuidado em Saúde Mental (MILANEZ et al., 2018).

Ademais, ter uma boa estrutura repercute em maior resolubilidade e aprimoramento das ações de Saúde Mental, reduzindo a procura por serviços especializados e o uso indiscriminado de psicofármacos, uma vez que ter uma sala confortável para realizar uma escuta qualificada que articula a vida em comunidade significa realizar um Cuidado digno às usuárias, reduzindo, portanto a vulnerabilidade.

Nesse sentido, ter um planejamento estrutural que garanta o direito humano de escuta

vai ao encontro de um Cuidado em Saúde Mental “voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos” (ROTELLI, LEONARDIS, MAURI, 1990, pág. 33).

Assim, para superar o modelo hegemônico é necessário que as profissionais tenham um espaço configurado de modo que propicie práticas de desinstitucionalização que compreendam os transtornos mentais para além da doença, também como experiências existenciais, cujos resultados estão ligados às experiências sociais e institucionais. Com isso os transtornos mentais podem exercer o direito de “serem ouvidos” e de se manifestarem como expressão de sentido. Essa compreensão oferece dignidade e contratualidade ao paciente (VENTURINI 2017).

Muda-se assim a relação profissional-usuária e ambiência. Diante da complexidade das situações de Saúde Mental, não há mais espaço para uma relação biomédica num ambiente em que as usuárias procurem atendimento somente para diante de seus diagnósticos, receberem uma prescrição. É preciso que se tenham espaços de produção de subjetividades, gerando mais qualidade no encontro cuidador para que as usuárias expressem seus sofrimentos e se sintam acolhidas.

Além de cumprir a função básica de abrigar, os ambientes podem expressar sentimentos. O ambiente onde o Cuidado em Saúde Mental é realizado emite estímulos que podem agradar ou desagradar, gerando desconfortos. Além disso, a bagagem cultural das profissionais e das usuárias constituídas por suas experiências individuais e sociais determinará o que lhes agrada ou não, pois a percepção do que é bom ou ruim depende da história de cada uma. Porém, a ambiência está ligada à humanização por meio do equilíbrio dos elementos que compõem os espaços, considerando fatores que permitam o diálogo. Pressupõe-se o ambiente de Cuidado como espaço onde se realizam as relações sociais, políticas e econômicas de grupos específicos que deve ser construído coletivamente para acolher diferentes culturas e valores (BESTETTI; BESTETTI, 2014).

Durante o processo avaliativo a ESF teve uma alteração em sua estrutura física com potencial para alterar sua ambiência. A localização do serviço passou a ser na área oito do Centro de Saúde Vila dos Comerciários.

A decisão tomada pela gestão municipal diz respeito à unificação das Unidades de Saúde a partir da adesão ao Programa “Saúde na Hora” do Ministério da Saúde, instituído pela Portaria Nº 930/2019 que dispõe sobre o horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família (BRASIL, 2019).

As profissionais da ESF foram comunicadas da mudança em reunião extraordinária com os profissionais da Gerência Distrital GCC. Desse modo, a alteração realizada consistiu na

unificação da ESF Medianeira localizada até então na área 18 com a UBS Vila dos Comerciários, localizada na área oito. Assim, foram unidas para a formação de uma nova Unidade de Saúde na área oito do Centro de Saúde Vila dos Comerciários. Para isso, a ESF Medianeira manteve a organização de suas equipes. Com relação à UBS Vila dos Comerciários, alguns profissionais foram realocados nos demais serviços de saúde do município e outros permaneceram em suas equipes. Na reunião também foi informado que posteriormente a proposta da gestão municipal seria transformar a nova Unidade em uma Clínica da Família nos moldes da que foi inaugurada em março de 2018 no bairro Restinga do município de Porto Alegre.

Conforme Iensen (2018):

As Clínicas da Família são unidades básicas de grande porte, que acomodam de seis a quinze equipes completas de Saúde da Família – sempre com médico e enfermeiro. Oferecem uma carteira de serviços que inclui saúde bucal, exames de laboratório, raio-X e exames de telemedicina (espirometria e eletrocardiograma). O mesmo formato já ocorre em outras cidades do Brasil, como Rio de Janeiro e Distrito Federal (LENSEN, 2018).

Unificar as ESFs descaracteriza um programa de Cuidado no território que possibilita vínculo, conhecimento epidemiológico e clínico de uma região, consequentemente, a vulnerabilidade programática aumenta associada à vulnerabilidade individual e social das usuárias pelos seguintes pontos a serem consideradas: as ESFs estão localizadas dentro do contexto sociocultural das usuárias; as Clínicas de Família por serem de grande porte estão localizadas em regiões distantes, principalmente de locais de difícil acesso; nem todas as usuárias possuem recursos financeiros para se deslocar.

Conforme a prefeitura a unificação das Unidades de Saúde tinha como objetivo ampliar os atendimentos. Porém, não foi bem recebida pela população e pelos profissionais que não tiveram suas questões ouvidas para que a medida fosse tomada.

Segundo a reportagem publicada no Jornal O sul em setembro de 2019 e a nota do Sindicato dos Médicos do Rio Grande do Sul (SIMERS) além da comunidade não ter sido ouvida, há a preocupação com a falta de profissionais e o aumento do número de usuários nas novas Unidades.

[...] Para uma parte da população, no entanto, a comunidade não foi ouvida e teme que a prática não seja tão eficiente. A maior preocupação é que, ao juntar as unidades, mesmo aumentando o número de equipes, também aumentará o número de pacientes (Jornal O Sul 11 de setembro de 2019).

Temos aproximadamente 30 unidades de saúde sem médicos em Porto Alegre. Portanto, esta possibilidade não soluciona um dos principais problemas: a falta destes profissionais. Sendo assim, não terá serventia. Mais uma vez, a prefeitura toma

uma decisão sem levar em conta a opinião dos envolvidos, como os médicos, o Conselho Municipal de Saúde e a população” (Presidente do Simers).

Diante desse contexto, o sentimento despertado nas profissionais foi de insegurança e receio, pois unir as duas Unidades consistiu um desafio para o Cuidado, uma vez que a ESF e a UBS apresentavam processos de trabalho distintos. Por exemplo, na ESF havia atendimento por demanda livre e na UBS os usuários precisavam retirar ficha para marcar consulta; para o Cuidado em Saúde Mental as profissionais da ESF estavam habituadas a trabalhar em conjunto com a equipe de matriciamento, o que não era uma realidade na rotina da UBS.

Assim, no primeiro momento a notícia da mudança de área foi apresentada para as profissionais como algo que seria benéfico para a organização do Cuidado. Entretanto, o modo como se deu o processo de mudança, foi avaliado como unilateral, sem a participação das profissionais que receberam a decisão como surpresa.

[...] para mim foi surpresa. (P5)

A gente recebeu essa notícia meio de surpresa, ela já veio formatada, veio pronta, também das gestões. Tanto da gestão Municipal, da Gerência Distrital, da nossa coordenação que estava ciente. E aí foi assim, foi meio de surpresa, tipo "semana que vem vocês se mudam lá para baixo." (P7)

Mudar o local da ESF em um primeiro momento foi avaliado como bom pelas profissionais em virtude do novo local não possuir os problemas estruturais da área 18 como as goteiras e também pelo fato da equipe ficar alocada apenas em uma área. Porém, a questão da mudança ter sido repentina, sem a possibilidade das profissionais se organizarem e levando em consideração que o local para onde a ESF se deslocou necessitava de limpeza e ambientação, as profissionais se sentiram prejudicadas, despertando, assim sentimento de insatisfação.

Porque aqui em baixo é um espaço melhor, a princípio não vai ter goteira, então era para ser uma coisa boa. Aqui a ideia é que a equipe fique mais unida, porque é um espaço só, não é que nem a gente estava antes lá na 18 e 19. A ideia era boa. A original a princípio o pessoal até gostou, eu gostei. Só que daí como foi feito assim, disseram: "segunda-feira vocês já começam a trabalhar lá." Então, não teve um tempo da gente se adaptar aqui no lugar novo, da gente fazer faxina porque estava tudo sujo, da gente poder trazer nossas coisas, nosso computador, arrumar nossa mesa, ver onde ia ficar os materiais, material de procedimento, tudo assim, desde o básico. Daí chegou aqui não sabia nem onde estava o receituário, não sabia quais salas o ar condicionado funcionava, quais não funcionavam, o que estava estragado, o que estava bom. Chegou aqui e saiu trabalhando, assim de um jeito horrível [...] Então isso chateou muito. (P7)

A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS. Assim, seu conjunto de ações de saúde no

âmbito individual e coletivo abrange a promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Para isso, necessita de uma gestão democrática e participativa, orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, a cogestão devem abranger aspectos que envolvem a estrutura física, a ambiência e a qualidade do serviço, sendo esse último como componente analítico de vulnerabilidade programática relacionada às condições de trabalho.

Entretanto, “fomentar processos de cogestão que valorize e incentive a inclusão das profissionais e usuárias em todo processo de produção de saúde é um desafio” (BRASIL, 2010, pág. 16).

No SUS a humanização é compreendida como a valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de Cuidado – as usuárias, as profissionais e os gestores. Também como o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão. Desse modo, as mudanças no modelo de atenção e gestão devem ter como foco as necessidades das usuárias e seus familiares, a produção de saúde e o processo de trabalho em saúde. Sendo necessário que haja a valorização das profissionais e as relações sociais no Cuidado. As mudanças devem ser orientadas a partir das experiências concretas das profissionais e das usuárias (BRASIL, 2010).

A partir disso, é importante que existam espaços de encontros entre sujeitos que possibilitem discussões com relação às mudanças nos serviços de saúde, viabilizando a participação ativa das profissionais. Nesse sentido, um meio de efetivar essa participação são os colegiados gestores para processos interativos de planejamento e de tomada de decisão. No entanto, para que esses espaços sejam efetivos, além de ser uma política da gestão local, necessita ser uma política de Estado.

Ter um espaço de discussão efetivo significa “ampliar o diálogo entre os trabalhadores, entre os trabalhadores e a população e entre os trabalhadores e a administração, promovendo a gestão participativa, colegiada e a gestão compartilhada dos cuidados/atenção” (BRASIL, 2010, pág. 39).

A gestão compartilhada é antagônica a lógica vertical hegemônica, impositiva e ditatorial, onde as decisões são tomadas pela chefia/ administração pública sem o compartilhamento com as equipes de saúde. De outro modo, ouvir quem constrói o cotidiano dos serviços de saúde favorece o processo de Cuidado e fortalece as relações entre a gestão e as profissionais (PENEDO; GONÇALO; QUELUZ, 2019).

Atuar em um ambiente democrático facilita os processos decisórios, pois quando todos têm a oportunidade de expor suas opiniões e discutir juntos para compor consensos coletivamente, as profissionais podem superar suas dificuldades mesmo diante de opiniões divergentes. Estimular o protagonismo das profissionais nas ações de saúde e a participação das usuárias nesse contexto assegura as diretrizes da política nacional de gestão estratégica no SUS (PENEDO; GONÇALO; QUELUZ, 2019).

De modo geral as mudanças podem ser positivas quando discutidas, planejadas conjuntamente, considerando as repercussões e os processos de Cuidado nos serviços de saúde.

No entanto, na percepção das profissionais, o modo como a mudança da ESF ocorreu, sem planejamento e nem espaços para construção conjunta, fez com que elas se sentissem jogadas “ao mar”, com seus processos de trabalho desconsiderados e tendo que “aprender a nadar”.

[...] desde sempre de todas as mudanças que eu passei até agora, nunca são mudanças que são feitas gradualmente e nunca tem uma adaptação. É tipo assim, "olha, amanhã vocês estão descendo e mudou a unidade". Não tem uma adaptação, sabe? Um processo de familiarização, de nada. Só te colocam lá. Nem com a equipe, nem com os pacientes, nem com nada. Só "aprende a nadar". (P3)

Além disso, a união das Unidades de Saúde sem um processo de elaboração repercutiu na Saúde Mental das profissionais que necessitaram se adaptar e se organizar em um ambiente que não oferecia ferramentas que facilitassem seus processos de trabalho. A desmotivação pela falta de tempo para uma organização mental e do espaço, a possibilidade de aumento da demanda de trabalho e a tentativa de convencimento da gestão que chegou sutilmente traduzida como “excelência” gerou sofrimento nas profissionais.

As gestões querem que a gente colocasse um trabalho de excelência a disposição de três vezes o número de usuários. Porque o que nos disseram foi isso: "o trabalho de vocês é tão bom, vocês trabalham tão bem [...] que nós queremos que vocês ocupem uma área maior e consigam dar conta de mais usuários." Só que daí a gente não teve tempo de preparar o nosso ambiente de trabalho e a gente foi jogado num ambiente completamente hostil. Por isso foi bem ruim. Levou umas duas, três semanas para a gente conseguir se adaptar nesse novo ambiente. (P7)

[...] foi bem difícil essa primeira semana. E agora eu acredito que a gente receba mais usuários. Eu não sei como é que vai ser essa divisão de território. Virou 30 mil usuários. Então, não sei como é que vai ficar essa divisão que a gente tinha bem estabelecida lá em cima (área 18). (P6)

[...] vai assim, triplicar o número de pacientes. (P5)

É necessário que se tenha um modelo de gestão que promova a valorização das pessoas, por meio do investimento nos recursos humanos e sociais dos serviços de saúde. Nesse contexto,

é importante que se desenvolva uma cultura participativa, onde a profissional é estimulada a envolver-se com a vida organizacional, influenciando o seu contexto de trabalho e, ao mesmo tempo, sendo influenciado por ele. Para que a organização dos serviços se dê a partir de uma proposta participativa é preciso que as equipes e a gestão – coordenadores das ESFs; gestão distrital e municipal estejam preparadas. Da gestão, espera-se que invista na criação de ambientes que estimule e promova espaços de crescimento em grupo, valorizando o diálogo, a escuta e as potencialidades individuais. Das profissionais, espera-se que estejam motivadas e comprometidas com o ambiente de trabalho coletivo (MOURA et al., 2012).

Os pontos positivos de um modelo participativo gerenciado adequadamente são: agregar valor às competências individuais; fortalecer as equipes e promover o desenvolvimento organizacional. Por outro lado, modelos conduzidos de modo vertical podem gerar desorientação, insegurança e desperdício de potencialidades, conduzindo à instabilidade institucional e, por consequência, à instabilidade emocional das profissionais que acabam se sentindo desvalorizadas (MOURA et al., 2012).

Da maneira como foi conduzida, a unificação gerou “ruídos” de comunicação. Além das dúvidas com relação aos modos como seriam realizados os agendamentos para o atendimento das usuárias, a unificação também suscitou conflitos internos pelo fato de duas Unidades de Saúde com organização de trabalho diferente terem que compartilhar o mesmo ambiente e estabelecer uma dinâmica de Cuidado em um período de tempo reduzido.

[...] não foi nada conversado como que ia ser as agendas no lugar novo, como que ia ser o acesso desses novos pacientes [...] como é que ia ser conversado com a equipe dos profissionais que ficaram, porque tem maneiras de trabalhar diferentes da equipe que veio. Então, tem vários conflitos internos, vários ruídos de comunicação que ainda estão dificultando o trabalho. (P7)

As fragilidades apresentadas refletiram no acesso das usuárias à ESF. As usuárias que buscaram atendimento perceberam a alteração na ambiência e tiveram dificuldades para terem suas demandas resolvidas, pois não haviam sido informadas das mudanças que estavam ocorrendo. Assim, a unificação sem a participação dos principais envolvidos no Cuidado (profissionais, usuárias e familiares) implicou em uma barreira organizacional e de informação.

[...] eu procurei o posto, estava aquela turbulência de troca de setor, eu achei muito estranho, fiquei muito chateado, queria uma forma mais rápida de ser atendido. Mandaram eu aguardar, aquele negócio todo, eu aguardei e naquele dia eu não gostei muito. (U3)

Eu fui lá (área 18). Tinha uma consulta marcada, fiquei lá esperando e ninguém aparecia. Eu batia e batia, porque eu não sabia direito qual era a área e fiquei lá, aí me disseram “não, a senhora tem que ir lá embaixo (área oito)”. Estava aquela folia

de carrega isso e carrega aquilo, mas eu fui atendida igual, a médica me atendeu e trocou o dia para mim, com toda aquela confusão eu perdi o horário. (UF12)

A gestão quando realizada de forma vertical produz falhas de comunicação, uma vez que as decisões tendem a circular somente entre as chefias, chegando às profissionais quando necessitam ser executadas. Neste percurso encontram-se as usuárias que como parte do serviço também vivenciam as consequências da falta de compartilhamento de informações. Assim, no contexto da ESF, a percepção que se tem é que as informações/ decisões seguem um determinado fluxo: Gestão municipal – Gerencia Distrital – Coordenação. Paralelo a este fluxo encontram-se as profissionais com suas dúvidas em relação à organização do serviço e as usuárias que percebem as alterações na ambiência que refletem nos seus atendimentos.

No âmbito do SUS a definição daquilo que deve ser feito para alcançar objetivos locais precisa ser negociado coletivamente. Nesse contexto, as profissionais têm por responsabilidade propor/ realizar ações e ampliar suas participações individuais e coletivas. Mas isso só será realidade com a consolidação de uma política que almeje um modelo assistencial que tenha como objetivos principais a qualidade do cuidado e a satisfação de todos os envolvidos nesse processo de construção, pois a efetivação de uma política que ouça o que as profissionais e as usuárias têm a dizer além de legitimar as ações do serviço, confere sustentação para os programas e políticas do SUS, fortalecendo a consolidação da democracia participativa na conquista da saúde. (CUNHA; MAGAJEWSKI, 2012).

Assim, “a ampliação dos espaços de participação social e dos trabalhadores na gestão do sistema é fundamental e baliza a efetivação de mudanças na direção de um sistema de saúde inclusivo, acolhedor, integral, resolutivo e, sobretudo, democrático” (CUNHA; MAGAJEWSKI, 2012, p.71).

Para as profissionais a mudança de área ocorrida na ESF não foi o único momento em que o espaço para discussão conjunta encontrou-se fragilizado. Na maior parte das situações, as questões relacionadas à organização do serviço e às ações de Cuidado chegam até as profissionais como decisões já estabelecidas. Dessa forma, as reuniões com a gestão são destinadas para transmitir informes, isto é, não há condição de possibilidade para avaliar e construir conjuntamente algo que já está predeterminado.

São só os informes. Às vezes não dá nem tempo de passar em duas horas de tantos informes que tem. É só reunião de informe quando é com a gestão. Quando traz para a equipe, traz os informes que foram apresentados na reunião do colegiado. Mas é isso, não tem espaço para debater. (P4)

Nós não temos onde desabafar. Assim como tem espaço para o patrão reclamar de nós, tem que ter um espaço para nós reclamarmos do patrão, também. Porque eu acho que

é uma equipe. E o que eu entendo de equipe é que todo mundo tem direitos. Eu sempre discuti muito nas reuniões com o que era apoiador. Porque ele já vinha com tudo pronto e querendo te "enfiar goela a baixo" [...] Nós somos equipe e tem que discutir com a equipe. Decidir com a equipe e não já vir pronto. Ai ele dizia: "o que tu acha?". "O que eu vou achar se tu já trouxeste tudo pronto? Não vou achar nada". (P1)

As reuniões junto à equipe são espaços importantes para compartilhar conhecimento, refletir sobre as ações e integrar os sujeitos. Além disso, é o momento que em conjunto é possível definir estratégias delineadoras do planejamento e avaliação em saúde. No entanto, conforme são conduzidas, para as profissionais podem representar um momento obrigatório da organização do serviço com um objetivo informativo e burocrático, não sendo um ambiente facilitador do Cuidado, através do diálogo e valorização dos diferentes saberes (GARCIA et al., 2017).

A partir das questões avaliadas pelos grupos de interesse é importante refletir que a maneira como ocorreu a mudança na ESF e a falta de espaço para o diálogo não é uma característica restrita ao serviço, mas reflexo do momento histórico e contexto político que estamos vivenciando.

Em agosto de 2019 ocorreu em Brasília a 16ª edição da Conferência Nacional de Saúde (CNS), tendo como intenção resgatar o lema da 8ª CNS “Democracia e Saúde”. A Conferência contou com a participação de usuários, gestores, profissionais, pesquisadores, ativistas e convidados, totalizando 5.457 participantes. Entre as questões debatidas estavam a defesa da participação social, da liberdade de expressão e do diálogo e a crítica à Emenda Constitucional 95, que institui um teto de investimentos na saúde até 2036 (DOMIINGUEZ; PERES, 2019).

Conforme estimativa do Conselho Nacional de Saúde, a emenda tira R\$ 400 bilhões do SUS em 20 anos. Emenda esta que foi aprovada sem participação social. Parafraseando a P1 foi aprovada de tal maneira - *"enfiada goela a baixo"*.

Isto posto, é possível afirmar que a mudança de área da ESF está intimamente relacionada com os temas debatidos na CNS e com as modificações nas políticas públicas de Saúde Mental, pois convergem em governos que através de sucessivos ataques deturpam questões como a participação, o diálogo e a valorização profissional que são fundamentais para o SUS.

Segundo Pinho (2019, p.1) “As políticas públicas de Saúde Mental estão numa encruzilhada histórica, onde seus trinta anos de construção estão sobre forte ameaça, a indústria de leitos, baseada na mercantilização do sofrimento, voltam à cena central no país.”

Seguindo essa linha de pensamento, o autor propõe o seguinte questionamento:

Que estágio nos encontramos de desconfiguração, em um momento de retrocesso, onde a reforma psiquiátrica e suas políticas públicas estão pontualmente, com iniciativas aqui e ali, sendo desconstruídas, ou estamos numa nova fase de

contrarreforma, onde uma agenda e suas condições objetivas de serem instaladas estão dadas, como chamou Laranjeiras uma fase de “uma segunda reforma”? (PINHO, 2019, p. 1).

Com o intuito de responder essa questão, Pinho (2019) formulou uma cronologia do início do processo de retrocessos na Política Nacional de Saúde Mental para que possamos elaborar estratégias e ações que possibilitem ao país retomar ao caminho de uma política pública baseada no Cuidado em liberdade, no protagonismo e na autonomia das usuárias.

Conforme a cronologia elaborada por Pinho (2019), a agenda de retrocessos iniciou em 2015 quando ainda no governo Dilma, Marcelo Castro é nomeado Ministro da Saúde. Essa nomeação representou uma ruptura histórica na coordenação de Saúde Mental, pois até então, os coordenadores anteriormente nomeados eram todos militantes da Luta Antimanicomial.

Assim, em 11 de dezembro de 2015 Valencius Wurch Duarte Filho foi oficialmente nomeado coordenador geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Valencius desde a tramitação da Lei 10.216 era crítico contrário aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, tendo em sua biografia trabalho e gestão no Hospital Psiquiátrico de Paracambi (RJ) e na Casa de Saúde Dr. Eiras (RJ). Sendo que a Casa de Saúde Dr. Eiras foi o maior hospital privado psiquiátrico na América Latina. Fechado em 2012 tem seu histórico marcado por torturas e outras violações dos direitos humanos, como racionamento da alimentação dos pacientes e péssimas condições sanitárias (PINHO, 2019).

A nomeação de Valencius além de marcar o início de posições conservadoras com relação à Reforma Psiquiátrica gerou reações como a ocupação do Ministério, notas públicas como a assinada pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) e a mobilização dos movimentos sociais e conselhos profissionais. Como resultado das mobilizações em 2016, o coordenador foi exonerado (PINHO, 2019).

Em 2017 o Ministro da Saúde Ricardo Barros, nomeou Quirino Cordeiro Junior para ser o coordenador geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Ao contrário de Valencius, Quirino tinha o apoio de entidades como a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), iniciando a construção articulada de uma agenda de retrocessos na Saúde mental (PINHO, 2019).

Por ser apoiador da internação psiquiátrica e da hegemonia médica, através de Quirino a indústria de leitos de internação se fortaleceu, indo de encontro à visão de cuidado em rede intersetorial fundamentada na liberdade e de base comunitária. Com o intuito de consolidar uma “nova política de Saúde Mental no país” em setembro de 2017 em conjunto com a ABP e o

Conselho Federal de Medicina (CFM), o coordenador divulgam uma Nota Pública apontando irregularidades de inconsistência na implementação da RAPS (PINHO, 2019).

Ao passo que dezembro de 2017 é marcado pela mobilização de usuárias, familiares, profissionais e ativistas que celebraram os 30 anos da Carta de Bauru e a construção da política que criou os serviços substitutivos ao modelo manicomial, também é marcado pela publicação da Portaria n° 3.588 que oficializa as medidas de desconfiguração da RAPS, legitimando o hospital psiquiátrico e as Comunidades Terapêuticas. Além disso, também é publicada a Portaria Interministerial n° 2 que redesenha as políticas de drogas permitindo o financiamento e ampliação das Comunidades Terapêuticas (BRASIL, 2017c; BRASIL, 2017d, PINHO, 2019).

Em 2018 ocorreu o que Pinho (2019) denominou “consolidação dos retrocessos” quando um orçamento é divulgado da seguinte forma: aos Hospitais Psiquiátricos foram anunciados 60 milhões e para as Residências Terapêuticas 50 milhões; as Comunidades Terapêuticas vão receber 100 milhões (só do Ministério da Saúde), e para toda a RAPS apenas 70 milhões; para os novos dispositivos (ambulatórios e o novo CAPS AD em “cenas de uso”) incluídos na RAPS na última portaria: 33 milhões. Ficando claro que a prioridade eram os hospitais psiquiátricos e as Comunidades Terapêuticas.

No campo das políticas de drogas ocorreu a aprovação de um edital que garantiu a aplicação da Resolução n° 1/2015 do CONAD e a Portaria n° 3.449/2018 que institui no âmbito do Ministério da Saúde, o Comitê das Comunidades Terapêuticas, com a finalidade de discutir, avaliar, propor ou alterar resoluções, portarias, normas técnicas e documentos congêneres no contexto da política pública sobre álcool e outras drogas que versem sobre aspectos gerais, modelos, parâmetros técnicos, regulação e certificação de organizações da sociedade civil denominadas Comunidades Terapêuticas (BRASIL, 2015; 2018a).

A partir disso, voltou ao centro da política pública as internações de média e longa permanência e as reinternações.

A desconfiguração da lógica da reforma psiquiátrica fica evidente na edição da Portaria n° 2434 de 15/08/2018 que promove um aumento de 60% nas diárias pagas aos hospitais, para atendimento de pacientes internados por mais de 90 dias ou que são reinternados em intervalo menos de 30 dias (de R\$29,50 a R\$41,20 para R\$47,00 a R\$66,00) (BRASIL, 2018b; PINHO, 2019, p. 4).

Paralelo ao aumento do financiamento dos hospitais psiquiátricos para de fato enfraquecer os serviços substitutivos e a RAPS no dia 14 de novembro de 2018 é publicada a Portaria N° 3.659 que suspendeu o repasse de recursos financeiros destinados ao incentivo de custeio mensal de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais

Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS. Também, a Portaria N° 3.718 de 22 de novembro de 2018 divulgou uma lista com os Estados e Municípios que receberam recursos referentes à parcela única de incentivo de implantação dos dispositivos da RAPS e não executaram o referido recurso (BRASIL, 2018c; BRASIL 2018d; PINHO, 2019).

As medidas descritas já eram suficientes para fragilizar as políticas públicas de Saúde Mental. Entretanto, de modo a nos surpreender no dia 27 de novembro de 2018 se realizou em Brasília o lançamento da Frente Parlamentar Mista em Defesa da Nova Política Nacional de Saúde Mental e da Assistência Hospitalar Psiquiátrica que foi divulgada pela mídia como uma frente “pró-internação psiquiátrica”.

Pinho (2019, p. 6) destaca os três movimentos centrais do conjunto de portarias e iniciativas para a desconfiguração da RAPS:

1. O ataque à capacidade de execução e implementação da RAPS;
2. A mudança de prioridades orçamentárias;
3. O retorno dos dispositivos e da lógica manicomial (a internação, o isolamento social como estratégia central da política em saúde mental). Ao apostar novamente no fortalecimento dos Hospitais Psiquiátricos, na valorização das internações acima de 90 dias, na ampliação do financiamento público das Comunidades Terapêuticas e no incentivo a ambulatorização do cuidado.

Cabe destacar que as medidas descritas para retroceder as políticas de Saúde Mental ocorreram através de “canetadas” da Coordenação de Saúde Mental. Isto é, Quirino programou com exatidão quem participaria do “diálogo” para que as decisões fossem tomadas. Assim, sem passar pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde, apenas a ABP, o CFM, a Confederação de Comunidades Terapêuticas, os gestores públicos e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) participaram do que se configurou como uma “democracia de baixa intensidade”, indo de encontro ao processo da Reforma Psiquiátrica que tem como marco histórico a ampla participação e mobilização social (PINHO, 2019).

O ano de 2018 encerra com as características essenciais para as bases da Contrarreforma formuladas.

Em sua cronologia Pinho (2019) denominou o ano de 2019 de “a contrarreforma psiquiátrica”. Esse ano teve seu início marcado por um congresso nacional ainda mais conservador e com a ascensão de um governo de extrema direita.

O lançamento da nova frente parlamentar trouxe como Ministro da Saúde o deputado

Luis Henrique Mandetta (DEM-MS) que afirmou publicamente ser contra os CAPS e os Consultórios na Rua como forma de cuidado para as pessoas que usam drogas. Ainda, a união entre ABP, CFM e Comunidades Terapêuticas levou ao Ministério da Cidadania, Osmar Terra, ex Ministro de Desenvolvimento Social e conhecido como um dos arquitetos dos retrocessos nas políticas de drogas (PINHO, 2019).

Na Secretaria Nacional de Drogas (SENAD) do Ministério da Justiça também ocorreram mudanças. Com Sergio Moro como Ministro da Justiça, Luiz Roberto Beggiora tornou-se procurador da Fazenda Nacional. Beggiora com foco central de gestão nos ativos confiscados do tráfico de drogas, atribuiu os fomentos às políticas públicas de álcool e drogas ao Ministério da Cidadania, ficando assim sob responsabilidade de Osmar Terra, que por sua vez afirmou que a culpa da epidemia de drogas e violência que causa a morte de jovens é dos que se dizem liberacionistas ou antiproibicionistas e da política atual que segundo ele tem forte cunho ideológico (PINHO, 2019).

Segundo Pinho (2019) o tempo dos retrocessos na Reforma Psiquiátrica já se consolidou, abrindo campo para a fase de contrarreforma. Para explicar o que seria a contrarreforma, o autor faz um paralelo com o surgimento do conceito de contrarreformas, chamando a atenção para o século XVI quando a igreja católica buscou frear os questionamentos de suas estruturas que se iniciaram com Martin Lutero, através do que chamamos de Reforma Protestante. Naquele momento para frear a Reforma – mudanças estruturais, conceituais e de novas práticas o Papa Paulo III convoca um concílio (reunião) entre os anos de 1545 e 1563 em Trento (Itália). O concílio teve por objetivo atingir as bases e os questionamentos abertos pela Reforma Protestante através de medidas como o retorno da inquisição; criação do Índice de Livros Proibidos e a criação da Companhia de Jesus.

Dessa maneira, conforme Pinho descreve, a contrarreforma teve três macros iniciativas:

1. Garantir pela força (através de seus espaços de poder) o avanço da Reforma, atacando assim, sua capacidade de interação social (desacreditar, impor, utilizar o discurso do medo social);
2. O controle da narrativa (controle do que se diz, do que se publica) ao impedir que as “ideias” da Reforma se propagassem;
3. Criação de uma máquina de propagação das ideias e valores da contrarreforma, levando ao máximo de países e comunidades, suas posições, valores e “verdades”.

Comparando o paralelo descrito com o contexto histórico contemporâneo, é possível observar que a eleição de um governo de extrema direita e de um congresso nacional mais conservador somados aos retrocessos iniciados em 2015 e intensificados durante a gestão de

Quirino se consolidou, resultando em uma nova fase, onde se busca impor uma Contrarreforma (PINHO, 2019).

Conforme Pinho (2019) as principais características da Contrarreforma serão:

1. Democracia de baixa intensidade: o método de passar por cima dos conselhos e dos debates públicos, e da imposição, pelo uso da força de maiorias nas casas legislativas e da caneta do executivo serão intensificados;
2. Uma guerra de narrativas (*info war*) será realizada, buscando evidenciar como a RAPS, é incapaz, má gerida, que não dá respostas, e como a “internação”, o “isolamento social”, o “cuidado ambulatorial” são mais eficazes, tanto economicamente, quanto socialmente;
3. A ampliação e consolidação do bloco social e político (ABP/CFM/Comunidades Terapêuticas) para construir máquinas de guerra, para levar a frente seu “discurso”, “suas narrativas” e suas “verdades”.

A cronologia elaborada por Pinho vai ao encontro das ações realizadas na ESF. Visto que a unificação das Unidades de Saúde realizada sem diálogo, a alteração na ambiência da ESF que desorganizou o processo de trabalho das profissionais, gerou conflitos e repercutiu no acesso das usuárias são ações que reforçam e produzem vulnerabilidade programática, fortalecendo a ideia equivocada de que a RAPS é ineficaz e que as Comunidades Terapêuticas e a internação em hospitais psiquiátricos são a solução para tonar o Cuidado em Saúde Mental resolutivo.

A história da loucura é a história de como as formas de pensamento e de organização social se constituíram na modernidade de modo a produzir saberes sobre como lidar com a loucura. Frente a isso, para pensar a produção histórica de saberes, instituições, objetos de conhecimento, formas de sociabilidade, de trabalho, de sensibilidade, de comunicação e de subjetividade é importante considerar que as coisas e os eventos não são naturais e acabadas, sendo necessário compreender o momento histórico-social para entender a emergência de novos olhares e práticas sobre a saúde mental (TORRE; AMARANTE, 2001).

Nesse contexto, a subjetividade é produto das redes de história, isto é, não é algo restrito ao indivíduo, mas produzida no âmbito coletivo da sociedade e da cultura por meio dos mais diversos mecanismos e estratégias. Dessa forma, a produção de subjetividade molda as maneiras de sentir e pensar das pessoas (TORRE; AMARANTE, 2001).

Assim, considerando que o espaço é produtor de subjetividade, mudanças realizadas nos serviços de forma repentina, sem a participação e valorização das profissionais e usuárias, refletem um contexto histórico-político e promovem uma desorganização do espaço de

Cuidado, produzindo discursos de desvalorização dos serviços territoriais. Esses discursos quando repetidos, se fortalecem e constituem as “verdades” que servirão como alicerce do processo de contrarreforma.

Para Torre e Amarante (2001) é necessário que se produza novas subjetividades para enfrentar os movimentos apoiados no modelo manicomial que através de seus discursos produziu subjetividades fundadas na noção de que a experiência psíquica/conceito de doença era sinônimo de erro e como tal deveria ser isolado e normalizado.

Conforme os autores:

Novas subjetividades e um novo lugar para o sujeito louco só são produzidos em relação com o social. O trabalho de desconstrução do manicômio necessariamente extravasa o contexto institucional específico [...] Para tanto, o processo passa a contar com o que vem sendo denominado de protagonismo do sujeito “alienado” [...]. Essa redefinição é realizada através da desmontagem político-social da construção do lugar da diferença como um lugar inferior e do papel social destinado ao alienado. O protagonismo começa com a crítica dos lugares que se quer produzir; fundamentalmente, dois lugares possíveis: o de paciente, demente, alienado, tutelado e dependente ou o de sujeito político, de direito, que debate o tratamento e a instituição, que participa e interfere no campo político (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 83-84).

Para fortalecer um Cuidado em Saúde Mental apoiado no modelo psicossocial e que produza estratégias para o enfrentamento da vulnerabilidade programática é necessário que se tenha como potência a produção de subjetividade que perceba a pessoa como sujeito político de direito que tem algo a dizer, a fazer e a questionar.

Enquanto sujeitos políticos, as pessoas contribuem para desconstrução de discursos que servem como alicerce para os retrocessos que ameaçam a Reforma Psiquiátrica e a RAPS com seus diferentes pontos de atenção, entre eles, a ESF. Retrocessos esses que a exemplo da mudança de estrutura física que prejudicou a ambiência na ESF, refletem diretamente no acesso à saúde e na qualidade do serviço, sendo este último, componente analítico da vulnerabilidade programática.

Entres os aspectos que se relacionam com a ambiência, no processo avaliativo as respondentes trouxeram a importância dos **recursos materiais e humanos** para o Cuidado em Saúde Mental.

A falta de recursos materiais como as impressoras nos consultórios; a falta de aparelhos odontológicos e a demora nos retornos de suas manutenções; o pouco acesso aos psicofármacos disponibilizados pelo SUS, predominado os antipsicóticos típicos¹⁵ e a demora no atendimento

¹⁵ Os antipsicóticos utilizados no tratamento de doenças como a esquizofrenia podem ser classificados em típicos e atípicos. A principal diferença entre as classificações é a intensidade dos efeitos colaterais. Os antipsicóticos atípicos apresentam chance muito menor de desencadear sintomas extrapiramidais (movimentos involuntários) ou depressivos (BRESSAN; BIGLIANI; PILOWSKY, 2001).

na farmácia municipal produzem uma vulnerabilidade programática, reflexo da falta de planejamento do município e do Estado para a Atenção Básica.

A falta de impressora em todos os consultórios foi avaliada como um fator que atrapalha a dinâmica de trabalho. No que tange à odontologia, além de refletir no Cuidado, a falta de recursos e a demora nas manutenções dos aparelhos interferem nas relações entre profissionais e usuária da ESF, pois sem os aparelhos odontológicos os atendimentos não podem ser realizados, causa descontentamento nas usuárias e nas profissionais, tornando a relação entre ambas por vezes difícil. Como consequência há o registro de ouvidorias pelas usuárias, lutando por seus direitos. As profissionais avaliaram as ouvidorias como consequência de algo que não são diretamente de suas responsabilidades, mas que acabam incidindo em seus cotidianos de trabalho.

Atrapalha não ter impressora em todos os consultórios. (P7)

Já aconteceu de a gente ficar mais de um mês sem compressor [...] e ter que encerrar, paralisar os atendimentos. [...] os equipamentos nossos que estão em manutenção, estão em manutenção há muito tempo. [...] O único ultrassom que tem aqui é um para quatro consultórios. [...] Como é que a gente vai trabalhar sem sugador? Aí a agenda tu paralisa, o paciente começa a reclamar lá fora, a se queixar lá fora, daí começa a ter ouvidoria e a gente tem que responder as ouvidorias. Por mais que sejam coisas que fogem a nossa alçada a gente tem que ir aguentando. (P8)

Até da parte do dentista eu tive consulta no meio do mês [...] marcaram 7 horas da manhã, cheguei ali e eles me remarcaram porque tinha um aparelho do dentista que tinha quebrado e não tinham como consertar naquele dia[...] isso me deixou muito chateado. (U3)

Conforme o Ministério da Saúde o revezamento na utilização dos equipamentos para assistência odontológica poderá ocorrer somente quando duas ou mais Equipes de Saúde Bucal estiverem alocadas em uma mesma Unidade de Saúde, desde que seja garantido equipamento disponível para a programação de atividades clínicas de cada cirurgião dentista em, no mínimo, 75 a 80% de sua carga horária de trabalho (BRASIL, 2008).

O contexto programático da ESF avaliado configura um não planejamento dos recursos em relação ao número de profissionais disponíveis, por exemplo, há um sugador para quatro consultórios odontológicos em funcionamento o que impossibilita os atendimentos, refletindo o descontentamento das usuárias com a organização do atendimento recebido.

Os grupos de interesse também avaliaram como fator que promove a vulnerabilidade programática no Cuidado em Saúde Mental, a falta de opções de psicofármacos, o fato das usuárias não possuírem condições financeiras para comprar as medicações em outras farmácias e a escassez de medicamentos de primeira linha ou atípicos que poderiam ser disponibilizados

gratuitamente, produzindo menos efeitos adversos, promovendo uma melhor adesão das usuárias ao tratamento. Estando esta questão relacionada com componente analítico da qualidade do serviço (segurança e eficácia dos tratamentos).

Outra coisa que dificulta um pouco é o acesso à medicação. [...] hoje eu já vi a lista e tem vários controlados que estão faltando. Se acontecer de algum renovar receita e não puder comprar e não encontrar em outra farmácia já fica a medicação assim. (P4)

[...]a gente tem poucos recursos de medicação[...] Acho que a gente consegue parcialmente fazer o manejo das medicações, assim os psicoterápicos. Porque alguns que a gente gostaria de ter, algumas opções, não tem na rede e a maioria também não consegue comprar. Eu acho que alguns pacientes, a minoria a gente consegue fazer um bom trabalho. A minoria responde bem aos fármacos que a gente consegue ter e as nossas abordagens que aqui a gente vai fazendo do jeito que dá. (P7)

Os medicamentos que têm disponíveis gratuitamente na rede do SUS são medicamentos bons, cumprem o seu papel [...] Algumas vezes eles não são de primeira linha, não são os que melhor oferecem ausência que efeitos colaterais ou eficácia de resposta no tratamento para o paciente. Então, para mim isso é coisa que não é ideal [...] a maior parte das vezes a gente não tem essas ferramentas (psicofármacos de primeira linha) para usar para os nossos pacientes. (P9)

[...] poderia ter mais opção (medicação), porque eu acredito assim que toda pessoa que usa o SUS, são pessoas carentes que precisam, quanto menos a pessoa gastar está bom. (U1)

[...] nessa parte dos remédios eu acho que o sistema de saúde tinha que ser mais ágil nessa parte aí. (U3)

O tratamento medicamentoso faz parte das ações terapêuticas no âmbito psicossocial e objetiva reduzir os sintomas dos transtornos mentais. Um fator importante para uma melhor adesão dos indivíduos aos psicofármacos é a utilização dos chamados neurolépticos atípicos, estes demonstram uma significativa melhora para os pacientes psicóticos graves, causando menos efeitos colaterais (XAVIER et al., 2014a).

Conforme estudo realizado com pessoas com transtornos mentais em acompanhamento ambulatorial, os efeitos colaterais das medicações apresentam uma importância significativa no cotidiano dessas pessoas, pois dificultam suas atividades diárias. A sedação, a diminuição da coordenação psicomotora, a rigidez muscular e os tremores foram evidenciadas como as principais reações adversas que dificultam o uso dos psicofármacos (XAVIER et al., 2014b).

Sobre a falta de psicofármacos disponíveis no SUS, dois aspectos devem ser considerados: o programático e o sociocultural.

Em 2020 a OMS destacou o melhorar acesso a medicamentos como um entre os 13 maiores desafios de saúde para a próxima década.

Na pesquisa de Goulart et al. (2019) com 553 usuários cadastrados em uma ESF, a prevalência do consumo de medicamentos foi de 74,9% (n=414). Os medicamentos que atuam

no sistema nervoso, incluindo os analgésicos e os psicofármacos foram os segundos mais consumidos (19,9%), ficando atrás dos medicamentos que atuam no sistemas cardiovascular (42,2%).

Estes dados vão ao encontro de outro estudo que avaliou o consumo de medicamentos genéricos no Brasil e também evidenciou que os medicamentos para o sistema nervoso são os segundo mais consumidos (18,6%), sendo antecedido pelas medicações que atuam no sistema cardiovascular (35,9%). Além disso, no Brasil, as classes de maior poder de consumo (A/B) obtém os medicamentos genéricos, prioritariamente, nas farmácias privadas (46,3%), enquanto nas classes C e D/E (menor poder de consumo), cerca de 50,0% dos genéricos são obtidos em farmácias da rede pública (SUS) (BERTOLDI et al., 2016).

Esses dados em conjunto, apontam para uma necessidade de ampliação das ações de assistência farmacêutica para que o acesso da população às farmácias e programas de medicamentos do SUS seja garantido (GOULART et al., 2019).

Para Moimaz et al. (2010) esta é uma questão que deve ser analisada com cautela, pois há uma limitação de recursos financeiros para a compra de medicações nos municípios, tendo como consequência a cobertura incompleta das necessidades dos usuários. Por outro lado, no Brasil existe uma construção cultural pela aquisição de remédios, isto é, como se todos os problemas pudessem ser resolvidos com o uso das medicações. Segundo as autoras a dependência física e emocional pelo medicamento acaba se tornando oneroso para o serviço.

Diante da discussão apresentada, as autoras mostram que há uma grande prevalência do uso de psicofármacos. Tendo isso em vista, ao pensar saúde, é dever do Estado e do Município elaborar ações programáticas para que estas medicações não falem para as usuárias que necessitam. Por outro lado, é importante que exista um trabalho junto à sociedade para que os psicofármacos não sejam vistos como solução para as diversas situações de sofrimento que envolvem a vida. Ao mesmo tempo, enfrentar a medicalização social exige que as equipes de saúde estejam instrumentalizadas para realizar um Cuidado em Saúde Mental que não transforme em diagnósticos as diferentes situações vivenciadas pelas usuárias nos seus contextos socioculturais.

De acordo com Freitas (2017) a maioria das pessoas usuárias da psiquiatria referem que vivenciaram traumas demasiados para si próprio enquanto pessoa, e que não contaram com suporte social suficiente para elaborá-los e superá-los, além disso, de modo geral essas pessoas tiveram seus tratamentos focados no uso das medicações, após um diagnóstico dado em meros quinze minutos. Para Freitas, experiências dolorosas sem cuidado de fato, tem como

consequência a medicalização da miséria econômica, da política, da cultura, do social, e da miséria da própria condição existencial.

Nesse âmbito, também é possível dizer que muitos traumas, gerados em conflitos sociais e familiares, guardam relação com discursos que oprimem diferenças de classe social, gênero e raça. Essa relação quando não considerada pelos profissionais dos serviços, tem como consequência a medicalização dos traumas e da tristeza.

Na ESF a vulnerabilidade econômica/social, a falta de oportunidades, o contexto familiar e o contexto de violência foram avaliados como aspectos do contexto sociocultural das usuárias que o uso dos psicofármacos pode auxiliar no enfrentamento, porém as medicações por si só não vão resolver esses problemas.

A questão das pessoas não terem condições de terem um lazer [...] uma pessoa que não tem dinheiro para nada e estava ali chorando, que não tem nada para fazer no Natal. Leite é uma luta para conseguir. [...] às vezes são corridos dos lugares ou são ameaçados porque o parente deles foi preso. [...] Então, essa questão social, a falta de oportunidade e esse ambiente violento para mim são as vulnerabilidades maiores que tem aqui [...] Então, essas coisas não adianta ficar dando fluoxetina e fluoxetina porque não vai resolver. Existem outras coisas ali [...] Tu vê a situação da pessoa. Se nós aumentarmos tal medicação essa situação vai permanecer. O máximo que talvez a pessoa vai conseguir [...] é lidar melhor com a situação, mas ela não vai mudar isso. Então, a gente tem que ir tentando ver outras alternativas que muitas vezes também não é fácil. (P4)

Às vezes até a questão financeira também não ajuda em muitas das vezes. Esses problemas, desemprego. É tudo um conjunto. Vai juntando tudo. Dizem que é uma briga dentro de casa. Aí tu imagina, como é que uma pessoa que tem problema de saúde mental vive numa casa assim? (P5)

Para as profissionais e as usuárias a violência do território está associada aos seus problemas de Saúde Mental, pois avaliaram que a vivência de situações específicas do contexto de seu território como os tiroteios, presenciar homicídios e agressões, perda de entes queridos assassinados, tráfico de drogas, ter a residência invadida por traficantes e não poder verbalizar essas situações de violência presenciadas em virtude dos códigos de conduta estabelecidos na comunidade causam e aumentam o sofrimento.

Muitas questões de saúde mental que chegam aqui se agravam por questão da violência. As pessoas verbalizam que piorou depois que teve tiroteio, que entraram na casa, que viram matar, bater. Entrar na própria casa e baterem em filho por coisas que se metem no tráfico ou outras coisas. De verem coisas que não possam dizer nada. Então, a situação violenta, a vulnerabilidade social para mim é a pior, é a mais gritante que tem e isso aí que atrapalha, que dificulta muito a evolução (do tratamento). (P4)

Dentro dos fatores comuns aqui no território que estão atrelados aos problemas de saúde mental, eu elenco em primeiro lugar a violência. Eu acho que a forma de vida, o convívio com a violência, a cultura da violência, digamos assim, a habituação com a violência gera um conjunto de circunstâncias que acaba impactando na saúde

mental de todas as pessoas. Se a pessoa já tem um transtorno mental por ordem genética ou por ordem familiar precoce, então isso agrava muito mais. (P9)

[...] eu só fiquei muito nervosa na época que estava dando tiroteio aqui. Aquilo me trazia a imagem do meu filho morto, foi assim que mataram ele. (U5)

Muitas vezes mataram gente na frente da minha casa, vi um cara matando outro. Teve uma época que estava muito pesado aqui e a gente fica muito tenso. (U6)

Ali no meu beco é um horror, porque onde eu moro tem as casas onde eles escondem as drogas, eles passam correndo, já pularam no meu pátio [...] estava dentro de casa quando vi o cara estava lá dentro da minha casa. (U9)

[...] infelizmente ele é usuário de droga, minha mãe perdeu a casa por causa dele, dele ameaçar o dono da boca daqui do postão que agora é morto. Os caras invadiram a casa da minha mãe, quase mataram minha mãe. Então, a depressão aumentou. (UF10)

Na Saúde Mental a violência está associada à produção de sofrimento psíquico, seja em virtude dos agravos psicossociais decorrentes da violência doméstica, da violência armada, dos conflitos entre grupos pelo controle de territórios, dos comportamentos violentos associados ao consumo prejudicial de álcool e outras droga, dos contextos institucionais que mortificam os sujeitos e/ou das formas sutis e por vezes invisíveis de dominação (DELGADO, 2012).

O contexto marcado pela violência associado à urbanização desenfreada e aos desafios socioeconômicos gera sensação de insegurança, medo e uma necessidade de mudança regular no cotidiano. Esses sentimentos mudam a relação das pessoas com o território onde vivem, pois o pertencimento à comunidade é afetado psíquica e socialmente. O fato de presenciar situações de violência e não poder verbalizá-las atinge a subjetividade das pessoas, uma vez que perpassa o sentimento de estar sendo conivente com ações que violam a vida. Assim, a violência impõe submissão subjetiva e perda de autonomia (SCHMID; SERPA JUNIOR, 2019).

Apoiada nas questões avaliadas é possível afirmar que ao considerar a relação entre o contexto sociocultural das usuárias e o uso dos psicofármacos, a equipe da ESF atua como elemento que reduz as condições de vulnerabilidade programática no Cuidado em Saúde Mental, pois diante de um contexto de violência, as profissionais acolhem as usuárias, proporcionando escuta para que conjuntamente elaborem meios de enfrentamento dessas questões. Seja por meio do diálogo que acolhe o sofrimento, da prescrição de medicações quando necessário ou se posicionando frente aos entraves políticos que minimizam os direitos das usuárias, as profissionais não restringem o Cuidado à dimensão psicopatológica.

Nesse sentido, os psicofármacos são um importante recurso para o Cuidado em Saúde Mental, mas não o único. É fundamental que ao seu uso, não seja confiada a solução para todo e qualquer problema.

Quando associados à escuta qualificada, às redes de apoio, ao acesso a oportunidades que diminuam as desigualdades sociais e a outras formas de Cuidado e recursos que reduzam os obstáculos aos projetos de felicidade das usuárias, os psicofármacos tendem a apresentar sucesso prático.

Nesse seguimento, a farmácia distrital foi avaliada como precária. Conforme as respondentes o desafio está na demora dos atendimentos em virtude da grande quantidade de pessoas que necessitam das medicações. Isso reflete na rotina das usuárias, pois as que trabalham pelo fato de não poderem faltar ao serviço, por vezes desistem dos seus lugares na fila, ficando sem a medicação. Ademais, as usuárias também avaliaram como uma dificuldade o horário limitado para a distribuição das fichas.

Acho péssimo, carente de muitas coisas. [...] a farmácia eu acho muito precária, tem vezes que eu fico ali uma hora e pouca e vou embora para casa, sempre lotada, eu descobri um horário com a minha esposa que às vezes dá certo, mas nem sempre. (U6)

Eu que pegava, vinha de manhã cedo, porque é um filão aquilo ali, vinha ficava três, quatro horas na fila, uma porcaria aquela farmácia ali. [...] Difícil é a demora ali (farmácia). E duas horas, duas e meia não tem mais senha, é inacreditável, eu vejo idoso, vejo gente correndo vindo do trabalho para pegar senha. (UF10)

[...] na farmácia é um terror, tu vem de manhã e tu sai... eles vão almoçar e tu fica ali. Para tu pegar aqui tu tem que vir sete horas, para pegar a ficha, a pessoa que trabalha já não tem condição de pegar, eu várias vezes não pude pegar meu remédio, porque no meu serviço não pode faltar. (UF12)

A farmácia distrital realiza atendimentos de segunda-feira à sexta-feira das 8 horas às 17 horas. Durante o processo avaliativo observei que a distribuição das fichas é realizada conforme a demanda de atendimentos. Nos dias em que o fluxo de usuárias não é intenso, não há limite de horário. Entretanto, quando há uma grande demanda, as fichas são distribuídas até às 15 horas, pois do contrário, a distribuição dos medicamentos excederia o horário de fechamento da farmácia.

Com frequência, as questões que envolvem a demorada nos atendimentos e os horários para a distribuição das fichas são atribuídas à competência das profissionais que trabalham na farmácia distrital.

No entanto, esses aspectos ultrapassam a capacidade de resolução das profissionais, abrangendo questões estruturais e programáticas do sistema de saúde como a carência de profissionais, a estrutura física e o sistema de informatização. Essas questões poderiam ser minimizadas a partir do planejamento e investimento por parte da gestão (MILANEZ et al., 2018).

O investimento em recursos financeiros, materiais e humanos por parte da gestão municipal foi avaliado como “meia boca”.

Frente a isso, como crítica as profissionais apontam que essa vulnerabilidade está relacionada ou com as necessidades do município que são inúmeras e por isso o gestor acaba tendo que priorizar algumas Unidades em detrimento de outras ou com uma má gestão dos recursos que o município recebe.

A questão municipal no que tange ao que seria a estrutura e aos recursos é muito "meia boca" eu diria. Muito falha. Por exemplo, a Medianeira está ruim, mas está funcionando bem. Aquela outra (Unidade de Saúde) está péssima, precisa de mais atenção. É óbvio, entendeu? Só que talvez seja esse o problema, entendeu? São várias unidades no território, no Município e sempre tem uma pior do que a outra. (P3)

Esse aspecto vai ao encontro dos resultados da pesquisa realizada por Lima et al. (2015) que sobre o financiamento dos serviços, evidenciou a falta de investimento como fator que impede a continuidade das ações na Atenção Básica e como resultado dos recursos insuficientes repassados pelo Governo Federal para o fortalecimento da ESF. Conforme as autoras a verba destinada à atenção primária é escassa para as despesas destinadas à manutenção da cobertura do programa e a investimentos em ampliação e melhoria da resolubilidade das equipes da Saúde da Família. A falta investimento que reduz os recursos tem como consequência a frustração e perda de credibilidade da população que depende dos serviços.

A gestão de recursos sem planejamento produz vulnerabilidade programática no âmbito do componente analítico da qualidade do serviço, pois além de não atender as necessidades das usuárias, desvaloriza o trabalho das profissionais que necessitam de recursos e estrutura para realizarem um Cuidado de qualidade.

Nesse seguimento, sobre os recursos humanos foi avaliado como situações que reforçam a vulnerabilidade programática no Cuidado em Saúde Mental, o fato das profissionais da ESF terem que cobrir a falta de recursos humanos em outras Unidades de Saúde e a insegurança para realizar atendimentos às usuárias da Saúde Mental.

As três equipes da ESF totalizam 28 profissionais que atendem uma população de 10.741 habitantes. A equipe que compôs os grupos de interesse da avaliação é formada por uma enfermeira, uma médica, duas técnicas de enfermagem, três Agentes Comunitárias de Saúde, uma dentista e uma auxiliar de saúde bucal, ainda compartilham com as outras duas equipes, uma técnica de saúde bucal, tendo em média uma população de 3.600 habitantes cadastrados.

Conforme a Política Nacional de Atenção Básica a proporção de pessoas atendidas por uma equipe de ESF é de no mínimo 2.000 e no máximo 3.500 pessoas localizadas dentro do território do serviço (BRASIL, 2017b).

Cabe ressaltar que os recursos humanos escassos geram sobrecarga de atividade e prejudicam a qualidade do cuidado prestado à população por dificultar o cumprimento das ações planejadas (FERNANDES; CORDEIRO, 2018).

No município de Porto Alegre em virtude de algumas Unidades de Saúde possuir quadro de profissionais reduzido¹⁶, como estratégia ocorre o que é denominado de “coberturas”. Isto é, em determinados dias as profissionais da ESF realizam atendimentos em outras Unidades.

Cobrir a falta de recursos humanos em outras Unidades de Saúde foi avaliado como uma estratégia para "apagar incêndio" e "quebrar o galho", pois reflete na oferta de Cuidado oferecido às usuárias da ESF.

Os dias em que as profissionais estão realizando as coberturas representam menos horários de consultas disponíveis para as usuárias da ESF. Por outro lado, por não possuírem vínculo com as usuárias das outras Unidades, as profissionais da ESF acabam realizando consultas pontuais, sem que haja a longitudinalidade e continuidade do Cuidado, item importante na Saúde Mental. Em consequência disso, torna-se inviável, por exemplo, realizar ações como o matriciamento e as discussões de casos. Uma opção para dar continuidade ao Cuidado em Saúde Mental seria o encaminhamento das usuárias para consulta com o especialista via GERCON, porém o retorno também seria demorado em virtude da longa lista espera.

Às vezes falta um médico, não por eles faltarem, mas porque teve que ir cobrir outro posto. Às vezes falta enfermeira [...] tem que cobrir outro posto. E essas coberturas, elas atrapalham, porque aí não tem agenda. Um dos médicos não vai mais atender quintas e sextas aqui porque ele vai cobrir outro posto. Aí fica a marcação de consulta muito estendida [...] já tem consulta marcada para o dia 17 de janeiro por causa dos dias que não está atendendo aqui. Então, é por falta de RH mesmo. E eu não sei se vai melhorar. A gente não sabe se vai melhorar porque é conforme a vontade do prefeito. (P5)

E isso das coberturas médicas, também é muito ruim. Porque como está faltando médico em outros lugares a gente acaba indo alguns turnos por semana em outras unidades e os pacientes de saúde mental são os que mais precisam de vínculo, de contato, de manter a longitudinalidade do cuidado. Então, tu acaba diminuindo o

¹⁶ Segundo reportagens publicadas no jornal GaúchaZH no ano de 2019 a 5ª Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos Humanos de Porto Alegre investigou a falta de profissionais nas Unidades de Saúde, sendo que cerca de 50 Inquéritos Cíveis/Notícias de Fato foram abertos com objetivo de investigar denúncias de falta de Recursos Humanos. Conforme o Conselho Municipal de Saúde no primeiro quadrimestre de 2019 o déficit era de 54 profissionais de saúde. Como impacto da falta de reposição, algumas Unidades optaram por fechar mais cedo, refletindo no atendimento à população. A falta de Recursos Humanos também foi manifestada por Conselheiros de Saúde na plenária do Conselho Municipal de Saúde/POA, realizada em 04 de julho do mesmo ano e que teve como pauta a apresentação do programa do Ministério da Saúde – Saúde na Hora (BRITTO, 2019a; 2019b; CMS-POA, 2019).

acesso e a longitudinalidade dos teus pacientes da tua unidade de origem. Daí tu vai para outra unidade só "apagar incêndio", "quebrar o galho", fazer consultas como se fosse um pronto-atendimento. Tu vai lá tenta resolver o que dá naquele dia e também aquele paciente não vai ter um vínculo assegurado, não vai ter nada. E se é um caso mais complicado que tu pega na outra unidade e que tu gostaria de matriciar, de passar com o psiquiatra, alguma coisa assim, também não tem como. Ou tu vai marcar um retorno desse paciente com a enfermeira lá da outra unidade para pedir para ela avaliar e depois dar o seguimento, matriciar, ou tu vai encaminhar para a psiquiatria pelo sistema de marcação de consultas do GERCON que daí a fila de espera é assim sem previsão, um, dois anos. Então, eu acho que os pacientes dos dois lados perdem por não ter médico. (P7)

O trabalho na Atenção Básica é longitudinal, ou seja, o cuidado à saúde das pessoas deve acontecer ao longo do tempo, independente do usuário estar com alguma doença. Portanto, o acompanhamento é processual. Ter proximidade com o usuário, seu território e sua realidade vai auxiliar a construção do processo de cuidado em que se espera que seja estabelecido um vínculo forte entre profissional de saúde e usuário (BRASIL, 2013).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) entre suas diretrizes define que a longitudinalidade do cuidado pressupõe:

A continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos da vida das pessoas, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia que são decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e falta de coordenação do cuidado (BRASIL, 2017b, p. 7).

Corroborando, “a proximidade com os usuários e a possibilidade de acompanhar longitudinalmente as famílias fazem da Atenção Básica a instância privilegiada para a suspeita diagnóstica precoce das psicoses.” (BRASIL, 2013, p. 98).

Quanto à Equipe de Saúde Bucal, diferente das outras profissionais, a dentista não necessita se deslocar para outras Unidades de Saúde. Nesse caso quem se desloca são as usuárias das Unidades que não possuem assistência odontológica.

Igualmente às vulnerabilidades programáticas produzidas pelas coberturas realizadas pela enfermeira e pela médica, assumir o atendimento odontológico de outras Unidades de Saúde reduz o acesso das usuárias à ESF, pois diminui a disponibilidade do serviço.

Nós cobrimos outra unidade de saúde, duas na verdade. Só que a gente não sai daqui. Aí para a manutenção dessa cobertura e para vestir quem estava desvestido se dividiu a população e algumas unidades de saúde assumiram as unidades de saúde sem assistência odontológica. Então, aqui nós assistimos Medianeira que é o nosso posto, Tronco e Vila Gaúcha. O usuário do Medianeira tinha uma agenda só para ele, agora ele tem que dividir com mais duas unidades de saúde. Então, de uma população de 10 mil habitantes que somos, 10 mil e pouco, dobrou. [...] então a agenda está um pouquinho mais complicada. (P8)

A qualidade do Cuidado em Saúde Mental também está associada ao trabalho de uma equipe que seja parceira, isto é, existem determinadas atividades que não são restritas à médica ou à enfermeira e que devem ser compartilhadas. São atividades do campo da Saúde Mental, mas não restrita a um núcleo profissional. Conforme avaliado, falta comprometimento da equipe para assumir as demandas do campo que podem ser compartilhadas.

[...] fazer uma lista dos pacientes que são acompanhados na saúde mental, saber onde eles estão, porque estão. Então, isso tem que melhorar, nós fazemos esse levantamento que já está sendo feito. Isso a equipe não assume como equipe. Não só na saúde mental, mas em qualquer outra coisa. Quem tem que fazer lista é a enfermeira ou é o médico ou quanto muito o técnico. Eu acho que ainda falta mais comprometimento, mais se sentir responsável por parte dos Agentes e dos próprios técnicos. (P4)

A Atenção Básica é composta por diferentes núcleos e um mesmo campo. Os conceitos de campo e núcleo são importantes, pois compõem a interdisciplinaridade sem diluir a especificidade dos saberes. O núcleo diz respeito a aglutinação de conhecimentos e práticas, conformando as identidades profissionais com seus determinados padrões de compromisso com a produção de saúde, por exemplo, os saberes, práticas e responsabilidades específicas dos médicos, dos enfermeiros, dos Agentes Comunitários de Saúde, dos Assistentes Sociais, etc. Já o campo se refere a um espaço de interseção entre os saberes, possibilitando uma sobreposição dos limites entre cada especialidade e cada prática, desse modo, todo profissional de saúde deveria atuar independente de sua categoria ou formação (CAMPOS et al., 2014a).

A noção de núcleo apesar de se referir as especificidades de cada profissão, se opõe à instituição de automatismos e de disciplinas fechadas. Ao contrário, valoriza a democratização das instituições e ressalta sua dimensão socialmente construída, sugerindo que as escolhas de seus caminhos funcione como possibilidades e não como algo automático (CAMPOS, 2000).

Conforme Barbiani, Nora e Schaefer (2016) um dos desafios para a consolidação do modelo assistencial do SUS é o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos e em profissionais para um processo centrado no usuário, em que a clínica ampliada e a abordagem psicossocial seja o foco ético-político da organização dos serviços e das ações profissionais. Mudar esse contexto, no âmbito da formação e dos processos de trabalho também é um desafio para todos os trabalhadores da saúde, em especial, para os enfermeiros, em virtude de sua expressiva e estratégica inserção na Atenção Básica.

A insegurança para realizar o Cuidado em Saúde Mental, a pouca experiência na Atenção Básica, a falta de capacitação e não possuir afinidade com a Saúde Mental foram avaliados como aspectos que comprometem a qualidade do serviço.

Parece que ainda não está bem definido, eles ainda não sentem segurança [...] Eles estão meio perdidos, não sabem como acompanhar. (P4)

Eu acho que seria bom conhecer um pouco mais. Na verdade eu não tenho experiência nenhuma em saúde pública. Nunca tinha trabalhado em posto de saúde. Eu fui ter mais contato com o paciente todos os dias aqui no Medianeira. (P5)

[...] nem todos os médicos estão bem capacitados para atender saúde mental. Quem faz a residência de medicina de família aprende bem mais isso [...] tem muito médico que não gosta [...]na graduação geralmente não tem esse manejo e aí também isso acaba diminuindo muito a qualidade do serviço. E nem todas as enfermeiras, também não tem esse manejo bom, então, acaba que o sistema não está estruturado de modo que na atenção primária se tenha qualidade de atender esses usuários. Acho que acaba da sorte ou azar do usuário de cair numa equipe que as pessoas tenham mais interesse por esse assunto. Por que daí se cai numa equipe que as pessoas não estão nem aí, ou que gostam [...] mais de outra coisa, vai acabar que esse paciente vai meio se perder. [...] Acho que não existe um programa, por exemplo, tu entrou para trabalhar na prefeitura e tu vai ter que atender saúde mental na atenção primária, então, no mínimo isso aqui tu tem que saber, tipo, vamos fazer um cursinho EAD, [...] não tem. (P7)

Para as profissionais além da formação, a complexidade das questões que envolvem a Saúde Mental, no sentido que as ações são construídas no cotidiano, não havendo uma consulta padrão, uma escuta padrão, algo a ser combinado e repetido, somado à situação que em alguns momentos “mexer no sofrimento das usuárias é mexer no próprio sofrimento” pode causar desconforto nas profissionais e por consequência, o afastamento como mecanismo de defesa.

Acho que tem outro ponto que é o ponto da formação dos profissionais da Atenção Primária para esse tipo de atividade. Muitos não se sentem habilitados, capacitados, em condições de fazer outras atividades em saúde mental que não uma consulta, uma escuta ou um atendimento de avaliação e tratamento ali combinado no consultório. Então, isso também é uma falta que tem. Mas eu entendo que parte desse rechaço tem a ver com a complexidade das questões de saúde mental, a subjetividade, o grau de demanda que isso traz para o profissional, ele acaba se envolvendo mais, ele tem mais coisas para fazer, ele tem que dar mais de si e as vezes a própria identificação com o sofrimento. Então, mexer no sofrimento dos usuários muitas vezes é mexer no próprio sofrimento e isso acaba gerando algumas defesas e uma das defesas é a evitação. (P9)

A complexidade compreende as incertezas, as indeterminações e os fenômenos aleatórios. Num certo sentido sempre tem relação com o acaso. Sendo que as incertezas podem ser provenientes dos limites do nosso entendimento ou inscritos nos fenômenos. Porém, a complexidade não se reduz à incerteza, é a incerteza no seio de sistemas ricamente organizados. Estando ligada a certa mistura de ordem e desordem, mas contrária à ordem/desordem estatística que tem como característica ser estática e com pura indeterminação (MORIN, 2015).

Já os fenômenos sociais, educacionais e aqui acrescento os da Saúde Mental se manifestam nas ações integradas, de inter-retroações entre cada uma dessas dimensões e seu contexto. Assim, através das relações de reciprocidade e de tensionamento é possível verificar

como uma mudança do todo repercute sobre as dimensões envolvidas, bem como de que forma as modificações nas dimensões refletem no todo, no conjunto (SÁ, 2008).

Nas palavras de Morin (2003, p. 25):

Trata-se, ao mesmo tempo, de reconhecer a unidade dentro do diverso, o diverso dentro da unidade; de reconhecer, por exemplo, a unidade humana em meio às diversidades individuais e culturais, as diversidades individuais e culturais em meio à unidade humana (MORIN, 2001, p. 25).

Corroborando, a noção de integralidade da atenção envolve conhecer no cotidiano dos serviços que cada pessoa é um todo indivisível e social, que as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde não podem ser fragmentadas e que os diferentes graus de complexidade apresentados pelos serviços, compõem um sistema indissociável, capaz de promover atenção em Saúde Mental (NASI et al., 2009).

Nesse sentido, pela facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa, o Cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica é estratégico. Não sendo incomum usuários em situação de sofrimento psíquico procurar atendimento, entretanto, a realização de práticas de Saúde Mental suscita muitas dúvidas, curiosidade e receio nos profissionais da saúde (BRASIL, 2013).

Parte desse receio está atrelado ao paradigma biomédico, cujas ações exigidas são curativas e sempre centradas na figura do médico (CAMPOS et al., 2014b).

Sobre essa reflexão, considero oportuno o fragmento do estudo elaborado por Diniz e Brito (2016) que nos remete a outro ponto. Ao estigma que permeia a história da loucura, em que a pessoa com transtorno mental é concebida como sujeito em desordem, incapacitado e, por consequência disso, as decisões sobre o seu lugar no mundo social e sobre o tratamento são tomadas pelos especialistas sem que as necessidades e contexto da pessoa seja considerado.

Apesar das décadas de confinamento, Zefinha continua louca, e os poderes vigilantes deverão decidir sobre o espaço de circulação da louca abandonada. O árbitro-juiz tenta sanar um impasse, pois Zefinha não tem para onde ir. Mas Zefinha tem um desejo: tomar Coca-Cola (DINIZ; BRITO, 2016, p.127).

A partir dessa construção, é importante ressaltar que na abordagem psicossocial mesmo os profissionais especialistas em Saúde Mental devem elaborar as ações de Cuidado a partir das vivências nos territórios. Ou seja, o Cuidado em Saúde Mental é elaborado na realidade do dia a dia do território, com as singularidades dos pacientes e de suas comunidades, sendo importante refletir sobre o que já se realiza cotidianamente e o que o território tem a oferecer como recursos aos profissionais para contribuir no processo de Cuidado (BRASIL, 2013).

A fim de promover outras possibilidades para os pacientes modificarem e qualificarem as condições e modos de vida, as ações em Saúde Mental devem estar orientadas pela produção de vida e de saúde, não se restringindo à cura de doenças. Para tanto, o sujeito deve ser considerado em suas múltiplas dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas. E, a escuta é a primeira ferramenta a ser utilizada pelas profissionais para que o paciente possa contar e ouvir o seu sofrimento de outra perspectiva, por intermédio de um interlocutor que apresenta sua disponibilidade e atenção para ouvir o que ele tem a dizer, tonando possível ao longo do tempo, fortificar uma relação de vínculo (BRASIL 2013).

Os recursos humanos são elementos essenciais na Atenção Básica para a realização de um Cuidado resolutivo no contexto da Rede de Atenção à Saúde, pois necessitam estar preparados para atuar como protagonistas no sistema, compreendendo seu funcionamento, gerindo e direcionando os recursos em benefício da comunidade (GONÇALVES et al., 2014).

Além disso, é de responsabilidade de todas as esferas do governo “promover acesso para formação e garantia de educação permanente e continuada aos profissionais de saúde de todas as equipes que atuam na Atenção Básica” (BRASIL, 2017b, p.5).

Tendo como foco a dimensão programática da vulnerabilidade, é possível realizar reflexões sobre a formação dos profissionais da saúde, que de modo geral se apresenta fragmentada e alicerçada em pressupostos biomédicos, repercutindo no componente analítico qualidade dos serviços; sobre a escuta como ferramenta de Cuidado e sobre as condições exigidas para que o serviço possa ter disponibilidade, acessibilidade, qualidade e aceitabilidade.

As transformações propostas pela Reforma Psiquiátrica apresentam grandes desafios para os profissionais da saúde que têm a tarefa de consolidar e expandir seus pressupostos. Para isso, um dos principais instrumentos de mudanças é a formação permanente que permita reorganizar o processo de trabalho (YASUI; COSTA-ROSA, 2008).

A reorganização do processo de trabalho deve ser pautada na ruptura com o modelo tradicional baseado no princípio doença-cura, que compreende de forma predominantemente orgânica o processo saúde-doença, com ações focadas na sintomatologia e por consequência na medicalização. Com ações que tendem a ser funcionalistas, o modelo tradicional objetiva adaptar o indivíduo queixoso, “desequilibrado” ou desajustado (YASUI; COSTA-ROSA, 2008).

Considerando a formação básica dos profissionais da saúde, essa ruptura com o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador ainda dominante se torna um desafio maior, pois os profissionais, por vezes, são formados a partir de disciplinas e especialidades com pouca ou nenhuma integração e que produz um olhar fragmentado da realidade. Assim,

desconstruir a maioria dos conceitos estudados e rever concepções ideológicas e éticas, pode se tornar um impasse (YASUI; COSTA-ROSA, 2008).

Essa formação fragmentada vai refletir no cotidiano dos serviços de saúde, na medida em que, os profissionais não aprendem a lidar com as necessidades que os usuários apresentam quando procuram atendimento em serviços do SUS como, por exemplo, situações subjetivas e sofrimentos, na maioria das vezes, desencadeados pelo contexto que se caracteriza por duras condições sociais. Não raramente, ouvir o sujeito e sua dor além da doença, de modo a articular os sintomas e os sinais em um quadro mais amplo e complexo, estabelecer diálogo que produza integração com outros profissionais, a fim de compreender as dificuldades das pessoas em aderir ao tratamento, legitimar as reivindicações das pessoas a respeito de seus direitos e construir estratégias que ampliem a participação e autonomia dos usuários se torna árduo para os profissionais (YASUI; COSTA-ROSA, 2008).

Segundo Delgado (2009), o sofrimento mental precisa de dois valores fundamentais para se ancorar: a escuta do sofrimento e um novo modelo de financiamento.

Cuidar em Saúde Mental exige “solidariedade humana, desprendimento, destemor, capacidade de absorção, de produção e de sentimentos de cooperação e integração social” (DELGADO, 2009, p. 5).

A Reforma do ponto de vista orçamentário significa que os recursos têm que sair do hospital e partir para o paciente. Para isso é necessário transferir os recursos que hoje são em maioria destinados para o sistema manicomial, para o sistema aberto. É preciso exigir que os governos federal, estadual e municipal invistam em serviços territoriais, pois muitas vezes as leis são regulamentadas, mas seu sentido original é deturpado (DELGADO, 2009).

Assim, o Cuidado em Saúde Mental não se faz somente pela escuta é preciso que se tenha infraestrutura, ambiência, recursos materiais adequados, recursos humanos capacitados e condições orçamentárias para que seja possível desenvolver ações e elaborar estratégias que reduzam a vulnerabilidade programática aos transtornos mentais.

A lei não se fará exclusivamente pela escuta do sofrimento, criando condições técnicas, orçamentárias, para que um profissional possa ouvir melhor seu paciente, conhecê-lo pelo nome, saber a história de sua doença, de onde ele veio. É preciso também criar espaços protegidos, proteger o paciente psiquiátrico em serviços onde ele possa desenvolver toda a sua potencialidade. [...] É preciso ampliar os espaços de cooperação e de ação dos agentes comunitários e também dos pacientes e dos seus familiares. Vamos desmanicomializar a vida e as relações sociais permitindo a sobrevivência extra-hospitalar e a vida útil dos usuários dos serviços (DELGADO, 2009, p. 7).

Ademais, a Atenção Básica implica o exercício de sete atributos e três funções. Os primeiros quatro atributos - primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação

são os essenciais e os outros três - focalização na família, orientação comunitária e competência cultural, são os derivados. Corresponde às três funções, a resolubilidade, a comunicação e a responsabilização (BRASIL,2019).

A partir dessa conceituação e tendo como base a dimensão programática da vulnerabilidade, é possível elaborar questionamentos relacionados ao Cuidado em Saúde Mental, como: como se dá o acesso das usuárias à ESF para o Cuidado em Saúde Mental? As usuárias são escutadas, tendo suas dúvidas esclarecidas? Quando necessário conseguem acessar os serviços especializados de Saúde Mental?

“É no encontro, entre usuários e equipe, que os vínculos afetivos são construídos e este é o componente primordial que qualifica o ambiente” (WILLRICH et al., 2013, p. 248).

O acesso é uma das questões fundamentais da Atenção Básica. Através do princípio da Universalidade, serviços como as ESFs que são caracterizados como porta de entrada (primeiro contato) preferencial da Rede de Atenção à Saúde, deve possibilitar acesso universal e contínuo às usuárias, acolhendo suas necessidades e promovendo vinculação e corresponsabilização do Cuidado. Assegurar a acessibilidade e o acolhimento na ESF significa receber e ouvir todas as pessoas que procurarem atendimento, de modo universal, de fácil acesso e sem quaisquer diferenciações excludentes para, a partir disso, elaborar as estratégias de Cuidado (BRASIL, 2017b).

Segundo Starfield (2002), a ideia de “porta” faz sentido, pois quando as usuárias procuram atendimento no serviço de saúde, não possuem conhecimento técnico para saber se suas necessidades serão atendidas na Atenção Básica ou se será preciso encaminhamento para serviços secundários ou terciários. Não ter um ponto de entrada facilmente acessível faz com que o Cuidado seja adiado. Por isso é esperado que as orientações fornecidas pelos profissionais da Atenção Básica facilite a seleção da melhor fonte de atenção à saúde.

Essa questão pode ser observada na avaliação a seguir:

Eu acho ótimo, porque lá no outro posto que eu ia não tinha (acolhimento), eles marcavam direto a consulta, daí não tinha acolhimento, aqui é muito melhor Porque ai ela (profissional) vê se tu está precisando mesmo daquilo que tu marcou. (UF11)

Nesse sentido, os termos **acesso e acessibilidade** apesar de estarem associados, não são sinônimos.

A acessibilidade tem relação com a disponibilidade dos serviços de saúde para atender as pessoas, ou seja, os serviços devem existir em quantidade suficiente para dar conta dos determinantes sociais. Também diz respeito aos recursos necessários e a capacidade das pessoas

para alcançar esses serviços (AYRES; PAIVA; FRANÇA JR, 2012; STARFIELD, 2002; FILHO et al., 2019).

Portanto, a acessibilidade “possibilita que as pessoas cheguem aos serviços” (STARFIELD, 2002, p. 225).

Para a U1 a acessibilidade da ESF apresenta desafios pelo fato de estar localizada no terceiro andar e o prédio não possuir elevadores. O barro produzido no estacionamento em dias de chuva, também dificultava a acessibilidade das usuárias, especialmente das que possuíam limitações na locomoção.

[...] são três andares para vir para cá [...] teria que ter pelo menos um elevador. Eu canso de ver gente de muleta que nem eu e cansa. Até eu começar a caminhar e me equilibrar nas duas muletas foi complicado. [...] O estacionamento [...] todo embarrado, dia de chuva é terrível, a muleta afunda, ai tu vai junto com a muleta [...] é terrível, aí o posto fica devendo. (U1)

Já o acesso representa a forma como a pessoa experimenta a atenção ao primeiro contato. Assim, corresponde a não restrição à entrada nos serviços de saúde (STARFIELD, 2002; (FILHO et al., 2019).

Nesse contexto, outro conceito importante é o de **Acesso Avançado**.

O Acesso Avançado, também conhecido como acesso aberto ou agendamento no mesmo dia foi primeiramente descrito por Mark Murray e Catherine Tantau em 2000. O modelo desenvolvido por eles tem como foco a relação médico-paciente, por isso o Acesso Avançado para ter sucesso precisa ter dois recursos indispensáveis: continuidade e capacidade - espaço na organização diária do serviço.

A premissa utilizada no sistema tradicional de distribuição de fichas era “se você estiver realmente doente, nos veremos hoje; se você não estiver realmente doente, pode esperar.” O Acesso Avançado propõe a desconstrução do paradigma tradicional que distingue urgente de rotineiro e estabelece como lema “Faça o trabalho de hoje, hoje!” (MURRAY; TANTAU, 2000).

Isso permite aos usuários buscarem Cuidados primários de saúde, com seus profissionais de referência no momento que considerarem necessário, sem que haja fragmentação no agendamento. Ou seja, não se divide a agenda por períodos reservados a grupos predominantes, como hipertensos, diabéticos ou tabagistas. Dessa forma, os horários das agendas são preenchidos conforme a demanda (FILHO et al., 2019).

No Acesso Avançado, as usuárias somente não serão atendidas no mesmo dia, caso por escolha decidam agendar uma consulta para futuro próximo. Esta decisão geralmente é tomada em conjunto com uma profissional.

O Acesso Avançado é a forma da ESF deste processo avaliativo promover o acesso das usuárias em atendimento de Saúde Mental. Na rotina da ESF, o acolhimento é realizado pela enfermeira, conforme a demanda espontânea. Já a médica pode realizar 12 atendimentos por turno. Destes três são agendados previamente e as outras são destinadas à demanda do dia.

A ESF ainda conta com uma “agenda protegida” para os seguintes casos: consultas de pré-natal, puerpério, puericultura e saúde mental, por se tratar de situações que necessitam de atendimentos periódicos, porém com prazos mais extensos.

De modo geral, as usuárias procuram atendimento na ESF por apresentarem sentimentos que não conseguem compreender.

Esse dado é importante, pois reforça uma das premissas da Reforma Psiquiátrica – considerar que ao invés de ter como foco o diagnóstico, devemos Cuidar de pessoas que sofrem. Conforme Rotelli (1990, p. 30) “o objeto ao invés de ser a doença torna-se a existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social.”

[...] na maioria das vezes [...] o paciente vem até a unidade porque está sentindo alguma coisa que não sabe o que é. (P3)

Ao encontro disso, o Acesso Avançado foi avaliado positivamente, pois divergindo do sistema de distribuição de fichas, no qual as usuárias necessitavam pernoitar em frente à Unidade de Saúde, sem que isso fosse garantia de atendimento, o Acesso Avançado e o acolhimento à demanda espontânea possibilitam que as usuárias busquem por atendimento conforme suas necessidades, sejam ouvidas e não saiam da ESF desassistidas.

[...] era um clínico para ti cinco horas da manhã vir para a fila para tirar (a ficha). Hoje não, hoje tu chega ali com um problema a enfermeira te atende na hora. Nunca foi assim. A pessoa não vai sair desassistida dali. Alguma solução para o problema ou nem que seja marcar para a tarde para a pessoa vir [...] ela não vai sair com o problema na mão ainda, sabe? (P2)

[...] se chega um paciente da saúde mental tu consegue até passar no mesmo dia, tu consegue dar a primeira assistência para eles. Eles conseguem acessar, conseguem conversar, uns já saem até com medicação para iniciar o tratamento. Já agenda uma consulta para 15 ou 20 dias. Tem melhorado, assim. (P5)

[...] aqui tu faz a escuta, dependendo da queixa do paciente se não há necessidade de atendimento no dia, a gente consegue marcar com brevidade. [...] Para os usuários é maravilha. (P6)

Antes, quando não tinha acolhimento, tu chegava sete horas da manhã, as pessoas tinham que dormir, madrugar para conseguir (atendimento). Se tu chegasse sete, oito horas, já não tinha mais ficha. (U2)

A gente tinha que ficar ali na rua exposto. Frio, chovendo e tinha que ficar. No meu caso, como eu estava tomando um montão de remédio eu não conseguia vir, ai tinha

que depender de outra pessoa para vir ficar na fila. Ou tinha que dar dinheiro para alguém pegar (a ficha). Agora, não. Agora se tu consegue agendar, melhor ainda. (U4)

[...] várias vezes aconteceu de eu entrar na fila, chegar seis e meia e quando chegava mais ou menos faltando umas 10 pessoas, chegava uma moça da enfermagem e dizia “acabou as fichas com a doutora fulana”. Ai voltava eu (U5).

No Acesso Avançado o tempo de espera para que as usuárias sejam atendidas é menor quando comparado ao sistema de fichas. Dependendo da demanda, o tempo de espera pode ser maior ou menor, mas as usuárias sempre são acolhidas.

De manhã eles fazem um acolhimento, é melhor. Tu fica até meio dia, uma hora, mas pelo menos tu é atendido, as vezes até mais cedo, depende de chamarem (U2).

Além disso, há situações em que o contexto e/ou o problema de saúde mental não permitem que as usuárias frequentem a ESF regularmente, por exemplo, pessoas em situação de rua e usuárias que apresentam dificuldades para organizar suas rotinas. Nesses casos, conforme as vulnerabilidades de cada uma, geralmente não conseguem comparecer nas consultas agendadas e nem no acolhimento quando solicitado. Desse modo, ser um serviço de porta aberta permite que essas usuárias acessem a ESF a qualquer momento, sendo que esse momento será a oportunidade que as profissionais terão para realizar uma escuta, avaliar o processo/contexto de Cuidado e os recursos disponíveis para elaborar ações e estratégias no âmbito da Saúde Mental.

[...] quando a paciente é da saúde mental aí é esses casos de apareceu na unidade vai ter que atender, independente se for dia da agenda ou não for dia da agenda. Apareceu na unidade tu vai ter que atender ele, porque ele não vai vir depois se tu agendar. (P3)

[...] ter a porta aberta é a melhor forma que tu tem de garantir um monitoramento da situação de saúde mental dos usuários, porque de acordo com as vulnerabilidades de cada um, uns vão conseguir se organizar mais e outros menos, então entendo que isso é valioso. (P9)

Assim, o sistema de distribuição de fichas foi avaliado como pouco vantajoso, tanto pela demora para conseguir consulta médica, quanto pelas longas filas de espera que dificultam o atendimento e tornam o ambiente estressante. Em consequência disso, por terem que gerenciar esse ambiente as profissionais acabam tendo menos tempo para se dedicar às usuárias.

[...] era demorado, muito demorado. E quando tu agendava era dois meses, um mês. Nem lembrava para que eu tinha agendado a consulta. Era tão longe que tu não guardava na memória. (P3)

Aqui no postão uns anos atrás era horrível para ti conseguir consulta, quando conseguia era muito ruim, pessoal sempre estressado, era fila e mais fila, não tinham tempo para ti. (U5)

Murray e Tantau ao caracterizarem o Acesso Avançado, descreveram o que havia em comum entre os profissionais que trabalhavam com o modelo tradicional de atendimento por fichas: “a única coisa que todos nós tínhamos em comum era que ninguém estava feliz, com grande parte do descontentamento centrado nessa questão de longas esperas e atrasos em nosso sistema” (MURRAY; TANTAU, 2000, p. 45).

Conforme os autores, o sistema de fichas além de ser ineficiente e frustrante, também é caro. Dado que as grandes filas de espera criam uma alta taxa de compromissos perdidos, significando perda de recursos e oportunidades. Os recursos da equipe que deveriam ser dirigidos para os atendimentos aos pacientes, acabam sendo esgotados em triagem, telefonemas e no gerenciamento das extensas filas. Além disso, quanto maior o atraso no atendimento, maior a ameaça à qualidade do serviço (MURRAY; TANTAU, 2000).

Programaticamente, o Acesso Avançado aproxima usuárias e profissionais. Saber que a ESF estará disponível quando necessário melhora a aceitabilidade das ações de Saúde Mental pelas usuárias, contribuindo para a construção de vínculo. Entretanto, a eficácia do Acesso Avançado também está relacionada à acessibilidade que considere as desigualdades e vulnerabilidades que podem ser barreiras para que as usuárias sejam cuidadas.

Outra possibilidade no Acesso Avançado é a interconsulta na ESF que por ser uma atividade interprofissional e interdisciplinar de Cuidado conjunto, ajuda a desconstruir a ideia de que as ações de saúde devem ser centradas na médica, valorizando a autonomia e conhecimento das profissionais enfermeiras.

Como fica mais ou menos vagas disponíveis para o médico atender, daí também o Acesso Avançado dá mais autonomia para a enfermagem atender no acolhimento. A gente faz interconsulta, a enfermeira está atendendo o paciente, aí me chama, eu avalio mais a parte medicamentosa [...]. E a enfermeira faz todo o resto da consulta, a abordagem das partes não farmacológica. E daí isso dá bastante vazão para a demanda. Eu acho ótimo. (P7)

A interconsulta é proveniente do campo da Saúde Mental, sendo inicialmente discutida na década de 1980 com a Reforma Psiquiátrica e desenvolvida nas unidades psiquiátricas em hospitais gerais (CARVALHO; LUSTOSA, 2008; FARIAS; FAJARDO, 2015). Como tecnologia leve, objetiva a assistência e a ação pedagógica entre serviços de saúde, equipes-profissionais e usuários (FARIAS; FAJARDO, 2015a).

Por se tratar de um serviço que tem proximidade com o território e suas necessidades de saúde, na Atenção Básica a interconsulta é importante, visto que promove a qualificação do atendimento aos usuários por possibilitar a discussão de casos complexos de forma mais integral. Ao mesmo tempo contribui para o aprimoramento profissional, em virtude de envolver/integrar

mais de uma área de conhecimento/ saberes que se complementam (FARIAS; FAJARDO, 2015a).

Considerando o contexto socioeconômico das usuárias, a interconsulta atua como fator que reduz a vulnerabilidade programática no Cuidado em Saúde Mental na ESF, pois caso não houvesse a interconsulta, as usuárias necessitariam ir à ESF em dois momentos, um para o acolhimento e outro para a consulta médica em virtude da prescrição das medicações. Em consequência disso, teriam que dispor de recursos financeiros para custear os deslocamentos. Tendo em vista a vulnerabilidade econômica das usuárias, receber um atendimento interprofissional na interconsulta minimiza as barreiras de acesso à ESF. Além disso, a interconsulta contribui para reduzir a fragmentação do Cuidado.

Estar localizada dentro da comunidade foi avaliado como fator que facilita o acesso das usuárias à ESF.

É fácil, eu moro aqui na mesma rua, é bem perto, não tenho problema para vir para cá (ESF). (U6)

[...] estou perto de casa, não preciso estar me preocupando. (UF8)

Da minha casa da 15 minutos, 20 minutos até aqui. (UF10)

Foram avaliadas como **barreiras de acesso**: a violência e o tráfico de drogas, os sintomas dos transtornos mentais, as condições sociais, a escolaridade, o estigma e o fato da Saúde Mental não ser reconhecida como prioridade na ESF.

Uma das situações que tornam o território da ESF vulnerável é a presença do tráfico de drogas. Este que pelas situações de violência que produz, por exemplo, os tiroteios que levam ao fechamento do serviço de saúde e o medo que produz nas pessoas, configuram uma barreira de acesso. Fazer uso de drogas reforça essa barreira devido aos códigos de conduta impostos pelo tráfico que limitam o espaço de circulação das pessoas que fazem uso de drogas no território.

Tem gente que não pode [...] passar de lá (de um lado do território) para cá (ESF). E é muito complicado isso. (P1)

[...] pessoas usuárias de álcool e outras drogas [...] tem pacientes que a gente já marcou e que por "n" motivos não vem. Mas principalmente esses que por questões de violência não podem acessar. (P4)

A gente trabalha num território vulnerável pela questão de tráfico de drogas. (P6)

[...] dava tiroteio, tinha que fechar o posto. (UF7)

[...] dá medo, porque tu não sabe quem é quem. (UF8)

Ela fica nervosa quando os guris passam aqui na frente e dão aquelas passadas rápidas de drogas ou quando tem polícia aqui na frente [...] Ela fica com medo. (UF11)

A violência é um fenômeno social de impacto sobre a subjetividade Contemporânea, se manifesta através das formas de mortificação institucionais, e também como violência urbana, principalmente nas grandes cidades, onde configura-se uma importante barreira de acesso ao tratamento. Nos serviços de saúde em territórios marcados pela violência urbana, o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde por meio do convívio com a comunidade é um dispositivo potente para as intervenções psicossociais (DELGADO, 2012).

O modo como a violência se expressa nas grandes cidades, constitui-se primordialmente, como condição de manutenção de negócios ilegais, isto é, tem base econômica. É justamente como opção de mercado de trabalho, visando ao *status*, ao acesso a bens econômicos e ao consumo que levam jovens e pobres a adentrarem nos perversos e lucrativos negócios da delinquência organizada. Dessa forma, o ato subjetivo de entrada no mundo do crime está permeado e contextualizado por situações de extremas desigualdades que envolvem a falta de oportunidade para o protagonismo, a desvalorização como cidadão, a total descrença nas possibilidades de acesso ao consumo, à cultura e ao reconhecimento social. Em função disso, o mercado da violência passa a ser uma escolha viável, numa circunstância de crescente desemprego e exclusão social, cultural e moral (MINAYO, 2006).

Conforme Minayo, a violência como fenômeno sócio histórico não é, em si, uma questão de saúde pública e nem um problema médico típico, entretanto, afeta diretamente a saúde, pois:

1) provoca morte, lesões e traumas físicos e um sem-número de agravos mentais, emocionais e espirituais; 2) diminui a qualidade de vida das pessoas e das coletividades; 3) exige uma readequação da organização tradicional dos serviços de saúde; 4) coloca novos problemas para o atendimento médico preventivo ou curativo e 5) evidencia a necessidade de uma atuação muito mais específica, interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e engajada do setor, visando às necessidades dos cidadãos (MINAYO, 2006, p.45).

Nesse sentido, a Atenção Básica em virtude do seu favorecimento geográfico e da proximidade existente entre os profissionais e as usuárias, tem maior acesso e oportunidade de identificar os problemas dentro da comunidade, principalmente no que tange à problemática das dependências químicas, visto que o acesso permite que as ações sejam elaboradas frente a realidade vivenciada pela comunidade (FARIAS et al., 2017). Porém, a violência interfere nos deslocamentos dos profissionais no território e nos deslocamentos dos usuários para os serviços de saúde da comunidade. Seja pelo sentimento de medo de sofrerem alguma agressão, pela insegurança para ir e vir no espaço do território ou ainda pela violência adotada pelo tráfico de

drogas como maneira de resolver suas diferenças e expandir a participação no mercado (BRAGA, 2018; SOUZA et al., 2011).

Nesse contexto, a relação entre vulnerabilidade social (incluindo a violência no território) e programática (tanto no que diz respeito aos problemas derivados da violência, como na ausência do Estado, com a falta de uma política pública eficiente de segurança) que refletem no acesso das usuárias ao Cuidado em Saúde Mental, tem entre suas consequências a ausência de políticas públicas que possibilitem melhores condições de vida e garantia de direitos às pessoas (saúde, segurança, bem estar social), de modo que não se sintam as margens da sociedade. Além disso, outro fator que contribui para o crescimento da violência é a desvalorização e a falta de investimento nos serviços de Assistência Social. Diante da desigualdade e da vulnerabilidade social presentes no território da ESF, em virtude da falta de recurso desses serviços, por vezes as profissionais se veem sem opções para enfrentar as situações de vulnerabilidade.

Outra barreira de acesso avaliada foram os sintomas dos transtornos mentais. Quanto mais agravados os problemas de Saúde Mental, mais difícil é o acesso à ESF. Nesses casos quando as usuárias acessam o serviço geralmente estão em situação de crise.

Para as respondentes dentro do que definem como agravado, além da desorganização mental, estão as dificuldades nas dinâmicas familiares e os problemas sociais. Com relação a isso, no território da ESF, ter problemas graves de Saúde Mental num contexto de pobreza e possuir baixo nível de escolaridade são situações que tornam maior a dificuldade para acessar o serviço.

Nesse sentido, é importante a sensibilidade da equipe para apoiar e elaborar ações que facilitem o acesso das usuárias à ESF e reduzam a vulnerabilidade programática.

[...] quanto mais agudo é o problema mental mais difícil é para o paciente vir [...] Ou ele só vem quando está em surto ou tem quatro meses que não vem [...] os quadros mais agudos de saúde mental que a gente tem na comunidade, eles acessam com mais dificuldade. (P3)

[...] esses que são muito graves, são difíceis de chegar até o posto. Por problema de desorganização mental, desorganização familiar, problemas sociais, assim de vulnerabilidade e acaba ficando difícil de chegar ao posto e aí acabam ou indo para a emergência ou ficando em casa e ficando cada vez mais doentes. O problema é nos casos que as pessoas são muito atrapalhadas [...] geralmente esses pacientes são os mais pobres e que acabam sendo os mais doentes, que tem doença mental mais grave, que são os analfabetos, daí tem mais dificuldade de acesso. (P7)

É porque eu não consigo ficar, para mim, ficar trancada aqui dentro é sufocada. Então, eu não consigo [...] eu estou aqui contigo, mas minha cabeça está lá... Não consigo ficar nem dentro de casa sozinha assim trancada (se referindo a dificuldade de ficar dentro do consultório). (U4)

Como ações programáticas as profissionais procuram facilitar o acesso das usuárias à ESF agendando consultas de enfermagem com maior frequência, orientando que ao não se sentirem bem, as usuárias podem acessar a ESF por meio do acolhimento mesmo tendo consulta médica ou de enfermagem agendada. Para isso, a profissional de referência informa quais dias estará realizando o Cuidado no acolhimento para que as usuárias não tenham como outra barreira de acesso a questão de serem atendidas por profissionais diferentes.

Ademais, ter um serviço de pronto atendimento com uma Unidade de Saúde Mental localizada no mesmo prédio da ESF, torna mais resolutivo o Cuidado quando as usuárias necessitam de Cuidados emergenciais psiquiátricos.

Nesse contexto, as ações programáticas realizadas pelas Agentes Comunitárias de Saúde constituem-se em visitas domiciliares mais frequentes para as usuárias com problemas de Saúde Mental mais agravados, nas quais as profissionais buscam compreender como as usuárias estão realizando o seu Cuidado em Saúde Mental e os motivos das ausências nos atendimentos na ESF.

Eu peço para eles assim, se é paciente que tem que ser visto mais seguido ou está nesse risco de crise ou está passando por um momento mais sensível que ele venha. Eu agendo a consulta mais sistemática, às vezes alguns semanais, temos alguns quinzenais, mensais [...] se tiver um pensamento suicida forte ou de heteroagressão [...] nós temos o pronto atendimento que é aqui. Isso facilita porque é dentro de território, então é dentro da mesma área que nós estamos. Eu estou orientando assim, se necessário quando ver que precisa, venha em acolhimento. Eu até digo os dias que eu estou no acolhimento, porque pode vir e estar outra pessoa e para conversar essas coisas com outra pessoa é difícil. [...] para não deixar esses pacientes se perderem. São saídas que a gente está tentando, alternativas. (P4)

Eles (Agentes Comunitários de Saúde) ajudam muito dizendo: "o senhor não pegou o remédio esse mês"; "O senhor não está vindo"; "O senhor está com a receita atrasada" [...] o Agente vai lá um dia antes da consulta dizer: "o senhor lembra da consulta?"[...] Então, para esses que são muito mais vulneráveis é que o Agente faz toda a diferença. (P7)

O acesso na Atenção Primária à Saúde brasileira é heterogêneo. Para sua ampliação, algumas estratégias são fundamentais, como: a expansão da ESF associada à redução da população vinculada a cada equipe; o maior investimento federal para a ESF; o investimento na formação de médicos de família e comunidade e na educação permanente das equipes, bem como o estímulo à fixação da ESF sobretudo em áreas de maior vulnerabilidade. Além disso, outra estratégia que torna os serviços mais acessíveis é associar o cuidado contínuo ao acesso oportuno. Essa articulação é uma das chaves para a efetividade e qualidade do cuidado a longo prazo (TESSER; NORMAN; VIDAL, 2018).

O Cuidado a partir de sua dimensão psicossocial valoriza o encontro entre os saberes técnicos e a vida cotidiana (PAIVA, 2013).

Como prática para redução da vulnerabilidade programática, possibilitar que as usuárias acessem a ESF quando necessário, oportuniza o diálogo com suas profissionais de referência. As visitas domiciliares, permitem conhecer as experiências no cotidiano de viver com um transtorno mental. Essas práticas quando articuladas propicia compreender necessidades e desigualdades que interferem na dimensão individual e por consequência no Cuidado em Saúde Mental.

Nesse sentido, o desafio das práticas de saúde é compreender como intersubjetiva a dimensão individual e a partir disso, colaborar com cada pessoa no processo de compreensão das cenas de sua vida cotidiana, de forma a estimulá-la como sujeito que observa sua vida, os discursos, crenças, sentimentos, desejos e conflitos que constituem seus cenários sociais (PAIVA, 2013).

O estigma também foi avaliado como barreira de acesso, principalmente em virtude dos estereótipos que rotulam as pessoas que usam psicofármacos como loucas e por serem loucas como desajustadas/fiasquentas. Além disso, culturalmente se tende a pensar que pessoas que possuem depressão sempre vão estar com uma postura triste e não poderão fazer atividades simples como frequentar espaços de socialização como festas ou serem vistas sorrindo. Essas construções sociais perpassam os serviços de saúde, produzem marcas de descrédito e “constroem barreiras”.

É que tem aquela construção de que se toma remédio é louco [...] se tu perguntar se toma remédio para depressão, se tem ansiedade, alguma coisa ou remédio controlado, eles respondem que não [...] eu acho que é por vergonha por causa dessa construção. (P3)

[...] saúde mental é meio complicado. São bem loucos. (P5)

Acho que tem um pouco mais de preconceito. De acharem que a pessoa é mais fresca, fiasquenta [...] do que acharem que é doença mental. Se for um caso que a gente está discutindo e for sobre uma paciente depressiva, logo eles dizem assim: " ah, não! Mas um dia estava numa festa." Como se a paciente que tem depressão nunca pudesse estar numa festa ou nunca pudesse estar bem. Daí já é meio rotulado como se estivesse mentindo. (P7)

O estigma como barreira de acesso é reforçado quando se trata de pessoas que usam drogas e/ou estão em situação de rua. Para as respondentes, a diferença no acesso dessas usuárias à ESF está relacionada as seguintes questões: medo por parte das profissionais por saberem que são pessoas que usam drogas; a aparência das pessoas em situação de rua que nem sempre estão limpas; o fato da pessoa que usa álcool e outras drogas ser vista como aquela que não vale a pena investir na sua saúde mental; não estar sempre no território por estar em situação de rua; pouca busca ativa das pessoas que usam drogas; dificuldade das pessoas que usam drogas em aderir ao tratamento e combinações com as profissionais; o uso de álcool e outras

drogas atuar como fator que dificulta a procura por atendimento e o acesso das usuárias à recursos como consultas e medicações.

[...] tem (diferença) [...] pode até ser medo da pessoa porque sabe que a pessoa é uma usuária (de drogas) [...] nessa parte de visual, se tu não for uma pessoa que esteja bem adequada para chegar e ser atendido no lugar, tu é meio excluído ou tu espera, se tu quiser ser atendido tu tem que esperar, as vezes um pouco mais do que aquele tempo que é necessário. (U3)

Usuário de álcool e drogas, morador de rua [...] A gente marca, conversa e às vezes eles não vêm. Principalmente usuário de álcool e outras drogas. Esses são os que a gente tem mais dificuldade, porque aí existe o preconceito, existe achar que não vale a pena o investimento. (P4)

[...] a gente atende muito menos usuários de drogas [...] usuário de drogas que muitas vezes é saúde mental e se encontra em situação de rua. É difícil também a abordagem, porque daqui a pouco está aqui no território e daqui a pouco não está [...] a gente tem também preconceito com usuário de álcool e outras drogas [...] tende a deixar o acompanhamento mais de lado. [...] quando é um paciente com transtorno mental, mas não dependente químico a gente vai mais atrás, faz mais busca. Acho que trata melhor, tem mais acesso à medicação, mais acesso às consultas. E quando é um usuário dependente químico ou etilista, até pelo jeito do paciente ser mais difícil de aderir as combinações, de vim nas consultas agendadas. (P7)

Goffman (2004) define estigma como um atributo profundamente depreciativo, principalmente quando seu efeito de descrédito é muito grande, sendo destruída a possibilidade de atenção para outros atributos. Essas características/marcas que diferenciam pessoas ou grupos considerados fora da norma, os tornam menos desejáveis, sendo objetos de preconceito e exclusão social.

A sociedade categorizada as pessoas de acordo com os atributos considerados comuns a elas. Essas categorias são influenciadas pelos ambientes e relações sociais. Assim, quando uma pessoa se apresenta, através dos primeiros aspectos será possível prever sua categoria e suas características, ou seja, sua identidade social. Dessas pré-concepções, surgem exigências normativas, isto é, o olhar volta-se para o que essas pessoas deveriam ser, uma identidade virtual social. Em meio a isso, a identidade social real será composta pela categoria e atributos que, na realidade cada pessoa provará possuir (GOFFMAN, 2004).

Nesse sentido, o preconceito advém pelo fato de uma pessoa desviar da regra, não seguir a ordem ou não se deixar controlar da maneira como a sociedade deseja e, por vezes impõe (CAMARGO et al., 2018).

Existem diversos tipos de estigmas, entre eles os relacionados à culpa de caráter individual que refletem a ideia de falta de vontade e desonestidade, sendo atribuído aos casos de doença mental, prisão e uso de drogas (GOFFMAN, 2004).

Na ESF, a dificuldade de organização frente aos agendamentos das consultas por parte das pessoas que usam álcool e outras drogas parece ser atribuída a um caráter individual. Isto é, como se as ausências nos atendimentos estivessem restritas a questões individuais ou ao uso da droga. Dessa forma, a vulnerabilidade individual deixa de ser percebida como intersubjetividade ao não ser levado em conta a pessoa em relação ao contexto, o nível de informação para que sejam produzidas práticas de proteção e de enfrentamento das vulnerabilidades e o contexto de relação social que produzem contextos intersubjetivos.

Corroborando com isso, concordo com Bastos e Malta (2013) ao dizerem que quando os pacientes não conseguem ou não querem parar de usar drogas, muitas vezes os profissionais da saúde se sentem frustrados e angustiados, traduzindo esses sentimentos em rejeição e impaciência. Além disso, que nem sempre os serviços para atendimento à dependência de drogas têm disponibilidade para o Cuidado, tampouco há espaços de atualização consistente e permanente para os profissionais sobre o uso de substâncias psicoativas e programas preventivos e terapêuticos adequados às necessidades das pessoas que usam drogas, que não sejam voltados para a abstinência.

Nesse seguimento, no contexto programático as pessoas que são estigmatizadas, a fim de se sentirem aceitas e minimizarem o sofrimento e as diferenciações excludentes, tentam se enquadrar numa norma social, por exemplo, uma pessoa em situação de rua muda suas vestimentas para ser atendida como as demais usuárias nos serviços de saúde.

Desse modo, além de produzir vulnerabilidade programática, o estigma vai de encontro à Reforma Psiquiátrica que tem como eixos fundamentais a desinstitucionalização por meio da inclusão social.

Assim, um dos desafios no Cuidado em Saúde Mental é não realizar uma Reforma que se restrinja a desospitalização como norteadora de práticas e políticas. Para que se estruture um processo de desinstitucionalização é preciso olhar com atenção para o modo como as ações são realizadas e como são estabelecidas as relações entre a sociedade, os serviços de saúde e as pessoas em sofrimento psíquico. Na medida em que dispositivos de segregação internalizados são mantidos, refletindo uma prática pouco atenta as práticas manicomiais que podem estar presentes nos diferentes serviços de saúde, corre-se o risco de promover uma Reforma superficial ou uma pseudodesinstitucionalização (GUIMARAES; VERAS; CARLI, 2018).

No processo avaliativo a etapa de negociação permitiu que as respondentes refletissem sobre as questões avaliadas, realizassem uma autocrítica e pensassem em possíveis ações para reduzir a vulnerabilidade programática das pessoas que usam álcool e outras drogas e/ou estão em situação de rua.

Para as profissionais as estratégias para o Cuidado em Saúde Mental das pessoas que usam álcool e outras drogas devem ser pensadas de modo diferente ao das pessoas com transtornos mentais, visto que as necessidades são diferentes. Também avaliaram que o Cuidado não pode ficar restrito ao ambiente interno da ESF, sendo necessário ações no território. Ou seja, ações voltadas para pessoas específicas, nos seus contextos de vida.

[...] a gente conhece e não vai atrás. Às vezes a gente deixa que eles venham e são o tipo de paciente que não costumam muito procurar, até por que eles estão focados na droga. Eles só vêm quando estão no desespero. Eu acho que a gente está pecando nessa parte de usuários de drogas. Eu acho que a gente precisa criar estratégias um pouco diferenciadas, sabe? De não levar na mesma demanda dos outros (usuários com transtornos mentais), porque é uma demanda diferente. Tem algumas coisas que a gente já está pensando em fazer na comunidade. Não só esperar aqui dentro do posto. Eu acho que nós temos que sair mais para fora. Eu acho que eles (pessoas que usam álcool e outras drogas) ainda realmente estão ficando um pouco mais de lado. (P4).

Conforme Bastos e Malta (2013) as principais necessidades em saúde das pessoas que usam drogas são a necessidade de aceitação de sua condição de usuário, ou seja, que elas não sejam discriminadas por estarem em condições inadequadas de higiene e raciocínio; e a necessidade de escuta. Embora na maioria dos serviços públicos o grande número de usuários e o número reduzido de profissionais torne os atendimentos rápidos, a escuta qualificada é de grande importância para que o profissional consiga compreender o universo do uso de drogas.

Transformar as condições objetivas de vida, concebendo a saúde como recurso à vida cotidiana e não como ausência de doença, significa reconhecer que o processo saúde-doença não é natural, mas atravessado por transformações sociais e políticas. E, por isso necessita de ações programáticas e sustentáveis para enfrentar as iniquidades, garantindo melhores condições de vida para a população (LARA; PAIVA, 2012).

Frente a isso, o apoio social é fundamental para que as pessoas que usam drogas consigam quebrar o estigma que as deixam em situação de minoria, visto que, por vezes o que essas pessoas buscam é a reestruturação das relações, até mesmo para o enfrentamento do uso (CAMARGO et al., 2018).

Nesse seguimento, há barreiras de acesso produzidas pela ESF, que refletem na procura das usuárias por atendimento quando o problema de Saúde Mental já está mais agravado na tentativa de tornar o acesso ao Cuidado mais rápido.

Essas barreiras foram avaliadas como a relação entre: o modo como o sistema está estruturado; a sobrecarga de trabalho das profissionais; a ambiência; o tempo de espera para o acolhimento; o tempo de espera para conseguir agendar consulta médica e o estigma.

[...] pelo jeito que o sistema é estruturado ou pela sobrecarga de trabalho de todo mundo, tem muito uma tendência da gente fechar as portas para o usuário. [...]Então, tem várias maneiras que a gente vai barrando o acesso. [...] por isso também as pessoas não procuram logo no começo, porque vai ser tão difícil. Eu vou ter que chegar à recepção e ver uma cara feia, daí se eu conseguir passar da recepção e não "rosnarem" para mim, eu vou passar para o acolhimento. No acolhimento eu vou ficar umas duas, três horas esperando sentada. Se tiver que trabalhar já era, também. Porque daí não vou ganhar atestado por ficar aquelas horas ali sem fazer nada. Consegui passar pelo acolhimento, vou passar para o acolhimento com a enfermeira ou vou agendar uma consulta para daqui a um mês que é o que está mais ou menos a nossa agenda, antes disso não tem. Então, acho que a pessoa meio que espera mesmo ver se... "estou meio mal, mas talvez isso se resolva sozinho ou talvez isso piore". E também se é uma pessoa que tu vê que está em surto, que chega aqui muito mal de saúde mental, essa pessoa vai ser atendida mais fácil, a equipe já tem esse olhar de treinamento. E se é uma pessoa que está meio deprimidinha, mas ontem eu vi que ela foi numa festa, ela não vai passar com tanta facilidade. Então, eu acho que a gente do sistema também bloqueia para que esses pacientes leves cheguem. Eles vão ter mais dificuldade de chegar do que os pacientes mais graves. (P7)

A inclusão de ações de Saúde Mental na Atenção Básica possibilitou a ampliação de acesso dos usuários aos cuidados que necessitam, estendendo as práticas de cuidado dos serviços para o território. Entretanto, a equidade encontra dificuldades para se materializar na prática, sendo preciso melhorar a organização dos serviços para atenderem às diferentes demandas (SOUZA; AMARANTE; ABRAHÃO, 2019) .

Assim, para superar as barreiras de acesso, além da organização do serviço, a ESF tem como desafio aliar a integralidade que tem como foco as necessidades de saúde das usuárias, ao planejamento do Cuidado em Saúde Mental com ações diferentes para cada usuária enquanto pessoa com história de vida e contexto social singular.

Programaticamente, a Saúde Mental foi avaliada como uma área que apesar de estar entre as prioridades de saúde do Ministério da Saúde, na ESF não é percebida como tal, estando isso relacionado ao fato da política de saúde municipal ter seu foco voltado para o cumprimento de metas. Ou seja, para as ações de Cuidado serem reconhecidas necessitam ser mensuradas e no âmbito da Saúde Mental essa questão não está estruturada, isto é, as ações não estão formatadas nos moldes do sistema que exige números e indicadores.

Para as respondentes, ter a Saúde Mental fora dos moldes do sistema, pode implicar em perdas de recursos e na organização do processo de trabalho, interferindo no acesso, na disponibilidade e na qualidade do serviço. Além disso, a possibilidade de ter uma linha de cuidado específica foi avaliado como algo que poderia “forçar um pouco mais o profissional da Atenção Primária a prestar atenção” nas necessidades das usuárias que estão em acompanhamento de Saúde Mental.

[...] trabalham muito com números, para eles o resultado só aparece quando tem números. (P3)

Talvez também pelo fato de não ter metas. Daí o município não cobra metas [...] Se tiver um paciente bipolar e ele for hipertenso e diabético, ele vai entrar nas estatísticas da hipertensão e diabetes e vai ser cobrado muito em cima disso, mas a outra questão da bipolaridade é à parte. [...] se alguém se suicidar não sei que impacto isso iria ter. Ninguém se preocupa se a pessoa teve nove internações psiquiátricas por tentativa de suicídio e que passa aqui pela gente. [...] isso não é cobrado das unidades como é cobrado mortalidade materna, tantas crianças que tu tem que atender, tantos pré-natais que tu tem que fazer, a sífilis, o HIV. Não é uma prioridade. [...] Como é que a gente vai fazer para que eles entendam a importância de tu acompanhar um paciente também de saúde mental? (P4)

[...] nossas prioridades são as crianças, as gestantes e os acamados. [...] se a gestante não vem a gente tem que correr atrás. [...] Talvez os pacientes de saúde mental percentualmente tenham mais risco de ficarem perdidos por aí. Mas a gente não tem essa cultura de botar eles como prioridade. [...] saúde mental não é nada valorizado, se tiver que colocar qualquer outro paciente no lugar, vão colocar. [...] por não ter metas, não tem tanta preocupação. (P7)

[...] outro problema é a perda do usuário dentro da própria unidade [...] acho que é mais fácil de administrar, mas depende de uma linha, de um fomento para que o profissional da Atenção Primária não esqueça que aquele usuário ele é um usuário que precisa de uma atenção diferenciada. Seria muito importante ter uma linha de cuidado como tem essas outras linhas de cuidado, ter uma linha de cuidado específica para a saúde mental. [...] A gente sabe que a saúde mental na coordenação da Atenção Primária ela é uma das prioridades do Ministério. [...] mas ela não tem estruturada essas metas de linha de cuidado como tem o Pra-Nenê, como tem para o Pré-Natal. Isso seria uma coisa importante de ser feita, porque ia de certa forma forçar um pouco mais o profissional da Atenção Primária a prestar a atenção nisso. E, sim a saúde mental, ela costuma ser deixada para o segundo plano. (P9)

No município de Porto Alegre inexistem dados de vigilância de morbidade em Saúde Mental que possam auxiliar no direcionamento da política pública nesta área. Os dados existentes referem-se às poucas notificações de tentativas de suicídio e às doenças em saúde mental do trabalhador, ambas de notificação compulsória, além de dados epidemiológicos da literatura (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2017).

Conforme o Plano Municipal de Saúde 2018-2021, a Saúde Mental é uma das prioridades de saúde em conjunto com as doenças crônicas, tendo como objetivos ampliar o acesso e qualificar os serviços de Saúde Mental e como metas reduzir a taxa de reinternação de saúde mental em 20% e ampliar o número de CAPS de 12 para 15, incluindo ao menos um CAPSi III e um CAPS AD. Além disso, o plano tem como meta instituir um indicador de vulnerabilidade em saúde em 100% dos territórios das Unidades de Saúde da Atenção Primária à Saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2017).

Os dados epidemiológicos, a identificação, o registro e a descrição das informações clínicas relacionadas aos problemas de Saúde Mental são importantes para o planejamento e implantação das ações de cuidado. Por outro lado, a visibilidade das manifestações de sofrimento psíquico das usuárias na ESF depende da atitude dos profissionais em reconhecer

essas manifestações como objetos do seu trabalho na Atenção Primária (OLIVEIRA; ATAÍDE; SILVA, 2004).

Ter dados epidemiológicos, metas estabelecidas ou uma linha de Cuidado específica para a Saúde Mental são aspectos que auxiliariam no planejamento do processo de trabalho da equipe, entretanto, não poderiam ser tomados como sinônimo de classificar as usuárias no modelo biomédico que não é orientado para as múltiplas necessidades de saúde que envolvem o ser humano.

Na Saúde Mental, a Atenção Básica tem potencial para detectar as queixas relativas aos sofrimento psíquico, promovendo uma escuta qualificada deste tipo de problemática e compreender as diferentes formas de lidar com os problemas detectados, oferecendo tratamento ou encaminhando os pacientes para serviços especializados (TANAKA; RIBEIRO, 2009).

Conforme Fertoni et al., (2015), a implementação de um modelo assistencial que esteja orientado para a integralidade e às necessidades ampliadas de saúde com perspectivas teóricas e políticas em sintonia com os princípios do SUS, a fim de superar os problemas decorrentes da hegemonia do paradigma biomédico é um grande desafio que para ser vencido, precisa ser assimilado no cotidiano dos serviços de saúde, pelos profissionais/equipes, pelos usuários e suas instâncias de controle social e pelos gestores da saúde.

Nesse seguimento, outra questão avaliada foi o tempo de consulta.

Na ESF a determinação é que as consultas agendadas e por demanda espontânea sejam de 20 minutos, porém na Saúde Mental é importante que as ações sejam realizadas em conjunto com as usuárias e que seja oportunizado espaço para que as mesmas possam falar sobre seus contextos e as relações com os problemas de Saúde Mental.

Para as profissionais pensar as relações entre contexto sociocultural – escuta das usuárias – problema de saúde mental, significa atuar de modo a reduzir as vulnerabilidades no Cuidado em Saúde Mental, ao contrário enquadrar todas as usuárias dentro de um determinado tempo reduz a interação profissional – usuária, dificultando a escuta qualificada e o planejamento das ações de Cuidado. Com relação a essa questão, a compreensão da gestão sobre a necessidade de diálogo que implica o Cuidado Saúde Mental foi avaliada como um obstáculo.

[...] pelo menos os pacientes que a gente sabe que são mais demorados, a gente vai botar dois horários na agenda, porque a nossa consulta é só de 20 minutos e é muito ruim fazer uma consulta em 20 minutos. [...] na reunião eu não achei que foi receptivo pela parte da coordenação e da gestão. O argumento para a gente foi que daí tu está deixando de atender outras pessoas. Foi de que seria melhor ter mais quantidade de atendimento do que ter mais qualidade. Foi bem chato (P7)

[...] já enfrentei também vários confrontos [...] as pessoas acham que saúde mental não precisaria ter tanto... Vê a saúde mental quase como uma consulta clínica que é muito mais fácil tu ter dados na tua mão, números de pressão, de diabetes [...] tu tem valores para olhar e saúde mental muitas vezes é o espaço que as pessoas têm para conversar contigo. (P4)

Trabalhar com o usuário como um todo, integral, juntando corpo e mente e fazendo a saúde mental ser integrada na abordagem física é uma coisa que precisa ser recorrentemente trabalhada, precisa de um suporte contínuo, precisa de um apoio contínuo, porque realmente não é fácil. Além disso, tem a questão do tempo, também. Quando tu vai abordar questões, tu vai fazer uma escuta [...] o tempo da consulta não é mais tão regido por ti, ele é regido pelo usuário e isso inviabiliza a questão das agendas, porque as vezes o usuário precisa de mais tempo e 20 minutos não vai resolver. (P9)

Diante das reivindicações das profissionais, o tempo de consulta era uma questão recorrentemente discutida nas reuniões de equipe e com a gestão. Frente a isso, como alternativa, em uma das reuniões com a coordenação da ESF ficou resolvido que para as usuárias que não realizavam acompanhamento de Saúde Mental, na primeira consulta seria destinado dois horários na agenda, isto é, 40 minutos. Para as consultas posteriores e para as usuárias que já realizavam acompanhamento de Saúde Mental o tempo de consulta permaneceria sendo de 20 minutos.

Incorporar a vulnerabilidade e o seu aparato conceitual no Cuidado, significa colocar em evidência a importância do contexto, da voz das pessoas envolvidas, acometidas por um problema e, de modo articulado a isso, pensar o modo como os serviços e os instrumentos do processo de trabalho em saúde estão sendo operados (AYRES; CASTELLANOS; BAPTISTA, 2018).

A importância de um pensar junto, de forma não segmentada, não separada, está no modo que essa questão irá refletir na elaboração das políticas de saúde. Ao contrário de fazer um diagnóstico da situação de saúde para depois encomendar as políticas para os serviços, pensar a vulnerabilidade exige considerar que as políticas e os serviços são parte do contexto, podendo, inclusive, não só produzir respostas positivas, mas também ser obstáculo a essas respostas caso não sejam repensados (AYRES; CASTELLANOS; BAPTISTA, 2018).

Sobre os caminhos percorridos pelas usuárias na ESF, o acesso inicia pela recepção, sendo este o local onde ocorre o primeiro contato entre as usuárias e as profissionais. Por isso, também é o local e momento no qual as usuárias utilizam para expor suas reivindicações com relação ao serviço de saúde. Ficar na recepção foi avaliado pelas profissionais como ser o meio pelo qual as usuárias utilizam para fazer essas reivindicações e solicitações, sendo o diálogo uma possibilidade para mitigar as relações conflituosas no ambiente.

[...] ele (usuário) chega ali no balcão e despeja em cima de nós o que ele não está contente. [...] estamos atendendo na recepção, aí eles desabafam. Fazer o quê? Desabafam. Eu acho que deveria ter um diálogo onde a gente pudesse resolver. O usuário chegou se achou prejudicado? Vamos sentar e vamos conversar. Vamos ver o que te magoou, tipo assim. Mas não tem. É só a gente escutar ele (usuário) xingar e nós ficarmos quietos. Não dá nem para argumentar com eles, porque eles têm razão. (P1)

A auxiliar que está lá na linha de frente, lá fora no balcão (recepção) tem que ouvir a toda sorte de reclamação e destempero dos pacientes. Eles têm razão, mas nós também temos. (P8)

[...] ali no guichê (recepção) eu nunca fui mal tratada. Não sei se é sorte minha ou porque eu tenho educação, porque depende da maneira que tu trata as pessoas. Porque uma profissional não está ali para ouvir desaforo. (U5)

Conforme Silva; Arantes; Fortuna (2019) a recepção é o local onde os usuários se apresentam de forma espontânea, desejando receber uma resposta para sua demanda. Para as autoras, a recepção da Unidade de Saúde pode ser entendida como o acolhimento inicial do usuário no serviço, sendo associada a situações geradoras de desconforto e como ponto de conflito entre a equipe de trabalho.

Ao ficar na recepção, o profissional está exposto à situações nem sempre conhecidas e nem sempre possíveis de resposta. Quando essas situações desencadeiam conflitos, a produção de cuidado em saúde é afetada. Nesse sentido, como etapa do processo de trabalho, o que acontece na recepção influencia os processos seguintes, podendo determinar como será o atendimento prestado, a quem procura a unidade (SILVA; ARANTES; FORTUNA, 2019).

Como avaliado pela P1, as usuárias chegam na recepção e desabafam, ou seja, a recepção além de ser o ponto de tensão entre o que a ESF tem para oferecer e o que a usuária espera que o serviço ofereça para resolver suas necessidades de saúde, também é a oportunidade que as usuárias têm para terem suas questões ouvidas. Diante disso, o diálogo parece ser uma maneira de se tentar um consenso ou uma possibilidade para repensar as práticas e as relações.

A profissional da recepção será a primeira a escutar as usuárias, é da recepção que saem as primeiras informações que as usuárias recebem do serviço e é partir do tratamento recebido na recepção que serão elaboradas as primeiras impressões sobre o serviço de saúde, podendo ser este um local que contribui produzindo, reproduzindo ou reduzindo a vulnerabilidade programática. Podendo estar em vulnerabilidade programática tanto as usuárias, quando as profissionais, pois algumas questões como a falta recursos materiais, por exemplo, são consequências do planejamento da gestão, mas que são atribuídas às profissionais em virtude de representarem o serviço e serem o primeiro contato para as usuárias.

Receber os usuários na recepção expõe valores e concepções diferentes sobre o cuidado de cada profissional, situação que gera conflito. Entretanto, ideias opostas em conflito podem se complementarem e oportunizarem um salto qualitativo nas relações entre os profissionais da equipe e da equipe com os usuários, influenciando na diminuição das vulnerabilidades das relações entre os sujeitos (SILVA; ARANTES; FORTUNA, 2019).

Conforme Ayres; Castellanos e Baptista (2018), parte dos conflitos nos serviços de saúde estão associados aos problemas estruturais de comunicação, como a carência de financiamento, de apoio político, de estrutura física, de material e de pessoal.

Para os autores a partir do SUS, as pessoas começaram a perceber que saúde é uma questão de cidadania e de viver, assim, ao cobrarem isso e terem como resposta o recolhimento dos profissionais às técnicas, ao conhecimento, aos seus nichos, acabam se sentindo angustiados e, por consequência, respondem com agressividade. Acolher essas pessoas, pode não representar uma garantia de solução para suas necessidades, mas reduz o grau de violência, uma vez que a violência ocorre como resposta ao vazio de diálogo, às respostas autoritárias (AYRES; CASTELLANOS; BAPTISTA, 2018).

Desse modo, as experiências de desrespeito produzidas desse vazio, podem produzir reações mais positivas, organizadas e transformadoras, mas também podem produzir situações e sentimentos negativos, como o medo, o desânimo ou a violência (AYRES; CASTELLANOS; BAPTISTA, 2018).

Na ESF, o atendimento realizado pelas técnicas de enfermagem é denominado de primeiro acolhimento, pois a equipe entende que além de verificar os sinais vitais, as técnicas realizam a primeira escuta das usuárias, que deve ser qualificada, logo, estão realizando Cuidado em Saúde Mental.

O primeiro acolhimento é realizado em uma sala sem divisórias. Dessa maneira, o espaço dispõe de três mesas com computadores, nas quais três técnicos de enfermagem realizam os atendimentos. Além disso, a sala conta com uma balança e um armário para guardar materiais como algodão, seringas, esparadrapos, etc.

Com relação à sala para realizar o primeiro acolhimento, a privacidade foi avaliada como um desafio para a escuta qualificada.

Por ficarem juntas durante o acolhimento, as usuárias se sentem desconfortáveis para falar sobre seus problemas de Saúde Mental. Assim, por vezes a evolução realizada pelas técnicas de enfermagem, difere dos relatos das usuárias ao serem escutadas no segundo acolhimento realizado pela enfermeira ou na consulta com a médica.

Também, pelo fato da sala do primeiro acolhimento estar localizada entre a recepção e

o corredor que dá acesso aos consultórios, há uma grande circulação de pessoas durante os atendimentos, reduzindo ainda mais a privacidade. Para os grupos de interesse o ideal seria que houvesse salas individuais para cada técnica de enfermagem realizar a primeira escuta das usuárias.

Muitos não falam. Muitos têm vergonha de falar por causa do outro que vai escutar. [...] eles (usuários) vão falar mais lá na sala fechada com médico ou enfermeira. Quando falam é porque estão sozinhos. [...] tu evolui o que o paciente fala e muitas vezes ele conta outra história lá dentro no acolhimento por causa daquela estrutura. [...] Está tudo junto. Então, isso aí é uma coisa que teria que mudar. [...] se tiver dois, três técnicos atendendo teria que ter três salas separadas para atender o paciente naquela primeira escuta. (P5)

[...] não tem como fazer uma escuta tão qualificada ali na frente com os técnicos no acolhimento, por ser aberto. [...] por não ter uma sala que a gente atenda sozinha, só o profissional e o paciente, a enfermeira consegue coletar mais informações na consulta. (P6)

Tu não consegue ter um atendimento privativo com o paciente que está com problemas. Tu não consegue falar com ele da maneira ideal. Tu está falando com ele com mais "300" pessoas entrando e saindo da sala. (P3)

Essa parte, ser um do lado do outro. Eu fui ali uma vez com a minha irmã e ela ficou com vergonha de falar. [...] é tudo um do lado do outro, ai ela falou e eu também preferia que não fosse tão pertinho (UF11).

As paredes que dividem os consultórios também foram avaliadas como fatores que reduzem a privacidade das usuárias ao serem acolhidas, pelo fato de ser possível escutar o diálogo entre as usuárias e as profissionais.

Outra questão relacionada com a privacidade foram os ruídos produzidos pelos ventiladores, que fazem com que as profissionais elevem o tom de voz e por consequência, acabam ocasionando a escuta das consultas das usuárias por outras pessoas que estejam circulando pela ESF.

Às vezes as salas não são bem adequadas porque tem muita escuta, principalmente do lado de lá que as paredes são muito fininhas. Então, acaba que o paciente fica um pouco mais exposto nessa questão de estrutura física. (R4)

[...] tu tem consultórios que através da parede tu escuta o que o vizinho está falando ou tu tem um ventilador que faz um ruído enorme, quando tu vê, tu está gritando para atender o paciente, então a ambiência ela muitas vezes, ela é difícil e ela complica a interação com o paciente. (R9)

A única coisa que eu acho que tinha que mudar ali é aquelas paredezinhas que é tipo compensado, sabe? tinha que ser de material, porque daí fica um escutando a conversa do outro, ai a gente fica com vergonha de falar (UF11).

Na Atenção Básica o acolhimento realizado pelas técnicas de enfermagem não deve ser uma simples triagem, onde as usuárias têm seus sinais vitais verificados sem que haja uma escuta sobre suas necessidades. Do mesmo modo, os consultórios não devem ser projetados

para funcionar no modelo biomédico, onde as pessoas falam seus sintomas e as ações são elaboradas tendo como foco a medicalização e não os problemas de Saúde Mental relacionados às histórias de vida. Assim, é preciso que o ambiente seja organizado de tal forma que as usuárias possam expor as situações relativas à Saúde Mental e ao seu contexto sociocultural.

Corroborando com isso, a Saúde Mental diverge do paradigma flexneriano, no qual a produção de cuidado tem como foco a doença e a cura, e o acolhimento é visto com uma atividade meramente receptiva, isolada e pontual que não envolve um cuidado de modo integral (SILVA et al., 2018a). No paradigma psicossocial o foco está voltado para a produção social de Cuidado, em que o “acolhimento caracteriza-se especialmente pela escuta sensível, que considera as preocupações do usuário dos serviços de saúde em qualquer situação – tanto na chegada ao serviço de saúde quanto ao longo do seu acompanhamento pelos profissionais” (ARRUDA; SILVA, 2012, p. 759-760).

Ao ter a escuta sensível como protagonista no acolhimento, a privacidade passa a ser indispensável para sua realização.

Com relação a isso, uma pesquisa que avaliou a infraestrutura de 75 unidades de saúde da família, constatou que apenas 9,3% das equipes consideraram que a Unidade de Saúde estava em total adequação para permitir o atendimento individual com privacidade (MOREIRA et al., 2017).

O acolhimento das pessoas em situação de sofrimento psíquico está diretamente relacionado com sua inserção e permanência nos serviços de base territoriais, sendo a humanização, a empatia, a escuta ativa e a corresponsabilização do sujeitos condições indispensáveis para o seu êxito e operacionalização (PENNA; FARIA; REZENDE, 2014; SILVA et al., 2018b).

Para as profissionais acolher significa tratar bem as usuárias, sem preconceito, disponibilizando espaço de escuta e de compartilhamento de significados, para com base nas experiências concretas de vida das usuárias, em conjunto elaborem estratégias de reconhecimento das situações que causam sofrimento e ações para reduzir vulnerabilidades, produzindo um “bem viver”.

[...] acolher bem as pessoas, tratar bem as pessoas, sem preconceito, sem maltratar. (P1)

[...] o que precisam é desabafar, conversar. Às vezes nem é a medicação, as vezes só uma conversa resolve. (P2)

[...] fornecer ao paciente um meio dele viver com aquilo (transtorno mental) da melhor maneira possível, sabendo tratar, sabendo lidar, sabendo que é normal. Que aquilo não

vai fazer dele uma pessoa pior e que se ele der a devida atenção não vai impactar tanto na vida dele como um todo. (P3)

[...] é o bem viver dessa pessoa, é ela achar que a vida dela está boa, que as coisas estão de acordo com as expectativas dela, que estão andando, que estão funcionando bem para ela. (P7)

Para as usuárias ser acolhido é falar e ser escutada. É ter sua voz valorizada e receber uma palavra de apoio, ter suas necessidades reconhecidas como importantes e receber informações/ orientações de modo que sejam compreensíveis por todas as pessoas independente do nível de escolaridade.

[...] me senti melhor para desabafar tudo que estava dentro de mim [...] Eu me senti bem, até me senti mais disposta, me senti mais leve (U2).

[...] se preocuparam com meu problema né, eu vinha de condições de rua e é muito difícil de ser acolhido [...] eu vim muito carente [...] aparentemente estava bem, mas precisava de um pouco de atenção e nisso eles me atenderam muito bem. [...] eles se preocuparam com meu problema [...] são muito liberais de falar, de conversar [...] sinto livre e à vontade. (U3)

[...] elas te dão atenção, tu fala e te escutam. [...] as vezes não precisa dizer um monte de palavras para a gente, mas uma palavras as vezes vale muito. (U4).

Elas falam de uma maneira que qualquer pessoa entende [...] elas fazem com que a pessoa consiga entender, e se elas veem que a pessoa fica na dúvida e não conseguiu entender, elas perguntam se conseguiu entender. (U5)

[...] eles são atenciosos demais. (U6)

A relação dialógica estabelecida no ato de acolher implica também discordância e conflitos, pois o Cuidado exige dos profissionais da saúde uma verdadeira abertura ao outro, com escuta atenta às suas singularidades, sensíveis às suas necessidades, aspirações e valores, isenta de pré-julgamentos e moralismos. O que não significa se abster de um posicionamento ativo e, por isso, ético (AYRES, PAIVA, BUCHALLA, 2012).

Essa atitude de abertura ao outro, de escuta atenta e sensível às necessidades que resulta em construção mútua é reconhecida e valorizada pelas usuárias que se sentem “livres e à vontade” para “desabafar”.

Desse modo, Cuidar e acolher não significa assumir uma postura relativista de “fazer o que é bom para o outro”, mas “compreender com o outro o que é bom a fazer”; uma construção conjunta que não leva necessariamente à concordância, mas à possibilidade de compartilhamento de significados e implicações práticas das decisões tomadas, por meio de um posicionamento claro frente a elas, que pode resultar, inclusive, em uma disputa de posições, no plano da interpessoalidade ou do debate político (AYRES, PAIVA, BUCHALLA, 2012, p. 17).

“O acolhimento como um instrumento de trabalho que incorpora as relações humanas, coloca o usuário como sujeito da situação, onde responsabilização e corresponsabilização caminham lado a lado” (LUCENA et al., 2018, p. 33).

Frente a isso, acolher em Saúde Mental, enfrentando e reduzindo a vulnerabilidade programática significa escutar as usuárias, valorizando a sua voz e a liberdade do diálogo, sem julgamentos e preconceitos, com responsabilidade e, no “movimento” das relações que produzem subjetividades, por meio da integralidade nas ações de saúde pensar conjuntamente como reduzir os obstáculos frente aos projetos de vida de quem experiência o adoecimento mental.

Relacionando com questões importantes no quadro da V&DH, situações que envolvem relações de gênero, classe social, raça, pertencimento religioso, relações geracionais, etc. Por vezes são motivos que levam a busca por apoio nas situações que envolvem a Saúde Mental. Emitir julgamentos e preconceitos relacionados a essas questões, não considerando suas interseccionalidades, produz e fortalece a estigmatização na Saúde Mental.

Conforme Ayres, Paiva, Buchalla (2012) pensar em não julgamento, integralidade e liberdade nas análises de vulnerabilidade está intimamente relacionado com os direitos humanos e, acredito com a Saúde Mental, com a Reforma psiquiátrica e com a luta Antimanicomial, pois:

[...] os direitos humanos oferecem uma referência positiva para tratarmos de modo não prescritivo ou moralista, mas tampouco relativista ou inconsequente, as diversas situações de vulnerabilidade e as possibilidades de intervenção individual ou coletiva sobre ela. Um direito estabelecido ou reivindicado representa, com todos os senões e limitações que sabemos estar na base de sua construção, uma possibilidade de ajuizar as implicações éticas e políticas de relações, aspirações e decisões dos diversos sujeitos em interação nas práticas de saúde com base não em preceitos acriticamente reproduzidos, nem em princípios formais universais e imutáveis, mas em critérios de algum modo já pactuado como condição legitimamente aceita em uma vida boa e justa em comum. Em outras palavras, a perspectiva dos direitos não é perfeita, mas até hoje não inventaram melhor recurso para identificar e combater “diferenças que discriminam e igualdades que descaracterizam” (AYRES, PAIVA, BUCHALLA, 2012, p. 17).

Nesse sentido, as profissionais avaliaram que é importante repensar as relações com as questões relativas à Saúde Mental, de modo que seja possível “cultivar mais a naturalidade da saúde mental”.

[...] a gente precisaria cultivar mais a naturalidade da saúde mental. Que isso fosse visto como algo que faz parte da vida de todos nós [...] que a gente também lidasse com isso com mais tranquilidade, com menos angústia, com menos medo, com menos estresse, que a gente pudesse estar mais aberto para prestar a atenção nessas coisas. Que se pudesse fazer uma maior fusão do processo corporal com o processo emocional e mental, olhar então, o indivíduo como um todo, como um conjunto sabendo que as causas todas estão inter-relacionadas. (P9)

“Doenças não existem separadamente das práticas que as conceituam, as representam [...]” (PAIVA; ZUCCHI, 2012, p. 111).

O excerto acima nos remete à história da loucura que foi constituída por meio de práticas que transformavam os ditos anormais em pessoas perigosas, difíceis de serem tratadas e que por isso, deveriam ser mantidas longe do convívio social. Diante disso, ao considerar que a história da Saúde Mental é uma história social, as subjetividades histórico-sociais produzidas atravessam as profissionais nos seus modos de Cuidar. Os discursos manicomiais e curativistas que perpassam a contemporaneidade, provocam sentimentos de angústia, medo e estresse nas profissionais que na iminência de achar “a solução” para algo que é “muito difícil” e “muito complicado” de se tratar, acabam percebendo a necessidade de um Cuidado em Saúde Mental que tenha o olhar voltado para as intersubjetividades e seus contextos de interação.

O conceito de Cuidado está relacionado com a interação entre os profissionais e as pessoas às quais se quer dirigir as ações. Não mudar a forma de interação com as pessoas nas práticas de saúde, faz com que os profissionais fiquem presos a um processo de trabalho enrijecido. Entretanto, na perspectiva do Cuidado, o objeto do Cuidado deve ser constituído intersubjetivamente, onde uma interação adequada é constituída pelo recorte objetivo produzido pelo saber técnico-científico, somado ao saber prático e a partir de uma interação que produza sabedoria prática. Esse processo inclui não só os usuários, mas também os profissionais da saúde que, por vezes, se sentem oprimidos por práticas engessadas em saberes técnico-científicos que são percebidos quase que ingenuamente, diante da realidade enfrentada nos seus cotidianos (AYRES; CASTELLANOS; BAPTISTA, 2018).

Assim, o Cuidado desenhado a partir de um recorte produzido pelo saber objetivo profissional junto ao saber prático das pessoas é fundamental para reduzir vulnerabilidades, visto que, na saúde é importante ouvir, acolher, mesmo que seja apenas para o profissional mostrar ao outro que possui limites para responder às suas necessidades (AYRES; CASTELLANOS; BAPTISTA, 2018).

Retomando a enfoque programático, para que o acolhimento em Saúde Mental seja realizado através da união dos saberes dos profissionais com os saberes e vivências das usuárias é imprescindível que haja investimento numa estrutura física que possibilite o diálogo e a escuta qualificada, a fim de que a ESF tenha resolubilidade frente aos problemas de Saúde mental das usuárias.

Com relação a **comunicação entre as profissionais da equipe**, esta contribui para a qualidade do Cuidado e para que as usuárias sejam bem acolhidas. Conhecer o território foi avaliado como aspecto que torna a comunicação mais fundamentada, trazendo sintonia para o

trabalho em equipe. Além disso, os Agentes Comunitários de Saúde por residirem no território possuem maior conhecimento sobre o contexto sociocultural e a história de vida das usuárias, configurando um elo de comunicação que evita que as ações planejadas sejam descontextualizadas.

Eu acho muito boa a comunicação da nossa equipe. [...] É difícil uma de nós não saber quem é a paciente que a gente está falando. (P2)

[...] em todo o momento e em qualquer situação a gente está se falando. (P3)

Se a gente não se entende, a gente fala: "não estou te entendendo, volta aí"; "Acho que isso está errado"; "Acho que isso está certo." [...] o Agente Comunitário serve como um meio termo entre a realidade daquele usuário que é um pouco mais perto da realidade dele e ele consegue transmitir para a gente um jeito mais fácil de entender e funciona muito bem. (P7)

Igualmente para o convívio em sociedade, a comunicação também é imprescindível para assistência em saúde. Uma boa comunicação é importante para garantir que as adversidades relacionadas ao fluxo de atendimento, às tarefas cotidianas e as intercorrências, não apenas deixem de prejudicar o cuidado aos pacientes, mas produza um ambiente seguro e efetivo para os pacientes, familiares e profissionais (WITISKI et al., 2019).

Corroborando com esta avaliação, um estudo evidenciou como principais meios que os profissionais utilizam para realizarem comunicação interprofissional, os Agentes Comunitários de Saúde e o prontuário eletrônico. Os ACSs por representarem um forte elo entre a comunidade e os profissionais da Atenção Básica, sendo considerados importantes mediadores na comunicação, no sentido de “traduzir” a realidade de vida e saúde dos usuários (PREVIATO; BALDISSERA, 2018)

Além disso, o estudo apontou como aspectos antidialógicos da comunicação a passagem de informações unilaterais no processo de trabalho, através “do uso de aparatos tecnológicos como o prontuário eletrônico, redes sociais, aplicativos de celular e reuniões esporádicas” (PREVIATO; BALDISSERA, 2018, p. 1544).

Já enfoque no cuidado do usuários como objetivo principal da comunicação entre profissionais foi apontado como uma potencialidade da comunicação (PREVIATO; BALDISSERA, 2018).

A partir da dimensão programática da vulnerabilidade, considero que a comunicação entre as profissionais da equipe além de ser o fio condutor do Cuidado em Saúde Mental, é indispensável para a qualidade do serviço, pois ao desejar que o Cuidado seja interdisciplinar, dialógico, integral e contextualizado é imprescindível que haja um agir comunicativo fundamentado no paradigma psicossocial e no SUS.

Tendo isso em vista, também é importante que Cuidado em Saúde Mental seja realizado através de uma Rede de serviços que funcione de maneira articulada a fim de contemplar as diferentes necessidades das usuárias.

No contexto da ESF, a **comunicação com os serviços de RAPS** foi avaliada como um desafio para o Cuidado em Saúde Mental, pois cada serviço trabalha de modo isolado. Conforme avaliação a RAPS aproximou os profissionais dos serviços especializados de Saúde Mental, mas matem frágil a comunicação com os serviços de Atenção Básica.

O comprometimento individual dos profissionais que compõem o processo de Cuidado foi avaliada como importante para reduzir as barreiras de comunicação na RAPS.

A relação é inexistente. [...] Acho que é um monte de gente trabalhando cada um isolada no seu quadrado. (P7)

[...] acho que a RAPS [...] aproximou as pessoas, mas talvez tenha aproximado mais os serviços especializados entre si do que os serviços especializados com a Atenção Primária [...]. Só que essa aproximação depende muito ainda não de um processo institucional de ligação, mas da vontade de indivíduos. (P9)

A falta de comunicação entre os serviços da RAPS e a ESF, produz como vulnerabilidade programática a perda das usuárias na Rede de Atenção à Saúde Mental.

Observei dois momentos específicos, o primeiro se refere a seguinte situação: quando a ESF encaminha uma usuária para um serviço de Saúde Mental, espera que o acesso ocorra. Porém, caso a usuária não acesse o serviço especializado e por um período não haja comunicação com a mesma, por exemplo, através de visita domiciliar, a usuária fica “solta” na RAPS até que retorne a procurar atendimento na ESF.

Já o segundo momento diz respeito às situações em que a usuária é encaminhada para um serviço de Saúde Mental, mas em virtude da vulnerabilidade socioeconômica, acaba faltando às consultas. Caso houvesse comunicação e articulação entre os serviços da RAPS e a ESF, a relação entre vulnerabilidade social e acesso poderia ser discutida entre os serviços, gerando ações, por exemplo, a busca ativa como forma de garantir o acesso das usuárias aos servidos da Rede de Saúde Mental.

Os usuários da Saúde Mental quando não retornam à ESF se perdem na Rede de Saúde em virtude da demanda de atendimentos, acabam sendo esquecidos. Geralmente quem alerta a equipe sobre a ausência das usuárias são as ACSs (OBSERVAÇÃO, 22 de setembro de 2018).

A dificuldade de comunicação entre os serviços da Rede repercute no cuidado em saúde mental, pois alguns usuários recebem falta nas atividades no CAPS e perdem sua vaga por não terem dinheiro para pagar seu deslocamento a esse serviço. Se houvesse comunicação estas faltas poderiam ser justificadas e o usuário não perderia

sua vaga (OBSERVAÇÃO, 13 de setembro de 2018).

Ao encontro da Reforma Psiquiátrica, a RAPS é uma rede articulada e dinâmica de serviços substitutivos ao modelo manicomial que contemplam o cuidado no território. Nesse cenário, a ESF é uma importante aliada nessa rede, pois contribui para a integralidade e efetividade da assistência (WETZEL et al., 2014).

Para que esses serviços funcionem como uma rede, “os diferentes níveis de atenção devem trabalhar de forma horizontal e integrada, trocando informações e responsabilidades” (ZANARDO; BIANCHESSI; ROCHA, 2018). Como dinâmica, a RAPS “não existe por si só, mas sim se estabelece e cria vida a partir de um movimento desencadeado pelos trabalhadores, pautados no diálogo e conhecimento dos diversos serviços que a compõem” (WETZEL et al., 2014, p. 26).

Nesse sentido, as dificuldades de comunicação entre ESF e os serviços da RAPS estão relacionadas com a falta de referência e contra referência, ou seja, o desafio de comunicação não se dá de forma unilateral (WETZEL et al., 2014). Como observado não há um movimento de comunicação de mão dupla quando as usuárias são encaminhadas da ESF para um serviço de Saúde Mental, tampouco após a alta desses serviços em que deveriam retomar o Cuidado na ESF.

De acordo com Zanardo; Bianchessi e Rocha (2018), a falta de comunicação entre os componentes da RAPS está atribuída à grande demanda de cuidados em saúde mental e a falta de recursos humanos, estruturais e materiais para lidar com ela; e às poucas ações técnico-políticas a nível federal. Conforme o estudo das autoras, a aposta em ações locais e regionais, intra e interserviços, as parcerias e o apoio mútuo com colegas e serviços são meios para realizar conexões entre os serviços da Rede de Atenção à Saúde Mental.

Na ESF, uma ação que reduz a vulnerabilidade programática relacionada à falta de comunicação com os serviços de Saúde Mental é a participação da profissional enfermeira nas reuniões mensais da RAPS do Distrito de Saúde Glória/Cruzeiro/Cristal.

Ela (enfermeira) vai à reunião da RAPS. Aí ela sabe de todos (usuários) que estão indo, os que não estão indo. Ela tem um bom acesso com as enfermeiras de lá (serviços especializados de saúde mental) também. (P2)

[...] desde que eu estou participando da RAPS que faz quase dois anos, facilitou muito [...] essa comunicação com a rede especializada. [...] a gente faz essa troca [...] porque eu participo da RAPS, então abriu o caminho. [...] No PACS (emergência psiquiátrica) eles não tem isso de vínculo. Tem os plantonistas que atendem a demanda e deu. Isso de chamarem enfermeiro da Atenção Básica para discutir caso é muito difícil. Só acontece porque eu conheço eles da reunião da RAPS. (P4)

Ainda que articular a comunicação entre os serviços de Atenção Básica e os de Saúde Mental seja um desafio, as profissionais vêm aderindo ao movimento de mudança que propõe que os serviços trabalhem de forma articulada, assim realizam esforços para iniciar ou estreitar a comunicação e as relações entre si (ZANARDO; BIANCHETTI; ROCHA, 2018).

Divergindo das ações que buscam a articulação da Atenção Básica com os serviços de Saúde Mental e reforçando a vulnerabilidade programática, encontra-se a barreira institucional.

No município onde a avaliação foi realizada, não é uma prática da Coordenação de Atenção Primária incentivar a participação das profissionais da Atenção Básica nas reuniões da RAPS. Entretanto, ao participar de uma reunião pude observar que havia uma troca rica entre as profissionais dos diferentes serviços, tanto sobre as estratégias de Cuidado em Saúde Mental, quanto sobre o itinerário terapêutico das usuárias, pois as reuniões permitiam que as profissionais soubessem informações sobre os serviços que as usuárias haviam passado, bem como sobre seus contextos de vida e relações familiares.

A coordenação de Atenção Primária não concorda com a participação das enfermeiras da Atenção Básica nas reuniões da RAPS por considerar que é um espaço de discussão para os serviços especializados (OBSERVAÇÃO, 01 de outubro de 2018).

Para a enfermeira a participação das enfermeiras da Atenção Básica nas reuniões da RAPS proporciona aproximação e comunicação com os serviços especializados de Saúde Mental (OBSERVAÇÃO, 01 de outubro de 2018).

Na reunião da RAPS a enfermeira da ESF pode ouvir como está sendo realizado o cuidado de algumas usuárias, bem como falar quais usuárias já foram encaminhadas, mas não desejam frequentar o serviço especializado. Também foi compartilhado como alguns profissionais conduzem o cuidado em Saúde Mental, tanto das pessoas com transtornos mentais, quanto das pessoas que usam álcool e outras drogas. Após a reunião as profissionais ainda têm a possibilidade realizarem conversas individuais, por exemplo, a enfermeira da ESF, caso julgue necessário pode conversar com a enfermeira do CAPS. (OBSERVAÇÃO, 12 de setembro de 2018).

Além dos serviços de saúde é fundamental para o Cuidado em Saúde Mental a articulação com serviços intersetoriais, como os da educação, assistência social e justiça.

No distrito de saúde da ESF ocorrem reuniões sistemáticas denominadas “reuniões da Redinha” em que participam representantes de diferentes serviços, por exemplo, serviços de saúde, escolas, Conselho Tutelar, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS). Essas reuniões teriam grande potencial de intersetorialidade no Cuidado às usuárias em acompanhamento de Saúde Mental, porém as respondentes avaliaram que as reuniões não são resolutivas devido à falta de espaço para o diálogo.

Quando a gente veio para se reunir com eles aqui ela disse para nós assim: “não vamos poder discutir os casos de vocês, porque a gente não vai ter tempo. Nós temos muitos casos para discutir.” (P1)

Às vezes tu consegues se comunicar e as vezes tu não consegues. [...] um caso que daqui um mês pode estar muito pior e tu não conseguiste expor para a rede. (P2)

Eu também acho que essa reunião da redinha nunca trouxe grandes repercussões nos casos, eles (profissionais da equipe) não veem grandes resultados. Esses tempos a gente levou casos [...] Nem conseguiram colocar o caso. [...] a equipe não percebe que é resolutivo. (P4)

Que decepção essa reunião (da redinha). A mulher do conselho tutelar não estava e nem a do CRAS e eu nem pude falar. Não me deixaram falar [...]. (P6)

Também configura como vulnerabilidade programática no Cuidado em Saúde Mental, o retrocesso político representado pelo desmonte dos serviços intersetoriais, repercutindo na falta de recursos financeiros e humanos em serviços como o CRAS, o que reflete diretamente na falta de auxílios como passagem (transporte público) e cesta básica para as usuárias em situação de vulnerabilidade social.

Como estratégia de comunicação, enfrentamento ao desmonte político e à falta de intersetorialidade, as profissionais da ESF se comunicam com serviços de outros setores, como o CRAS e o Conselho Tutelar, para articular reuniões de equipe com a presença de representantes destes serviços.

O CRAS também está com os recursos agora muito limitados. (P2)

Não se tem mais. Porque antes a gente tinha um Assistente Social bem presente na unidade, tinha uma comunicação bem boa com o Assistente Social, ele fazia visita também com a gente, mas agora com a saída do Assistente Social... [...] O município não está repondo esses cargos, não sei como é que vai ficar. (P6)

[...] com a retirada de tudo, ficamos com pouco recurso. [...] Hoje mesmo teve uma (usuária) que me disse assim: "como é que eu faço para conseguir uma cesta básica?" [...] Falei do CRAS, mas ela disse: "o CRAS não dá porque a gente vai lá e o CRAS não tem mais como ajudar". [...] o que a gente está fazendo na nossa equipe é chamar o profissional do CRAS para a nossa reunião. [...] para discutir um determinado caso que precisa do CRAS, que precisa do Conselho Tutelar, se não fica nós aqui fazendo a nossa parte e a Rede, não. [...] a gente tenta fazer isso, mas é a duras penas e não por culpa do CRAS porque eles (governo municipal) reduziram muito o número de profissionais, então eles não têm perna para dar conta de tudo. (P4)

Assim, a falta de articulação da ESF com os serviços da RAPS e com os serviços intersetoriais, somado às questões políticas, desmotiva as profissionais.

[...] é um trabalho de formiguinha que tu vai fazendo aos poucos e as vezes tu não consegues chegar ao teu objetivo final. Porque as vezes parece que a gente corre atrás da máquina toda a hora e tu nunca consegues alcançar, entendeu? Porque depende das outras redes. Então, parece que tu trabalhou tanto para ajudar aquela pessoa e chegou lá em cima, tu fala: " ah, só falta isso". Desaba tudo de novo, aí tu tem que começar tudo de novo. E acaba sendo uma coisa que as vezes se torna até cansativa para a gente [...] te frustra muito. [...] parece que é um trabalho que não evolui o que tinha que evoluir. (P2)

Por atuarem em um contexto de vulnerabilidade social com poucas opções de escolha no âmbito da educação, saúde, lazer, emprego, justiça e cultura, por vezes as profissionais apresentam sentimento de impotência frente à complexidade das necessidades de Saúde Mental que são para além do uso das medicações e requerem outros serviços e setores, como a Assistência Social, os serviços especializados de Saúde Mental, o Conselho Tutelar, a escola, etc. Porém, nem sempre é possível estabelecer uma comunicação com esses serviços.

São situações que despertam nas profissionais sentimentos conflitantes. Isto é, o que se deseja é que o Cuidado em Saúde Mental seja realizado conforme as necessidades das usuárias e familiares, mas quando essas necessidades transcendem a Atenção Básica, as profissionais veem seus valores em conflito, pois diante do desafio da articulação intersetorial, o Cuidado acaba sendo realizado somente na Atenção Básica, dentro das possibilidades disponíveis.

Como uma das estratégias da gestão pública, as redes intersetoriais objetivam o encontro de setores e atores com diferentes características e em diferentes contextos para que promovam ações que incentivem o desenvolvimento de políticas públicas atentas à complexidade das questões sociais. Entre os movimentos entrelaçados e as diversas práticas existentes nessas redes, estão interesses e desejos dos representantes que a compõe, assim, o compartilhamento de saberes e a busca por interesses comuns são desafios (MALVEZZI; NASCIMENTO, 2020).

A intersetorialidade contrapõe a setorização e a fragmentação, buscando um olhar para a totalidade das questões individuais e sociais. Essa articulação contribui para a qualidade de vida, melhorando as condições de vida da população, a otimização e utilização de recursos financeiros, materiais e humanos, constituindo um desafio para as gestões municipais, federais e estaduais (WANDERLEY; MARTINELLI; DA PAZ, 2020).

Para a Saúde Mental, a potencialidade do trabalho intersetorial está nos contatos que são estabelecidos e nas redes de suporte que são tecidas não somente para os usuários, mas também para os profissionais. A comunicação entre os serviços que possibilita trocas de saberes, pensamentos e experiências produzem relações de apoio que aliviam a sobrecarga de trabalho e qualificam as intervenções (TÃNO; MATSUKURA, 2019).

Nesse sentido, a intersetorialidade tem a constituição de ações coletivas como um desafio. Diante disso, ao contrário de esperar que a rede se constitua formalmente para então “funcionar”, é importante que haja engajamento dos profissionais, visto que, o trabalho intersetorial exige corresponsabilização (TÃNO; MATSUKURA, 2019).

Mas é preciso destacar que a intersetorialidade não depende somente dos profissionais ou das equipes, é fundamental que o trabalho intersetorial também seja uma decisão

institucional e de planejamento político que tenha como objetivo romper “com a cultura política da setorização que tem sido reforçada com as práticas de negociação de cargos entre partidos e parlamentares que apoiam determinadas gestões, em nome da governabilidade, sem um programa de ação integrado” (WANDERLEY; MARTINELLI; DA PAZ, 2020, p. 9).

Ademais, a desestruturação dos serviços intersetoriais reflete no **acesso das usuárias aos serviços da RAPS**. Uma questão avaliada foi a dificuldade que as usuárias têm para acessar os serviços distantes do território, pois implica gastos financeiros com transporte público. Anteriormente os gastos com passagens eram supridos pelo CRAS.

Antigamente acessavam muito porque o CAPS era aqui dentro do posto. [...] Saíram daqui e foram para outra região mais longe aí ficou mais difícil para as pessoas irem. (P1)

[...] nem passagem eles conseguem se a pessoa tiver que sair do bairro para fazer o tratamento [...] Antigamente [...] mandava no CRAS, eles iam e pegavam passagem. [...] como é que tu vai mandar uma pessoa que tu acha que precisa de outro tipo de tratamento? Não tem como. (P2)

Se tiver que se deslocar para [...] um setor especializado por motivos financeiros eles já não querem ir. (P4)

Tem pacientes que perde consulta por falta de passagem. (P5)

Agora me encaminharam para o hospital da Restinga, mas pra mim fica ruim por causa das passagens. (UF8)

A partir da avaliação dos grupos de interesse é possível evidenciar que a falta de investimento nos serviços de Assistência Social ao constituírem uma barreira de acesso aos serviços da RAPS, além de produzir vulnerabilidade programática, reforça a situação de vulnerabilidade social das usuárias em acompanhamento de Saúde Mental na ESF, porque limita o acesso à informação, reforça e promove exclusão e desigualdade social.

Corroborando, Oliveira; Andrade e Goya (2012) afirmam que para qualificar o acesso aos serviços de saúde mental não basta ampliar a oferta, é necessário compreender pelo olhar dos usuários suas reais necessidades em saúde, percebendo-as em sua totalidade.

Também foi avaliado como barreira de acesso à RAPS o fato do CAPS II não ser um serviço portas abertas. Ou seja, para serem acolhidas as usuárias necessitam ser encaminhadas de outros serviços como a ESF ou o hospital.

Quando a gente se refere a portas abertas e fechadas é em relação aos usuários. No CAPS AD o usuário não precisa de encaminhamento, vai lá e é acolhido em qualquer hora que o CAPS está aberto. O II não. O II se o paciente por acaso não teve internação hospitalar, não foi indicado da emergência, aí ele “batia” lá no CAPS II, eles mandavam para o Posto, aí o Posto faz essa regulação, digamos assim. (P4)

Enquanto serviços substitutivos ao modelo manicomial, os CAPS foram criados para serem um novo lugar social para as pessoas com transtornos mentais e/ou com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Como ponto estratégico da RAPS são serviços de caráter aberto e comunitário, visando a autonomia dos usuários. Além disso, devem trabalhar em conjunto com as equipes de Saúde da Família, articulando e ativando recursos em outras redes e nos territórios (BRASIL, 2015).

Os CAPS são locais que através da convivência e do Cuidado em Saúde Mental devem produzir subjetividades que emancipem as usuárias. Programaticamente, ao fechar-se em si, impossibilitam o encontro cuidador proveniente do exercício de autonomia das usuárias para buscarem atendimento conforme suas necessidades de saúde.

Com relação a tendência de os CAPS fecharem-se em si próprios Lima e Guimarães (2019, p. 893) ponderam “se o serviço especializado fecha-se em si mesmo ou se foi sitiado por velhas barreiras invisíveis que isolam a ‘doença mental’ nas paredes, agora, do Caps”.

Outro componente que produz vulnerabilidade programática avaliada foram as longas filas de espera para atendimento nos serviços de Saúde Mental avaliada.

EESCA é bem demorado a lista de espera. (P3)

A fila de espera para os serviços de saúde mental especializado é grande. (P7)

Um tempo longo de espera para um atendimento num serviço especializado em saúde mental. (P9)

Quando as usuárias são encaminhadas para os serviços de Saúde Mental, enfrentam longas filas de espera para atendimento, configurando uma barreira de acesso que reflete na continuidade do Cuidado.

As filas de espera estão relacionadas com a disponibilidade de serviços na RAPS. Um exemplo disso, são os 12 CAPS disponíveis no município, que de acordo com o Plano Municipal 2018-2021, são insuficientes para as necessidades e abrangência populacional de Porto Alegre. (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2017)

Assim como na ESF, nos serviços da RAPS a permanência das usuárias também está condicionada à forma como são recebidas e pelo ambiente terapêutico que deve propiciar conforto, bem-estar e interação entre usuários, família e equipe. Sendo importante que o acolhimento esteja fundamentado no resgate dos valores de solidariedade, respeito e corresponsabilização.

Quando as usuárias buscam atendimento nos serviços de saúde mental, principalmente na primeira vez, esperam receber apoio, ser acolhidas e informadas a respeito dos objetivos e

organização dos serviços. Desse modo, a ambiência e os modos de acolher foram avaliados como aspectos determinantes para que as usuárias se vinculem ou não retornem aos serviços após o primeiro contato.

Com relação a isso situações como ser deixada sozinha em um serviço desconhecido, se sentir sufocada e não ter suas reivindicações valorizadas são fatores que produzem vulnerabilidade programática e contribuem para a evasão nos serviços especializados.

[...] as vezes o tipo de atendimento que é oferecido no serviço especializado é padronizado e não é exatamente aquilo que o usuário precisa ou do jeito que o usuário entende que precisa acontecer. (P9)

Não conhecia (o CAPS II). [...] me chamaram e me colocaram numa salinha menor que essa aqui [...] ela me colocou ali e me deixou, saiu. Acho que fiquei uma hora e pouca ali sentada sozinha. [...] depois ela veio, falou comigo, me deu as receitas, marcou uma nova consulta e eu não fui mais [...] não voltei mais lá, eu não gostei mesmo. [...] fiquei isolada lá esperando ser atendida. (U4)

[...] muito mal atendida, detesto aquilo ali (CAPS II) [...] fiquei lá esperando, e aquele corredor fechado, eu não via janela, e aquela ansiedade, sufoco desesperador. [...] pedi várias vezes para me chamarem porque eu estava passando mal. [...] eu estava com ansiedade e [...] uma falta de ar, um desespero [...] nunca mais eu quero ir para aquilo ali. (U5)

Nos CAPS, o acolhimento é uma possibilidade de receber o sujeito em sofrimento mental em sua integralidade, ultrapassando uma avaliação psicopatológica, pois tenta compreender o contexto vivencial, relacional e comunitário em que esse sofrimento se configura em sua especificidade (MOREIRA; TORRENTÉ; JUCÁ, 2018).

Dessa forma, para Moreira, Torrenté e Jucá (2018, p. 1124) o acolhimento nos serviços de Saúde Mental podem ser distinguidos em duas perspectivas interconectadas.

A institucional que está relacionada com a estética, com o ambiente e formas de relação que facilitem o sentimento de pertença, segurança e acolhimento, que veicule a disponibilidade para o cuidado incondicional e que crie condições adequadas para a expressão genuína do sujeito; e a perspectiva clínica que tem relação com a exigência de habilidades técnicas e conhecimento sobre o funcionamento do serviço e da rede de atenção, de modo que, seja possível viabilizar uma avaliação psicossocial composta por um delineamento sobre a expressão, história de sofrimento e vulnerabilidade, não se restringindo a identificação de sintomas, buscando a dimensão subjetivas destes, mas também formulando ações e articulações tendo em vista as demandas apresentadas pelos sujeitos e seus cuidadores (MOREIRA; TORRENTÉ; JUCÁ, 2018).

Por fim, reduzir a vulnerabilidade programática no Cuidado em Saúde Mental na ESF, pressupõe a ampliação do acesso, tendo em vista as necessidades e iniquidades que constituem

barreiras entre as usuárias e os serviços da Rede de Atenção Psicossocial. Barreiras essas que podem ser formadas pela violência, pelo estigma, pelo modo que as usuárias são acolhidas, pela falta de recursos materiais e humanos, pela comunicação entre os profissionais das equipes de saúde, interlocução entre os serviços da Rede de Atenção à Saúde Mental e com outros setores, como educação, justiça, cultura e Assistência Social. Sendo importante que essas questões/relações além de ser prioridades e preocupações para as profissionais, também sejam para as instâncias governamentais.

6.3 O Cuidado em Saúde Mental: estratégias e projetos de felicidade

[...] fechar o prontuário, guardar a caneta e abandonar o diálogo dirigido, quase monológico (AYRES, 2004, p 23).

Nesta categoria serão apresentadas as estratégias para Cuidado em Saúde Mental desenvolvidas na ESF, tendo como foco os projetos de felicidade das usuárias.

Destaco que a noção de estratégia adotada não se refere a um conjunto de princípios ou normas a serem desenvolvidas para nortear a relação entre as usuárias e as profissionais. Mas às ações que consideram a história de vida das usuárias, na “busca da totalidade existencial que permita dar significados e sentidos, não apenas à saúde, mas ao próprio projeto de vida”. Considerando a inseparabilidade do plano individual, do plano social e coletivo, uma vez que “o adoecer é também histórico e socialmente configurado” (AYRES, 2004, p 20-27).

Para Ayres (2004) o aspecto projeto está relacionado aos projetos existenciais dos sujeitos que tem como norte a felicidade. Sendo a noção de felicidade entendida como uma experiência vivida e valorada positivamente, experiência esta que, por vezes, independe de um completo bem-estar ou de uma normalidade morfofuncional. Diz respeito à relação entre a experiência vivida, que é singular e pessoal e valor, e entre os valores que orientam positivamente a vida com a concepção de saúde.

Nesse sentido, ao realizar o Cuidado em Saúde Mental, é imprescindível que as profissionais saibam qual é o projeto de felicidade das usuárias, isto é, “que concepção de vida bem sucedida orienta os projetos existenciais dos sujeitos a quem prestamos assistência” (AYRES, 2003, 2004, p. 85). Considerando, a relação entre o contexto das usuárias (vida) e as experiências nos serviços com o que elas querem e acham que deve ser a saúde e a atenção à saúde (AYRES, 2004).

Na ESF estudada foram avaliadas como estratégias para o Cuidado em Saúde Mental a Reunião de Equipe como espaço para discussão das situações de saúde mental das usuárias; o Vínculo; a Renovação de Receita como possibilidade para iniciar um processo de vínculo; a Busca Ativa e as Visitas Domiciliares.

A **reunião de equipe** na ESF configura-se como um espaço de diálogo entre as profissionais, na qual todas apresentam os casos de Saúde Mental e compartilham informações que se complementam nas discussões. Desse modo, as ações de Cuidado são elaboradas conjuntamente.

[...] na reunião de equipe a gente (ACS) traz os casos, a enfermeira traz casos e a médica traz casos. Todo mundo que participa traz casos. Às vezes a minha informação é um pedaço que vai complementar o que elas (usuárias) não contaram para a médica e contaram para mim. (P2)

O diálogo nas reuniões é dispositivo de potência para o Cuidado em Saúde Mental, uma vez que possibilita às profissionais trocarem reflexões que propiciam uma melhor gestão dos processos de cuidado. Como trabalho coletivo, produz um processo de Cuidado dinâmico, participativo e de acordo com as necessidades dos usuários. Reduzir a burocratização que centraliza o foco da reunião em um profissional, permite deliberações de possibilidades de intervenção que serão realizadas com os usuários, qualificando do Cuidado em Saúde Mental para o comprometimento da equipe para considerar as subjetividades dos usuários (BRAGA et al., 2020).

Além disso, na ESF, as reuniões de equipe são importantes espaços que possibilitam às profissionais identificarem os problemas e os conflitos que afligem no cotidiano e a partir disso, elaborarem possíveis alternativas para superar os obstáculos.

Durante o processo avaliativo, a reconfiguração dos territórios das equipes da ESF suscitou descontentamentos por parte das profissionais com relação à discussão dos casos de Saúde Mental nas reuniões de equipe.

Na ESF, o território da equipe estudada detinha o maior número de pessoas em situação de vulnerabilidade, principalmente em situação de vulnerabilidade social. Em virtude disso, ocorreu uma nova territorialização. Com a nova configuração algumas usuárias em acompanhamento de Saúde Mental na equipe estudada passaram a ser cuidadas por outra equipe e, por consequência, reiniciando os processos de vínculo.

Do ponto de vista programático, as determinações da gestão realizadas nos serviços de saúde produz desafios para as profissionais, em virtude da responsabilidade pelo Cuidado em Saúde Mental das usuárias que cada uma ou cada equipe possui. Ao se sentirem sensibilizadas

e implicadas com o lugar que ocupam na construção dos projetos de felicidade das usuárias, as profissionais necessitam, a partir da determinação burocrática que, geralmente é realizada de forma vertical, analisar o contexto e elaborar estratégias que não comprometam a aceitabilidade do serviço pelas usuárias, o acesso e a qualidade do Cuidado.

A nova organização do território prejudicou a continuidade do Cuidado em Saúde Mental que vinha sendo realizado na ESF, pois rompeu a relação de confiança que é fundamental para que as usuárias se sintam à vontade para falar sobre suas histórias de vida e como gostariam de ser cuidadas. Desse modo, as profissionais avaliaram que a continuidade na relação de Cuidado é o alicerce para estabelecer confiança e, em consequência disso, construir **vínculo**.

[...] com o médico e com a enfermeira é outro tipo de relação. É diferente tu começar de novo. O paciente disse que não quer, já foi muito difícil estabelecer um vínculo, manter ele dentro do esperado para o tratamento. Então, a gente não vai mudar porque tem que começar tudo de novo. E esse começar tudo de novo é a pior coisa, porque ia se perder muita coisa e o cara ia "voltar para estaca zero". (P3)

Outros já vinham mantendo um bom acompanhamento e já estavam bem. E tu sabe que ela (usuária) vai se desestruturar de novo se ela tiver que ir para um outro e contar tudo de novo. [...] tem muitas coisas que eles (usuários) não gostariam de contar de novo [...] a pessoa está trabalhando o sentimento, o sofrimento, a história, muita coisa dolorida. [...] eles têm que sentir confiança nas pessoas [...] se é para perder aquele paciente no sentido de que ele não vai vincular, vai prejudicar o acompanhamento, vai prejudicar o tratamento, eu fico com ele. Tem uns que passam, mas tem alguns que não querem passar (para outra equipe) de jeito nenhum. Pergunto e se a pessoa não se importa a gente passa para a outra área. [...] é desumano tu atrapalhar uma pessoa no acompanhamento, as vezes no crescimento dela. Então, eu penso: "o que é mais importante nessa hora? O território geográfico ou a pessoa? Ou é o cuidado com ela?". (P4)

Quando eu conheci a D, eu ia lá no acolhimento e perguntava se era a D que ia atender, se não eu dizia que não precisava. Eu esperava abrir a agenda da D aí eu vinha na consulta e saía muito satisfeita de todas. (UF10)

Nesse contexto, ao realizarem as discussões dos casos, algumas profissionais, principalmente as ACSs se sentiram prejudicadas nas reuniões, pois não conseguiam acompanhar as discussões sobre a Saúde Mental das usuárias. No momento em que as visitas domiciliares passaram a ser realizadas pelas ACSs de outra equipe, as profissionais perderam a continuidade das informações, inviabilizando suas contribuições sobre esse aspecto nas reuniões de equipe.

[...] começam a falar de uma pessoa lá da fulana (outra ACS), daí eu fico "boiando" na reunião. (P2)

[...] eu não vou trazer atualizações de como ela (usuária) está agora, porque eu parei de ir lá. Daí já é outra pessoa. Isso que dá um pouquinho de conflito. (P3)

[...] tem algumas dificuldades quando a gente vai discutir os casos, porque a Agente é da área três, mas aí o paciente é da área dois. Daí o paciente é acompanhado por nós, mas a Agente de Saúde acaba ficando um pouco por fora. [...] Pelo vínculo acabamos mantendo. (P6)

Ao estabelecerem o vínculo como estratégia a ser discutida nas reuniões de equipe, as profissionais preocuparam-se com os sentidos e significados que a mudança na territorialização teria para os envolvidos no Cuidado em Saúde Mental.

Nesse sentido, as reuniões de equipe se constituíram como lugar de escuta para as profissionais e se caracterizaram como um momento “envolto com a complexidade de um devir catártico, que não tem como foco interesses individuais, mas sim na natureza das motivações e condições que levam a determinadas situações” (AYRES, 2004, p. 23). Dessa forma, o que possibilitou às profissionais explanarem suas reivindicações, foi o caráter participativo e dialógico das reuniões.

Ao mesmo tempo, ações não planejadas e sem uma discussão prévia sobre a relação entre a Saúde Mental e a história de vida das usuárias, produz vulnerabilidade programática, pois reflete na organização do trabalho da equipe que, por sua vez, precisa elaborar estratégias de modo emergencial, gerando conflitos. Soma-se a isso, o desafio de estabelecer um momento para que as profissionais das diferentes equipes possam discutir em conjunto sobre a mudança de equipe de referência das usuárias e, a rotatividade de profissionais nas equipes da ESF, que também fragiliza essa interlocução sobre os contextos de saúde.

[...] a gente não tem, por exemplo, um horário que pudesse ter as duas equipes juntas para discutir os casos. [...] a gente nunca teve um momento de passar em uma reunião com eles e dizer: "olha só, a gente tem vários pacientes que vocês vão começar a acompanhar agora, os pacientes são assim..."[...] talvez se tivesse uma reunião compartilhada das duas equipes, pode ser que fosse mais fácil. (P7)

[...] uma das coisas que dificulta essa interlocução é que [...] muda muito o profissional de referência que seria enfermeiro e médico. [...] tem muita rotatividade. [...] quando eles (usuários) acham um (profissional) e a gente consegue manter o acompanhamento, o paciente deve já pensar que não vai querer perder mais um (profissional). (P4)

Conforme estudo, profissionais de nível médio tendem a permanecer por um maior tempo nas ESFs, quando comparados a profissionais de nível superior, sendo que os médicos representam a categoria profissional que permanece pelo menor tempo nas equipes. A rotatividade de profissionais implica a perda do vínculo entre os profissionais de saúde e os usuários, podendo comprometer a produção da longitudinalidade das ações em saúde (TONELLI et al., 2018).

Um dos fatores que influenciam na rotatividade dos profissionais é a influência política partidária que pode ser usada como instrumento de controle das equipes das ESFs. Diante disso, o concurso público é um meio de promover a desprecarização dos vínculos trabalhistas e garantir o direito à manifestação política individual e a liberdade do profissional de se expressar (MEDEIROS et al., 2010).

Com relação ao desafio de ter um espaço de interlocução entre as equipes, as profissionais avaliam a evolução nos prontuários como uma forma de qualificar as informações sobre a Saúde Mental e a comunicação entre as profissionais.

Eu acredito muito no prontuário. [...] outro médico vai conseguir assumir o meu paciente pelo que eu escrevi [...] se eu tenho que atender uma pessoa, eu vou ali e vou ler o que o colega escreveu e vou atender. (P7)

O registro de informações em prontuário de forma correta, clara e completa é importante, pois possibilita a troca de informações multiprofissionais para uma assistência de melhor qualidade e integralidade, repercutindo em intervenções baseadas nas reais necessidades e demandas das pacientes (ALMEIDA et al., 2017).

A partir das discussões apresentadas, para Ayres (2004) o que permite compreender a escolha das profissionais por permanecerem acompanhando as usuárias após a nova territorialização foi assumir as responsabilidades de profissionais de uma ESF que fugiram da “comodidade” de fazer “corretamente” a parte técnica do trabalho, que nesse caso era transferir as usuárias para outra equipe. Conforme o autor é possível dizer que a responsabilidade assume relevância para o Cuidado em diversos níveis, desde o processo de construção de vínculo, de garantia do controle social das políticas públicas e da gestão dos serviços, até este plano que abrange a situação descrita na ESF.

A fim de que se tenha um Cuidado em Saúde Mental de qualidade, é fundamental que os profissionais, os gestores ou formuladores de políticas públicas se questionem acerca de “por que, como e quanto se responsabilizam em relação aos projetos de felicidade daqueles cuja saúde cuidam” (AYRES, 2004, p. 24). Ao realizarem esses questionamentos e demonstrarem interesse de ouvir quais significados as ações programáticas têm na vida das usuárias, para as profissionais é dada a oportunidade de se perguntarem sobre quem são e quais lugares ocupam diante das usuárias e para as usuárias não lhes é subtraído o direito de participar das decisões sobre suas necessidades, estabelecendo-se assim uma relação de Cuidado onde não se tem “um objeto do sujeito técnico, mas outro verdadeiro sujeito na relação terapêutica” (AYRES, 2000, p. 118).

Outra estratégia avaliada pelas profissionais foi utilizar o espaço de **renovação de receita** como um primeiro momento para iniciar um processo de vínculo com vistas a um Cuidado em Saúde Mental longitudinal.

Para eles não virem só buscar receita. Isso me deixava muito agoniada, porque daí tu não tem um tempo hábil de sentar e perguntar "tu está bem?"; "tu está tomando os remédios?"; "como é que tu toma?" [...] a ideia é a gente pelo menos agendar um horário para ele (usuário) vir em alguma consulta comigo ou com a J para a gente poder fazer toda essa abordagem. [...] para vincular mesmo. É onde (renovação de receita) tu "pesca" eles. (P7)

Nos serviços de saúde o vínculo poderá ou não ser desenvolvido e isso depende da maneira como é estabelecida a relação entre as profissionais e as usuárias. O trabalho em saúde é vivo e produzido nos atos realizados nos encontros. Transformar um encontro em uma relação de Cuidado requer que profissionais e usuárias exerçam seus papéis assumindo suas reponsabilidades, trazendo consigo seus conhecimentos, valores e suas histórias de vida (MERHY, 2009).

Portanto, pode-se avaliar que as profissionais transformam o espaço de renovação de receita (encontro terapêutico) em uma oportunidade de estabelecer uma relação de Cuidado em Saúde Mental.

Frente às dificuldades que as usuárias podem apresentar para acessar a ESF, seja por questões sociais, econômicas, programáticas, de mobilidade ou pelos sintomas dos transtornos mentais, os grupos de interesse avaliaram a **busca ativa** como uma estratégia para que as usuárias não sejam esquecidas caso não compareçam nos atendimentos.

Na minha época não tinha essa busca pelo paciente. Ou o paciente buscava (o serviço) ou o paciente era esquecido. E hoje não. Hoje eu acho que tem mais a procura nossa atrás do paciente [...] se não tivesse essa busca, não iriam fazer (o tratamento). (P2)

[...] se a gente foi até lá é porque de alguma forma ele (usuário) tem dificuldade de vir. Talvez uma dificuldade de mobilidade de caminhar ou talvez uma dificuldade mental para conseguir sair de casa e chegar até o posto. Às vezes tem dificuldade de acesso quando chega aqui e é barrado por algum motivo. (P7)

[...] quando eu não apareço no posto, não venho nas consultas, elas (médica e enfermeira) vão lá, ou mandam alguém ver como que eu estou. [...] se tu não consegue vir no posto, tem alguém que vai (no domicílio). [...] na minha situação tem dias que eu não consigo, eu passo dormindo, me dá aquela ânsia parece que eu vou morrer. (U9)

A busca ativa como estratégia de Cuidado e de manutenção de vínculo em Saúde Mental possibilita que as profissionais se desloquem da ESF para o território, ou seja, para o contexto e realidade social das usuárias. Sair do espaço institucional permite também conhecer as

lideranças da comunidade e os recursos disponíveis no território para o enfrentamento das situações de vulnerabilidade. Assim, saber os motivos pelos quais as usuárias deixam de comparecer nos atendimentos contribui para prevenir a evasão das usuárias em acompanhamento de Saúde Mental na ESF que fragiliza o processo de vínculo.

A desinstitucionalização como princípio da Reforma Psiquiátrica, torna a noção de território como princípio organizador dos processos de trabalho na Saúde Mental. No contexto do SUS, as políticas de Saúde Mental e Atenção Básica têm como desafio construir práticas de Cuidado pautadas numa lógica territorial, transpondo as ações de saúde para mais próximo do “mundo do usuário” e de seus modos de vida. Assim, a articulação do princípio de desinstitucionalização proveniente da Reforma Psiquiátrica e o de integralidade proveniente da Reforma Sanitária, direcionam a concepção de território para além de um recorte geográfico, apontando para uma dimensão existencial e para o engajamento político nas práticas de Cuidado (LEMKE; SILVA, 2010).

Para Rotelli (1990, p.47) “a relação de desinstitucionalização requer a relação com o território”, o “deslocamento da intervenção terapêutica para o contexto social das pessoas” (ROTELLI, 1990, p. 20).

Nesse sentido, os grupos de interesse avaliaram a **visita domiciliar** como dispositivo de ação para a estratégia de busca ativa que promove vínculo.

A visita domiciliar foi avaliada como um dispositivo de escuta dos projetos de felicidade das usuárias e de aproximação dos seus contextos de vida. Possibilitando que as profissionais entendam as situações que produzem vulnerabilidade aos transtornos mentais para, a partir disso, elaborarem o Projeto Terapêutico Singular.

Eu acho que as visitas domiciliares são essenciais. [...] quando a gente vai aos pacientes que tem transtorno mental, que tem a família muito desorganizada, uma vulnerabilidade social importante, a gente entende muito melhor o contexto daquela pessoa, a gente consegue se colocar no lugar dela. Entender porque ela não está aderindo ao tratamento, entender muita coisa. Todo o contexto da vida dela indo a casa é muito diferente. (P7)

Eu sempre entendia a visita domiciliar como um instrumento a mais para montar um Projeto Terapêutico Singularizado e de operacionalizar isso. (P9)

Eu acho muito bom (visita domiciliar). Às vezes tu está em casa sentada, sem fazer nada, está sozinha, mesmo. Ai elas (profissionais) vão lá para conversar, “me erguer” um pouquinho mais, elas me ajudam nas palavras, me tratam muito bem. (UF8)

A visita domiciliar configura-se como um espaço para a construção de novas lógicas de produção do processo de saúde/cuidado, pois permite que o profissional conheça os problemas de saúde dos sujeitos no contexto concreto no qual estão inseridos, gerando uma compreensão

mais ampla sobre o processo de saúde/doença/ cuidado da população (ROCHA et al., 2017).

Na Saúde Mental, por meio da visita domiciliar tem-se a possibilidade de integrar diferentes atores sociais entre si – usuários, famílias, comunidades e profissionais da saúde (ROCHA et al., 2017)

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é uma ferramenta importante para essa integração entre diferentes atores sociais. Por possibilitar um atendimento mais digno, respeitoso e resolutivo frente aos casos mais complexos, deve ser considerado pelos profissionais da ESF, ao cuidarem de pessoas em situação de vulnerabilidade. Elaborar um PTS requer aproximação e diálogos de qualidade entre profissionais e usuários, pois a confiança é fundamental para tornar possível a compreensão da história do outro (SILVA et al., 2016).

Composto por quatro momentos (o diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação), no Cuidado em Saúde Mental, o PTS requer atuação integrada da equipe de modo que sejam valorizados outros aspectos além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação no tratamento dos usuários. Para isso, todas as opiniões são importantes para a compreensão do contexto de vida dos sujeitos e na elaboração das ações. Nesse sentido, o projeto é Singular, pois busca a singularidade, isto é, a diferença como elemento central de articulação (BRASIL, 2007a).

Considerando que o modelo hegemônico que tem como foco a doença ainda permeia as práticas de saúde nos serviços, é importante que as profissionais estejam atentas para que as ações no território não se caracterizem como práticas normalizadoras e de controle da vida das usuárias, produzindo vulnerabilidade programática.

A busca ativa dos projetos de felicidade das usuárias “traz para o espaço do encontro terapêutico um processo de (re)construção identitária que implica mutuamente profissionais e usuários” (AYRES, 2004, p.24). Ter como foco os projetos de felicidade denota a ideia de uma intervenção, que leve em conta a singularidade, desejo e aspiração de quem se cuida (LEMKE; SILVA, 2010).

Assim, o PTS é um mecanismo capaz de promover mudanças nos processos de Cuidado, garantindo práticas de saúde inovadoras e eficazes, em que através da relação afetiva e emocional entre as pessoas, o processo de vínculo e a confiança, as subjetividades dos usuários são respeitadas (SILVA et al., 2016).

Na ESF, as visitas domiciliares são realizadas diariamente pelas Agentes Comunitárias de Saúde e a cada quinze dias em conjunto com a enfermeira e a médica para os casos mais críticos, como a situação das usuárias que não conseguem sair de suas residências por causa dos sintomas de depressão. Quando necessário, a psiquiatra do NASF também realiza visita

domiciliar.

Além dessas profissionais, realizam visitas domiciliares, as técnicas de enfermagem, as alunas do curso de graduação em enfermagem e as alunas do curso de graduação em medicina da UFRGS.

Como componentes intervenientes na produção de vulnerabilidade programática relacionadas às visitas domiciliares as profissionais avaliaram não ter carro disponível, o que repercute na exposição ao sol, calor, chuva e poeira; as condições de saneamento básico e esgoto do território que são precárias e a violência que reflete no acesso aos domicílios e na garantia de Cuidado em Saúde Mental para as usuárias.

[...] não tem disponibilidade de carro. Sem carro a gente pega sol, pega chuva, pega calor, pega poeira. As ruas onde as pessoas moram são horríveis tem muito lixo, esgoto e tudo. A questão da segurança [...] a gente indo com as Agentes Comunitárias está tudo bem [...] tem épocas que é muito violento. E aí provavelmente nessas épocas os nossos pacientes vão ficar mais desassistidos, porque a gente não vai se colocar em risco de sair perigando ter um tiroteio. (P7)

Corroborando com as discussões, a visita domiciliar é um meio de garantir acesso ao Cuidado, atendendo ao princípio da equidade e da universalidade do SUS.

Entretanto, ao realizarem as visitas, as profissionais enfrentam dificuldades como caminhar sob o sol quente, algumas vezes em ruas não pavimentadas. Em territórios violentos correm o risco de serem atingidas por bala perdida e dentro dos domicílios estão sujeitas a encontrar as mais diversas situações e conflitos intrafamiliares (TINOCO, 2015).

Além disso, há dificuldades relacionadas à infraestrutura na perspectiva dos recursos necessários para a locomoção no território, à distância territorial, à falta de tempo para realizar as visitas, e à organização das famílias com relação ao horário para receber a visita domiciliar (DRULLA et al., 2009).

A periodicidade das visitas realizadas em conjunto com a médica e a enfermeira foi avaliada como suficiente, pois o Cuidado em Saúde Mental não é realizado somente a cada 15 dias, uma vez que entre uma visita e outra as usuárias consultam com a enfermeira ou com a médica na ESF.

Para solicitar a presença da médica e/ou da enfermeira nas visitas domiciliares, as Agentes Comunitárias priorizam os casos que consideram mais graves, conforme as informações que as mesmas coletam no território e levam para discussão em equipe. Além disso, por residirem no território e conhecerem a dinâmica familiar das usuárias, as Agentes Comunitárias percebem as mudanças no cotidiano de vida delas e a necessidade da presença da médica e da enfermeira nas visitas domiciliares.

[...] é suficiente de 15 em 15 dias por causa que o acompanhamento não é só domiciliar. [...] a gente está daqui a 15 dias na casa dela (usuária), mas na outras semanas ela (usuária) está aqui no Posto. Então, a gente tem um cuidado que não é só de 15 em 15 dias. [...] a gente vê os casos que estão mais extremos. Os que estão precisando urgente da visita, a gente vai primeiro naqueles e daqui a 15 dias a gente conversa de novo. Conforme a gente vê a evolução do caso que mais precisa, ali a gente vai indo. Assim que é decidido em equipe. [...] a gente que faz a visita, a gente sabe que aquela pessoa não é o problema da família. O problema está no pai, as vezes está na mãe, as vezes está no irmão, sabe? A gente acaba tendo esse olhar as vezes, sabe? E acaba levando o profissional lá até para ele constatar se é aquilo mesmo que a gente falou. (P2)

[...] quase todas (ACSSs) convivem bastante com o pessoal no dia- a - dia, a gente dá uma olhada e "ah, aquela não está bem acho que precisa trazer a médica para dar uma olhada". (P3)

A participação da psiquiatra do NASF nas visitas domiciliares foi avaliada como importante, pois configura-se como “um outro olhar além do olhar da equipe para a estrutura de vida do paciente.” “Um olhar de estranhamento” para um contexto que por ser de conhecimento das profissionais da ESF, alguns aspectos poderiam se tornar mais difíceis de serem percebidos e analisados. Ter a presença da psiquiatra, também representava um apoio para as Agentes Comunitárias de Saúde, por poderem compartilhar os casos de Saúde Mental com uma especialista.

[...] um outro olhar além do olhar da equipe para a estrutura de vida do paciente. Então, é um olhar estranho, um olhar de estranhamento [...] naquele contexto [...] que o Agente Comunitário, que a enfermeira estavam tão acostumados a ver e que talvez pudessem não estar enxergando determinadas coisas. E algumas vezes quando a ansiedade, principalmente do Agente Comunitário era muito grande, como uma forma de apoiar. Aí o Agente se sentia mais aliviado de saber que estava dividindo aquela situação com alguém que tinha o olhar especializado diante daquela situação. (P9)

Embora os acompanhamentos de Saúde Mental, principalmente o realizado pelo médico, estejam em geral, centrados na medicação, algumas equipes propiciam espaço de reflexão sobre a situação de sofrimento, realizando as ações de Cuidado, a partir de uma interpretação subjetiva da realidade concreta das usuárias, evitando a medicalização do sofrimento (FROSI; TESSER, 2015).

Esse é o princípio de ter como horizonte ético do Cuidado os projeto de felicidade das pessoas. Medicalização do sofrimento atesta o fracasso das ações de Cuidado, posto que tais ações não são o recurso que a pessoa reconhece como necessário para se manter "em pé e andando" em direção à realização de seus projetos. Porém, esse Cuidado só será um recurso quando houver fusão de horizontes que permita que profissionais e usuárias construam possibilidades em conjunto, o que exige das profissionais um esforço em compreender e compartilhar com as usuárias os seus "sonhos".

Um dos grandes desafios em termos de estratégias é: como conhecer esses projetos e sonhos ou como resgatá-los ou como reimpulsioná-los diante de tantas adversidades (sociais - materiais e imateriais, individuais - sintomas e agravos psíquicos - obstáculos à alegria e à felicidade)?

Do ponto de vista do trabalho em saúde, poderíamos pensar em estratégias mais inovadoras (diferente do que já se faz ou diferente do jeito com que já se faz o cuidado) para transformar o Cuidado como um recurso para a vida? Por exemplo: grupos de convivência, geração de renda, novas sociabilidades em projeto de superação do racismo se esse fator é um obstáculo à autoestima necessária para lutar pela felicidade?

Na ESF realizar as visitas domiciliares somando os conhecimentos técnicos da enfermeira e das médicas com o conhecimento sobre o contexto sociocultural das usuárias que as Agentes Comunitárias possuem, possibilita a construção de uma relação de Cuidado humanizada, na qual a singularidade das usuárias é valorizada, integrando aspectos da dimensão individual, social e programática presentes nas suas necessidades de saúde.

Nesse sentido, o Cuidado humanizado se dá a partir da integração do conhecimento científico com as questões relacionadas ao contexto de vida das usuárias. Não se faz Saúde Mental somente com diagnósticos e medicações ou somente com a escuta das questões subjetivas e relacionadas ao contexto social. É necessário que haja a associação desses aspectos para que se tenha um Cuidado em Saúde Mental universal, equânime e integral.

“O importante para a humanização é justamente a permeabilidade do técnico ao não técnico, o diálogo entre essas dimensões interligadas” (AYRES, 2004, p. 22).

A noção de humanização diz respeito:

A um conjunto de proposições cujo norte ético e político é o compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores contrafaticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como Bem comum (AYRES, 2014, p. 19).

Em outras palavras, humanizar significa expandir as práticas de saúde das questões que envolvem o contexto social e tecnológico da ciência à ideia de felicidade. Considerando o caráter contrafático da felicidade, isto é, sem que haja uma definição *a priori*. Esta definição deve ser “acessível apenas e sempre a partir de obstáculos concretos à realização de valores associados à felicidade” (AYRES, 2004, p. 19). A fim de se evitar qualquer tipo de fundamentalismo ou idealismo deslocado da vida real.

Frente a isso, “o norte e desafio central da humanização é a progressiva elevação dos níveis de consciência e domínio público das relações entre os pressupostos, métodos e resultados das tecnociências da saúde com os valores associados à felicidade humana” (AYRES, 2004, p. 20).

Nessa perspectiva, a partir das construções apresentadas na etapa de negociação, a presença das Agentes Comunitárias de Saúde foi avaliada como profissionais indispensáveis para a realização das visitas domiciliares e para o Cuidado em Saúde Mental na ESF.

As Agentes Comunitárias de Saúde são fundamentais para identificar as usuárias que necessitam de Cuidado em Saúde Mental no território. Bem como são de grande importância para reduzir a vulnerabilidade programática no Cuidado das usuárias que não conseguem acessar a ESF em virtude dos sintomas dos transtornos mentais.

Vivenciar o território, conhecer as histórias de vida e os modos de ser das pessoas que lá residem, permite que as Agentes Comunitárias de Saúde percebam mudanças subjetivas e de ambiência no contexto social das usuárias, por exemplo, mudanças de comportamento, na forma de manifestarem suas necessidades de saúde, no autocuidado e na organização do ambiente.

Além de realizarem a comunicação do território com a equipe, as Agentes Comunitárias de Saúde são um apoio para as usuárias, pois cabe a estas profissionais saber como “as usuárias andam fora da ESF”. Ou seja, estabelecer uma relação de Cuidado em que através da escuta seja possível conhecer como as usuárias se cuidam, saber se estão comparecendo nas consultas, como se organizam em relação ao uso das medicações, como estão se sentindo, como percebem suas vidas, quais recursos e informações dispõem e quais situações as tornam vulneráveis.

[...] tem pacientes que não vem aqui (na ESF) e os Agentes Comunitários em reunião de equipe ou vem falar individualmente que alguém está precisando de ajuda, mas que não está conseguindo sair de casa. (P4)

O Agente de Saúde muitas vezes é quem nos traz a demanda. (P6)

[...] a gente está sempre lá na casa e tu vê que aquela conversa da pessoa mudou, sabe? Se queixa muito, chora, se lamenta demais, se isolam um pouco da família. Daí a gente já vê alguns sinais. Tu repara na casa [...] principalmente nas casas que a gente está acostumada e que a gente conhece e principalmente porque a gente vive na área. Então, a gente conhece muito. [...] tu vê que a pessoa começa a ficar desleixada com ela, com a casa [...] Ou é muito neurótica, limpa demais aquela casa, se preocupa demais com os outros e não se cuida [...] Começa a se desleixar com ela mesmo. Então, tu começa a ver isso aí e tu traz (para a equipe). (P2)

[...] cabe ao Agente saber como ele (usuário) anda fora daqui (ESF), como ele está nos dias que ele não vem na consulta. [...] saber se ele está tomando os remédios, se ele está indo fazer as consultas fora do Posto. [...] levar consulta para a fulana ou ver porque a fulana não veio. Daí eu vou passo lá, converso com a fulana "está tudo bem?"

Como tu está? Está tomando o medicamento? Está com a receita em dia? Está tudo certo? Qualquer coisa tu procura a gente no posto". Mesmo quando não tem (solicitação de visita), eu passo e vejo que a fulana mora ali, vou ver se ela está bem. Aí eu passo: "E aí como está? Como está a vida? Que dia tu tem consulta?". Tu está fazendo o que tem que ser feito? Por que não fez? O que aconteceu? Quer que eu remarque para ti e traga uma consulta? Mais essa questão de apoiar. Se está bem, se não está, o que está acontecendo, se precisa de outro tipo de ajuda, outro tipo de suporte. (P3)

No contexto de Cuidado às usuárias, a visita domiciliar é uma ação que possibilita às profissionais darem suporte e ao mesmo tempo incluírem as famílias. Em virtude disso, através da escuta e do diálogo é possível fornecer informações que as apoiem para lidar com os problemas sociais e de saúde (ROCHA et al., 2017).

Instituídos em 1991 no SUS, por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e, profissionalmente regulamentados pelas Leis nº 10.507/2002 e nº 11.350/2006, os Agentes Comunitários de Saúde contribuem para a extensão de cobertura e estruturação da Atenção Primária à Saúde no país. Tendo como principal atribuição, articular os serviços de saúde e a vida no território, a partir da compreensão dos determinantes sociais do processo saúde-doença e da necessidade de elaborar ações de cuidado, prevenção e promoção da saúde. Entre suas atividades, destaca-se a visita domiciliar (BRASIL, 2002; 2006; MOROSINI; FONSECA, 2018).

O tripé que cerca os Agentes Comunitários de Saúde e os diferencia de toda a classe profissional do SUS é: ser trabalhador, morador e usuário. Em alguns momentos é necessário que os profissionais reflitam e avaliem sobre a linha tênue que separa esses itens (MENEGUSSI; OGATA; ROSALINI, 2014).

Para as profissionais é difícil separar esses diferentes papéis, no entanto, avaliam que é importante reconhecer e respeitar o espaço de fala das usuárias que por vezes não se sentem à vontade para falar sobre suas vidas na presença das Agentes Comunitárias de Saúde em virtude da convivência.

Além disso, um dos desafios de ser profissional, moradora e usuária é evitar que julgamentos morais interfiram nas decisões de Cuidado em Saúde Mental, exigindo que as Agentes Comunitárias de Saúde cuidem das usuárias a partir do olhar de profissionais da saúde e não de uma vizinha ou amiga que convive diariamente.

Mas é bem difícil separar mesmo. E a gente sabe dos problemas deles, mas as vezes eles não querem falar na frente da gente. Querem falar sozinhos (sem a presença do ACS). Eu respeito muito isso. (P1)

[...] como eu sou Agente e moro na área, eles não querem falar para mim. Então, quando eu vejo que a pessoa não quer conversar eu tento marcar para vir conversar

com a enfermeira. Daí eu acho que até ela (usuária) se abre melhor. [...] elas não querem falar para a gente, conhecem a gente a muitos anos [...]. (P2)

Eu acho que é difícil de separar, principalmente para quem é ACS a bastante tempo, porque é aquela coisa, a pessoa é ACS 24 horas. Se tu encontra a pessoa no mercado, a pessoa fala tudo que está acontecendo na família, tudo que aconteceu, qual médico faltou, como é que foi a consulta. Não dá sossego [...] Eu acho complicado tu conseguir criar uma barreira que separe cada coisa no seu lugar. (P3)

[...] teria que melhorar também a questão dos Agentes Comunitários de Saúde serem um pouco mais neutros na maneira de abordar o paciente da saúde mental. Como eles estão muito aqui na comunidade, se criam juntos, são vizinhos é diferente de nós que não somos da comunidade. Muitas vezes eles dizem: "ah, isso aqui não adianta". [...] através das visitas tentar ver esse paciente não como alguém que foi meu vizinho e se criou comigo e sim como um profissional de saúde. (P4)

A pluralidade que cerca o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, ora representando a comunidade, ora o serviço, suscita dificuldades como a perda de privacidade e a interferência em sua vida pessoal, pois ser reconhecido como referência do cuidado em saúde no território em que residem e trabalham, acarreta em mudanças de comportamento. Essa representação faz com que a cobrança desse e para esse profissional se torne ainda maior, principalmente no que se refere atender às necessidades de saúde da população e cumprir com todas as exigências da função (MENEGUSSI; OGATA; ROSALINI, 2014).

Na ESF avaliada, além do acompanhamento das usuárias e cadastramento das famílias por meio das visitas domiciliares em sua microárea, as Agentes Comunitárias de Saúde informam as datas de consultas agendadas, participam das reuniões de equipe, das reuniões com o NASF e executam atividades administrativas, como o atendimento das usuárias na recepção e verificação das solicitações de consultas especializadas por meio do Sistema Nacional de Regulação (SISREG).

Conforme as avaliações acima, para as Agentes Comunitárias de Saúde executar suas essas atividades se torna mais desafiador, sendo também moradora e usuária.

Diante disso, considerando a educação em saúde como eixo principal do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde faz-se importante produzir políticas públicas direcionadas para a qualificação desses profissionais, de modo a atenderem as diferentes configurações de vida e de relações sociais nos diversos territórios e contextos (MOROSINI; FONSECA, 2018).

Além disso, os espaços de Educação Permanente são importantes, pois possibilitam que as Agentes Comunitárias aprimorem seus olhares para o desafio de acolher as diferenças reconhecendo-as, inclusive, nelas.

O processo avaliativo desenvolvido evidenciou a importância das Agentes Comunitárias de Saúde na equipe multiprofissional da ESF, ao desempenharem atividades que contribuem

para qualificar o Cuidado em Saúde Mental. Entretanto, a presença desses profissionais no diferentes contextos sociais apresenta-se ameaçada desde a publicação da PNAB de 2017.

Em suas determinações, a PNAB não define o número mínimo de Agentes Comunitários de Saúde por equipe de saúde da família, além disso, a previsão de financiamento federal para as equipes de Atenção Básica não incluem estes profissionais em sua composição mínima. Há também a inclusão de atividades típicas da enfermagem entre as atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde, como a aferição de Pressão Arterial e temperatura axilar, a medição de glicemia capilar e realização de técnicas limpas de curativo (MOROSINI; FONSECA, 2018; BRASIL, 2017b).

Programaticamente essas definições políticas vão de encontro à ampliação do acesso à saúde que visa a universalização através de um Cuidado orientado pelas necessidades de saúde dos usuários, territorialização, adscrição da clientela, vínculo e responsabilização. Fragiliza a qualidade da cobertura, reafirmando a racionalidade biomédica fundamentada no modelo tradicional estruturado na lógica de “queixa-conduta” (MOROSINI; FONSECA, 2018).

Ademais, por serem o elo para o trabalho no território, as ações programáticas realizadas pelas Agentes Comunitárias de Saúde rompem com a racionalidade clínica, abrindo portas para o Cuidado ampliado, pois proporcionam e sustentam relações de vínculo. Essas profissionais possuem um olhar diferenciado para o contexto sociocultural das usuárias, pois lá estão, são protagonistas, porque lá chegam, identificam as necessidades, dão porosidade nas relações da equipe e promovem ações de Cuidado a partir do vivido.

Franco e Lancetti (2002, p. 107), afirmam serem os ACSs “os grandes descobridores de recursos escondidos na comunidade”: quando aparentemente não restam alternativas, são eles que apresentam uma ideia ou alternativa inesperada.

Um dos potenciais das Agentes Comunitárias de Saúde é trazer para o Cuidado em Saúde Mental estratégias que valorizem as várias dimensões condicionantes das situações de vulnerabilidade. Investir nesse potencial possibilita mudar o agir institucional, significa ter o profissional comunitário atuando para reduzir os obstáculos aos projetos de felicidade das usuárias, valorizando suas diferenças e em conformidade com a Reforma Psiquiátrica.

6.4 Apoios e desafios programáticos no Cuidado em Saúde Mental

Tendo vista a estrutura complexa do SUS, a heterogeneidade do país e as desigualdades sociais, o debate sobre apoio se faz relevante, pois a articulação entre os profissionais e os serviços de saúde pode produzir a aproximação entre a gestão e o cuidado em saúde, além de

permanente análise crítica sobre as práticas de cuidado. Fortalecendo o governo compartilhado e a produção local de alternativas (PEREIRA; FEUERWERKER, 2018).

Conforme Pereira e Feuerwerker (2018, p. 379) o apoio pode ser compreendido como “um agir político entre forças em relação, que pode (ou não) ampliar e favorecer a capacidade de gestão e produção do cuidado local e regional.” Sendo “um exercício de experimentação de um trabalho vivo que se produz em ato, campo de afecções e de forças” (PEREIRA; FEUERWERKER, 2018, p. 385).

O apoio envolve singularidades, intensidades, forças e afeto. Não sendo a soma de conhecimentos de si e de outro a partir de um saber que se pretende verdadeiro. Ao contrário o que se deseja na construção do SUS é que todo e qualquer profissional da saúde seja capaz de produzir e inventar práticas de apoio em saúde (PEREIRA; FEUERWERKER, 2018).

Nesse sentido, a atuação da docente da disciplina “Cuidado em Enfermagem na Saúde Mental II” em conjunto com as alunas do curso de graduação em enfermagem da UFRGS foi avaliada como um apoio para a equipe da ESF.

Ações como a busca ativa realizada em conjunto com as profissionais e as consultas de enfermagem, ampliaram as visitas domiciliares e facilitaram o acesso, possibilitando a identificação de usuárias que haviam recebido alta do serviço especializado e não estavam em acompanhamento de Saúde Mental na ESF.

Agora com a doutora C a gente vai às casas e está brotando saúde mental. (P1)

Ela (docente) está conseguindo até achar uns que eram pacientes de CAPS e que saíram do CAPS e não vieram aqui. A gente não tinha visto, ficaram perdidos e ela conseguiu junto com as Agentes achar. [...] Ampliou um pouco o número de atendimentos, porque as vezes a C pega também uns dois pacientes a mais pela tarde para ela e as alunas atenderem. Isso faz diferença [...] ela está conseguindo fazer muito mais visita domiciliar, especialmente para os usuários da saúde mental. Então, está sendo um apoio maravilhoso. (P4)

A Reforma Psiquiátrica evidencia a importância do Cuidado em Saúde Mental ser realizado em uma rede composta por diferentes serviços, sejam serviços de saúde, assistência social, justiça e educação, relacionados com a família e a comunidade. Diante disso, as equipes vêm mudando a sua lógica de assistência e relação com os demais serviços da RAPS, com o intuito de estreitar a comunicação. Porém, essa relação ainda apresenta-se incipiente, sendo pouco o contato entre os serviços, sejam da rede básica, hospitais, serviços matriciadores ou CAPS. Assim, destaca-se a importância da articulação entre os serviços em virtude da grande demanda de Cuidados em Saúde Mental e a falta de recursos humanos, estruturais e materiais.

Nesse sentido, a escassez de recursos além de gerar sobrecarga de trabalho, também gera uma demanda reprimida (espera por atendimento) (ZANARDO; BIANCHESSI; ROCHA, 2018).

Nesse sentido, a articulação ensino-serviço-comunidade além de contribuir para que se obtenha um equilíbrio entre as abordagens individuais e a comunitária para enfrentar os determinantes sociais, possibilita discussões e o compartilhamento de ações entre alunos, docentes e profissionais. Bem como refletir, trocar saberes e exercitar a interdisciplinaridade (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016; VASCONCELOS; STEDEFELDT; FRUTUOSO, 2016).

A presença de futuros profissionais nos serviços contribui para uma possível mudança de práticas, pois “faz emergir a complexidade do cuidado que exige não somente elementos técnico-científicos, mas, também, uma mobilização afetiva diante de realidades adversas e, muitas vezes, marcadas pela violência, pela pobreza e pela vulnerabilidade” (VASCONCELOS; STEDEFELDT; FRUTUOSO, 2016, p. 155).

Cabe destacar que no contexto de ensino-serviço-comunidade, os agentes comunitários são os que mais acompanham os alunos/ações. (VASCONCELOS; STEDEFELDT; FRUTUOSO, 2016).

Portanto, o desenvolvimento deste processo avaliativo permitiu evidenciar que quando elaborada/organizada/ dialogada previamente junto às profissionais das equipes, a articulação ensino-serviço-comunidade atua como fator que reduz a vulnerabilidade programática no Cuidado em Saúde Mental na ESF. Essa relação através de um trabalho integrado, mais resolutivo e partilhado tem possibilitado trocas de conhecimentos e experiências, continuidade no Cuidado e a oportunidade de recriar outros modos e estratégias de Cuidado.

Outro apoio para o Cuidado em Saúde Mental na ESF avaliado foi o NASF.

Na ESF o Apoio Matricial ou Matriciamento ocorria em dois momentos, um com todos os profissionais do NASF (fisioterapeuta, fonoaudióloga, assistente social e médica psiquiatra) e outro somente com a médica psiquiatra.

Para as profissionais, o Apoio Matricial realizado pelo NASF a partir das necessidades da equipe e com a presença da psiquiatra, auxilia na identificação de problemas de Saúde Mental, dando um direcionamento para as ações e estratégias de Cuidado. A troca de saberes entre as profissionais gera segurança para a equipe acolher as usuárias em suas necessidades.

Além disso, o Apoio Matricial atua como espaço de escuta para o sofrimento que o processo de trabalho pode gerar nas profissionais da ESF.

O NASF ajuda muito a gente, isso não resta dúvidas [...] ajuda a detectar o grau do problema de saúde mental da pessoa. (P1)

[...] eu tive mais conhecimento de como abordar, de como ver o que aquela pessoa realmente está precisando. Antes eu não tinha esse conhecimento. [...] ela (psiquiatra) encoraja a gente a perguntar, a conversar com a pessoa e ela te ensina como chegar para conversar com a pessoa, a gente aprende a perceber muita coisa que antes “passava batido” pela gente e com a ajuda dela eu acho que resolve muito. (P2)

[...] a gente trás para a psiquiatra no matriciamento. Isso que nos dá um direcionamento [...] na reunião de matriciamento [...] tu acaba aprendendo muita coisa. (P5)

[...] a gente tem uma troca bem importante de conhecimento. (P6)

[...] o matriciamento ele é uma troca [...] a dinâmica de trabalho ela foi estruturada a partir das demandas, das necessidades da equipe [...] o matriciamento ele também acaba cumprindo um papel que é dar um apoio afetivo para a equipe. [...] em determinados momentos mais delicados que os profissionais da equipe fazem a sua catarse e buscam serem escutados nos seus sofrimentos nos processos de trabalho [...]. (P9)

O NASF tem como dever estabelecer seu processo de trabalho a partir de problemas, demandas e necessidades de saúde de pessoas e grupos sociais em seus territórios, assim como a partir das dificuldades dos profissionais que atuam na Atenção Básica em suas análises e ações de cuidado. Sendo necessário o compartilhamento de saberes, práticas intersetoriais e de gestão de cuidado em rede e a realização de educação permanente e gestão de coletivos nos territórios sob sua responsabilidade (BRASIL, 2017b).

Nesse sentido, o Apoio Matricial pressupõe a cogestão e construção compartilhada do cuidado, o que implica em relações comunicativas e dialógicas entre os profissionais de saúde e, indispensavelmente entre estes e os usuários, para que participem ativamente da elaboração dos seus projetos terapêuticos (OLIVEIRA; CAMPOS, 2015).

Conforme Oliveira e Campos (2015), o Apoio Matricial é composto por profissionais de diferentes núcleos de saber que dialogam e trocam conhecimentos entre si para construir o campo adequado a um dado PTS, visto que cada profissão busca apoio em outras áreas para cumprir suas tarefas.

Assim, o profissional especialista tem um núcleo de conhecimento e um perfil diferente dos profissionais de referência (neste estudo, as profissionais da ESF), tendo como atribuição agregar recursos de saber e contribuir com intervenções que aumentem a capacidade da equipe responsável pelo caso de resolver os problemas de saúde (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Dessa maneira, no Apoio Matricial trabalha-se “a partir do reconhecimento do conflito e da mútua transformação inerentes ao processo dialético que orienta as relações pessoais e institucionais”. Percebendo “a política enquanto um elemento presente na clínica e nas relações interprofissionais” (OLIVEIRA; CAMPOS, 2015, p. 234).

Outra ação realizada junto ao NASF é a interconsulta por meio de consulta conjunta precedida de discussão de caso, na qual participa a médica e a enfermeira da ESF e a psiquiatra.

A consulta conjunta foi avaliada como um apoio para a equipe e para as usuárias, pois ao realizarem a construção compartilhada do Cuidado em Saúde Mental na ESF, evita encaminhamentos desnecessários para os serviços especializados.

Na ESF, a necessidade de consulta conjunta é avaliada nas reuniões de Apoio Matricial. Para as profissionais, se os atendimentos fossem realizados somente pela psiquiatra, emergiria o desafio de se estabelecer uma forma de comunicação para o compartilhamento de condutas, em consequência disso, prejudicaria a longitudinalidade do Cuidado.

[...] só a psiquiatra atendendo sozinha saúde mental, só a psiquiatra sem estar com profissional da equipe [...] não é bom [...] E aí quem é que vai dar continuidade? Como a gente vai saber do atendimento? [...] nessa discussão (matriciamento) a psiquiatra seleciona, vai dizer: "essa eu preciso ver junto, em consulta conjunta". (P4)

A psiquiatra nos dá um direcionamento ao fazer uma consulta conjunta, a médica, a médica psiquiatra e a enfermagem [...] até na questão de entrar com a medicação. Entra com medicação, esse paciente vai voltar dentro de um mês para ser reavaliado para ver como é que está. Se a gente vai precisar aumentar a medicação, se vai mudar a medicação e também para dar uma continuidade aqui no Posto, dar um seguimento. (P6)

A interconsulta é uma tecnologia leve que facilita e potencializa a integralidade do trabalho, o diálogo e a educação permanente nos serviços e nas equipes de saúde. Como ação ampla de sentido pedagógico, abrange tanto a assistência ao usuário quanto a equipe e instituição, tendo as situações de cunho social (vulnerabilidade, violência, rede, privação de direitos) e de abordagem familiar (planejamento familiar, ciclo de vida, dinâmica familiar) como potenciais demandas para seu exercício. (FARIAS; FAJARDO, 2015).

Quando realizadas com apreciações interdisciplinares, as discussões de caso na Saúde Mental são mais efetivas, já que possibilita ampliar as experiências e conceitos de saúde, identificar os recursos da RAPS e as necessidades e possibilidades na construção da articulação dos serviços (BRAGA et al., 2020).

Ao desenvolver o processo avaliativo, observei que nas consultas conjuntas as decisões sobre as condutas a serem tomadas eram compartilhadas, visto que a médica e a enfermagem da ESF não eram espectadoras das ações da psiquiatra. Participavam ativamente das consultas, relacionando seus saberes com o conhecimento sobre a história de vida, o contexto social e as situações de vulnerabilidade que as usuárias se encontravam.

A consulta conjunta com a psiquiatra e a médica da ESF é um momento onde a enfermeira auxilia a usuária a ver seus ganhos e pontos positivos ao longo do tratamento, bem como a enfermeira aborda situações da vida da usuária. Isso ajuda a

usuária a pensar de outros modos as situações que lhe causam sofrimento como depender financeiramente de um familiar (OBSERVAÇÃO, 22 de setembro de 2018).

Nas consultas conjuntas as decisões sobre o tratamento são tomadas em conjunto com a usuária (OBSERVAÇÃO, 22 de setembro de 2018).

Ademais, as consultas não tinham um enfoque biomédico, dado que o foco não era a doença e o uso das medicações, mas as estratégias de Cuidado que poderiam ser elaboradas para que em conjunto, as profissionais da equipe, a psiquiátrica e as usuárias pudessem enfrentar as situações de vulnerabilidade aos problemas de Saúde Mental.

A importância dessa ação programática está em possibilitar um Cuidado em Saúde Mental multiprofissional, interdisciplinar, por meio de construções coletivas para atender às necessidades de saúde das usuárias a partir do território, dando sustentação para as políticas de saúde, pois a ação parte da realidade concreta das usuárias

Para Farias e Forjado (2015) se faz importante a elaboração de estudos sobre interconsulta, bem como que esta seja incluída nas atividades de educação permanente junto às equipes de saúde, especialmente da Atenção Básica, por ser um campo que potencializa a interconsulta como prática que contribui com integralidade da atenção.

Durante o processo avaliativo, o governo federal por meio da Portaria Nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 instituiu o Programa Previne Brasil que estabelece um novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS, tendo como principal mudança, o pagamento por desempenho (BRASIL, 2019).

Posteriormente e complementando a referida Portaria, em janeiro de 2020, o Ministério da Saúde publicou a Nota Técnica Nº 3/2020, na qual extinguiu o Núcleo Ampliado de Saúde da Família sem apresentar uma proposta que o substituísse, ficando a cargo do gestor municipal a organização das equipes na Atenção Básica (BRASIL, 2020).

A partir disso ocorreram modificações nos serviços de saúde e na RAPS do município, entre eles o desmanche do NASF.

Não ter mais o apoio do NASF foi avaliado como um retrocesso que gerou nas profissionais sentimento de incerteza quanto a reorganização do fluxo de Cuidado e de frustração pela desvalorização do processo de Cuidado em Saúde Mental organizado na ESF.

Agora com o desmanche do NASF, a gente não sabe nem como a gente vai ficar. Não vai mais existir o NASF. O assistente social já saiu, daqui a pouco vai sair a fono, vai sair a fisioterapeuta e a doutora (psiquiatra). [...] era um apoio que a gente tinha. [...] a gente está meio apavorado. Fazer o que está dentro das nossas possibilidades, a gente faz, mas é que não é só a gente. [...] às vezes a gente acaba se frustrando. Porque a gente tenta fazer todo um trabalho e às vezes parece que despenca tudo aquilo ali porque tu não tens aquele apoio que precisa [...] Vai vindo para trás em vez que caminhar para frente. (P2)

Mas agora com a saída do Assistente Social do NASF, nós vamos ter que nos reorganizar para vermos como é que alguns casos a gente vai fazer chegar ao CRAS. [...] a gente não conseguiu estabelecer como é que vai ser esse fluxo. (P4)

O desmanche do NASF componente interveniente na produção de vulnerabilidade programática repercutiu na qualidade do serviço, pois sem o apoio para elaboração das ações e estratégias de Cuidado, estas tendem a ficar menos resolutivas. Assim, determinações verticalizadas que não consideram a experiência e vivência das profissionais que estão no cotidiano dos serviços de saúde, são ações não dialógicas e que não produzem saúde, ao contrário trazem sofrimento às profissionais e usuárias.

Outra questão avaliada diz respeito ao “risco das equipes voltarem a se sentir mais inseguras ou mais instáveis para atender a demanda de saúde mental” e, por consequência, realizarem mais encaminhamentos para os serviços especializados de Saúde Mental.

Eu fiquei triste uns dois dias pensando o quanto vai cair a qualidade do nosso atendimento e quanto a gente vai ficar menos resolutivo, porque muitas coisas que eu tinha a segurança, assim, vou começar esse tratamento para esse paciente porque eu sei que daqui a duas, três semanas eu vou poder discutir o caso com a doutora L e ela vai me dar uma luz, vai dizer: "segue por esse caminho, segue por outro. Ou até tu fez errado, volta atrás." [...] a Doutora L me dava muito essa segurança de que ela iria me ajudar, ajudar a equipe. E daí agora que a gente vai perder esse serviço e perdeu já o NASF e talvez perca esse apoio da doutora L. No mínimo ele vai ser reduzido[...] provavelmente mais casos a gente vai ter que encaminhar ou os pacientes vão demorar mais tempo até ter ajustado melhor a sua medicação. (P7)

Para os usuários o impacto vem na medida em que se corre o risco das equipes voltarem a se sentir mais inseguras ou mais instáveis para atender a demanda de saúde mental e por uma defesa, por um mecanismo de resistência voltarem a não acolher as demandas subjetivas dos usuários e deixar de ter um olhar atento as questões do sofrimento mental. (P9)

Conforme Braga et al (2020) apoios como o do NASF fortalece o trabalho coletivo e proporciona maior segurança no tema da Saúde Mental.

Além disso, “o NASF foi criado com o objetivo de ampliar a abrangência e a resolutividade das ações da Atenção Primária em Saúde e de facilitar o acesso da população à assistência em saúde mais abrangente, evitando encaminhamentos a outros níveis de atenção” (SANTOS; UCHÔA-FIGUEIREDO; LIMA, 2017, p. 703).

Ao estimular e facilitar o contato direto entre a equipe de referência e o especialista de apoio, o Apoio Matricial altera o papel das Centrais de Regulação, reservando-lhe uma função na urgência. Nessa direção, a decisão de encaminhar um caso para o serviço especializado seria, em última instância, tomada de maneira conjunta, entre profissional de referência e apoiador. Tendo o regulador à distância, a função de acompanhar e avaliar a pertinência da decisão e

tomá-la somente em situações de urgência quando não houvesse tempo para a referência e o Apoio Matricial estabelecerem contato (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Enquanto as discussões realizadas nas reuniões de Apoio Matricial repercutiam num Cuidado em Saúde Mental na ESF mais resolutivo, pois a partir de um olhar ampliado e interdisciplinar sobre os problemas de Saúde Mental era possível perceber quais eram as necessidades das usuárias e traçar uma estratégia contextualizada, gerar encaminhamentos para serviços especializados de usuárias que poderiam ter suas demandas resolvidas por meio do Apoio Matricial tem como consequência o aumento da demanda reprimida, uma vez que após serem encaminhadas, as usuárias entrarão em uma fila de espera para atendimento.

[...] as vezes são casos que requer mais tempo de discussão porque [...] tem muitas coisas envolvidas. Questão social [...] mental, as vezes clínica, as vezes vem uma gestação junto. (P4)

[...] se o NASF sair agora vai fazer muita falta, porque daí tu vai encaminhar o paciente [...] E até ele ter retorno daquele encaminhamento, vai demorar mais um tempo. A situação vai se agravar ou não. E vai demorar ainda mais. Aqui eu acho muito rápido. Tu veio, matriciou, se precisa marcar com o psiquiatra ou alguma coisa... Já indica a receita com a medicação que deve ser passada, se precisa marcar uma consulta de saúde mental para ir acompanhando e está feito. Se tu ver que resolveu continua, se não a gente vai partir para outro método. E vai ser uma perda bem grande em relação a esse tipo de conduta. (P3)

[...] com o apoio matricial na Atenção Primária, com o NASF as demandas de saúde mental, elas começaram a brotar. O que a gente tinha antes? A gente tinha uma história de uma demanda reprimida que não era acolhida justamente como uma defesa dos profissionais da Atenção Primária por não saber o que fazer, nem aonde botar esses pacientes, nem como dar conta. E o matriciamento ele simplesmente expôs tudo isso, ele aflorou. E aí a insistência, o questionamento, a pergunta, instigar essa questão é que foi trazendo [...] já que tem lugar para a gente tratar disso bom, então vamos nos dar conta que isso existe e vamos tratar. (P9)

O Apoio Matricial na Atenção Primária à Saúde qualifica as intervenções em Saúde Mental, a partir de uma relação da equipe de referência com o apoiador sustentada em valores como o vínculo, a confiança, a honestidade e a humildade, tendo como princípios profissionais a interdisciplinaridade, o acolhimento, o vínculo, a integralidade do cuidado, a resolutividade, a acessibilidade e a longitudinalidade, convergindo com os princípios e diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica (HIRDES, 2015).

Nesse contexto, a qualificação profissional, a confidencialidade e o interesse em qualificar a atenção em Saúde Mental, proporciona uma relação com os usuários pautada na humanização, na motivação para o atendimento, no respeito, no vínculo e na centralização na pessoa e não nos sintomas (HIRDES, 2015).

Diante da vulnerabilidade programática produzida pelo desmanche do NASF, concordo com Braga et al (2020) ao dizer que:

[...] o contexto político atual indica caminhos para sucateamento e retrocessos no modo da atenção psicossocial focado no sujeito e suas complexidades, contribuindo para persistência ao modelo tradicional de psiquiatria embasado por ações restritas a medicalização, diagnósticos, sinais e sintomas (BRAGA et al., 2020, p. 14).

Para o autor construir uma atenção integral à saúde que reconheça o campo psicossocial como fundamental para toda e qualquer ação assistencial e de promoção, requer uma composição gerencial, clínica, ética e política na qual a intersubjetividade, a participação e a articulação intersetorial sejam prioridades (BRAGA et al., 2020).

Para as profissionais um dos desafios a serem enfrentados para agregar qualidade ao Cuidado em Saúde Mental na ESF, está relacionado à perda do espaço de Educação Permanente em Saúde (EPS) que o NASF proporcionava para a equipe a partir das discussões de caso e dos atendimentos compartilhados.

[...] vai prejudicar muito a educação permanente da equipe. Porque o NASF, o matriciamento é uma forma de educação permanente [...] é uma forma da equipe discutir os casos, de ajudar a equipe a conseguir abarcar muito mais pacientes que não iria conseguir sem o NASF. E aí o que a gente faz se nós não temos mais um apoio, uma discussão de caso? [...] E, até para ajudar as pessoas a [...] ficarem mais tranquilas no atendimento, não ter tanta insegurança. Porque a insegurança vem as vezes do que a gente não consegue... do conhecimento. (P4)

[...] eu acho que o prejuízo maior vai ser realmente na questão da educação permanente. [...] o matriciamento através dessas duas ferramentas que é a discussão de caso e o atendimento compartilhado ele promove a educação permanente [...] a educação permanente no matriciamento é um grande diferencial que corre o risco de se afrouxar ou de se diluir um pouco mudando a dinâmica e a intensidade. (P9)

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi instituída por meio das Portarias GM/ MS nº 198/2004 e GM nº 1.996/2007 (BRASIL, 2004b; BRASIL2007b). Diferente da Educação Continuada que utiliza metodologias tradicionais de ensino, a EPS no contexto das ações de saúde, tem o processo de trabalho como objeto de transformação. Isto é, as soluções para os problemas são buscadas em conjunto com a equipe, a partir da reflexão crítica dos profissionais sobre o que está acontecendo no cotidiano dos serviços (FERREIRA et al., 2019).

Assim, o Apoio Matricial é um potente espaço de EPS que gera condições de possibilidades para pensar outros modos de realizar o Cuidado em Saúde Mental no território, transformando saberes e práticas e, conseqüentemente, ações programáticas qualificadas para atenção às vulnerabilidades.

É importante que os serviços de saúde estejam implicados com a busca pelo conhecimento em Saúde Mental (ROTOLI et al., 2019). Diante disso, a EPS proporciona que a formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde sejam de forma reflexiva, participativa e contínua, voltada para as necessidades dos serviços e das pessoas, fortalecendo o elo entre gestores, intuições de ensino, equipes de saúde e a população na melhoria da qualidade do sistema de saúde (FERREIRA et al., 2019).

Segundo Ferreira et al (2019) são pontos frágeis e dificuldades para a realização das iniciativas de EPS na Atenção Primária à Saúde a sobrecarga de trabalho e o quadro pessoal aquém do necessário, a falta de planejamento para a realização das ações de EPS, a não valorização da EPS pela gestão e as características inadequadas das iniciativas de EPS desenvolvidas, ou seja, descontextualizadas da realidade do serviço.

Com relação aos desafios para efetivar ações de EPS em consonância com as diretrizes da PNEPS, o estudo da autora evidenciou: a falta de ferramentas que auxiliem o gestor a operacionalizar o proposto na Política, a necessidade de articulação entre os níveis de gestão, a falta de profissionais qualificados e de adesão desses para as atividades educacionais, a falta de planejamento pelos gerentes de unidades, a rotatividade dos profissionais devido ao vínculo superficial com o serviço, a baixa participação popular e a fragmentação do trabalho por profissões (FERREIRA et al., 2019).

Corroborando com isso, as respondentes avaliaram como desafios para realizar ações de EPS na ESF, a falta de espaços de discussão e reflexão sobre Saúde Mental e a não valorização da EPS pela gestão municipal.

Muito pouco se fala em saúde mental como a gente faz aqui na atenção primária. Não é foco. (P3)

[...] eu acho que a atenção primária precisa ter essa educação permanente em saúde mental. É algo frágil dentro da atenção primária, bastante frágil. A questão municipal é que não está ajudando em nada. [...] eles não apoiam muito a educação permanente [...] não estão querendo mais o NASF. [...] a gestão municipal não facilita nada. Pelo contrário, está dificultando muito o acompanhamento desses pacientes, a qualidade do atendimento deles. Tudo aquilo que o Caderno do Ministério propõe, dessa educação permanente, dessa educação continuada, [...] isso está indo por água abaixo [...] um horror. (P4)

[...] quando toca para o governo, ferrou tudo. (U3)

Quando presentes, os espaços de reflexão e discussão participativa sobre Saúde Mental eram promovidos em conjunto pelas as profissionais da ESF e a psiquiatra do NASF.

[...] ela (psiquiatra) sempre traz uma coisa nova e ela trazia dinâmicas, umas brincadeiras que tu conseguia compreender, sabe? [...] as vezes tu não te dá conta e são algumas palavras, algumas perguntas que tu não está acostumada a fazer para aquele usuário e que te abre a mente totalmente sobre o que tu está lidando. (P2)

O pessoal gostou muito. Nunca tinham tido essas capacitações, nem conheciam o protocolo do Ministério, o Caderno de Atenção Básica da Saúde Mental. A gente usou dinâmicas participativas, coisas que eles interagem. Não era eu e ela palestrando. A gente falava um pouco sobre determinado assunto, depois o resto vinha deles. (P4)

Diante disso, apesar da vulnerabilidade programática produzida pela falta de espaço de discussões para qualificar o Cuidado em Saúde Mental no território e a não valorização do planejamento de ações de EPS pela gestão, as profissionais a partir das necessidades do seu contexto de trabalho criam meios de produzir estratégias que ampliem as formas de enfrentamento das situações de vulnerabilidade, com vistas a “fortalecer a abordagem psicossocial na vida do usuário, mesmo em meio a normas e portarias ministeriais que vem desconstruindo políticas públicas de inclusão e reforçando o modelo de contrarreforma psiquiátrica” (BRAGA et al., 2020, p. 15).

Após acompanhar a repercussão do desmanche do NASF para as profissionais da ESF, durante o processo avaliativo participei da reunião em que foi apresentada para as equipes de saúde a nova organização do Apoio Matricial e do acesso aos serviços especializados de Saúde Mental proposta pela gestão.

Com relação às mudanças no processo de Apoio Matricial, este passará a ser realizado nas Unidades de Saúde que a Gerência Distrital e a equipe especializada julgarem ser necessário. As Unidades que não forem definidas como prioritárias receberão retaguarda telefônica da equipe especializada e via Telessaúde RS (BVAPS, 2019).

A proposta da gestão municipal é que sejam realizados encontros mensais em um turno para atividades como discussões de casos, consultas compartilhadas implementação de grupos, mapeamento e articulação com o serviço social. Sendo a Equipe de Saúde Mental Adulto (ESMA), a Equipe Especializada em Saúde da Criança e Adolescente (EESCA) e o CAPS os serviços responsáveis pelo Apoio Matricial (BVAPS, 2019).

Desse modo, as psiquiatras, as psicólogas e as assistentes sociais realizarão o Apoio Matricial das usuárias adultas. Na infância e adolescências, além destas profissionais, farão parte do apoio as fonoaudiólogas (BVAPS, 2019).

Sobre os encaminhamentos para os serviços especializados de Saúde Mental que anteriormente eram decididos em conjunto nas reuniões de Apoio Matricial, passará a ser realizado via Gerenciamento de Consultas (GERCON) a partir da utilização de uma matriz de agravos com níveis de gravidade e prioridade de acesso (BVAPS, 2019).

Assim, a médica da Atenção Básica deverá classificar as usuárias de acordo com os sintomas na matriz de agravo, posteriormente este registro será encaminhado via GERCON para a regulação que terá o papel de alocar os casos para os serviços de referência conforme a matriz de agravo e o níveis de atenção (BVAPS, 2019)

Figura 9 - Fragmento da matriz de agravo e nível de atenção para adultos

Agravo/Nível de Atenção	APS	Serviço Especializado	Serviço Especializado ESMA	Serviço Especializado Ambulatório hospitalar	Serviço Especializado CAPS	Emergência / Internação
1. Transtornos Depressivos* * Condição de tratamento inicial na APS	<p>Fase do tratamento</p> <p>A. Usuário(a) com episódio depressivo inicial sem tratamento ou em estágio inicial de tratamento QJ</p> <p>Estabilidade vs. agudização</p> <p>B. Usuário(a) egresso da atenção especializada com quadro estável há pelo menos 6 meses QJ</p> <p>Acesso</p> <p>C. Usuário(a) que não consegue acessar serviço especializado por outro motivo (e.g., sem dinheiro para transporte)</p>	<p>Fase do tratamento</p> <p>A. Usuário(a) com episódio depressivo refratário (ausência de resposta ou resposta parcial a pelo menos duas estratégias terapêuticas efetivas - psicoterapia e/ou psicofármacos em dose terapêutica por pelo menos 8 semanas cada) QJ</p> <p>Sinais de gravidade</p> <p>B. Usuário(a) com episódio depressivo associado à sintomas psicóticos QJ</p> <p>C. Usuário(a) com episódio depressivo atual em paciente com episódios prévios graves (sintomas psicóticos, tentativa de suicídio ou hospitalização psiquiátrica) QJ</p> <p>D. Usuário(a) com episódio depressivo associado a transtorno grave por uso de substâncias (i.e., interferência significativa nas atividades da vida diária) QJ</p> <p>E. Usuário(a) com ideação suicida</p>	<p>Críticos de encaminhamento para Serviço Especializado E:</p> <p>Necessidades específicas</p> <p>A. Necessidade de participação em grupos de atenção psicossocial QJ</p> <p>B. Conflitos interpessoais importantes com necessidade de atendimento em psicoterapia QJ</p> <p>C. Necessidade de encaminhamento de demandas de assistência social (e.g., BPC) QJ</p> <p>Acesso</p> <p>D. Usuário mora próximo a alguma ESMA</p>	<p>Críticos de encaminhamento para Serviço Especializado E:</p> <p>Necessidades específicas</p> <p>A. Necessidade de utilização de estratégias farmacológicas complexas (e.g., IMAO, etc.) QJ</p> <p>B. Comorbidades clínicas importantes com potenciais implicações para tratamento farmacológico QJ</p> <p>Acesso</p> <p>C. Usuário(a) mora próximo a algum ambulatório hospitalar</p>	<p>Críticos de encaminhamento para Serviço Especializado E:</p> <p>CAPS II - Funcionalidade</p> <p>A. Perda funcional relacionada ao comprometimento psíquico que necessita de reabilitação psicossocial intensiva QJ</p> <p>B. História de três ou mais internações no último ano QJ</p> <p>CAPS AD - Comorbidade A&D</p> <p>C. Comorbidade com transtorno grave por uso de substâncias (i.e., interferência significativa nas atividades da vida diária)</p>	<p>Sinais de gravidade</p> <p>A. Risco de suicídio elevado QJ</p> <p>B. Risco de hetero-agressão elevado QJ</p> <p>C. Sintomas psicóticos agudizados QJ</p> <p>D. Agudização do quadro do transtorno mental</p>

Fonte: Biblioteca Virtual da Atenção Primária à Saúde (BVAPS) – Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, RS.

Figura 10 - Níveis de prioridade para acesso ao serviço especializado via Gerenciamento de Consultas - GERCON

GERCON	
Agendas: SAÚDE MENTAL ADULTOS e SAÚDE MENTAL A&D	
Prioridade	Critério
1	Atribuído pelo regulador para situações de extrema prioridade
2	Alta de hospitalização por transtorno mental nos últimos 60 dias?
2	Tentativa de suicídio nos últimos 6 meses? <i>*Nota: Plano suicida indica necessidade de avaliação na emergência</i>
3	Pessoa em situação de rua, abrigo ou residencial terapêutico?
3	Exposição à violência sexual com sofrimento mental atrapalhando atividades diárias nos últimos 6 meses?
3	Transtorno mental em gestante?
4	Automutilações no momento da avaliação?
4	Sintomas psicóticos (delírios e/ou alucinações) no momento da avaliação?
4	Caso discutido com equipe de saúde mental de referência ou por meio de teleconsultoria?
5	Nível elevado de dependência (não consegue realizar atividades do dia a dia)?
5	Refratariedade dos sintomas a duas ou mais estratégias medicamentosas com tratamento otimizado?
5	Dificuldade financeira no deslocamento para serviços fora do território?

Fonte: Biblioteca Virtual da Atenção Primária à Saúde (BVAPS) – Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, RS. A avaliação foi avaliada como um obstáculo para o planejamento de atividades educacionais, reforçando a vulnerabilidade programática. Os espaços de discussão conjunta oportunizavam às profissionais renovar seus conhecimentos, refletir sobre as fragilidades e os

desafios presentes no cotidiano de trabalho, buscando estratégias para qualificar o Cuidado em Saúde Mental. No contexto da ESF, esses espaços foram obstruídos por ações verticalizadas de gestores que desconhecem a realidade dos territórios das unidades de saúde. Bem como a vivência/experiência das profissionais que estão em ação.

Nesse novo formato não vai haver espaço para esses outros momentos, momentos de estruturar uma capacitação, de fazer uma oficina, porque os horários vão ficar mais restritos e vão ficar mais focados no atendimento ao paciente. Essa ferramenta da capacitação ou da oficina, ela vai deixar de existir e ela é uma forma de tempos em tempos lembrar a equipe de que eles precisam atender essa demanda e podem se sentir à vontade de perguntar e de buscar informações e de tentar renovar o seu conhecimento [...] as coisas elas nunca ficam prontas, elas precisam sempre estar sendo revistas, repensadas, tudo é dinâmico. A gente as vezes acha que resolveu, mas depois aquilo volta a ser um problema e o que antes não era um problema passa a ser um problema, porque é uma questão de contexto. Essa continuidade do olhar para a saúde mental com apoio, com momentos de instigar, com momentos de promover... (P9)

A qualidade do Cuidado em Saúde Mental requer a articulação das três dimensões da Vulnerabilidade (individual, social e programática), visto que os projetos de felicidade das usuárias podem ter como obstáculo o diagnóstico, mas também questões relacionadas ao contexto sociocultural, às relações familiares, aos recursos econômicos, às redes de apoio, às políticas públicas, ao acesso aos serviços de saúde, à comunicação entre os serviços da RAPS, etc. Nesse sentido, pensar Saúde Mental significa pensar as relações presentes nas histórias de vida das pessoas. Relações essas que necessitam de diferentes olhares profissionais e, por isso, não deveriam ser avaliadas a partir de uma classificação estática.

Retomando as três qualidades indissociáveis da Vulnerabilidade como conceito, é importante ressaltar que ela é multidimensional, não responde a um modelo “sim ou não” e implica em dimensões e graus que mudam constantemente (AYRES et al, 2009).

Assim, classificar as estratégias de Cuidado às usuárias dentro dos critérios de uma matriz de agravo, possibilita que se atinja o êxito técnico, mas não o sucesso prático, visto que este prioriza o diálogo no encontro cuidador onde as decisões são tomadas de modo compartilhado, sobretudo considerando as necessidades e a participação ativa das usuárias vistas como cidadãs de direito.

Além disso, elaborar estratégias para o enfrentamento das situações de vulnerabilidade tendo como objetivo um Cuidado longitudinal, integral e humanizado exige que as profissionais tenham espaço para compartilhar conhecimento e experiências, rever e repensar suas ações. Para isso é importante a valorização das iniciativas de EPS, pois “além do aperfeiçoamento, a EPS

possui potencial político, no qual precisam ser concebidos o quadrilátero da formação¹⁷, a construção da cidadania e o aprender na, pela e para a prática” (LIMA; RIBEIRO, 2016, p. 493).

Para Garcia Jr e Duarte (2017, p. 218) “o uso de quantificações no campo da Saúde Mental e na gestão de riscos psiquiátricos vão estabelecendo a medicalização do sofrimento e, sobretudo, um mercado econômico de produção de subjetividade e de consumo de psicotrópicos.”

Nesse contexto, é importante avaliar as formas sutis como o modelo manicomial permeia as ações programáticas no campo da Saúde Mental. Ações que geralmente são traduzidas como mudanças para o bem dos serviços, como únicas alternativas viáveis ou como o que é possível ser feito. Ademais, raramente a escuta das usuárias estão incluídas nessas ações.

Realizar um estudo avaliativo participativo possibilita pensar outros modos de agir em/fazer Saúde Mental.

Neste processo avaliativo, além dos seus familiares, as usuárias avaliaram a ESF como apoio para o Cuidado em Saúde Mental.

O vínculo e a confiança possibilita que as usuárias para além dos sintomas, expressem questões relacionadas aos seus contextos sociais e histórias de vida, configurando a ESF um espaço acolhedor. Desse modo, o diálogo estabelecido na relação de Cuidado possibilita que as profissionais avaliem as vulnerabilidades que permeiam o contexto de vida das usuárias, para que elas possam ter acesso a outros recursos, por exemplo a Assistência Social.

Tu é bem tratada [...] tu sabe que tu pode contar. (U2)

[...] eu não falo com ninguém de fora, se não tem vocês (ESF) não tem ninguém para falar, as vezes tem coisa que eu nem digo para os meus filhos, nem para a minha mulher. (U6)

Eles (ESF) me ajudam assim, qualquer coisa que eu preciso, é uma consulta, é uma remédio para eu tomar [...] um leite, uma fralda. É só o Posto mesmo. (U9)

[...] o único apoio que eu tenho é de mim mesma e do Posto. Eles ajudam muito, dão uns remédios para ele, uns calmantes para ele, e ele gosta delas, ele gosta muito delas. (UF12)

¹⁷ “O quadrilátero da formação para a área da saúde corresponde ao ensino / gestão setorial / práticas de atenção / controle social. Neste estão aspectos éticos, estéticos, tecnológicos e organizacionais, operando em correspondência, agenciando atos permanentemente reavaliados e contextualizados” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 59).

A Atenção Básica é orientada tendo em vista o atendimento a territórios específicos e não a agravos. Pode ser um espaço perene de encontros e diálogos permeados por trocas intersubjetivas capazes de produzir relações, promover a comunicação e a construção de redes (AYRES et al., 2012).

Frente a isso, o Cuidado desenvolvido de forma integrada vai de encontro à fragmentação na forma de especialidades, prioriza o reconhecimento das necessidades sociais de saúde dos indivíduos e grupos e o compromisso com a produção de saúde e cuidado integral (AYRES et al., 2012).

Desse modo, a construção de espaços efetivamente acolhedores e de ações programáticas eficazes requer interesse dos trabalhadores e gestores, e investimento em caminhos para a prática da integralidade. Exige processos de gestão que potencializem o trabalho multiprofissional, transdisciplinar e intersetorial, bem como encontros orientados para a problematização das situações cotidianas do serviço com o intuito de qualificar os atendimentos prestados (AYRES et al., 2012).

Ayres et al (2012) destaca que não podemos esquecer que a natureza e a qualidade da produção de Cuidado que promove encontros, diálogos e trocas intersubjetivas não é material (um produto palpável, como um medicamento, por exemplo), mas imaterial (serviço, encontro), sendo uma forma de fazer e refazer os modos de pensar e agir em saúde.

Com relação ao apoio familiar, este é realizado através da escuta, como também no auxílio às usuárias que não são alfabetizadas para que realizem seus Cuidados em Saúde Mental.

Principalmente o apoio da família. (U5)

Me ajudam (familiares) em vários sentidos, conversam muito comigo, dão vários conselhos. (U6)

Estudei até a primeira (primeira série do ensino fundamental) e sei ler muito pouco. [...] eu peço para minha guria mais velha me orientar, ela sabe tudo direitinho (UF8).

A família é um importante recurso na rede de apoio informal (comunidade, amigos, vizinhos, familiares) e, por vezes, proporciona articulações para a efetividade do Cuidado fornecido pela rede de apoio formal (serviços de saúde). Na atenção psicossocial, o protagonismo da família no processo de Cuidado em Saúde Mental e sua inserção nos serviços de saúde podem intensificar os laços afetivos e auxiliar as pessoas com transtornos mentais em suas relações sociais, sendo importante para a efetivação do processo de desinstitucionalização (SIQUEIRA et al., 2018).

Em vista disso, é fundamental que os profissionais acolham as famílias, fornecendo suporte de maneira que se sintam fortalecidas e amparadas para continuar sendo a rede de apoio informal das pessoas com transtornos mentais (SIQUEIRA et al., 2018).

Outros desafios avaliados pelos grupos de interesse que configuram componentes de vulnerabilidade programática foram a importância da corresponsabilização/comprometimento das usuárias no Cuidado em Saúde Mental; a falta de grupo de Saúde Mental e a escassez de recursos sociais presentes no território.

As profissionais da ESF buscam ser flexíveis nos atendimentos, procurando por meio do diálogo priorizar as necessidades de Saúde Mental das usuárias. Porém, avaliam como importante para o Cuidado que as usuárias também se sintam responsáveis pelo seu tratamento e não deleguem para a equipe de saúde toda a responsabilidade pela sua melhora.

A gente tem que ter essa flexibilidade, por um lado eu acho importante que o usuário também se acostume a ideia de se responsabilizar quanto mais ele puder pelo seu autocuidado. [...] não delegar para a equipe de saúde toda a responsabilidade da sua melhora, do seu tratamento. [...] nesse sentido, o usuário poder se organizar para vir em consultas, para vir fazer atividades, para vir em um grupo é importante, então a gente não pode perder isso de vista. Eu entendo isso como parte do processo do autocuidado. (P9)

A Reforma Psiquiátrica contrapõe a ideia de usuário do tipo ideal e submisso que segue as prescrições sem questionar os procedimentos. Nesse sentido, o termo Cuidado para além do termo clínica, amplia o campo do agir em saúde, pois a partir das tecnologias relacionais, o cuidado não é restrito aos especialistas, sendo responsabilidade de todos os trabalhadores de saúde, dos usuários e de suas famílias (PEREIRA; FEUERWERKER, 2018).

É importante reconhecer que o usuário é gestor de sua vida e, desse modo, também produz cuidado para si, expectativas para ser cuidado e saberes sobre o cuidado. Por outro lado, o profissional da saúde também produz expectativas ao cuidar. O consenso não é uma regra, nem sempre os planos dos usuários e dos trabalhadores coincidem (PEREIRA; FEUERWERKER, 2018).

Dessa forma, “construir vínculo é um processo dialético de corresponsabilização, de empoderamento do usuário para seu autocuidado, com garantia de que os serviços estejam de portas abertas, garantindo atendimento efetivo às necessidades de saúde da população” (SANTOS; ROMANO; ENGSTROM, 2018, p. 12)

É relevante pontuar que em territórios vulneráveis outros fatores podem influenciar na corresponsabilização das usuárias no Cuidado em Saúde Mental.

No contexto estudado, de modo geral as usuárias não sabem seus diagnósticos e um fator que reduz a acessibilidade de informação é o fato de algumas usuárias não serem alfabetizadas, apresentando dificuldades para compreender seus diagnósticos, saber os nomes das medicações e as possibilidades de tratamento.

Nesse sentido, não ter Grupo de Saúde Mental voltado para as pessoas com transtornos mentais na ESF foi avaliado como um componente de vulnerabilidade programática, pois os Grupos são importantes espaços de educação em saúde e troca de experiências.

Para as respondentes, a importância do Grupo situa-se em ser um espaço de acesso à informação sobre a Reforma Psiquiátrica, suas Leis e Portarias. A partir da vivência do outro, as usuárias podem aprender a lidar com as situações de crise, conhecendo mais sobre os transtornos mentais e ter um espaço para falar sobre seus sofrimentos.

[...] ter esse espaço, voltar a investir mais em grupos, em educação [...] dar uma estrutura um pouco melhor para eles entenderem o problema, entenderem o que eles têm, o que precisam tratar e o que aquilo vai resultar de bom. (P3)

[...] é o momento que a gente conversava [...] era o momento que eles tinham para partilhar a vida. (P4)

Seria bom, a gente desabafa tudo que tem para desabafar, afasta toda magoa, todo choro, incentiva as pessoas. (U2)

[...] a gente tem que aprender a lidar com isso, com a depressão. (U5)

Não conheço leis. Acho que deveria sim ter uma conversa sobre isso, a pessoa ficaria mais informada, para não ficar na dúvida, para saber para que tem isso, para que serve aquilo. (UF11)

[...] para ver a situação de um, a situação da outra, como se faz, como é que ela faz [...] Conversar com a família para ver como proceder naquele momento do surto, naquele momento da brabeza deles. (UF12)

Corroborando com isso, a organização do grupo de tabagismo que é desenvolvido na ESF vai ao encontro das necessidades avaliadas acima, pois configura-se um lugar de produção de subjetividade, de encontro de histórias de vida e de projetos de felicidade.

[...] a gente trata de pessoa para pessoa e cada um com a sua história. E sim, todos tem a sua história e é isso que a gente divide no grupo. [...] a gente sempre tem uma troca muito rica. [...] Eu acho que é por isso que as pessoas gostam de ir e acabam aderindo ao tratamento. Não tem nada além, não é dado medicação a mais, não. (P8)

A ESF já contou com um Grupo de Saúde Mental, entretanto, este teve suas atividades encerradas pelos seguintes motivos: ter a organização do grupo como atribuição somente da profissional enfermeira e por mudanças na forma de condução do grupo, por exemplo, ser espaço de renovação de receitas. Sendo esta estratégia avaliada como não benéfica para o grupo.

A mudança referida passou a ocorrer a partir da inserção de médicos na equipe que conduzia os grupos.

Ademais, como barreira programática para a realização de Grupos de Saúde Mental, as profissionais avaliaram a gestão centrada no modelo biomédico, onde ações desenvolvidas fora dos consultórios são tidas como menos relevantes.

Tudo é ao redor da enfermeira. [...] é o enfermeiro que sempre tomou conta, tomou frente. [...] Ligar a receitas eu não achei bom. [...]. Eles achavam que a adesão ia ser maior [...] e não teve. Porque eu acho que eles (usuários) sentiram que perderam um pouco. A reunião ficou menor, o assunto era muito direcionado. Um dia se falava de depressão, outro dia de tristeza [...] Nós não tínhamos isso, a gente não falava sobre isso, a gente falava do que o grupo trazia. "Como é que foi a tua semana?" "Quem é quer falar?". Se traziam alguma coisa que ficou triste, chorou, tudo bem. (P4)

[...] é uma visão de gestor, a nível de prefeitura, de que médico e enfermeiro tem que estar atendendo consulta e que grupo é menos importante. (P7)

Conforme estudo realizado em uma ESF do município de Porto Alegre, os temas mais discutidos no Grupo de Saúde Mental foram a família, o sofrimento psíquico, a rede de apoio e a violência. Evidenciando a importância dos Grupos para que as profissionais possam compreender as situações que causam sofrimento psíquico nas pessoas de acordo com suas realidades (SILVA; HATZENBERGER, 2016).

Assim, os Grupos de Saúde Mental na Atenção Básica constituem um dispositivo da Reforma Psiquiátrica, pois ao promoverem rupturas nas formas que os participantes se cuidam, possibilitam que se reconheçam enquanto corresponsáveis pelo seu tratamento e pelo seu modo de ser. Quando desenvolvido na perspectiva da Atenção Psicossocial, o Grupo promove mudanças na relação dos usuários consigo mesmo, com o tratamento e com a lógica dos especialismos na Saúde Mental (MINOZZO et al., 2012).

A Saúde da Família é um dos contextos favoráveis à Atenção Psicossocial e ao desenvolvimento de ações que resgate a singularidade de cada usuário, incentivando seu protagonismo. Em consequência disso, rompendo com a lógica de identificação dos sujeitos com a doença e com a concepção de cura restrita à solução medicamentosa (MINOZZO et al., 2012).

No que concerne aos obstáculos avaliados para o desenvolvimento do Grupo de Saúde Mental na ESF, como centrar as ações em uma única profissional, inserir a prescrição de receitas médicas nas atividades e a falta de apoio da gestão, podem ser compreendidas como reflexo da herança do modelo clínico hegemônico perpetuado nos serviços de saúde, “indicando que vigoram ainda paradigmas simplificadores do sofrimento humano que esvaziam a escuta

do sofrimento e suas consequências na vida concreta do usuário em prol de uma supervalorização do diagnóstico, na busca de respostas queixa-conduta” (MOREIRA; ONOCKO-CAMPOS, 2017, p. 471).

Diante do processo avaliativo apresentado até aqui é importante pontuar que para um Cuidado em Saúde Mental que valorize os projetos de felicidades das usuárias, é relevante que também se avalie os recursos sociais existentes no território da ESF.

Conforme os grupos de interesse faltam incentivos que oportunizem uma melhor qualidade de vida para as usuárias. Isto é, o acesso a outras oportunidades que possibilitem às usuárias pensarem seus projetos de vida e de Cuidado para além do serviço de saúde é reduzido.

[...] a rede comunitária, a rede de possibilidades, de recursos sociais. [...] para que esse usuário tenha uma busca de alívio do seu sofrimento com outras condições que não seja só o atendimento em saúde, a medicação e a escuta e a psicoterapia, enfim. Mas que ele possa pensar [...] em metas de vida, um objetivo, o que deseja para si, qual o sentido da sua existência e ter como acessar essas oportunidades. Então, o acesso a oportunidades na vida para a população que a gente está acostumada aqui a tratar, ele é restrito, ele é difícil [...] Mas aí depende muito dos recursos sociais, também (P9)

Acho que só falta isso, que incentivem as pessoas, que ajudem. [...] dar curso para as pessoas [...] Para a pessoa que está doente, feito eu assim, dar um incentivo, ajuda, de repente ele sai dessa, só precisa de um empurrão. [...] Eu mesmo tenho vontade de ajudar os outros, para ver se eu melhora mais [...] Por exemplo, vou para uma cozinha. Isso é o que eu sei ensinar para eles. (U6)

A humanização defende o reestabelecimento da dignidade humana, sendo imprescindível considerar as condições de vida e de trabalho das pessoas que interferem em suas situações de saúde (SATO; AYRES, 2015; NETO; DIMENSTEIN, 2017). Cuidar na perspectiva psicossocial demanda ampliar o conceito de saúde, levando em conta as diferentes determinações que produzem as situações de vulnerabilidade programática no Cuidado em Saúde Mental.

Nesse sentido, a partir da Reforma Psiquiátrica o lugar das ações de Cuidado passou a ser o território de vida do sujeito. Um lugar dinâmico, vivo e de inter-relações que se dão a partir dos modos de viver; das subjetividades produzidas que modulam as percepções e a compreensão sobre o lugar; dos valores sociais, econômicos, políticos e culturais produzidos. Bem como, por meio das práticas cotidianas que dão sentido ao lugar que se habita (LIMA; YASUI, 2014).

Assim, organizar os serviços de saúde para que operem na lógica do território, significa “encontrar e ativar os recursos locais existentes, estabelecendo alianças com grupos e movimentos de arte ou com cooperativas de trabalho, para potencializar as ações de afirmação das singularidades e de participação social” (LIMA; YASUI, 2014, p. 603).

Por fim, concordo com Lima e Yasui ao dizerem que “organizar um serviço substitutivo que opere segundo a lógica do território é olhar e ouvir a vida que pulsa nesse lugar” (LIMA; YASUI, 2014, p. 597).

6.5 Participação social

A participação social é um dos princípios fundantes do SUS. Nesse sentido, as políticas de Saúde Mental e a Reforma Psiquiátrica têm relação direta com a Reforma Sanitária e com a construção do estado democrático. No âmbito da Reforma Psiquiátrica a articulação com a sociedade e com os movimentos sociais foi e continua sendo uma questão importante e preocupante para a atenção psicossocial (AMARANTE; NUNES, 2018).

O processo de participação social na Reforma Psiquiátrica foi marcado pelo protagonismo dos movimentos sociais.

Inicialmente pela constituição do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) em 1978, que num contexto de denúncias de maus tratos e violação de direitos humanos, marcadas pelo regime de isolamento das instituições psiquiátricas, lutou pela reformulação dos serviços de saúde mental e pela criação de modalidades assistenciais de base comunitária e territorial (SILVEIRA; BRANTE; STRALEN, 2014).

O MTSM possibilitou entre outras coisas, a articulação dos militantes com importantes personalidades internacionais, tais como Robert Castel, Felix Guattari e Franco Basaglia; a organização de Comissões de Saúde Mental; a aproximação com o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e com a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) e a realização do I Congresso de Saúde Mental em São Paulo (1979), que foi organizado pelo Movimento mesmo sem apoio financeiro (AMARANTE; NUNES, 2018).

Um dos momentos mais importantes na definição do SUS foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986. Marcada historicamente como a primeira conferência com ampla participação popular, teve três temas principais: 1) Saúde como Direito; 2) Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e 3) Financiamento do Setor (BRASIL, 1986).

A partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde foram organizadas conferências específicas, entre as quais a I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), que só foi realizada em virtude da mobilização dos participantes do MTSM, pois o Ministério da Saúde não compactuava com as ideias reformadoras, tampouco com a participação social na formulação das políticas públicas (AMARANTE; NUNES, 2018). Temas estes amplamente discutidos e defendidos na I Conferência, a partir dos seguintes temas: Economia, Sociedade e

Estado: impactos sobre saúde e doença mental; Reforma Sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental (BRASIL, 1987).

Em 1987, também ocorreu o II Congresso Internacional de Saúde Mental em Bauru, ressaltando a proposta de “uma sociedade sem manicômios” (AMARANTE; NUNES, 2018).

“Por uma sociedade sem manicômios” revela duas transformações significativas no movimento. Uma, que diz respeito à sua constituição, na medida em que deixa de ser um coletivo de profissionais para se tornar um movimento social, não apenas com os próprios “loucos” e seus familiares, mas também com outros ativistas de direitos humanos. Outra, que se refere à sua imagem-objeto, até então relativamente associada à melhoria do sistema, à luta contra a violência, a discriminação e segregação, mas não explicitamente pela extinção das instituições e concepções manicomialistas. A partir de então se transforma em Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) (AMARANTE; NUNES, 2018, p. 2069).

Assim, o Movimento da Luta Antimanicomial passa a estar presente nas conferências e audiências públicas, realizam intervenções políticas como a “ocupação” por quatro meses das dependências da Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas como resistência à nomeação de Quirino Cordeiro Junior como coordenador, organizam núcleos nas capitais e nas grandes cidades do país e com expressiva autonomia, organizam eventos próprios, corroborando com o dia 18 de Maio – Dia da Luta Antimanicomial (AMARANTE; NUNES, 2018).

Fundado com o objetivo de despertar na sociedade um pensamento crítico sobre as violências nas instituições psiquiátricas e sobre a exclusão das pessoas em sofrimento psíquico, o Dia da Luta Antimanicomial proporciona a realização de atividades políticas, científicas, culturais e sociais não somente no dia 18, mas por todo o mês de maio, sendo este considerado o Mês da Luta Antimanicomial (AMARANTE; NUNES, 2018).

Cabe destacar que o Grupo de Estudo e Pesquisa em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental (GEPESM), no qual me inscrevo, promoveu na Escola de Enfermagem da UFRGS (EEnf) duas edições da Semana da Luta Antimanicomial, em 2018 e 2019. Implicado com os processos e movimentos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, o evento trouxe ao cotidiano da EEnf experiências da Saúde Mental nos vários eixos do SUS - Atenção, Educação, Gestão e Controle Social - em consonância ao papel social da universidade. Essas duas edições contaram com a presença do serviço de geração de renda GeraçãoPoA, promoveu espaços democráticos e compartilhamento de diferentes saberes e práticas no campo da Saúde Mental, possibilitando uma participação social da comunidade acadêmica e integração com profissionais e usuários.

Frente às modificações nas Políticas Públicas de Saúde Mental, realizadas a partir de 2017, sem participação social e que legitimam o hospital psiquiátrico, ampliam as Comunidades Terapêuticas e reduzem o orçamento dos serviços substitutivos, o GEPESM se somou ao movimento de resistência. Promoveu momentos de discussão sobre as implicações dessas mudanças e se fez presente em espaços de manifestação popular como o “Loucura Livre” realizado no ano de 2019 em Porto Alegre.

Dando continuidade às Conferências, a II e a III Conferência Nacional de Saúde Mental ocorreram nos anos de 1992 e 2001 respectivamente.

A II Conferência teve os seguintes temas centrais: rede de atenção em saúde mental; transformação e cumprimento de leis e direito à atenção e direito à cidadania (BRASIL 1992).

Na III Conferência o tema central foi à reorientação do modelo assistencial, sendo discutido questões relacionadas aos recursos humanos, financiamento, controle social, acessibilidade e cidadania. Nesta Conferência foi definido que o controle social diz respeito a um conjunto de estratégias que permite o fortalecimento da autonomia e auto-organização dos usuários e familiares de serviços de saúde mental nos aspectos pessoal, interpessoal, grupal, institucional e na sociedade em geral. Além disso, também envolve a participação efetiva dos profissionais na garantia de boas condições de trabalho e na gestão democrática, pluralista e interdisciplinar dos serviços e programas de saúde mental (BRASIL, 2001). Concomitantemente à III Conferência, 2001 também foi ano em que se efetivou a Reforma Psiquiátrica com a aprovação da Lei 10.216.

A IV Conferência vai ocorrer somente em 2010, após diversas manifestações dos movimentos sociais que culminaram com a Marcha dos Usuários em setembro do mesmo ano (AMARANTE; NUNES, 2018). Tendo como tema “*Saúde mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios*”. Nesta edição foi destacada a importância da interdisciplinaridade, da intersetorialidade, da capacitação para o exercício do controle social em parceria com as universidades e da divulgação dos direitos dos usuários (BRASIL, 2010).

Outro momento importante no cenário da participação social no contexto da Reforma Psiquiátrica foi à criação da Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme) que reúne, a um só tempo, usuários, familiares, ativistas ligados às questões de etnia, gênero, sexualidade, diversidade cultural e direitos humanos, todos que estejam nos serviços ou em outros dispositivos, também os que atuam na produção de conhecimento e políticas (AMARANTE; NUNES, 2018).

A partir dessa contextualização, é possível observar que o debate sobre a participação social teve suas origens nos movimentos de reforma do setor saúde, coincidindo com período

no qual a sociedade brasileira passava pelo processo de democratização. Nesse contexto histórico-político, a participação passa a ser embasada legalmente, representando uma conquista do povo, para além dos direitos sociais¹⁸. Sendo instituída como espaço para o efetivo exercício da democracia participativa e, por isso, um espaço de prática de cidadania (GUIMARÃES et al., 2010).

Regulamentada pela Lei Nº 8.142/1990, a participação da comunidade na gestão do SUS, se dará por meio das seguintes instâncias colegiadas: as conferências e os conselhos de saúde (BRASIL, 1990).

No município de Porto Alegre além do Conselho Municipal de Saúde, situam-se os Conselhos Distritais de Saúde que estão divididos em 13 regiões e possuem a função deliberativa de planejamento, fiscalização e avaliação do Sistema Único de Saúde, na sua área de abrangência. A ESF estudada compõe o Conselho Distrital de Saúde Glória / Cruzeiro / Cristal.

Sobre a participação nas reuniões do Conselho Distrital, participa assiduamente, a coordenadora da ESF, entretanto, a participação das demais profissionais e das usuárias, foi avaliada como baixa.

[...] no Conselho Distrital participa a coordenadora. Há muita pouca participação, há muito pouco envolvimento. Tanto da equipe no Conselho Distrital, quanto da comunidade. (P4)

Como gestora da ESF, a participação da coordenadora no Conselho Distrital é fundamental, pois ela representa os interesses do coletivo, seja das profissionais ou das usuárias. Porém é importante que haja a participação de todos que compõem o cenário programático no planejamento, supervisão e avaliação das ações que irão repercutir na qualidade do Cuidado em Saúde Mental.

A respeito da participação das profissionais, as ausências foram atribuídas ao horário das reuniões que ocorrem das 19:00hs às 22:00hs e, também, por considerarem que as reuniões não caracterizam um espaço de gestão compartilhada em que predomine a representação do coletivo, já que as decisões estavam centradas na gestão municipal.

[...] são 3 horas das 7 às 10 da noite [...] é um horário bem complicado. [...] tu sai do serviço e só vai em casa se tu mora perto. Se não, tu já fica aqui até as 10 da noite direto. [...] quando a coisa vem, a coisa já vem pronta. Eles não querem muito saber a tua opinião. Já estava resolvido o que ele (prefeito) queria e pronto. [...] eles batem o

¹⁸ Conforme o Art. 6º da Constituição brasileira são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância e a assistência aos desamparados (BRASIL, 1988).

martelo e depois te perguntam se tu estás satisfeito e se tu não estás o problema é teu, também. (P2)

A participação social democrática somente torna-se possível mediante espaços que possibilitem o exercício de uma cidadania ativa, materializada na reivindicação de direitos, na elaboração de políticas públicas e na fiscalização das ações do poder público, que expressem as necessidades coletivas, expressas de forma individual. Nessa perspectiva, a persistência de estruturas rígidas e centralizadoras por parte do Estado, torna os mecanismos de participação social insatisfatórios (GUIMARÃES et al., 2010).

Das 12 usuárias que participaram do processo avaliativo, apenas duas já haviam participado das reuniões do Conselho Distrital.

O controle social só pode ser compreendido como construção de cidadania no campo da Saúde Mental, quando as decisões são descentralizadas em debates com os usuários. Como dispositivo de apropriação de saberes pelos usuários no contexto das ações em Saúde Mental na Atenção Básica, fortalece e pressiona a desinstitucionalização, tonando-se um processo social complexo que através dos espaços participativos mobiliza atores na transformação das relações de poder entre pacientes e instituições (COSSETIN; OLSCHOWSKY, 2011).

Nesse sentido, a participação social foi avaliada como não sendo uma prática no território.

As usuárias não se sentem parte de um coletivo e não se apropriam do seu papel na sociedade, o que impede que exerçam o seu protagonismo nas ações de Saúde Mental. Como consequência disso, os movimentos de participação tendem a acontecer quando “há uma sensação iminente, urgente de perda de algum benefício”, por exemplo, a falta de médicos na ESF.

[...] uma grande dificuldade dos usuários em geral e maior ainda dos usuários com problemas de saúde mental em participar, em se apropriar do seu coletivo e do seu papel na sociedade. [...] a demanda e a atuação do usuário sobre essas questões (participação social) é quando há uma sensação iminente, urgente de perda de algum benefício, então isso daí serve de estímulo. Mas uma estruturação, uma programação para pensar na frente o que é bom aqui para nós, como fazer, isso eu não vejo acontecer. E nos usuário de saúde mental menos ainda. (P9)

[...] Mas enquanto tem médico, eles pensam assim: “ah, está de boa”. (P2)

[...] para vir é quando eles precisam de médico. [...] não é uma prática que se tenha na comunidade, participação no Conselho. (P4)

Ao mesmo tempo, as profissionais avaliam criticamente a importância de incentivar a comunidade a participar das reuniões do Conselho Distrital, percebendo esse espaço como uma

possibilidade de interlocução com os representantes das instâncias que gerenciam e elaboram as políticas públicas de saúde. De outro modo, não se fazer presente faz com que os gestores considerem que não há questões a serem discutidas e reavaliadas, permanecendo com as mesmas práticas já instituídas.

E quando tem Conselho, principalmente quando é importante para a comunidade como um todo aqui, a gente sai avisando: “se puderem ir fazer solicitação, fazer presença. Precisa ir. Vai estar o secretário da saúde, vai estar o presidente o IMESF, vai estar o M, enfim. Não estar as autoridades ligadas à área da saúde e ao sistema e vocês precisam estar lá para cobrar”. Porque se não estiverem, eles vão achar que está tudo maravilhoso e não precisa de nada, segue do jeito que está. (P3)

Por muitos anos para as usuárias da Saúde Mental foi estabelecido o lugar de pessoas incapazes de gerir suas próprias vidas e, por consequência, incapazes de terem um ponto de vista sobre as situações que as rodeavam, fossem essas situações do cotidiano, sociais ou políticas. As marcas deixadas por esses discursos refletem na dificuldade que as usuárias possuem para falar sobre si e se posicionar, ou seja, não conseguem ser protagonistas dos seus direitos em relação a sua Saúde Mental.

O protagonismo diz respeito a espaços em que “os usuários possam experimentar a capacidade de pensar, sentir e decidir sobre suas vidas singulares em meio ao coletivo que constituem e que os constitui subjetivamente” (COSTA; PAULON, 2012, p. 581).

Entretanto, é necessário que se tenha uma costura do processo participativo, que em um primeiro momento pode não ocorrer nos espaços instituídos para que ele aconteça, podendo se dar, inclusive, neles. (COSTA; PAULON, 2012). Ou seja, é importante que se tenham espaços nos quais as usuárias possam avaliar e decidir sobre o planejamento e a organização do Cuidado em Saúde Mental. De modo que estes espaços coletivos também oportunizem acesso à informação para que as usuárias possam fundamentar seus pontos de vista e, assim, constituírem um processo emancipatório.

Politizar significa olhar além do nosso próprio espelho narcísico, recuperar o que nos une como excluídos por aquela parte que nos difere de “todos”, expandir uma identidade política defensiva para nos juntarmos a “toda a gente”, porque todos temos direito à liberdade de ser e sonhar. Politizar implica reconhecer que há muitos outros excluídos, diminuir a frustração individual com os limites impostos pelo contexto sócio cultural, superar a culpa de não seguir os guias para ser, culpa inconsciente das condições históricas que produziram maior vulnerabilidade e a exclusão (PAIVA, 2002, p. 35).

Contrária ao individualismo excludente, a noção de coletivo como dispositivo de inclusão favorece um tipo de participação em que há possibilidade “de todo e qualquer sujeito em algum momento, ser o primeiro a se enunciar: protagonizar” (COSTA; PAULON, 2012, p. 580).

Conforme Ayres (2007, p. 56) a importância do coletivo se dá, pois “não se vive sozinho. Estamos sempre com outros, dos quais dependemos e que dependem de nós, em variados graus e sentidos. Vivemos na polis”. São nos encontros que se vai estabelecendo ao longo da vida que as referências identitárias vão se transformando, reconstruindo continuamente a percepção do si mesmo e do outro (AYRES, 2004b).

Outra questão importante a ser discutida é sobre o quanto as usuárias se sentem partes dos espaços de participação, isto é, as reuniões do Conselho Distrital devem tratar dos assuntos a serem discutidos de modo que estes façam sentido para as usuárias. Uma vez que são as necessidades delas que as políticas de saúde devem atender.

Desse modo, a disputa de interesses e hierarquização na relação profissional-usuário, bem como o enrijecimento dos modos de conduzir o processo participativo são fatores que podem constranger o protagonismo e, conseqüentemente, favorecer a manutenção da histórica passividade dos usuários da saúde mental (COSTA; PAULON, 2012).

A possibilidade de ter um Conselho Local de Saúde na ESF foi avaliada como um facilitador na interlocução do serviço com as usuárias e com as demais organizações do território, que estariam mais presentes no serviço, podendo estimular a participação comunitária para o controle social. No entanto, participar das decisões que refletem na comunidade e se posicionar em um território de violência torna as usuárias vulneráveis, pois sem respaldo e segurança podem sofrer ameaças. Ao mesmo tempo o Conselho Local também é o espaço para tentar formular estratégias de enfrentamento dessa situação, contando com a possibilidade de interagir com outros setores sociais e com as organizações da sociedade civil.

Não temos Conselho Local. Talvez se tivesse facilitaria, porque estaria mais a comunidade aqui conosco. (P4)

Unidades que tem conselho local geralmente conseguem as coisas mais rápido, porque daí os conselheiros são pessoas da comunidade. (P7)

Na unidade de saúde, a questão do conselho local ela teve seus altos e baixos. [...] uma das coisas que interfere muito aqui é a interferência no território e na vida das pessoas do tráfico, da violência que faz com que as pessoas muitas vezes prefiram não se posicionar claramente diante das coisas, porque elas correm risco, elas sofrem ameaças, elas se expõem num ambiente que não oferece segurança. Então, elas não têm esse respaldo. (P9)

[...] me retirei (de uma reunião na comunidade), porque eu tive um atrito com uma das irmãs de um daqui da vila. (U5)

A violência é um componente entre os desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira para inserir a Saúde Mental na Atenção Básica, sendo um fator determinante no modo como as

equipes desenvolvem as ações e estratégias de Cuidado em seus territórios de referência (GONÇALVES; QUEIROZ; DELGADO, 2017). Como fenômeno complexo, envolve indivíduos, relações interpessoais, comunidade e sociedade, trazendo sentimento permanente de medo (MARI; MELLO; FIGUEIRA, 2008).

O território no qual a ESF está inserida faz parte de uma populosa vila de Porto Alegre. Uma área considerada violenta, onde a disputa pelos pontos de tráfico de drogas é a principal causa dos confrontos armados. A comunidade que é “comandada pelo tráfico”, tem seus representantes reconhecidos pelos moradores. Notadamente as usuárias evitam falar sobre as situações que presenciam, bem como evitam ser intituladas representantes do território, seja por medo de terem sua integridade física violada ou de serem expulsas da comunidade. A circulação de pessoas é livre, mas vigiada constantemente pelos “olheiros do tráfico”.

Assim, o território apresenta uma dinâmica social particular, marcada pela imposição de leis próprias. Compreender o contexto sociocultural é fundamental para entender os hábitos e costumes dos moradores e, como estes vivenciam o território e se relacionam com os serviços de saúde. Além disso, possibilita a emergência de outras formas de relação, que sejam capazes de gerar o sentimento de pertencimento necessário para o exercício do protagonismo comunitário e o cuidado em saúde mental (GONÇALVES; QUEIROZ; DELGADO, 2017).

A participação social das usuárias no Cuidado em Saúde Mental apresenta relação com o sentimento de pertencimento e protagonismo, que por sua vez, estão relacionados com o acesso e a qualidade da informação que as usuárias possuem sobre a participação comunitária, considerando o número reduzido de usuárias que tinham conhecimento sobre as reuniões do Conselho Distrital. Além disso, avaliar a participação social implicou olhar para a dinâmica de vida cotidiana das usuárias, suas relações sociais e as estratégias que torna possível viver num território marcado pela violência.

Considerando a dimensão programática da vulnerabilidade, é importante que o serviço avalie qual participação efetivamente está sendo construída na saúde mental, tendo seu debate voltado para a “participação possível” no território. Mas sem desconsiderar as discussões em torno da “participação desejável”, já que os espaços de participação social instituídos não necessariamente resultam em experiências que aprimoram e fortalecem a capacidade das pessoas de interferirem nos modos de vida e lidarem com as situações de vulnerabilidade (COSTA; PAULON, 2012, p 580).

Contudo, costurar espaços de participação, avaliar a participação possível e transformar informação em práticas emancipatórias na Saúde Mental exige articulação com outras áreas para além do âmbito estrito dos serviços de saúde. Por exemplo, o apoio à escolarização e

aquisição de competências profissionais, desenvolvimento de talentos e vocações, atividades físicas e de vivências corporais, atividades de lazer e socialização, promoção e defesa de direitos, proteção legal e policial, integração a ações de desenvolvimento comunitário e participação política, são intervenções orientadas pelo Cuidado em saúde, que quando pensados tanto numa perspectiva individual, quanto coletiva requerem investimento em equipes interdisciplinares e em articulações intersetoriais para o desenvolvimento de ações no campo da saúde, educação, cultura, bem-estar social, trabalho, meio ambiente, etc (AYRES, 2004b).

Para as respondentes os espaços de participação comunitária estão cada vez mais reduzidos. Como exemplo disso, avaliaram as mudanças da gestão municipal na forma de conduzir o Orçamento Participativo, ferramenta que permitia que a comunidade fosse ouvida.

De alguns anos para trás eu acho que tinha mais abertura para a gente. [...] eu participei muito do Orçamento Participativo (OP) que era do governo. E tipo assim, a grande Cruzeiro “batia o martelo” e se resolvia. [...] isso não existe mais. O M tirou o OP. Então, a comunidade não tem mais voz para ele. Então, eu acho que o povo, nós todos tínhamos mais liberdade de se expressar e era ouvido. (P2)

O Orçamento Participativo (OP) é uma ferramenta governamental de participação democrática que possibilita que os cidadãos definam de forma direta as prioridades que devem ser incluídas no planejamento do Orçamento Público (ROSA; GOULART; TROIAN, 2018).

Em Porto Alegre fortalecido pelos movimentos sociais originados na década de 70, o OP foi implementado em 1989 na gestão de Olívio Dutra, sendo considerado referência internacional. Nesse mecanismo, as demandas que eram priorizadas nas reuniões realizadas no território, eram contabilizadas no orçamento do Executivo. Em média 10% do orçamento total da Prefeitura era destinado para as discussões junto à comunidade (ÁVILA, et al, 2006).

Em 2017, na gestão do atual prefeito Nelson Marchezan as assembleias do OP foram suspensas, tendo como justificativa a falta de recursos e a discussão de um novo formato para o OP.

Em junho de 2019 foi lançada pela Prefeitura Municipal a plataforma digital do OP, na qual a população pode elencar as prioridades de investimento dos recursos públicos municipais sem, necessariamente, ter que participar das assembleias. Nesta modalidade as prioridades foram votadas a partir dos seguintes temas: Circulação, Transporte e Mobilidade Urbana; Saúde e Assistência Social; Educação, Esporte e Lazer; Cultura e Juventude; Desenvolvimento Econômico, Tributação, Turismo e Trabalho; Habitação, Organização da Cidade, Desenvolvimento Urbano e Ambiental. Posteriormente as 10 prioridades mais votadas em cada

temática foram debatidas nas assembleias (ORÇAMENTO PARTICIPATIVO DIGITAL, 2019).

O OP foi pensado para ser um catalizador da participação popular na gestão pública. Entretanto, o seu caráter contestatório tem sido minimizado, pois as formas como vem sendo conduzido tem representado uma apropriação do instrumento, com o enfraquecimento do seu papel participativo (NOVAES; SANTOS, 2014).

É preciso que os governos analisem a realidade do contexto local ao programarem novas formas de realizar o OP, pois a participação e o controle democrático da população têm por objetivo reduzir as situações de vulnerabilidade que promovem as desigualdades sociais.

Considerando o contexto avaliado, para a participação no OP, primeiramente é necessário que as informações sobre a plataforma digital implementada cheguem até o serviço e do serviço chegue até as usuárias. Além disso, acessar a plataforma exige recursos como acesso à internet, computador ou celular, ser alfabetizado e ter mínima noção de informática. Questões que se tornam uma barreira na participação social em um contexto vulnerabilidade social.

Outra questão que se perde é o contato humano, os espaços de discussões conjuntas e, por consequência disso, a população perde representatividade. Quando se refere à Saúde Mental desconstruir os espaços de participação significa fragilizar a Reforma Psiquiátrica, visto que “sem democracia o manicômio vence” (OLIVEIRA, 2019, p. 28).

Diante do desmanche dos espaços de cidadania e das barreiras que dificultam a efetivação da participação social, como as questões relacionadas à organização do serviço, ao protagonismo em Saúde Mental, ao contexto de violência e ao acesso à informação, a pesquisa vem sendo um meio de “valorização dos coletivos para o favorecimento de espaços de circulação da palavra”, valorizando os saberes locais e as especificidades de cada cenário sociocultural, principalmente em contextos de maior vulnerabilidade social e programática (GONÇALVES; QUEIROZ; DELGADO, 2017, p. 22).

Portanto, destaco a utilização do método de Avaliação de Quarta Geração desta pesquisa, que por ser uma avaliação participativa com enfoque formativo e responsivo, possibilitou que as usuárias e as profissionais determinassem quais eram as informações importantes a serem avaliadas de acordo com a realidade do contexto local. Como protagonistas do processo avaliativo puderam destacar questões e preocupações, discutir no seu coletivo (na etapa de negociação) e produzir conhecimentos para elaborar estratégias de enfrentamento das situações de vulnerabilidade presentes no Cuidado em Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família, especialmente no que se refere à vulnerabilidade programática.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Se a realidade é essencialmente construída, pode ser substancialmente modificada”
(AMARANTE, 1996, p. 21).

Esta pesquisa avaliativa participativa foi realizada mediante o referencial teórico-metodológico da Avaliação de Quarta Geração, tendo o conceito de vulnerabilidade e a noção de cuidado fundamentados nas bases teóricas do Quadro da Vulnerabilidade e dos Direitos Humanos.

Avaliar o Cuidado em Saúde Mental em uma Estratégia de Saúde da Família na perspectiva da vulnerabilidade programática proporcionou conhecer não somente uma unidade de saúde, mas identidades pessoais constituídas através de interações em seus contextos socioculturais.

Assim, foi possível conhecer os processos que levam as usuárias a se encontrarem em situações de vulnerabilidade para ocorrência de transtornos mentais e de sofrimento, bem como as interações institucionais que tanto podem produzir ou reproduzir as vulnerabilidades programáticas, quanto reduzir e proporcionar recursos para o enfretamento das situações de vulnerabilidade.

Nesse sentido, o referencial construtivista da Avaliação de Quarta Geração ao priorizar a participação ativa das profissionais e das usuárias, tendo como enfoque organizacional as suas reivindicações, preocupações e questões referente ao Cuidado em Saúde Mental, constitui um dos resultados desta tese, pois o processo avaliativo proporcionou espaço democrático de escuta, no qual foi possível realizar problematizações, levantar problemas, pensar em estratégias e refletir sobre os seus lugares e seus papéis no contexto estudado e em relação à Rede de Atenção Psicossocial.

Diante disso, é importante pontuar questões sobre os grupos de interesse e o contexto sociocultural em que a pesquisa se inscreveu.

Com relação às profissionais participantes, o predomínio foi de mulheres brancas, com ensino médio completo e pós-graduação lato sensu completa.

As usuárias participantes eram em sua maioria negras, com ensino fundamental incompleto, sem emprego formal e estavam em acompanhamento de saúde mental por depressão.

A diferença e desigualdade na relação racial e social (acesso à educação, emprego, salário e saúde integral) encontrada entre o grupo das profissionais e o grupo das usuárias,

evidencia aspectos de uma estrutura social edificada tendo o racismo como um de seus componentes.

Sobre o território, este processo avaliativo foi realizado em um território marcado pela violência em decorrência do tráfico de drogas, onde o silêncio sobre o que se vê é uma forma de proteção.

Nesse contexto, os problemas de saúde mental estão relacionados às trajetórias pessoais das usuárias, por vivenciarem situações de violência como assaltos, por serem confundidas como bandidas em abordagens policiais, pela perda de familiares assassinados, por terem sofrido violência física e psicológica, por terem vivido na rua, por terem vivências no sistema penitenciário ou ainda, por terem familiares que tentaram suicídio.

Conhecer essas especificidades das usuárias além de ser importante para que as profissionais possam elaborar as estratégias de Cuidado em Saúde Mental com foco nas suas necessidades de saúde, é fundamental para refletir politicamente sobre o lugar que elas ocupam na sociedade enquanto grupo social.

Considerando o Cuidado em Saúde Mental como um Cuidado social, que deve ser realizado preferencialmente no território, com a participação da família e, tendo a liberdade e a inclusão como premissas, realizar essa pesquisa avaliativa participativa em uma Estratégia de Saúde da Família permitiu conhecer a realidade das usuárias, suas histórias de vida e as barreiras sociais e programáticas que enfrentam para acessar os serviços de saúde e, conseqüentemente, seu Cuidado.

Tendo em vista o atual contexto histórico marcado por uma política conservadora, que fortalece o discurso manicomial por meio do desmanche de serviços de base territorial como o Núcleo Ampliado de Saúde da Família, tendo a internação psiquiátrica como principal forma de tratamento, esta pesquisa evidenciou a potência da ESF para o Cuidado em Saúde Mental, uma vez que este serviço busca organizar suas ações sustentado no diálogo, nas trocas de conhecimento e vivências que buscam a construção de suas práticas de Cuidado.

Os resultados foram apresentados a partir de uma compreensão crítica-reflexiva, permitindo avaliar a disponibilidade, acessibilidade, qualidade e aceitabilidade da ESF, sendo estes os componentes analíticos para avaliação da vulnerabilidade programática.

Conhecer as participantes deste processo avaliativo foi imprescindível para saber para quem o Cuidado seria ofertado, determinando como e com quais recursos as estratégias poderiam ser elaboradas conjuntamente com as profissionais, transformando as práticas de Cuidado em Saúde Mental.

Entre os aspectos programáticos do Cuidado em Saúde Mental, a ambiência, avaliada para além do espaço físico, como espaço de produção de subjetividade, na qual a estrutura da ESF foi avaliada como baixa confortabilidade e reduzida privacidade, interferindo na qualidade do encontro cuidador, dificultando a expressão dos sofrimentos das usuárias, bem como do seu acolhimento.

A unificação das Unidades de Saúde desorganizou o processo de trabalho da ESF, sendo avaliada como uma barreira organizacional que altera a ambiência dos serviços, prejudicando a qualidade do Cuidado, reforça a vulnerabilidade programática, uma vez que dificulta a atenção em saúde das demandas das usuárias, fortalecendo a ideia equivocada de que os serviços territoriais são ineficazes e desorganizados.

A oferta de psicofármacos foi um componente interveniente na produção de vulnerabilidade programática avaliado como reflexo da falta de planejamento do município e do Estado para a Atenção Básica. Porém, por meio de uma abordagem dialógica e associada à prescrição de medicações quando necessário, as profissionais não restringem o Cuidado à dimensão psicopatológica, pois acolhem as usuárias em seus sofrimentos e, conjuntamente elaboram meios de enfrentamento de questões que não podem ser resolvidas somente com uma prescrição de medicamentos

Nesse sentido, o Acesso Avançado e o acolhimento à demanda espontânea foram avaliados como uma forma de Cuidado que minimiza as barreiras de acesso à ESF, pois possibilita às usuárias atendimento conforme suas necessidades, tornando o serviço mais disponível, contribuindo para a aceitabilidade do Cuidado.

Do mesmo modo, a violência e o tráfico de drogas, os sintomas dos transtornos mentais, as condições sociais, a escolaridade, o estigma e o fato da Saúde Mental não ser reconhecida como prioridade na ESF foram avaliadas como barreiras de acesso ao Cuidado na ESF. Além da desorganização mental, as dificuldades nas dinâmicas familiares e os problemas sociais, agravam os problemas de Saúde Mental. Associado a isso, num contexto de violência e vulnerabilidade social, não ser alfabetizado são situações que tornam maior a dificuldade para acessar o serviço. E, as visitas domiciliares realizadas pelas Agentes Comunitárias de Saúde são ações fundamentais que minimizam essas barreiras.

A comunicação entre as profissionais da equipe e o conhecimento do território foi avaliado como um ponto forte no Cuidado em Saúde Mental, qualificando o Cuidado e trazendo sintonia para o trabalho em equipe.

Em contrapartida, a comunicação com os serviços de RAPS foi avaliada como um desafio para o Cuidado em Saúde Mental, fragilizando ações programáticas, visto que Atenção

Básica e serviços especializados de Saúde Mental trabalham de modo isolado. A participação da enfermeira da ESF nas reuniões da RAPS do Distrito de Saúde Glória/Cruzeiro/Cristal tem reduzido essa vulnerabilidade programática. Entretanto, essa participação não é reconhecida/incentivada pela gestão, caracterizando como uma barreira institucional para o Cuidado, reforçando a vulnerabilidade.

A pouca articulação com serviços intersetoriais, como os da educação, assistência social e justiça, reforça a vulnerabilidade programática, pois há falta de investimento nesses setores, refletindo nas condições de vida das usuárias e no acesso aos serviços da RAPS. Tal fato, acentua a vulnerabilidade social, contribuindo para o crescimento da violência na região.

As estratégias para Cuidado em Saúde Mental devem ter como foco os projetos de felicidade das usuárias, sendo apoiadas pelo NASF (extinto), pelas consultas conjuntas e a universidade, possibilitando um olhar ampliado e interdisciplinar sobre os problemas de Saúde Mental.

A participação social foi avaliada como uma das formas de enfrentamento da vulnerabilidade programática. Porém, o território não possui Conselho Local e a participação das profissionais e das usuárias nas reuniões do Conselho Distrital, é quase inexistente, o que repercute em fragilidade de ações programáticas de Cuidado.

Destaco, que a valorização do Cuidado no território fortalece as usuárias enquanto coletivo, o que promove acesso à informação e a emancipação. Para tal, além da escuta para um Cuidado em Saúde Mental de qualidade é necessário infraestrutura, planejamento de recursos humanos, materiais e financeiros, espaço de Educação Permanente em Saúde, articulação entre os serviços da RAPS, participação social e intersetorialidade, sendo imprescindível que as instâncias políticas e governamentais não tratem a saúde como mercadoria, privatizando e desmanchando equipes e serviços de saúde.

No que tange ao campo da enfermagem, este estudo contribui para que os profissionais e futuros profissionais valorizem a relação dialógica e o conhecimento do contexto como forma de Cuidado em Saúde Mental. E, que a resistência em ouvir as usuárias, geralmente justificada como “não ter formação para atender saúde mental”, que produz estigmas e iniquidades, seja cada vez mais problematizada, enfrentada e reduzida.

Considerando a Avaliação de Quarta Geração, o processo avaliativo realizado não se esgota ao fim do estudo, uma vez que seus resultados são oriundos de construções sociais provenientes de relações intersubjetivas em um determinado contexto. Esse contexto por ser dinâmico possibilita emergir outros questionamentos e reflexões em detrimento de respostas e verdades.

Corroborando com isso, este processo avaliativo permite sugerir outros temas a serem pesquisados com relação à Saúde Mental na Atenção Básica, entre eles, o acesso dos usuários de álcool e outras drogas à ESF; o cuidado em saúde mental na avaliação dos gestores distritais; a percepção dos serviços intersetoriais com relação à interlocução com a Atenção Básica; o acesso das pessoas em situação de rua à ESF; as trajetórias de cuidado em saúde mental de usuários da Atenção Básica, entre outros.

As limitações deste estudo estão relacionadas à etapa de negociação em que não estiveram presentes todos os participantes que compuseram o Círculo Hermenêutico – Dialético.

A ESF é um importante espaço e referência de Cuidado em Saúde Mental para as usuárias. Por estar no território e conhecer o contexto de vida das usuárias, valorizar a escuta e o diálogo, as estratégias de Cuidado das profissionais tem promovido o enfrentamento das vulnerabilidades.

Cabe colocar a inexistência de uma política compromissada com Cuidado no território, evidenciada no processo avaliativo (unificação das Unidades de Saúde e extinção do NASF). E, assinalo que ao sair do campo de estudo outras mudanças ocorram. A gestão municipal se valendo de uma ação judicial que extingue o Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF) por inconstitucionalidade, promoveu a demissão do quadro de funcionários aprovados em concurso público a fim de privatizar os serviços de saúde. O processo de transferência realizado de forma desrespeitosa, tem causado sofrimento e adoecimento nas profissionais.

Na Saúde Mental esta medida impacta no acesso, na continuidade, na qualidade e na aceitabilidade do Cuidado, visto que as usuárias terão que iniciar novamente a reconstrução de processo de confiança, de vínculo e Cuidado para o enfrentamento e resistência às Vulnerabilidades.

Nesse sentido, sintetizo os principais componentes de vulnerabilidade programática avaliados.

Primeiro destaco a falta de escuta das profissionais por parte da gestão local e apoiadores, referente às ações que afetaram diretamente a organização do processo de trabalho e foram efetuadas sem considerar a experiência e processo de trabalho das profissionais da ESF. Soma-se a isso a ausência de preocupação da gestão com o modo que as decisões impactam no vínculo estabelecido entre as profissionais e as usuárias. Como exemplo é possível citar o fato de algumas usuárias recusarem ser atendidas por profissionais de outras equipes no contexto da reorganização do território.

Como segundo componente de vulnerabilidade programática avaliado, ressalto o desmanche do NASF. Com a extinção do NASF, a equipe se sentiu desamparada, no sentido que as reuniões de matriciamento, principalmente com psiquiatra, além de serem momentos para elaborar as estratégias de Cuidado na ESF, evitando encaminhamentos para os serviços especializados de Saúde Mental, também eram espaços de escuta para o sofrimento que o processo de trabalho gerava nas profissionais. Romper esse espaço fragilizou a equipe.

Por vezes, as profissionais da equipe realizam as ações de Cuidado que dentro de suas competências estavam ao alcance na Atenção Básica. Porém, quando necessitavam de outros recursos como atendimento psicológico, passagem para transporte público, cesta básica, diálogo com o conselho tutelar, por exemplo, para qualificar o Cuidado, não havia disponibilidade e nem comunicação. Assim, na impossibilidade de ter esses e outros recursos, as profissionais mantinham os atendimentos com mais frequência, na tentativa de suprir a demanda das usuárias e, ao menos reduzir um pouco o sofrimento, proporcionando espaço de escuta.

Por fim, para que as desigualdades e vulnerabilidades existentes não sejam aprofundadas é necessário que as políticas públicas, as notas técnicas e quaisquer decisões que tenham impacto na (re)organização dos processos de trabalho, sejam elaboradas a partir da escuta das necessidades e realidades do serviço de saúde.

REFERÊNCIAS

- AGUILAR, M. J; ANDER-EGG, E. **Avaliação de serviços e programas sociais**. Ed. Vozes. Petrópolis, 312 pp. 1995.
- ALMEIDA, L. D. Suscetibilidade: novo sentido para a vulnerabilidade. **Revista Bioética**, Brasília, v. 18, n. 3, p. 537-48, 2010.
- ALMEIDA, M. M. et al. Qualidade dos registros de enfermagem em prontuários de gestantes atendidas na estratégia saúde da família: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Ciência & Saberes - Facema**, v. 3, n. 3, p. 649–658, 16 dez. 2017.
- ALMEIDA, S. L. O que é racismo estrutural? Belo Horizonte (MG): Letramento, 2018.
- AMARANTE, P. A. Rumo ao fim dos manicômios. **Mente & Cérebro**, São Paulo, ed. 164, p. 1-5, 2006.
- AMARANTE, P.; NUNES, M. DE O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 2067–2074, jun. 2018.
- AOSANI, T. R.; NUNES, K. G. A saúde mental na atenção básica: a percepção dos profissionais de saúde. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 5, n. 2, p. 71-80, 2013.
- ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1499–1510, maio 2016.
- ARAÚJO, T.; JOKURA, T. Lugar de louco é no hospício ou em casa? Disponível em: <https://super.abril.com.br/ideias/lugar-de-louco-e-no-hospicio-ou-em-casa/>. Acesso em: 4 fev. 2020.
- ARRUDA, C.; SILVA, D. M. G. V. DA. Acolhimento e vínculo na humanização do cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 5, p. 758–766, out. 2012.
- AYRES, J. R. DE C. M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 4, n. 6, p. 117–120, fev. 2000.
- AYRES, J. R. DE C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 8, n. 14, p. 73–92, fev. 2004a.
- AYRES, J. R. DE C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 16–29, dez. 2004b.
- AYRES, J. R. C. et al. Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of young people living with hiv/aids. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 96, n. 6, p. 1001-1006, 2006.
- AYRES, J. R. C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 43–62, abr. 2007.

AYRES, J. R. C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CEZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

AYRES, J. R. C.; PAIVA, V.; BUCHALLA, C. M. Direitos humanos e vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde: uma introdução. In: PAIVA, V.; AYRES, J. R.; BUCHALLA, C. M. **Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde**. Livro I. Curitiba: Juruá, 2012.

AYRES, J. R. C.; PAIVA, V.; FRANÇA JR, I. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In: PAIVA, V.; AYRES, J. R.; BUCHALLA, C. M. **Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde**. Livro I. Curitiba: Juruá, 2012.

AYRES, J. R. DE C. M. et al. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 40, p. 67–82, 26 abr. 2012.

AYRES, J. R. C. Vulnerabilidade, direitos humanos e cuidado: aportes conceituais. In: BARROS, S.; CAMPOS, P. F. S.; FERNANDES, J. J. S (Orgs). **Atenção à saúde de populações vulneráveis**. Barueri: Manole, 2014.

AYRES, J. R.; CASTELLANOS, M. E. P.; BAPTISTA, T. W. DE F. Entrevista com José Ricardo Ayres. **Saúde e Sociedade**, v. 27, n. 1, p. 51–60, jan. 2018.

BARBIANI, R.; NORA, C. R. D.; SCHAEFER, R. Nursing practices in the primary health care context: a scoping review. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, n. 0, 2016.

BARROS, R. B. Reforma psiquiátrica brasileira: resistências e capturas em tempos neoliberais. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Org.). **Loucura, ética e política: escritos militantes**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

BARROS, S.; CAMPOS, P. F. S.; FERNANDES, J. J. S (Orgs). **Atenção à saúde de populações vulneráveis**. Barueri: Manole, 2014.

BASTOS, F. I; MALTA, M. Usuários de drogas vivendo com HIV/AIDS: o desafio do cuidado, prevenção e integralidade. In: PAIVA, V; CALAZANS, G; SEGURADO, A. **Vulnerabilidade e direitos humanos – prevenção e promoção da saúde: entre indivíduos e comunidade**. Livro II. 1ª ed. 2ª reimpressão. Curitiba: Juruá, 2013.

BERTOLDI, A. D. et al. Use of generic medicines by the Brazilian population: an evaluation of PNAUM 2014. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. suppl 2, 2016.

BESTETTI, M. L. T. Ambiente: built environment and behavior. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 3, p. 601–610, set. 2014.

BESTETTI, M. L. T.; BESTETTI, M. L. T. Ambiente: built environment and behavior. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 3, p. 601–610, set. 2014.

BRAGA, F. S. O Trabalho do Enfermeiro na Construção da Rede de Atenção Psicossocial. 2018. 104 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

BRAGA, F. S. et al. Meios de trabalho do enfermeiro na articulação da rede de atenção psicossocial. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 41, n. 0, 20 jan. 2020.

BRASIL. Lei nº 9.610 de 19 de fevereiro de 1998. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 19 Fev 1998.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 06 abr. 2001.

BRASIL. Portaria nº 366 de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 fev. 2002.

BRASIL. Lei nº 10.507 de 10 de julho de 2002. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 10 Jul 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessário**. Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Lei nº 10.703 de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 31 Jul 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil: 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil** - documento apresentado à conferência regional de reforma dos serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 9 Out. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

BRASIL. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil: 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. 2a. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL; Secretaria de Atenção à Saúde; Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. Brasília, DF: Editora MS, 2009.

BRASIL. **Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4a. ed., 2a. reimpressão ed. Brasília, DF: Editora MS, 2010.

BRASIL, M. DA S. A experiência da diretriz de Ambiência da Política Nacional de Humanização – PNH. n. 1, p. 46, 2017.

BRASIL. Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 6 jul. 2011a.

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil: seção 1, p. 37-38, 2011b.

BRASIL. Portaria nº 703, de 21 de outubro de 2011. Estabelece normas para o cadastramento, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), das novas equipes que farão parte da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil: seção 1, p. 66-69, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos - Resolução 466**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de atenção básica: saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. Resolução nº 1, de 19 de agosto de 2015. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas

(SISNAD), as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil: seção 1, p. 51, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. A experiência da diretriz de Ambiente da Política Nacional de Humanização – PNH / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil: seção 1, p. 6. 2017b.

BRASIL. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil: seção 1, p. 46. 2017c.

BRASIL. Portaria interministerial nº 2, de 21 de dezembro de 2017. Institui o Comitê Gestor Interministerial, espaço permanente para articulação e integração de programas e de ações voltados à prevenção, à formação, à pesquisa, ao cuidado e à reinserção social de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, como estratégia de transversalidade. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil: seção 1, p. 104. 2017d.

BRASIL. Portaria GM nº 3.449, de 25 de outubro de 2018. Institui Comitê com a finalidade de consolidar normas técnicas, diretrizes operacionais e estratégicas no contexto da política pública sobre o álcool e outras drogas, que envolvem a articulação, regulação e parcerias com organizações da sociedade civil denominadas Comunidades Terapêuticas. 2018a.

BRASIL. Portaria nº 2.434, de 15 de agosto de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para reajustar o valor das diárias de internação hospitalar acima de 90 (noventa) dias do Incentivo para Internação nos Hospitais Psiquiátricos. 2018b.

BRASIL. Portaria nº 3.659, de 14 de novembro de 2018. Suspende o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil: seção 1, p. 87. 2018c.

BRASIL. Portaria nº 3.718, de 22 de novembro de 2018. Publica lista de Estados e Municípios que receberam recursos referentes à parcela única de incentivo de implantação dos dispositivos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e não executaram o referido recurso no prazo determinado nas normativas vigentes. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil: seção 1, p. 257. 2018d.

BRASIL. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil: seção 1, p. 97. 2019.

BRASIL. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 3/2020 – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRESSAN, R. A.; BIGLIANI, V.; PILOWSKY, L. S. Neuroimagem de receptores D2 de dopamina na esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 23, n. suppl 1, p. 46–49, maio 2001.

BRITTO, J. Postos de saúde de Porto Alegre têm defasagem de funcionários. GaúchaZH, Porto Alegre, 29 de julho de 2019a. Atenção Básica. Disponível em: <https://gauchazh.clicrbs.com.br/porto-alegre/noticia/2019/07/postos-de-saude-de-porto-alegre-tem-defasagem-de-funcionarios-cjynpcug800rw01pbc26jin24.html>. Acesso em 25 Abr. 2020.

BRITTO, J. Ministério Público investiga falta de profissionais na saúde pública da Capital. GaúchaZH, Porto Alegre, 31 de julho de 2019b. Posto de Saúde. Disponível em: <https://gauchazh.clicrbs.com.br/porto-alegre/noticia/2019/07/ministerio-publico-investiga-falta-de-profissionais-na-saude-publica-da-capital-cjyrfa331002a01msf4ql2y4w.html>. Acesso em 25 Abr. 2020.

BUCHALLA, C. M. **Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde**. Livro I. Curitiba: Juruá, 2012.
CAMBRIDGE SCHOOL CLASSICS. **Dictionary Of American English**. São Paulo: WMartins Fontes, 2013.

CAMARGO, P. DE O. et al. O enfrentamento do estigma vivido por mulheres/mães usuárias de crack. **SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, v. 14, n. 4, p. 196–202, dez. 2018.

CAMPOS, G. W. DE S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 219–230, 2000.

CAMPOS, G. W. DE S. et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, n. suppl 1, p. 983–995, dez. 2014a.

CAMPOS, G. W. DE S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399–407, fev. 2007.

CAMPOS, R. T. O. et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde em Debate**, v. 38, n. special, 2014b.

CARDANO, M. Manual de pesquisa qualitativa: a contribuição da teoria da argumentação. Petrópolis: Vozes, 2017.

CARVALHO, M. R.; LUSTOSA, M. A. Interconsulta Psicológica. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p. 31-47, jun. 2008.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41–65, jun. 2004.

CEZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

CHOR, D.; LIMA, C. R. DE A. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 5, p. 1586–1594, out. 2005.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE. Capital deixa de receber mais de R\$ 1,7 milhão. Porto Alegre, 2019. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/default.php?reg=313&p_secao=8. Acesso em 25 Abr. 2020.

COSSETIN, A.; OLSCHOWSKY, A. Avaliação das ações em saúde mental na estratégia de saúde da família: necessidades e potencialidades. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 3, p. 495–501, set. 2011.

COSTA, D. F. C. DA; PAULON, S. M. Participação Social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo. **Saúde em Debate**, v. 36, n. 95, p. 572–582, dez. 2012.

COSTA-ROSA, A. O modelo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modelo asilar. In: AMARANTE, A. **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

CRENSHAW, K. Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. **University of Chicago Legal Forum**, n. 1, p. 139-167, 1989.

CUNHA, P. F.; MAGAJEWSKI, F. Gestão participativa e valorização dos trabalhadores: avanços no âmbito do SUS. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. suppl 1, p. 71–79, maio 2012.

DAMÁSIO, A. S; WEIMER, S. C; ROSA, M. C. Evolução do sistema de informação em saúde para atenção básica. **Rev Elet Estácio Saúde**, v. 7, n. 1, 2018.

DELGADO, P. Humanismo, Ciência e Democracia: Os princípios que nortearam a transição para o novo modelo de assistência aos portadores de sofrimento psíquico. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 1, n. 1, p. 24–33, 2009.

DELGADO, P. G. G. Violência e saúde mental: os termos do debate. p. 12, 2012.

DINIZ, D.; BRITO, L. “Eu não sou presa de juízo, não”: Zefinha, a louca perigosa mais antiga do Brasil. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 23, n. 1, p. 113–130, mar. 2016.

DRULLA, A. D. G. et al. A VISITA DOMICILIAR COMO FERRAMENTA AO CUIDADO FAMILIAR. **Cogitare Enfermagem**, v. 14, n. 4, 14 dez. 2009.

DUARTE, M. L. C. Familiares dos usuários de crack em um CAPS AD III: avaliação das necessidades de cuidado. Porto Alegre, 2013. 207p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem – Universidade Federal do Rio grande do Sul, 2013.

DUARTE, L. G. M. F; FERREIRA NETO, J. L. Familiares responsáveis pelo cuidado de pessoa com transtorno mental em um município de pequeno porte. **Pesqui. prá. psicossociais**, São João del-Rei, v. 11, n. 2, p. 473-488, dez. 2016.

FARIAS, G. B.; FAJARDO, A. P. A interconsulta em serviços de atenção primária à Saúde. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, n. Extra 3, p. 2075–2093, 2015a.

FARIAS, G. B.; FAJARDO, A. P. A interconsulta em serviços de atenção primária à Saúde. **Revista Eletronica Gestão & Saúde**, p. 2075, 17 mar. 2015b.

FARIAS, L. M. DA S. et al. O enfermeiro e a assistência a usuários de drogas em serviços de atenção básica. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 2871–2880, 2017.

FERNANDES, J. C.; CORDEIRO, B. C. O gerenciamento de unidades básicas de saúde no olhar dos enfermeiros gerentes. **Rev enferm UFPE on line**. Recife, v. 12, n. 1, p.194-202, jan., 2018.

FERREIRA, L. et al. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 120, p. 223–239, mar. 2019.

FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1869–1878, jun. 2015.

FILHO, L. A. S. P. et al. Acesso Avançado em uma Unidade de Saúde da Família do interior do estado de São Paulo: um relato de experiência. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 121, p. 605–613, abr. 2019.

FRANCO, L.; LANCETTI, A. Quatro observações sobre as parcerias. In: LANCETTI, A. (org.) Saúde Loucura 7. **Saúde mental e Saúde da Família**, São Paulo: Hucitec, 2000.

FREITAS, F. F. P. Direitos humanos e opressão psiquiátrica: a violência da medicalização. In: OLIVEITA, W. F; PITTA, A. M. F; AMARANTE, P. Org. **Direitos humanos e saúde mental**. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 2017.

FROSI, R. V.; TESSER, C. D. Práticas assistenciais em saúde mental na atenção primária à saúde: análise a partir de experiências desenvolvidas em Florianópolis, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3151–3161, out. 2015.

FURTADO, J. P. Avaliação como dispositivo. Campinas, 2001. 283p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Departamento de Medicina Preventiva e Social – Universidade Estadual de Campinas, 2001.

GAMA, C. A. P.; CAMPOS, R. T. O.; FERRER, A. L. Saúde mental e vulnerabilidade social: a direção do tratamento. **Revista Latino Americana de Psicopatologia**. São Paulo, v. 17, n. 1, p. 69-84, 2014.

GARCIA, A. C. P. et al. Ambiência na Estratégia Saúde da Família. **Vigilância Sanitária em Debate**, p. 484/226, 30 abr. 2015.

GARCIA, A. C. P. et al. Agente comunitário de saúde no espírito santo: do perfil às atividades desenvolvidas. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 15, n. 1, p. 283–300, abr. 2017.

GARCIA Jr, C. A. S.; DUARTE, M. J. O. Epidemia da Depressão: algumas interferências sobre a medicalização da vida. In: OLIVEITA, W. F; PITTA, A. M. F; AMARANTE, P. Org. **Direitos humanos e saúde mental**. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 2017.

GASPARINI, M. F. V.; FURTADO, J. P. Avaliação de Programas e Serviços Sociais no Brasil: uma análise das práticas no contexto atual. **Serviço Social & Sociedade**, n. 117, p. 122–141, 2014.

GASTALDO, D et al. Qualitative Health Research in Ibero-America: the current stat of the science. **Journal Transcultural Nursing**. Estados Unidos, v. 13, n. 2, p. 90-108, 2002.

GIRARDI, J. B. R et al. Risco, vulnerabilidade e incapacidade: reflexões com um grupo de enfermeiras. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, v. 12, n. 1, p. 20-27, 2010.

GLANZNER, C. H.; OLSCHOWSKY, A. A ambiência e sua influência no trabalho de equipes de saúde da família. **Saúde e Desenvolvimento Humano**, v. 5, n. 1, p. 07, 2 mar. 2017.

GOES, E. F.; NASCIMENTO, E. R. DO. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 99, p. 571–579, dez. 2013.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: LTC, 1975.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4ª ad. Rio de Janeiro: LTC. 2004.

GONÇALVES, C. R. et al. Human resources: critical factor for primary health networks. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 100, 2014.

GONÇALVES, H. C. B.; QUEIROZ, M. R.; DELGADO, P. G. G. Violência urbana e saúde mental: desafios de uma nova agenda? **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 29, n. 1, p. 17–23, 29 abr. 2017.

GOROVITZ, S. Reflections on the vulnerable. In: In: Bankowski Z, Bryant JH. (Eds) **Poverty, vulnerability and the value of human rights: a global agenda for bioethics**. Genebra (SZ): Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS), 1995 apud

GOULART, L. S. et al. Medication consumption in a Brazilian area covered by the Family Health Strategy: Prevalence and associated factors. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 2, p. e20180228, 2019.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Naturalistic inquiry**. Newbury Park: Sage Publications. 1985.

_____. **Fourth Generation Evaluation**. Newbury Park: Sage Publications. 1989.

_____. **Avaliação de quarta geração**. Campinas: UNICAMP, 2011.

GUIMARAES, A. C.; VERAS, A. B.; CARLI, A. D. DE. Cuidado em Liberdade, um Encontro Entre Paulo Freire e a Reforma Psiquiátrica. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 10, n. 1, p. 91, 23 mar. 2018.

GUIMARÃES, J. M. X. et al. Participação social na saúde mental: espaço de construção de cidadania, formulação de políticas e tomada de decisão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 4, p. 2113–2122, jul. 2010.

GRUSKIN, S.; TARANTOLA, D. Um panorama sobre saúde e direitos humanos. In: PAIVA, V.; AYRES, J. R.; BUCHALLA, C. M. **Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde**. Livro I. Curitiba: Juruá, 2012.

HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implementação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

HIRDES, A. A perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 371–382, fev. 2015.

HORTON, R. Launching a new movement for mental health. **Lancet**. London, v. 370, n. 9590, p. 806, 2007.

HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. São Paulo: Objetiva, 2009.

HOWARD, L. M. et al. Gender-neutral mental health research is sex and gender biased. **The Lancet Psychiatry**, v. 4, n. 1, p. 9-11, 2016.

IENSEN, E. Primeira Clínica da Família da Capital é inaugurada na Restinga. 2018. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_noticia=999195391&PRIMEIRA+CLINICA+DA+FAMILIA+DA+CAPITAL+E+INAUGURADA+NA+RESTINGA Acesso: 16. Jan. 2019.

JORGE, M. S. B et al. Apoio matricial, projeto terapêutico singular e produção do cuidado em saúde mental. **Texto & Contexto – Enfermagem**. Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 112-120, 2015.

KANTORSKI, L. P. et al. (Coord.). **CAPSUL I. Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil: relatório final**. Pelotas: UFPEL, 2007.

KANTORSKI, L. P et al. Avaliação de quarta geração: contribuições metodológicas para avaliação de serviços de saúde mental. **Interface (Botucatu)**. Botucatu, v. 13, n. 31, p. 343-355, 2009.

KANTORSKI, L. P. et al. CAPSUL II. **Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil**: projeto de pesquisa. Pelotas: UFPEL, 2010.

KANTORSKI, Luciane Prado (Coord.). **Redes que reabilitam - avaliando experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial (REDESUL)**: relatório final. Pelotas: UFPEL, 2011.

KANTORSKI, L. P. et al. Avaliação qualitativa de ambiência num Centro de Atenção Psicossocial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 2059–2066, abr. 2011.

LARA, B. R.; PAIVA, V. S. F. A dimensão psicossocial na promoção de práticas alimentares saudáveis. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 43, p. 1039–1054, dez. 2012.

LEMKE, R. A.; SILVA, R. A. N. DA. A busca ativa como princípio político das práticas de cuidado no território. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 10, n. 1, p. 281–295, 1 abr. 2010.

LIMA, D. K. R. R.; GUIMARÃES, J. A Rede de Atenção Psicossocial sob o olhar da complexidade: quem cuida da saúde mental? **Saúde em Debate**, v. 43, n. 122, p. 883–896, set. 2019.

LIMA, E. M. F. DE A.; YASUI, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 102, 2014.

LIMA, S. A. V. et al. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5 n. 2, p. 635–656, 2015.

LIMA, L. P. DE S.; RIBEIRO, M. R. R. A competência para Educação Permanente em Saúde: percepções de coordenadores de graduações da saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 483–501, jun. 2016.

LUCENA, L. N. et al. Avaliação da satisfação do usuário com o acolhimento na estratégia da saúde da família no Recife (PE). **Revista Ciência Plural**, v. 4, n. 2, p. 21–37, 2018.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **A pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

LUIZ, O. C.; COHN, A. Sociedade de risco e risco epidemiológico. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2339–2348, 2006.

MALVEZZI, C. D.; NASCIMENTO, J. L. DO. A Teoria Ator-Rede e o estudo da intersectorialidade nas políticas públicas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, p. e190341, 2020.

MANN, J.; TARANTOLA, D. J. M.; NETTER, T. W (Editors). *Aids in the world*. Cambridge: Harvard University Press; 1992.

MANN, J.; TARANTOLA, D. J. M.; NETTER, T. W (Org). **A Aids no mundo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará; ABIA, IMS, UERG; 1993.

MANN, J.; TARANTOLA, D. J. N. **Aids in the world**. New York: Oxford University Press, 1996.

MARI, J. DE J.; MELLO, M. F. DE; FIGUEIRA, I. The impact of urban violence on mental health. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 30, n. 3, p. 183–184, set. 2008.

MARTINS, L.; SARTOR, G. D.; SILVA, M. P. DA. Prontuário Eletrônico do Paciente: Adoção de novas tecnologias de acesso. **Journal of Health Informatics**, v. 11, n. 3, 10 ago. 2019.

MEDEIROS, C. R. G. et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. suppl 1, p. 1521–1531, jun. 2010.

MENEGUSSI, J. M.; OGATA, M. N.; ROSALINI, M. H. P. O agente comunitário de saúde como morador, trabalhador e usuário em São Carlos, São Paulo. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 12, n. 1, p. 87–106, abr. 2014.

MERHY, E. E. Desafios de desaprendizagens no trabalho em saúde: em busca de anômalos. In: Lobosque AM, Org. **Caderno saúde mental: os desafios da formação**. Belo Horizonte: ESPMG; 2009.

MICHAELIS. **Dicionário da língua portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos, 2017.

MIELKE, F. B et al. Avaliação qualitativa da relação de atores sociais com a loucura em um serviço substitutivo de saúde mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 65, n. 3, p. 501-507, 2012.

MILANEZ, T. C. M. et al. Satisfação e insatisfação na Estratégia Saúde da Família: potencialidades a serem exploradas, fragilidades a serem dirimidas. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 184–190, jun. 2018.

MILLANI, H. DE F. B.; VALENTE, M. L. L. DE C. O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. **SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, v. 4, n. 2, p. 01–19, ago. 2008.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2013.

_____. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, MCS. **Violência e saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/y9sxc/pdf/minayo-9788575413807.pdf>. Acesso em 15 Mai. 2020.

MINOZZO, F. et al. Grupos de saúde mental na atenção primária à saúde. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 24, n. 2, p. 323–340, ago. 2012.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1419–1440, dez. 2010.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 5ª ed. Porto Alegre: Sulina, 2015.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4415469/mod_resource/content/1/Base%20A%20ca%20be%20C3%A7a%20bem%20feita_Morin.pdf. Acesso em 28 Mai. 2020.

MOREIRA, C. P.; TORRENTÉ, M. DE O. N. DE; JUCÁ, V. J. DOS S. Análise do processo de acolhimento em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil: considerações de uma investigação etnográfica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 67, p. 1123–1134, dez. 2018.

MOREIRA, K. S. et al. Avaliação da infraestrutura das unidades de saúde da família e equipamentos para ações na atenção básica. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 2, 29 jun. 2017.

MOREIRA, M. I. B.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. Ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial pela perspectiva dos usuários. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 2, p. 462–474, jun. 2017.

MORENO, V.; ALENCASTRE, M. B. The path of the person's family in psychic suffering la trayectoria da familia del portador de sufrimiento psíquico. **Rev Esc Enferm USP**, v. 37, n. 2, p. 43-50. 2003.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 261–274, set. 2018.

MOURA, G. M. S. S. DE et al. A face oculta de um processo participativo para escolha de chefias de enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 528–534, set. 2012.

MURRAY, M.; TANTAU, C. Same-Day Appointments: Exploding the Access Paradigm. **Family Practice Management**, v. 7, n. 8, p. 45, set. 2000.

NASI, C. et al. Conceito de integralidade na atenção em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 147–152, 2009.

NETO, M. C. C.; DIMENSTEIN, M. Cuidado psicossocial em saúde mental em contextos rurais. **Temas em Psicologia**, v. 25, n. 4, p. 1653–1664, 2017.

NEVES, M. C. P. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. **Revista Brasileira de Bioética**. Brasília. v. 2, n. 2, p. 157-172, 2006.

NICHIATA, L. Y. I. A utilização do conceito “vulnerabilidade” pela enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. São Paulo, v. 16, n. 5, 2008.

NOVAES, F. S.; SANTOS, M. E. P. DOS. O Orçamento Participativo e a democratização da gestão pública municipal - a experiência de Vitória da Conquista (BA). **Revista de Administração Pública**, v. 48, n. 4, p. 797–820, ago. 2014.

OLIVEIRA, A. E. C. DE et al. Implantação do e-SUS AB no Distrito Sanitário IV de João Pessoa (PB): relato de experiência. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 109, p. 212–218, jun. 2016.

OLIVEIRA, A. G. B. DE; ATAÍDE, I. DE F. C.; SILVA, M. DA A. A invisibilidade dos problemas de saúde mental na atenção primária: o trabalho da enfermeira construindo caminhos junto às equipes de saúde da família. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 618–624, dez. 2004.

OLIVEIRA, M. L. F. DE. The explanatory conception of the concept of vulnerability, and nursing. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 12, n. 4, p. 623–623, 2013.

OLIVEIRA, M. M. DE; CAMPOS, G. W. DE S. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 229–238, jan. 2015.

OLIVEIRA, R. F. DE; ANDRADE, L. O. M. DE; GOYA, N. Acesso e integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 3069–3078, nov. 2012.

OLSCHOWSKY, A. et al. Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: a realidade em Foz do Iguaçu. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 4, p. 781–787, dez. 2009.

OLSCHOWSKY, A. et al. (Coord.). **MentalESF. Avaliação da saúde mental na estratégia saúde da família**: relatório final. Porto Alegre: UFRGS, 2011.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Salud mental y desarrollo: poniendo el objetivo en las personas con problemas de salud mental como un grupo vulnerable. 2010.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p.1053-1062, 2006.

OVIEDO, R. A. M.; CZERESNIA, D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, n. 53, p. 237-250, 2015.

PAIVA, V. Sem mágicas soluções: a prevenção e o cuidado em HIV/ AIDS e o processo de emancipação psicossocial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 6, n. 11, p. 25–38, ago. 2002.

PAIVA, V.; AYRES, J. R.; BUCHALLA, C. M. **Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde**. Livro I. Curitiba: Juruá, 2012.

PAIVA, V.; ZUCCHI, E. Estigma, discriminação e saúde: aprendizado de conceitos e práticas no contexto da epidemia de HIV/AIDS. In: PAIVA, V.; AYRES, J. R.; PAIVA, V.; CALAZANS, G.; SEGURADO, A. **Vulnerabilidade e direitos humanos – prevenção e promoção da saúde: entre indivíduos e comunidade**. Livro II. Curitiba: Juruá, 2013.

PAIVA, V. A dimensão psicossocial do cuidado. In: PAIVA, V.; CALAZANS, G.; SEGURADO, A. **Vulnerabilidade e direitos humanos – prevenção e promoção da saúde: entre indivíduos e comunidade**. Livro II. Curitiba: Juruá, 2013.

PENEDO, R. M.; GONÇALO, C. DA S.; QUELUZ, D. DE P. Gestão compartilhada: percepções de profissionais no contexto de Saúde da Família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. e170451, 16 jan. 2019.

PENNA, C. M. DE M.; FARIA, R. S. R.; REZENDE, G. P. DE. Welcoming services: triage or strategy for universal health access? **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 4, 2014.

PEREIRA, A. F. Integração ensino – serviço em Porto Alegre: a construção do distrito docente – assistencial glória – cruzeiro - cristal. Porto Alegre, 2013, 60p. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Práticas Pedagógicas em Serviços de Saúde) – Pró-Reitoria de Pós-Graduação - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2013.

PEREIRA, C. M.; FEUERWERKER, L. C. M. Apoio em saúde: forças em relação. **Revista Psicologia Política**, v. 18, n. 42, p. 379–398, ago. 2018.

PINHO, L. B. ViaREDE - **Avaliação qualitativa da rede de serviços de saúde mental para atendimento a usuários de crack**. Porto Alegre (RS). 2014. Relatório final

PINHO, L. Saúde Mental: Retrocessos ou Contra-Reforma? In. Saúde mental: contra-reforma? **Radis**, Rio de Janeiro, n. 196, p. 6, 2019.

PRADO, G. A. S. Revisando a história da loucura: experiência trágica, exclusão, captura e tutela. **Estudos Contemporâneos da Subjetividade**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 223-238, 2016.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. Censo 2010. In: **Plano Municipal de saúde: 2014-2017**. Prefeitura municipal de Porto Alegre, 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. Atlas do desenvolvimento humano da região metropolitana de Porto Alegre: 2008. In: **Plano Municipal de saúde: 2014-2017**. Prefeitura municipal de Porto Alegre, 2013.

PREVIATO, G. F.; BALDISSERA, V. D. A. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. suppl 2, p. 1535–1547, 2018.

RIECHER-RÖSSLER, A. Sex and gender differences in mental disorders. **The Lancet Psychiatry**, v. 4, n. 1, p. 8-9. Nov. 2016.

ROCHA, K. B. et al. A visita domiciliar no contexto da saúde: uma revisão de literatura. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 18, n. 1, p. 170–185, abr. 2017.

ROSA, N. H. Q.; GOULART, J. L. L.; TROIAN, a. Percepção dos participantes do orçamento participativo em relação à implementação das demandas da população: estudo de caso no município de Santana do Livramento/RS. **Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional**, v. 14, n. 1, 7 fev. 2018.

ROTELLI, F. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

ROTOLO, A. et al. Saúde mental na Atenção Primária: desafios para a resolutividade das ações. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 2, 2019.

SÁ, R. A. DE. Pedagogia e complexidade: diálogos preliminares. **Educar em Revista**, n. 32, p. 57–73, 2008.

SALLES, M. M.; LEÃO, A.; BARROS, S. Processo de exclusão e inclusão social: a atenção à saúde de populações vulneráveis. In: BARROS, S.; CAMPOS, P. F. S.; FERNANDES, J. J. S. **Atenção à Saúde de Populações Vulneráveis**. Barueri: Manole, 2014

SANTOS, A. F. DOS et al. Incorporação de Tecnologias de Informação e Comunicação e qualidade na atenção básica em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 5, 2017.

SANTOS, R. A. B. DE G. DOS; UCHÔA-FIGUEIREDO, L. DA R.; LIMA, L. C. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 114, p. 694–706, set. 2017.

SANTOS, R. O. M. DOS; ROMANO, V. F.; ENGSTROM, E. M. Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, p. e280206, 13 ago. 2018.

SATO, M.; AYRES, J. R. DE C. M. Arte e humanização das práticas de saúde em uma Unidade Básica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 55, p. 1027–1038, dez. 2015.

SCHMID, P. C.; SERPA JUNIOR, O. D. Violência urbana e saúde mental: por narrativas em primeira pessoa. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, n. 3, p. e290313, 2019.

SILVA, A. I. DA et al. Projeto terapêutico singular para profissionais da estratégia de saúde da família. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 3, 19 set. 2016.

SILVA, B. M. DA; HATZENBERGER, D. H. A boca fala, os órgãos saram: os temas mais discutidos em um grupo de saúde mental na atenção básica. **Saúde em Redes**, v. 2, n. 3, p. 308–317, 2016.

SILVA, T. F. DA et al. O acolhimento como estratégia de vigilância em saúde para produção do cuidado: uma reflexão epistemológica. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 249–260, dez. 2018a.

SILVA, P. M. DE C. et al. Saúde mental na atenção básica: possibilidades e fragilidades do acolhimento. **Revista Cuidarte**, v. 10, n. 1, 20 dez. 2018b.

SILVA, M. L. in: GONÇALVES, J. Um olhar sobre a saúde mental do negro no Brasil: a importância de profissionais negros para cuidar da saúde mental de quem é oprimido pelo racismo. **Revista TBM**, 2018

SILVA, I. S.; ARANTES, C. I. S.; FORTUNA, C. M. Conflict as a possible catalyst for democratic relations in the work of the Family Health team. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, p. e03455, 2019.

SILVA, P. M. DE C. et al. Saúde mental na atenção básica: possibilidades e fragilidades do acolhimento. **Revista Cuidarte**, v. 10, n. 1, 20 dez. 2018b.

SILVEIRA, A. R.; BRANTE, A. R. S. D.; STRALEN, C. J. VAN. Práticas discursivas na participação social em saúde mental. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 103, 2014.

SIQUEIRA, D. F. DE et al. Redes sociais de apoio no cuidado à pessoa com transtorno mental: reflexões. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 8, n. 4, p. 859, 14 dez. 2018.

SMOLEN, J. R.; ARAÚJO, E. M. DE. Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 12, p. 4021–4030, dez. 2017.

SOUZA, N. S. **Tornar-se negro: as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1990.

SOUZA, A. C.; RIVERA, F. J. U. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. **Revista Tempus Actas Saúde Coletiva**. Brasília, v. 4, n. 1, p. 105-114, 2010.

SOUZA, Â. C. DE; AMARANTE, P. D.; ABRAHÃO, A. L. Inclusion of mental health in primary health care: care strategy in the territory. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 6, p. 1677–1682, dez. 2019.

SOUZA, F. M. DE et al. A Violência urbana e suas consequências em um centro de atenção psicossocial na zona norte do município do Rio de Janeiro. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 2, p. 363–376, jun. 2011.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 477–486, abr. 2009.

TÃNO, B. L.; MATSUKURA, T. S. Intersetorialidade e cuidado em saúde mental: experiências dos CAPSij da Região Sudeste do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, n. 1, p. e290108, 2019.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H.; VIDAL, T. B. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 361–378, set. 2018.

TONELLI, B. Q. et al. Rotatividade de profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Revista da Faculdade de Odontologia - UPF**, v. 23, n. 2, 22 out. 2018.

TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 73–85, 2001.

TURATO, E. R.; Métodos qualitativos quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-14, 2005.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Coordenadoria da Saúde. Distrito Glória/ Cruzeiro/ Cristal. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2014.

_____. Coordenadoria da Saúde. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2017.

UNESCO. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. Paris: Unesco, 2005.

VASCONCELOS, A. C. F. DE; STEDEFELDT, E.; FRUTUOSO, M. F. P. Uma experiência de integração ensino-serviço e a mudança de práticas profissionais: com a palavra, os profissionais de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 56, p. 147–158, mar. 2016.

VENTURUNI, E. O consentimento informado e a recusa do tratamento. In: OLIVREIRA, W. F.; PITTA, A. M. F.; AMARANTE, P. Org. Direitos Humanos e Saúde mental. 1ed. São Paulo: Hucitec, 2017.

WANDERLEY, M. B.; MARTINELLI, M. L.; DA PAZ, R. D. O. Intersetorialidade nas Políticas Públicas. **Serviço Social & Sociedade**, n. 137, p. 7–13, abr. 2020.

WETZEL, C. et al. The network of mental health care from the family health strategy service. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, n. 2, p. 27–32, jun. 2014.

WETZEL, C. et al. The network of mental health care from the family health strategy service. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, n. 2, p. 27–32, jun. 2014.

WILLRICH, J. Q. et al. Ambiência de um centro de atenção psicossocial: fator estruturante do processo terapêutico. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 3, n. 2, p. 248–258, 7 out. 2013.

WITISKI, M. et al. Barreiras de comunicação: percepção da equipe de saúde/Communication barriers: perception of a healthcare team. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 18, n. 3, 15 jul. 2019.

XAVIER, M. D. S. et al. El uso de psicofármacos en individuos con trastorno mental en seguimiento ambulatorio. **Enfermería Global**, v. 13, n. 4, p. 103–137, 1 out. 2014a.

XAVIER, M. DA S. et al. O significado da utilização de psicofármacos para indivíduos com transtorno mental em acompanhamento ambulatorial. **Escola Anna Nery**, v. 18, n. 2, p. 323–329, jun. 2014b.

XAVIER, M. S. et al. The understanding of nurses who work in mental health regarding compulsory and involuntary hospitalization. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 1-8, 2017.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. v. 32, n. 78, 79, 80, p. 27–37, dez. 2008.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2010.

ZAMBRONI-DE-SOUZA, P. C. Trabalho e transtornos mentais graves: breve histórico e questões contemporâneas. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 26, n. 1, p. 154–167, 2006.

ZANARDO, G. G. L. DE P.; BIANCHETTI, D. L. C.; ROCHA, K. B. Dispositivos e conexões da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Porto Alegre - RS. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, v. 9, n. 3, p. 80, 8 out. 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa intitulada “Vulnerabilidade programática: avaliação participativa da atenção em saúde mental em uma Estratégia de Saúde da Família”, cujo objetivo é avaliar a atenção em saúde mental em uma Estratégia de Saúde da Família na perspectiva da vulnerabilidade, com a participação de grupos de interesse relacionados com a temática.

O conceito de vulnerabilidade permite através da construção conjunta se aproximar do fenômeno do sofrimento mental e suas relações, no sentido de realizar composições levando em conta a dimensão da singularidade, da subjetividade e da experiência concreta. Desta forma, os resultados do presente estudo servirão de subsídio para o enfrentamento das adversidades sociais decorrentes das situações de vulnerabilidade na atenção em saúde mental. Para isso, se concordar em participar, deverá responder a uma entrevista sobre o assunto que durará em média 60 minutos. As questões levantadas pelos entrevistados nortearão o processo para que, através de uma avaliação participativa, o grupo possa refletir sobre a vulnerabilidade programática na atenção em saúde mental, além de identificar mudanças que considerem importantes. Também, gostaríamos de contar com a sua participação no desenvolvimento da negociação. A negociação consiste na apresentação das informações para todos os participantes para sua validação. A negociação terá uma duração média de 2 horas. As entrevistas e a negociação serão realizadas com local, data e horário pré-agendados. O participante tem o direito de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer momento da pesquisa, sem nenhum prejuízo ou penalização. Os resultados serão divulgados em conjunto e seu nome não será divulgado. Segundo os parâmetros definidos pela Organização Mundial de Saúde, este estudo é de risco ético mínimo por envolver a realização de entrevistas. As gravações das entrevistas serão destruídas e as transcrições serão guardadas por um período de cinco anos, em local sigiloso sob responsabilidade da pesquisadora e, após, serão destruídas. Não há risco de identificação dos participantes uma vez que são apresentadas várias perspectivas. A sua participação não implica no pagamento e nem no recebimento de qualquer quantia financeira.

Em caso de qualquer outra dúvida, você poderá contatar a pesquisadora responsável Agnes Olschowsky pelo telefone (51) 3308-5226, a pós-graduanda Mariane Xavier Botega pelo telefone (51) 3308-5081, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Porto Alegre pelo telefone (51)3289-5517 ou o Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS pelo telefone (51)3308- 3738.

Porto Alegre, _____ de _____ de 2018.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Mariane da Silva Xavier Botega

Agnes Olschowsky

Observação: o presente documento, baseado no item IV das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução 466/2012), será assinado em duas vias, de igual teor, ficando uma via em poder do participante e a outra com a pesquisadora responsável.

APÊNDICE B – ROTEIRO PARA ENTREVISTA: EQUIPE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM

1. Identificação:

Nome Completo: _____

Escolaridade/Formação profissional: _____

Função: _____

Idade: _____

Sexo: M () F ()

Tempo que trabalha no serviço: _____

Quesito Raça/Cor autodeclarado: _____

2. Roteiro da entrevista semiestruturada:

- A. Fale – me sobre como é realizado a atenção em saúde mental na ESF que você trabalha.
- B. Fale-me sobre a disponibilidade da ESF para realizar a atenção em saúde mental
- C. Fale-me sobre o acesso dos usuários que estão em atendimento de saúde mental à ESF.
- D. Fale-me sobre a qualidade do serviço, a relação da equipe e com a gestão e as condições de trabalho para o desenvolvimento da atenção em saúde mental.
- E. Fale-me como você percebe a aceitabilidade da atenção em saúde mental da ESF pelos usuários que estão em atendimento de saúde mental.
- F. O que você compreende por situação de vulnerabilidade?

APÊNDICE C – ROTEIRO PARA ENTREVISTA: USUÁRIOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM

1. Identificação:

Nome Completo: _____

Idade: _____

Sexo: M () F ()

Tempo que frequenta o serviço: _____

Escolaridade/Formação: _____ Profissão/Ocupação: _____

Quesito Raça/Cor autodeclarado: _____

Problema de saúde mental: _____

2. Roteiro da entrevista semiestruturada:

- A. Fale – me sobre como é realizado o seu atendimento na ESF.
- B. Fale-me sobre como você percebe que a ESF faz para dar conta das suas necessidades
- C. Fale-me sobre as facilidades e dificuldades para acessar a ESF, como você percebe o acolhimento (primeiro atendimento) e as informações que lhe são dadas em seu atendimento.
- D. Fale-me sobre as condições do serviço para o realizar o seu atendimento.
- E. Fale-me como você percebe o respeito aos seus valores e costumes na ESF.
- F. O que você compreende por situação de vulnerabilidade?

APÊNDICE D – ROTEIRO PARA ENTREVISTA: USUÁRIO FAMILIAR

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM

1. Identificação:

Nome Completo: _____

Idade: _____

Sexo: M () F ()

Tempo que frequenta o serviço: _____

Escolaridade/Formação: _____ Profissão/Ocupação: _____

Acompanha o familiar nos atendimentos na ESF: () Sim () Não

Motivo: _____

Grau de Parentesco: _____

Você recebe atendimento de saúde mental na ESF: () Sim () Não

Motivo: _____

Quesito Raça/Cor autodeclarado: _____

2. Roteiro da entrevista semiestruturada

- A. Fale – me sobre como é realizado o atendimento do seu familiar na ESF.
- B. Fale-me sobre como você percebe que a ESF faz para dar conta das suas necessidades e do seu familiar.
- C. Fale-me sobre as facilidades e dificuldades para acessar a ESF, como você percebe o acolhimento (primeiro atendimento) e as informações que são dadas no atendimento ao seu familiar
- D. Fale-me sobre as condições do serviço para o realizar o atendimento na ESF.
- E. Fale-me como você percebe o respeito aos valores e costumes do seu familiar na ESF.

F. O que você compreende por situação de vulnerabilidade.

APÊNDICE E – ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL ESCOLA DE ENFERMAGEM

Serviço/ Trabalhadores

Estrutura:

- Número de salas e distribuição;
- Ambiente (privacidade, ruídos, limpeza, iluminação);
- Adequação para desenvolvimento do trabalho desenvolvido (espaço, decoração, luminosidade);
- Oferta de atendimento (observar se existem atividades além das consultas);
- Funcionamento do serviço (observar rotina, atividades desenvolvidas);

Disponibilidade do serviço

- Observar se o serviço tem disponibilidade suficiente para dar conta dos determinantes sociais da saúde (fatores sociais, econômicos, culturais, étnico/raciais, psicológicos, estilo de vida, água, esgoto, habitação);

Acessibilidade do serviço

- Observar se o serviço é fisicamente acessível;
- Observar quais critérios são utilizados para acesso ao atendimento;
- Observar se o serviço disponibiliza informações completas e suficiente de acordo com as necessidades das pessoas atendidas;
- Observar se o serviço disponibiliza espaço para a problematização das informações fornecidas;
- Observar se há espaço para problematização das informações fornecidas;
- Observar como é realizado o acolhimento;
- Observar se há espaço para avaliar as ações realizadas, rever e repensar as técnicas e práticas em saúde;

Qualidade do serviço

- Observar a comunicação entre os profissionais da equipe;
- Observar a qualificação dos profissionais (conhecimentos sobre saúde mental);

- Os profissionais são remunerados de modo justo?
- Observar se há insumos e equipamentos de qualidade para o desenvolvimento do trabalho;
- Observar se há condições sanitárias e de segurança adequadas;
- Observar como são realizados os registros e seu conteúdo;
- Observar as dificuldades enfrentadas no cotidiano do serviço e as estratégias para enfrentamento;
- Observar as atividades da gestão;

Aceitabilidade do serviço

- Observar questões relativas à ética profissional;
- O serviço respeita os valores e a tradição cultural das pessoas?

Outras questões:

- Observar interação entre usuários e seus familiares, profissionais e coordenação do serviço;
- Observar se o serviço está atento à relação entre contexto social e dinâmica saúde-doença mental no território.
- Observar a relação do serviço (coordenador, profissionais, usuários e seus familiares) com a Secretaria Municipal de Saúde e com o Conselho Municipal de Saúde (movimentos de diálogo, negociação, enfrentamento, participação, representatividade);
- Observar nas reuniões de equipe:
 - Interação entre os profissionais;
 - As prioridades;
 - A organização da reunião;
 - Temas, conteúdos, características;
 - Quem coordena;
 - Como planejam as ações.

Atenção em Saúde Mental dos usuários e familiares

- Observar quais profissionais realizam o atendimento;
- Identificar o problema que levou a procurar o serviço;
- Observar se os usuários chegam acompanhados para o atendimento, se sim, quem acompanha;
- Observar se as decisões sobre o tratamento são conjuntas;
- Observar como se dá a participação do familiar;
- Observar conduta dos profissionais frente aos casos;
- Observar como realizam os encaminhamento;

- Observar se as pessoas com transtornos mentais demonstram compreender as informações fornecidas pelo profissionais;
- Observar quais ações são destinadas aos familiares.

ANEXOS

ANEXO A - PARECERES DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA: AVALIAÇÃO PARTICIPATIVA DA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: AGNES OLSCHOWSKY

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 87950418.3.0000.5347

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.638.691

Apresentação do Projeto:

Segunda versão do Projeto de Tese de autoria de MARIANE DA SILVA XAVIER BOTEGA, apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (UFRGS, sob orientação da Profa. Dra. AGNES OLSCHOWSKY. A primeira versão avaliada por este CEP/UFRGS teve parecer emitido em 3/5/18.

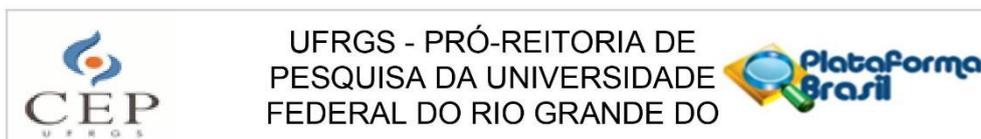
Estudo qualitativo, do tipo estudo de caso, a partir da Avaliação de Quarta Geração. Esta metodologia baseia-se em uma avaliação construtivista e responsiva com abordagem hermenêutico-dialética.

O local do estudo será a Estratégia de Saúde da Família Nossa Senhora Medianeira, localizada na região centro-sul do município de Porto Alegre e pertencente ao Distrito de Saúde Cruzeiro e a Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal.

Os participantes do estudo (no total de 22 pessoas) serão usuários que estejam em atendimento de saúde mental, familiares e os profissionais de uma das equipes de saúde do serviço.

Os profissionais de uma equipe da ESF composta por uma enfermeira, um médico, cinco agentes comunitários de saúde, dois técnicos de enfermagem, um dentista, um auxiliar de saúde bucal e

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 2.638.691

um técnico de saúde bucal, totalizando 12 profissionais, 5 usuários com diagnóstico de transtorno mental e 5 familiares.

Os critérios de inclusão para participar são os seguintes:

- a) Para os profissionais da equipe: trabalhar na equipe a pelo menos seis meses, por ser considerado tempo mínimo para que o profissional possa conhecer o contexto da ESF.
- b) Para os usuários: ter boa condição de comunicação e estar em acompanhamento na ESF.
- c) Para os familiares: aqueles com boa inserção junto a ESF, considerados pela equipe como os que colaboram com o cuidado de seu familiar em acompanhamento de saúde mental no serviço.

Foram estabelecidos como critérios de exclusão do estudo:

- a) Para os profissionais da equipe: Estar de férias ou licença durante o período de coleta de dados.
- b) Para usuários: ser menor de idade (idade inferior a 18 anos). Apresentar sinais e sintomas de quadro agudo da patologia psiquiátrica.
- c) Para os familiares: ser menor de idade (idade inferior a 18 anos).

Para a coleta das informações este estudo utilizará como técnicas a observação e a entrevista. O trabalho de campo consistirá nas seguintes etapas: contato com o campo, organização da avaliação, identificação dos grupos de interesse, desenvolvendo construções conjuntas, ampliando as construções conjuntas, preparação da agenda de negociação e execução a negociação.

As informações serão analisadas por meio do Método Comparativo Constante.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

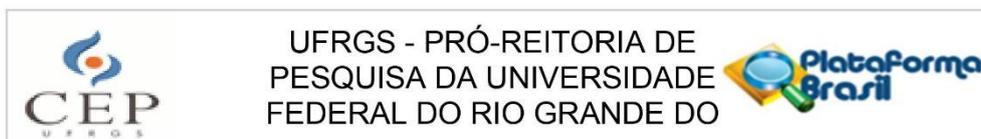
Avaliar a atenção em saúde mental em uma Estratégia de Saúde da Família na perspectiva da vulnerabilidade.

Objetivo Secundário:

- Desenvolver um processo avaliativo, participativo e formativo em uma Estratégia de Saúde da Família, possibilitando uma compreensão crítica reflexiva sobre a atenção em saúde mental na perspectiva da vulnerabilidade programática.

- Identificar a disponibilidade, acessibilidade, qualidade e aceitabilidade de uma Estratégia de Saúde da Família na atenção em saúde mental.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 2.638.691

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foram assim descritos:

"Riscos:

Este estudo poderá oferecer riscos mínimos, pois os entrevistados podem sentir-se constrangidos durante a entrevista ou na etapa de negociação, visto que os temas que poderão emergir nas falas relacionam-se a questões a eles sensíveis e que podem desencadear desconforto emocional como frustração, tristeza e raiva. Desta maneira, será assegurada aos entrevistados a possibilidade de interrupção da entrevista e da negociação, bem como, será respeitado o seu desejo em retomá-los ou não em outro momento, ou mesmo de abandonar a pesquisa.

Benefícios:

A pesquisa produzirá benefícios na medida em que possibilitará o envolvimento dos participantes no processo avaliativo, de forma que as questões avaliadas serão a partir de suas construções e, também, porque a Avaliação de Quarta Geração tem o compromisso de produzir informações que possam potencializar a utilização desses resultados em melhorias no contexto estudado. Não haverá custos ou benefícios financeiros pela participação no estudo."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa adequadamente apresentada do ponto de vista teórico-metodológico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes termos/documentos:

- projeto detalhado;
- orçamento;
- cronograma;
- folha de rosto devidamente assinada;
- informações básicas da PB;
- TCLE;
- Termo de Ciência e Autorização da Coordenadoria Geral de Atenção Primária (SMS/Porto Alegre);
- Termo de Ciência e Autorização da U.S. Nossa Senhora Medianeira (SMS/Porto Alegre).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Na segunda versão, a pendência indicada no primeiro parecer, abaixo descrita, foi devidamente corrigida na versão atual:

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 2.638.691

Pendência 1:

No texto apresentado na Plataforma Brasil, está indicado que serão 22 participantes ("totalizando 12 profissionais, 10 usuários com diagnóstico de transtorno mental e 10 familiares."). No texto do projeto, está indicado que serão "12 profissionais, 5 usuários com diagnóstico de transtorno mental, e 5 familiares". Uniformizar a informação em todos os documentos do projeto.

Resposta à pendência 1:

Conforme solicitado, o texto foi uniformizado da seguinte forma: "Os participantes do estudo serão os profissionais de uma equipe da ESF composta por uma enfermeira, um médico, cinco agentes comunitários de saúde, dois técnicos de enfermagem, um dentista, um auxiliar de saúde bucal e um técnico de saúde bucal. Totalizando 12 profissionais, 5 usuários com diagnóstico de transtorno mental, e 5 familiares." O texto foi incorporado em realce no projeto de pesquisa e modificado na Plataforma Brasil.

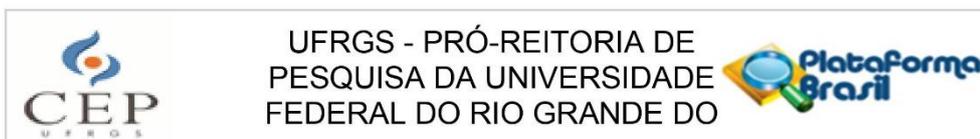
Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1099952.pdf	04/05/2018 18:44:07		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	CARTARESPOSTAASPENDENCIAS.pdf	04/05/2018 18:41:19	AGNES OLSCHOWSKY	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOMODIFICADO.pdf	04/05/2018 18:40:02	AGNES OLSCHOWSKY	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	18/04/2018 18:06:44	AGNES OLSCHOWSKY	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	18/04/2018 01:14:21	AGNES OLSCHOWSKY	Aceito
Parecer Anterior	TermoautorizadopelaCGAPS.pdf	18/04/2018 01:07:24	AGNES OLSCHOWSKY	Aceito
Outros	AutorizacaoESF.pdf	18/04/2018 00:55:04	AGNES OLSCHOWSKY	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	18/04/2018 00:38:25	AGNES OLSCHOWSKY	Aceito

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 2.638.691

Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	18/04/2018 00:37:04	AGNES OLSCHOWSKY	Aceito
------------	----------------	------------------------	---------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 07 de Maio de 2018

Assinado por:

MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
(Coordenador)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA: AVALIAÇÃO PARTICIPATIVA DA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: AGNES OLSCHOWSKY

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 87950418.3.3001.5338

Instituição Proponente: Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.672.743

Apresentação do Projeto:

Projeto para obtenção do título de Doutor em enfermagem da UFRGS da doutoranda Mariane Botega sob orientação da prof Agnes Olshowski.

Estudo qualitativo, do tipo estudo de caso, a partir da Avaliação de Quarta Geração. Esta metodologia baseia-se em uma avaliação construtivista e responsiva com abordagem hermenêutico-dialética.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a atenção em saúde mental em uma Estratégia de Saúde da Família na perspectiva da vulnerabilidade.

Objetivo Secundário:

Desenvolver um processo avaliativo, participativo e formativo em uma Estratégia de Saúde da Família, possibilitando uma compreensão críticareflexiva sobre a atenção em saúde mental na perspectiva da vulnerabilidade programática. Identificar a disponibilidade, acessibilidade, qualidade e aceitabilidade de uma Estratégia de Saúde da Família na atenção em saúde mental.

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 2.672.743

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Este estudo poderá oferecer riscos mínimos, pois os entrevistados podem sentir-se constrangidos durante a entrevista ou na etapa de negociação, visto que os temas que poderão emergir nas falas relacionam-se a questões a eles sensíveis e que podem desencadear desconforto emocional como frustração, tristeza e raiva. Desta maneira, será assegurada aos entrevistados a possibilidade de interrupção da entrevista e da negociação, bem como, será respeitado o seu desejo em retomá-los ou não em outro momento, ou mesmo de abandonar a pesquisa.

Benefícios:

A pesquisa produzirá benefícios na medida em que possibilitará o envolvimento dos participantes no processo avaliativo, de forma que as questões avaliadas serão a partir de suas construções e, também, porque a Avaliação de Quarta Geração tem o compromisso de produzir informações que possam potencializar a utilização desses resultados em melhorias no contexto estudado. Não haverá custos ou benefícios financeiros pela participação no estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa com importante impacto na área a ser estudada (saúde mental) com potencial de melhorar as ações dos trabalhadores em saúde na atenção primária em relação a vulnerabilidade dos usuários abordados

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termo de concordância do local de aplicação da pesquisa apresentado e ok

Termo de ciência da coordenação da atenção básica apresentado e ok

TCLE apresentado e ok

Recomendações:

É imperativo que o horário de agendamento das entrevistas seja organizado entre todas as partes envolvidas: pesquisador, participante, equipe de trabalho e chefia do setor. Referido horário não deverá acarretar prejuízo ao atendimento nem deverá gerar horas-extras para o participante, sob pena de ocasionar ausência do servidor em outro momento no local de trabalho.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

O parecer de aprovação do CEP SMSPA deverá ser apresentado à Coordenação responsável, a fim

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 2.672.743

de organizar a inserção da pesquisa no serviço, antes do início da mesma. Os relatórios semestrais devem ser apresentados ao CEP SMSPA, através de submissão na Plataforma Brasil, como "Notificação".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOMODIFICADO.pdf	04/05/2018 18:40:02	AGNES OLSCHOWSKY	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	18/04/2018 01:14:21	AGNES OLSCHOWSKY	Aceito
Parecer Anterior	TermoautorizadopelaCGAPS.pdf	18/04/2018 01:07:24	AGNES OLSCHOWSKY	Aceito
Outros	AutorizacaoESF.pdf	18/04/2018 00:55:04	AGNES OLSCHOWSKY	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 24 de Maio de 2018

Assinado por:
Alexandre Luis da Silva Ritter
(Coordenador)

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com