

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**  
**Escola de Enfermagem**  
**Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**

**FERNANDA BARRETO MIELKE**

**AVALIAÇÃO DA GESTÃO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA ESTRATÉGIA  
SAÚDE DA FAMÍLIA: com a palavra os coordenadores**

**Porto Alegre**  
**2013**

**FERNANDA BARRETO MIELKE**

**AVALIAÇÃO DA GESTÃO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA ESTRATÉGIA  
SAÚDE DA FAMÍLIA: com a palavra os coordenadores**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem.

**Área de concentração:** Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem

**Linha de Pesquisa:** Políticas, Avaliação e Atenção em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Agnes Olschowsky

**Porto Alegre  
2013**

### CIP - Catalogação na Publicação

Barreto Mielke, Fernanda

Avaliação da Gestão da Atenção Psicossocial na  
Estratégia Saúde da Família: com a palavra os  
coordenadores / Fernanda Barreto Mielke. -- 2013.  
217 f.

Orientador: Agnes Olschowsky.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio  
Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2013.

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


**FERNANDA BARRETO MIELKE**

**Avaliação da Gestão da Estratégia de Atenção Psicossocial  
na Estratégia 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, 12 de agosto de 2013.

**BANCA EXAMINADORA**



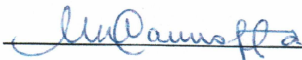
Profa. Dra. Agnes Olschowsky

Presidente – PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Luciane Prado Kantorski

Membro – UFPel



Prof. Dr. Márcio Wagner Camatta

Membro – UFCSPA



Profa. Dra. Christine Wetzel

Membro – EENF-UFRGS



Prof. Dr. Jacó Fernando Schneider

Membro – PPGENF-UFRGS



## AGRADECIMENTOS

A Deus pelas bênçãos e graças recebidas durante a minha existência.

Ao meu esposo Vinícius, companheiro em todos os momentos da minha vida, incentivando e vibrando com as minhas conquistas. Obrigado talvez não seja suficiente para agradecer por todo o teu amor e tua compreensão.

Aos nossos gêmeos, Arthur e Murilo, que impulsionaram a conclusão desse trabalho com sua vinda. Mamãe ama muito vocês e amará para sempre.

Aos meus pais, Vera e Paulo, ao meu irmão, Rafael e minha cunhada Érica, que mesmo distantes se fizeram sempre presentes, com amor.

À minha orientadora, Agnes, pela amizade, pela compreensão e pelo aprendizado, sendo mestre e amiga, professora e colega.

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

Aos profissionais das ESF da Gerência Distrital Partenon/Lomba do Pinheiro pela receptividade e acolhida e, em especial, aos coordenadores que construíram comigo esse trabalho. E à Gerência Distrital Partenon/Lomba do Pinheiro na pessoa da enfermeira Ana Paula Guedes, supervisora da Estratégia Saúde da Família.

Aos participantes do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental – GEPESM pelos momentos de aprendizado e reflexão.

Aos colegas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFRGS, especialmente Cecília Helena Glanzner, Cintia Nasi e Marcio Wagner Camatta, com quem dividi ansiedades e conquistas.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFRGS, pela oportunidade de aprofundar meus conhecimentos.

A equipe de enfermagem do CIAPS/HPSP, meu local de trabalho, especialmente à minha colega enf<sup>a</sup>. Vera, que me auxiliou muito nessa jornada.

A CAPES pelo apoio financeiro durante o início do curso mediante bolsa de estudos.

A todos que torceram pelo ‘final feliz’ dessa longa caminhada fica o meu *muito obrigado*.

## **Maluco Beleza**

(Raul Seixas)

*Enquanto você se esforça pra ser  
Um sujeito normal e fazer tudo igual,  
Eu, do meu lado, aprendendo a ser louco  
Maluco total, na loucura real*

*Controlando a minha maluquez  
Misturada com minha lucidez*

*Vou ficar, ficar com certeza  
Maluco beleza  
Eu vou ficar, ficar com certeza  
Maluco beleza*

*E esse caminho que eu mesmo escolhi  
É tão fácil seguir por não ter aonde ir*

*Controlando a minha maluquez  
Misturada com minha lucidez*

*Vou ficar, ficar com certeza  
Maluco beleza  
Eu vou ficar, ficar com certeza  
Maluco beleza*

## RESUMO

MIELKE, F. B. **Avaliação da gestão da atenção psicossocial na Estratégia Saúde de Família: com a palavra os coordenadores.** 2013. 217f. Tese [Doutorado] – Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

A reforma psiquiátrica brasileira propôs um modelo de cuidado em saúde mental denominado atenção psicossocial, que conta com serviços localizados no território de vida dos usuários com transtorno psíquico. A atenção psicossocial é, hoje, a estratégia orientadora do cuidado em saúde mental, propondo um cuidado ampliado a partir do cotidiano de vida das pessoas que dele necessitam. Com isso, a relação entre atenção psicossocial e atenção básica, especialmente a saúde da família, foi fortalecida, incluindo o cuidado em saúde mental no processo de trabalho das equipes de saúde da família. O objetivo deste estudo foi avaliar a gestão da atenção psicossocial na estratégia saúde da família, na Zona Leste do município de Porto Alegre/RS. Trata-se de um estudo avaliativo qualitativo do tipo estudo de caso, estruturado a partir dos pressupostos teóricos e metodológicos da Avaliação de Quarta Geração. O grupo de interesse foi composto pelos coordenadores das 12 unidades de saúde da família da Gerência Distrital Partenon/Lomba do Pinheiro. A coleta dos dados ocorreu por meio de observação participante, a qual totalizou 144 horas, e entrevistas individuais, a partir do círculo hermenêutico-dialético no período de setembro a novembro de 2011. A análise dos dados, realizada por meio do Método Comparativo Constante, resultando em duas categorias analíticas: Processo de Trabalho e Gestão da Atenção Psicossocial. Na categoria Processo de trabalho foi discutida a organização do trabalho de coordenação da ESF, sendo destacadas características que geram sobrecarga de trabalho, bem como aquelas avaliadas como positivas: autonomia do coordenador e a supervisão da ESF da gerência distrital. Nesta categoria também foi incluída a ambiência, que discutiu os temas relacionados aos recursos em saúde, identificando dificuldades com relação aos recursos humanos, materiais e físicos, como a rotatividade e terceirização de profissionais, a falta de agentes comunitários de saúde, a instabilidade no fornecimento de materiais e a inadequação na estrutura física de algumas ESF. Na categoria Gestão da Atenção Psicossocial discuti sobre a atenção psicossocial, que foi avaliada como uma prática cotidiana no trabalho da ESF, destacando os dispositivos facilitadores da gestão da atenção psicossocial no território: os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, os apoios especializados em saúde mental, o trabalho em equipe, os grupos em saúde, o apoio da gerência distrital e a existência de espaços para a discussão de casos. A intersetorialidade, incluída nesta categoria, foi avaliada como uma prática fundamental para a concretização da atenção psicossocial, possibilitando a responsabilização compartilhada pelo cuidado em saúde mental. A rede de atenção psicossocial apontou para a desconexão entre os serviços existentes e a falta de dispositivos, como os CAPS, o que dificulta a efetividade da atenção psicossocial no território. Avaliamos que as ESF estudadas têm contribuído para a implantação da atenção psicossocial, produzindo cuidado em saúde mental no território. O grupo de interesse avaliou que a gestão da atenção psicossocial necessita de uma discussão reflexiva com vistas à construção conjunta de novas possibilidades para o cuidado ao usuário com transtorno psíquico em seu território de vida e de relações para a realização de seu projeto de felicidade.

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

## ABSTRACT

MIELKE, F. B. **Evaluation of psychosocial care management in Family Health Strategy: with word coordinators.** 2013. 217f. Thesis [PhD] – Nursing School of the Federal University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

The Brazilian psychiatric reform proposed a model of mental health care called psychosocial care, which includes services located in the territory of the lives of users with mental disorders. The psychosocial care is today the guiding strategy of mental health care, proposing an extended care from the daily lives of people who need it. Thus, the relationship between psychosocial care and primary care, especially the family health, was strengthened, including mental health care in the work process of family health teams. The aim of this study was to evaluate of psychosocial care management in the family health strategy (FHS), in the East Zone of the city of Porto Alegre/RS. It is an evaluative study of the qualitative case study, structured from the theoretical and methodological assumptions of Fourth Generation Evaluation. The interest group was composed of the coordinators of the 12 units of family health Management District Partenon/Lomba do Pinheiro. Data collection occurred through participant observation, which totaled 144 hours, and interviews from the hermeneutic dialectic circle from September to November 2011. Data analysis, performed using the Constant Comparative Method, resulting in two analytical categories: Process Work and Psychosocial Care Management. Process Work category was discussed the organization of the coordination work of ESF, and highlighted features that generate workload, as well as those assessed as positive: the autonomy of the FHS coordinator and supervision of district management. This category also included the ambience, which discussed topics related to health resources, identifying difficulties with regard to human resources, and physical materials such as turnover and outsourcing professionals, lack of community health workers, the instability in the supply materials and inadequate physical structure of some FHS. In category Psychosocial Care Management discussed on psychosocial care, which was evaluated as an everyday practice in the work of the FHS, highlighting the devices that facilitate psychosocial care management in the territory: the Centers of Support for Family Health, supports specialized in mental health work team, the health groups, support the district management and the existence of spaces for discussion of cases. The intersectionality, included in this category was evaluated as a practice fundamental to the realization of psychosocial care, enabling shared accountability for mental health care. The psychosocial care network pointed to the disconnect between existing services and the lack of devices, such as CAPS, which hinders the effectiveness of psychosocial care in the territory. We assess that the FHS study have contributed to the implementation of psychosocial care, producing mental health care in the territory. The interest group assessed the psychosocial care management needs a reflective discussion with a view to jointly build new possibilities for the care the user with psychiatric disorder in its territory of life and relationships to achieve your happiness project.

**Keywords:** Mental Health. Family Health. Primary Health Care. Health Management. Health Evaluation.

## RESUMEN

MIELKE, F. B. **Evaluación de la gestión de la atención psicosocial en Salud de la Familia: con la palabra los coordinadores.** 2013. 217f. Tesis [Doctorado] – Escuela de Enfermería de la Universidad Federal del Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

La reforma psiquiátrica brasileña propuso un modelo de atención de salud mental que se llama la atención psicosocial, que incluye los servicios ubicados en el territorio de la vida de los usuarios con trastornos mentales. La atención psicosocial es hoy en día la estrategia de orientación de la atención de la salud mental, se propone una atención prolongada de la vida cotidiana de las personas que lo necesitan. Por lo tanto, se fortaleció la relación entre la atención psicosocial y la atención primaria, especialmente la salud de la familia, incluida la atención de salud mental en el proceso de trabajo de los equipos de salud familiar. El objetivo de este estudio fue evaluar la gestión de la atención psicosocial en la Estrategia Salud de la Familia (ESF), la Zona Este de la ciudad de Porto Alegre/RS. Se trata de un estudio de evaluación, estudio de caso cualitativo, estructurado a partir de los supuestos teóricos y metodológicos de la Cuarta Evaluación Generación. El grupo de interés estuvo integrado por los coordinadores de las 12 unidades de salud de la familia del Distrito de Administración del Partenon/Lomba do Pinheiro. Los datos fueron recolectados a través de la observación participante, que totalizaron 144 horas, y las entrevistas del círculo hermenéutico dialéctico en el período de septiembre a noviembre de 2011. Análisis de datos, realizado mediante el método comparativo constante, lo que resulta en dos categorías analíticas: Proceso de Trabajo y Gestión de la Atención Psicosocial. En la categoría Proceso de Trabajo se examinó la organización de la labor de coordinación del ESF, y puso de relieve las características que generan carga de trabajo, así como aquellos evaluados como positivos: la autonomía de los coordinadores y la supervisión de la gestión del distrito de ESF. Esta categoría también incluye el ambiente, que discutió temas relacionados con los recursos de salud, identificando las dificultades en los recursos humanos, materiales y físicos, como la rotación y externalización de los profesionales, la falta de trabajadores sanitarios de la comunidad, la inestabilidad en los suministros materiales y la estructura física inadecuada de algunas ESF. En la categoría Gestión de la Atención Psicosocial ha discutido la atención psicosocial, la cual fue evaluada como una práctica cotidiana en el trabajo de la ESF, destacando los dispositivos que facilitan la gestión de la atención psicosocial en el territorio: los Centros de Apoyo a la Salud de la Familia, apoya especializada en salud mental, trabajo de equipo, los grupos de salud, apoyo de la gestión del distrito y la existencia de espacios para la discusión de los casos. La interseccionalidad, incluida en esta categoría se evaluó como una práctica fundamental para la realización de la atención psicosocial, lo que la responsabilidad compartida para el cuidado de la salud mental. La red de atención psicosocial se refirió a la falta de conexión entre los servicios existentes y la falta de dispositivos, como los CAPS, lo que dificulta la eficacia de la atención psicosocial en el territorio. Evaluamos que las ESF estudiadas han contribuido a la implementación de la atención psicosocial, la producción de servicios de salud mental en el territorio. El grupo de interés evaluó que la gestión de la atención psicosocial necesita una discusión reflexiva con miras a la construcción conjunta de nuevas posibilidades para la atención al usuario con trastorno psiquiátrico en su territorio de vida y las relaciones para lograr su proyecto de felicidad.

**Palabras clave:** Salud Mental. Salud de la Familia. Atención Primaria de Salud. Gestión en Salud. Evaluación en Salud.

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Círculo Hermenêutico Dialético .....	62
FIGURA 2 - Gerências Distritais de Porto Alegre/RS.....	78
FIGURA 3 - Mapa da região da GDPLP .....	79
FIGURA 4 - Mapa da região da GDPLP com a identificação das unidades em estudo .....	80
FIGURA 5 - ESF Ernesto Araújo .....	83
FIGURA 6 - ESF Esmeralda.....	86
FIGURA 7 - ESF Herdeiros .....	88
FIGURA 8 - ESF Lomba do Pinheiro.....	91
FIGURA 9 - ESF Maria da Conceição .....	93
FIGURA 10 - ESF Morro da Cruz.....	95
FIGURA 11 - ESF Panorama.....	97
FIGURA 12 - ESF Pitoresca.....	99
FIGURA 13 - ESF Santa Helena .....	101
FIGURA 14 - ESF Santo Alfredo .....	103
FIGURA 15 - ESF São Pedro .....	105
FIGURA 16 - ESF Viçosa.....	106
FIGURA 17 - Relatório de Produção e de Marcadores de Avaliação – Complementar.....	127
FIGURA 18 - Ambientes constitutivos da unidade de acordo com a quantidade de ESF .....	134

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Questões norteadoras e seus desdobramentos.....	70
QUADRO 2 - Resultado do processo de análise dos dados.....	76
QUADRO 3 - Quadro Sinóptico das ESF do estudo .....	107
QUADRO 4 - Quadro Sinóptico das Categorias do estudo .....	109
QUADRO 5 - Caracterização dos coordenadores das ESF.....	110
QUADRO 6 - Metas pactuadas no Plano Anual de Saúde - Porto Alegre - 2011 .....	130
QUADRO 7 - Componentes da Rede de Atenção Psicossocial.....	149
QUADRO 8 - Componentes da Rede de Atenção Psicossocial de Porto Alegre.....	179
QUADRO 9 - Indicadores CAPS/habitantes em Porto Alegre de acordo com o tipo de CAPS.....	181

## LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AGHOS	Sistema de Gestão e Regulação Assistencial e Financeira de Saúde
BPA	Boletim de Produção Ambulatorial
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS i	Centro de Atenção Psicossocial Infância e Adolescência
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPSUL	Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da região sul do Brasil
CEPSMSPA	Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre
CIAPS	Centro Integrado de Atenção Psicossocial
CLT	Consolidação das Leis de Trabalho
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
ESF	Estratégia Saúde da Família
FASC	Fundação de Assistência Social e Cidadania
GDPLP	Gerência Distrital Partenon/Lomba do Pinheiro
IMESF	Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NASCA	Núcleo de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PAM	Pronto-atendimento médico
PMPA	Prefeitura Municipal de Porto Alegre
PSF	Programa Saúde da Família
RIS/ESP	Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública
RS	Estado do Rio Grande do Sul
SASE	Serviço de Apoio Sócio-Educativo
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFCSPA	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
USF	Unidade de Saúde da Família
VD	Visita Domiciliar



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>2 OBJETO DE ESTUDO .....</b>	<b>22</b>
<b>2.1 Atenção Psicossocial e Estratégia Saúde da Família .....</b>	<b>22</b>
<b>2.2 Atenção Psicossocial e Cuidado.....</b>	<b>41</b>
<b>2.3 Avaliação em Saúde .....</b>	<b>50</b>
<b>3 PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO .....</b>	<b>59</b>
<b>3.1 Tipo de Estudo .....</b>	<b>59</b>
3.1.1 Avaliação de Quarta Geração .....	59
<b>3.2 Local do Estudo .....</b>	<b>63</b>
<b>3.3 Sujeitos do Estudo .....</b>	<b>64</b>
<b>3.4 Coleta de Dados .....</b>	<b>64</b>
3.4.1 Contato com o campo .....	66
3.4.2 Organização da condução da avaliação .....	67
3.4.3 Identificação dos grupos de interesse .....	69
3.4.4 Desenvolvimento das construções conjuntas .....	70
3.4.5 Ampliação das construções conjuntas .....	72
3.4.6 Preparação da agenda para a negociação.....	73
3.4.7 Execução da negociação.....	73
<b>3.5 Análise de Dados.....</b>	<b>75</b>
<b>3.6 Considerações Éticas .....</b>	<b>77</b>
<b>4 GERÊNCIA DISTRITAL PARTENON/LOMBA DO PINHEIRO.....</b>	<b>78</b>
<b>5 RESULTADOS DO PROCESSO AVALIATIVO .....</b>	<b>109</b>
<b>5.1 Processo de Trabalho .....</b>	<b>113</b>
5.1.1 Trabalho da ESF .....	113
5.1.2 Ambiência.....	132
<b>5.2 Gestão da Atenção Psicossocial .....</b>	<b>142</b>
5.2.1 Atenção Psicossocial .....	143
5.2.2 Intersetorialidade .....	171
5.2.3 Rede de Atenção Psicossocial .....	177
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>191</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>197</b>
<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>214</b>
<b>APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE PESQUISA.....</b>	<b>215</b>
<b>APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE PESQUISA.....</b>	<b>216</b>
<b>APÊNDICE D – APRESENTAÇÃO DO PROJETO DE TESE.....</b>	<b>217</b>
<b>ANEXO – PARECER CONSUBSTANCIADO.....</b>	<b>218</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A presente tese de doutorado é resultado de minha identificação com o processo de reforma psiquiátrica brasileira em curso no país desde o final da década de 1970. Essa identificação teve início ainda durante o curso de graduação em Enfermagem, realizada entre os anos de 2002 e 2006, em que pude experimentar vivências em serviços substitutivos ao manicômio, localizados na comunidade, próximos de seus usuários. Neste período, iniciei a trajetória na pesquisa científica, participando de estudos voltados à saúde mental coletiva, os quais visavam a contribuir para o fortalecimento do cuidado em saúde mental no território.

Essa identificação com o processo de reforma psiquiátrica deve-se ao fato de acreditar na possibilidade de construção de novas maneiras de cuidar em saúde mental, as quais valorizem as subjetividades que estavam aprisionadas em um diagnóstico psiquiátrico. A reforma psiquiátrica, caracterizada como um movimento político, social e ideológico, edificado por um coletivo de sujeitos, no qual se encontram profissionais de saúde, usuários de serviços de saúde e seus familiares, e comunidade, está pautada em princípios e diretrizes que propõem outro olhar acerca da loucura, demonstrando que é possível e saudável a permanência das pessoas com transtorno psíquico em sua comunidade.

As vivências experimentadas na graduação possibilitaram confirmar a importância que se configura para o usuário com transtorno psíquico o fato de estar em sua residência, com sua família, seus amigos, em sua comunidade, sendo reconhecido e reconhecendo-se como membro desse espaço social, em seu território. Compreendi a centralidade que o território assume nos novos serviços de saúde mental, instituídos a partir da reforma psiquiátrica.

O território aparece, nesse contexto, como um novo cenário para a propagação do cuidado em saúde mental. Fala-se aqui de território entendido a partir do seu uso e pensado em conjunto com os atores que dele se utilizam. O território usado, o qual busca incluir todos os atores e evidencia o papel ativo desses atores, é o que caracteriza o território como um espaço humano, habitado por pessoas que agem sobre ele (SANTOS, 2007; OLIVEIRA, 2004).

Esse território representa a força viva de relações concretas estabelecidas entre as pessoas e dessas com o entorno, sendo o lugar social no qual se tecem as referências de vida. Pensar o cuidado em saúde mental na perspectiva do território usado é pensar em um trabalho de reprodução de vida e de subjetividades, partindo das forças concretas para a construção de objetivos comuns, definidos pelo usuário do serviço de saúde (AMARANTE, 1994).

Assim, o termo território, nesta pesquisa, refere-se ao território usado, compreendendo um espaço de relação, cuidado e atenção ao indivíduo com transtorno psíquico e seu núcleo familiar, o qual está para além da delimitação geográfica, considerando o espaço formado pelas pessoas que o habitam, com suas subjetividades, suas necessidades, seus conflitos, seus interesses, suas instituições, seus cenários, seus amigos, seus vizinhos e seus familiares, estando diretamente relacionado com as redes de cuidado e social.

A reforma psiquiátrica está baseada em dois pressupostos teóricos. O primeiro deles é a desinstitucionalização, compreendida como um processo social complexo que transforma o entendimento acerca da loucura, enfatizando não mais a cura, mas a construção de projetos de invenção da saúde e da vida do sujeito que vive e convive com o transtorno psíquico. Está focada no cuidado e na produção de saúde mental, contemplando o sujeito em sua existência-sofrimento. O seu caráter de (re)construção concentra-se no fato de que o ato de cuidar é inquestionável, ou seja, independentemente da (in)existência da cura, o cuidado é realizado e o profissional de saúde deve ocupar-se em transformar a maneira de viver e conviver com o transtorno psíquico do indivíduo e seu sofrimento, transformando a própria existência concreta e cotidiana desse indivíduo que alimenta esse sofrimento (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001).

Assim, entendo que a desinstitucionalização está para além do ato de retirar os indivíduos com transtorno psíquico da instituição enquanto espaço físico, mas é libertar esses sujeitos da lógica manicomial que cerceia suas subjetividades, independente do espaço físico em que eles se encontrem.

O segundo pressuposto em que se pauta o processo de reforma psiquiátrica é a reabilitação psicossocial, a qual compreende a (re)construção da autonomia e da cidadania do louco, combatendo a exclusão e o estigma a ele impostos socialmente. É um processo de restituição do poder de contratualidade do sujeito que sofre psiquicamente, visando a ampliar sua autonomia (PITTA, 1996).

A reabilitação psicossocial tem o objetivo de promover a inserção das pessoas com transtorno psíquico novamente no contexto social, a partir de práticas de reinserção social com o propósito de minimizar os estigmas e preconceitos que permeiam a saúde mental.

Frente aos princípios e diretrizes da reforma psiquiátrica, foi constituído o modo de atenção psicossocial, modelo de cuidado em saúde mental que vai ao encontro desses pressupostos teóricos, valorizando a vida e a subjetividade das pessoas, atentando para as questões técnicas, teóricas, jurídicas e éticas. O modo de atenção psicossocial está pautado na interdisciplinaridade, com o intuito de não fragmentar o cuidado em saúde, considerando os

aspectos biopsicossocial, cultural, espiritual, ético e político. A relação com o usuário e sua subjetividade é o foco da atenção psicossocial, sendo o usuário o principal participante de seu tratamento, com direito à voz e vez, e tendo, ou devendo ter, a liberdade de ir e vir assegurada junto aos serviços de saúde mental. A família também é entendida como peça fundamental nesse modo de atenção, e busca-se uma parceria entre serviço e comunidade para propiciar a reinserção social desses novos sujeitos (COSTA-ROSA, 2000).

A atenção psicossocial propõe uma prática que ouse buscar o novo, inventando novos modos de cuidar do sofrimento humano a partir da criação de espaços de produção de relações sociais pautadas por valores que busquem reinventar a sociedade, tais como a solidariedade e a coletivização, possibilitando ao louco ocupar um novo lugar social (YASUI, 2009).

As mudanças e transformações nas práticas e nas proposições teóricas, técnicas, assistenciais, jurídicas, políticas e socioculturais, no campo da saúde mental, advindas da reforma psiquiátrica brasileira, possibilita que, nos dias atuais, se fale da atenção psicossocial como uma estratégia orientadora do cuidado em saúde mental, instituindo-a como modelo assistencial em saúde mental (YASUI; COSTA-ROSA, 2008).

A atenção psicossocial está pautada em práticas eminentemente territoriais, no sentido do território usado, uma vez que o que se busca é o aumento da autonomia e da cidadania possíveis, a partir da construção de laços sociais, participação e circulação no cotidiano da cidade, enfatizando a produção de saúde como produção de subjetividades (YASUI; COSTA-ROSA, 2008; COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003; DIMENSTEIN et al., 2010).

Nesse sentido, há uma aproximação conceitual e prática da atenção psicossocial com a atenção básica à saúde, prioritariamente com a Estratégia Saúde da Família (ESF), caracterizada como a estratégia de estruturação do sistema público de saúde, pautada na promoção da integração e organização das ações de saúde em território adstrito, tendo como eixo norteador de suas práticas o estabelecimento do vínculo sólido de corresponsabilização com a comunidade (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

A ESF está pautada no atendimento integral à saúde caracterizado pelo cuidado preventivo e curativo, garantindo o acesso ao serviço de saúde a todo cidadão, visualizando-o como sujeito ativo no processo saúde-adoecimento-doença-cuidado-reabilitação, que afeta e é afetado pelos contextos que o cercam. Assim, a ESF preconiza o cuidado ao núcleo familiar, a partir de uma equipe multidisciplinar, em unidades de saúde da família localizadas no território, estando os serviços abertos à comunidade.

A possibilidade de construção conjunta do cuidado ao sujeito com transtorno psíquico estabelecida entre a atenção psicossocial e a atenção básica/saúde da família tem sido

incentivada pela Política Nacional de Saúde Mental, desde a constituição da Rede de Atenção Integral em Saúde Mental. Essa rede conta com a atenção especializada, com serviços como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços residenciais terapêuticos, ambulatórios, hospitais-dia, leitos e/ou unidades psiquiátricas em hospital geral, serviços de urgência e emergência psiquiátricas, centros de convivência, geração de renda e, com a atenção básica à saúde, prioritariamente a partir da ESF (ISAIAS; FAGUNDES, 2001).

Outra maneira de incentivar a articulação entre atenção psicossocial e atenção básica/saúde da família foi firmada em 2001, a partir de uma parceria estabelecida entre a Coordenação Geral de Saúde Mental e o Departamento de Atenção Básica, discutindo o Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica, pautando-se, especialmente, em dois aspectos: o apoio matricial e a formação em serviço na área de saúde mental (BRASIL, 2001).

Fazendo parte do cotidiano de um CAPS, desenvolvi o trabalho de conclusão de curso de graduação em Enfermagem com os profissionais desse serviço. Um dos resultados obtidos, destacado pelos entrevistados, refere-se à possibilidade de realizar o cuidado em saúde mental no território a partir da saúde da família, uma vez que esse recurso da rede de saúde está localizado na comunidade, podendo facilitar o acesso ao serviço e a continuidade do acompanhamento em saúde mental (MIELKE, 2007).

Com o resultado dessa pesquisa apontando para a potencialidade da ESF em contribuir para o fortalecimento dos princípios da reforma psiquiátrica, interessei-me pelo referido tema e ingressei no mestrado em Enfermagem junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com o objetivo de aprofundar os conhecimentos acerca da atenção psicossocial na saúde da família. Inserida na linha de pesquisa Políticas, Avaliação e Atenção em Saúde e Enfermagem, desenvolvi a dissertação tendo como cenário uma unidade de saúde da família de Porto Alegre/RS, construindo com seus profissionais o objeto de estudo proposto: avaliação das ações de saúde mental na ESF (MIELKE, 2009).

Assim, esse processo avaliativo evidenciou que eram desenvolvidas ações para os usuários com transtorno psíquico na ESF, no âmbito de seu território, tais como acolhimento, escuta, produção de vínculo, visitas domiciliares, discussão de casos em reunião de equipe, consulta médica, farmacoterapia e grupo terapêutico (MIELKE, 2009).

Os profissionais avaliaram, ainda, que as facilidades para desenvolver ações de saúde mental eram: o apoio advindo da presença da universidade e de um programa de residência integrada em saúde no que tange às questões da saúde mental; a reunião de equipe

caracterizada como espaço de discussão de casos, elaboração coletiva do planejamento e avaliação das ações de saúde mental; a agenda médica para saúde mental, considerando a demanda de saúde mental do território e a necessidade de proporcionar a aproximação do usuário em sofrimento psíquico da unidade de saúde e seus trabalhadores; as portas abertas da unidade, facilitando o acesso à unidade; o Conselho Local de Saúde como dispositivo de controle social efetivo, potencializando a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica; e o grupo terapêutico em saúde mental, o qual tem contribuído para a inclusão dos usuários em sofrimento psíquico nos espaços da comunidade (MIELKE, 2009).

A realização deste estudo permitiu avaliarmos que a ESF é importante parceira no cuidado em saúde mental no território, uma vez que contempla, em seu trabalho, os princípios da desinstitucionalização, da reabilitação psicossocial, da integralidade e da participação popular, possibilitando a inclusão da loucura nos espaços da cidade e valorizando a pessoa com diagnóstico psiquiátrico como cidadão autônomo (MIELKE, 2009).

As dificuldades para desenvolver ações de saúde mental avaliadas pelos profissionais foram: o preconceito com a loucura; a falta de capacitação em serviço na área de saúde mental, pois os profissionais não se sentem preparados para atender a demanda de saúde mental; e a fragmentação da rede de serviços de saúde mental do município como consequência da falta de articulação e comunicação entre os (poucos) serviços existentes na referida rede, o que dificulta a continuidade do tratamento e inserção social dos usuários em sofrimento psíquico (MIELKE, 2009).

Os resultados da dissertação de mestrado instigaram alguns questionamentos: “As ações, facilidades e dificuldades avaliadas pelos profissionais são características da unidade em estudo e seu processo de trabalho?”, “Ou são características relacionadas à organização da saúde da gerência distrital a qual pertence a unidade estudada?”, e “Ou, ainda, são características da política de saúde mental de Porto Alegre?”.

Considerando o direcionamento para o cuidado em saúde mental no território, as aproximações possíveis entre atenção psicossocial e saúde da família, e os resultados obtidos na dissertação de mestrado, interessei-me em avaliar a prática da atenção psicossocial, enquanto estratégia orientadora do cuidado em saúde mental, na ESF, ou seja, como, cotidianamente, as unidades de saúde da família estão gerenciando as propostas de cuidado em saúde mental no território na perspectiva da atenção psicossocial?

Nesse sentido, destaco a figura dos coordenadores das unidades de saúde da família, que, no meu entendimento, são aqueles que têm a responsabilidade de organizar a gestão dos cuidados a serem produzidos pelo serviço, o que inclui a atenção psicossocial, em conjunto

com os demais trabalhadores da unidade e em conformidade com as propostas da gestão da saúde.

O desenvolvimento desta tese buscou responder a dois questionamentos, que direcionaram o estudo realizado: a) “Como a atenção psicossocial está sendo organizada no território da Estratégia Saúde da Família?”, e b) “Quais são as principais facilidades e dificuldades na gestão da atenção psicossocial no território da Estratégia Saúde da Família?”.

Para o desenvolvimento desta pesquisa, o processo avaliativo foi conduzido por meio da avaliação de quarta geração, que possui caráter participativo na perspectiva construtivista, uma vez que se tem apontado para a necessidade da construção de novos modos de aferir, compreender e avaliar a produção de subjetividades proposta pela atenção psicossocial, pois os modelos tradicionais são insuficientes para dar conta da complexidade desses novos projetos (AMARANTE; TORRE, 2007).

A minha aproximação com a avaliação de quarta geração ocorreu por meio da realização da pesquisa de Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da região Sul do Brasil – CAPSUL, cujos resultados revelaram que o uso dessa metodologia permite aumentar a possibilidade de usar os resultados do processo avaliativo para implantar transformações no cotidiano dos serviços de saúde partindo da avaliação construída pelo próprio grupo de interesse (KANTORSKI et al., 2009a; OLSCHOWSKY et al., 2009; SCHNEIDER et al., 2009).

Entendo que os princípios e diretrizes da ESF corroboram com os pressupostos da atenção psicossocial, percebendo o território como um espaço de possibilidades e de invenção de outros modos de olhar a loucura, partindo de um trabalho comprometido com o sujeito e sua existência-sofrimento.

Assim, defendo a tese de que a gestão da atenção psicossocial é uma prática em saúde mental desenvolvida pela ESF, sendo de relevante importância para o fortalecimento do modelo assistencial em saúde mental, produzindo o cuidado no território de maneira ampliada e resolutiva aos indivíduos com transtorno psíquico.

O objetivo geral desta tese consiste em avaliar a atenção psicossocial na Estratégia Saúde da Família, na Zona Leste do município de Porto Alegre/RS. Os objetivos específicos são:

- a) Conhecer as ações realizadas pelo coordenador da ESF e sua relação com a atenção psicossocial e;
- b) Identificar as facilidades e as dificuldades da ESF na gestão da atenção psicossocial no território.

A tese está organizada em seis capítulos. No primeiro, Introdução, apresento aspectos de minha trajetória acadêmica e profissional, bem como de minha aproximação com a temática da atenção psicossocial na saúde da família. Problematizo o objeto de estudo desta pesquisa com a finalidade de proporcionar o entendimento ao leitor sobre minhas opções para este estudo. Ao final, apresento os objetivos propostos para este estudo.

No capítulo 2, abordo os temas que envolvem o objeto de estudo da tese: avaliação da atenção psicossocial na Estratégia Saúde da Família. Realizo um levantamento bibliográfico acerca dos temas em questão, buscando resgatar a historicidade que envolve tanto a atenção psicossocial quanto a atenção básica/saúde da família, bem como a avaliação em saúde.

No terceiro capítulo, descrevo o percurso teórico-metodológico escolhido para a realização desta tese com a finalidade de atingir os objetivos propostos. Apresento a avaliação de quarta geração e sua aplicação prática nesta tese, que possibilitou a construção de uma avaliação participativa em saúde.

No capítulo 4 apresento a Gerência Distrital Partenon-Lomba do Pinheiro do município de Porto Alegre/RS, região na qual estão circunscritas as doze unidades de saúde da família desse estudo, descrevendo-as com relação à sua organização e estrutura física.

No quinto capítulo, discuto os resultados do processo avaliativo, os quais foram agrupados em duas categorias: Processo de Trabalho e Gestão da Atenção Psicossocial. Na categoria Processo de Trabalho são avaliadas as questões relacionadas ao modo de organização do trabalho de coordenação da ESF, destacando características e atribuições que geram sobrecarga de trabalho ao coordenador e aquelas avaliadas como positivas pelo grupo de interesse. É, ainda, avaliada a ambiência, discutindo os temas relacionados aos recursos em saúde, identificando dificuldades com relação aos recursos humanos, materiais e físicos para a organização de serviços de saúde como espaços de cuidado acolhedores, resolutivos e humanizados. Na categoria Gestão da Atenção Psicossocial realizo a discussão da atenção psicossocial como parte do cotidiano de trabalho da ESF, destacando os elementos que têm facilitado e fortalecido a gestão da atenção psicossocial no território enquanto modelo de atenção em saúde mental. Ainda é avaliado pelo grupo de interesse que a intersetorialidade é uma prática fundamental para a concretização da proposta da atenção psicossocial, possibilitando a construção de ações coletivas e da responsabilização compartilhada pelo cuidado em saúde mental. A rede de atenção psicossocial também compõe essa categoria, apontando para a desconexão entre os serviços existentes e a falta de dispositivos como os CAPS, o que dificulta a efetividade da atenção psicossocial no território.



O sexto capítulo apresenta as considerações finais da tese, trazendo reflexões e apontamentos para o fortalecimento da atenção psicossocial enquanto modelo orientador do cuidado em saúde mental no contexto da Estratégia Saúde da Família.

## **2 OBJETO DE ESTUDO**

O objeto de estudo desta tese é a avaliação da gestão da atenção psicossocial na Estratégia Saúde da Família e, neste capítulo, busco o aprofundamento teórico para o conhecimento e entendimento desse objeto.

Para facilitar a compreensão da complexidade deste objeto de estudo, dividi-o, didaticamente, em três eixos. O primeiro eixo versa sobre a atenção psicossocial e a Estratégia Saúde da Família, em que apresento um resgate histórico da política de saúde brasileira com foco nas áreas da saúde mental e atenção básica até a atualidade, ressaltando os modelos orientadores de cuidado em saúde mental e atenção básica em saúde, respectivamente.

O segundo eixo consiste na discussão sobre a atenção psicossocial, modelo de cuidado vigente na atual Política Nacional de Saúde Mental, e a gestão do cuidado em saúde mental a partir desse modelo.

No terceiro eixo, abordo a discussão sobre a avaliação em saúde. Partindo da história da avaliação em saúde, apresento os aspectos teóricos e práticos que têm envolvido a avaliação em saúde.

### **2.1 Atenção Psicossocial e Estratégia Saúde da Família**

Até a década de 1970, no Brasil, a saúde era considerada um benefício da previdência social, bem como a aposentadoria e a pensão. O modelo assistencial vigente valorizava a assistência médica produzida por meio da compra de serviços privados, com ênfase na cura das doenças, tendo o hospital como local prioritário de tratamento. Esse modelo, caracterizado pela assistência curativista privatista, ocasionou uma dicotomia entre a assistência médica individual, a qual buscava a cura das doenças e a assistência coletiva, responsável pela prevenção (COHN, 1999; OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989; CARVALHO; MARTIN; CORDONI JUNIOR, 2001). Assim, o enfoque da assistência era a unidade hospitalar, a qual concentrava as ferramentas necessárias para atingir a cura e reabilitação.

Isso favoreceu a consolidação da política macro-hospitalar no país como intervenção central sobre as doenças, o que não deixou de fora a área psiquiátrica, cujos leitos, em sua

maioria (80%), estavam situados em hospitais psiquiátricos públicos, como Juqueri, em São Paulo, e São Pedro, no Rio Grande do Sul, caracterizados como orientadores da assistência psiquiátrica no país (PAULIN; TURATO, 2004).

A década de 1970 foi marcada por uma grave crise econômica, que resultou na perda de poder aquisitivo dos trabalhadores e êxodo rural, culminando com o importante saldo negativo da previdência (COHN, 1999).

A insatisfação da população com o modelo assistencial vigente, vivendo em um momento de transição política (saindo da Ditadura Militar rumo à redemocratização), deu forças ao movimento de reforma da saúde, denominado reforma sanitária, que propunha uma nova maneira de compreensão e execução das políticas de saúde no país.

A reforma sanitária, iniciada no final da década de 1970, propôs a formulação de um pensamento crítico frente ao sistema assistencial médico-hospitalar vigente, com o apoio de estudantes, profissionais da saúde, docentes e pesquisadores, sindicatos de trabalhadores, associação de moradores e comunidade em geral (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JUNIOR, 2001; PAIM, 1999).

A reforma sanitária é entendida como uma batalha política, composta por diferentes atores, cujas bandeiras de luta são o reconhecimento da saúde como direito social, a universalização do acesso aos serviços de saúde e a integralidade da atenção à saúde, na luta mais ampla pela construção da cidadania (BRASIL, 2003a).

Esse movimento alavancou a proposta de inversão do modelo assistencial, com o objetivo de universalizar a atenção em saúde, não mais entendida como benefício previdenciário, mas como um direito de todo o cidadão. Buscava-se o equilíbrio entre a assistência individual e coletiva, compreendendo a saúde enquanto um processo social, que engloba promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cura (quando possível), e, acima de tudo, cuidado, articulando todos os recursos existentes na comunidade e no espaço da cidade. O conceito de saúde deixa de ser o sinônimo de ausência de doenças.

Um marco importante na luta instaurada pelo movimento da reforma sanitária brasileira foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, legitimando as diretrizes reformistas como conceito ampliado de saúde, entendida como direito do cidadão e dever do Estado; participação popular e controle social; sistema de saúde unificado; e descentralização da gestão administrativa e financeira. Esse movimento obteve considerável conquista com a incorporação dessas diretrizes à Constituição Federal Brasileira, em 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (GALLO et al., 1988; BAPTISTA, 2005).

A década de 1970 compreendeu, ainda, outro movimento reformista que, da mesma forma que a reforma sanitária, buscava melhorias das condições de trabalho e, principalmente, de cuidado: a reforma psiquiátrica brasileira, a qual sofreu influências da Psiquiatria Democrática Italiana, contando com a presença de seu idealizador, Franco Basaglia (AMARANTE, 1996).

O conceito ampliado de saúde repercutiu também na área psiquiátrica, que, em seus pressupostos teóricos, passou a englobar os aspectos sociais, culturais, espirituais, de lazer, familiares, éticos, políticos entre outros, além do biológico. A psiquiatria ampliou seu olhar enquanto campo da saúde mental, que busca compreender o ser humano e seu entorno, ou seja, a preocupação primordial é o sujeito que, por ter um diagnóstico psiquiátrico, pode ser excluído socialmente e, por isso, sofre psiquicamente.

O campo da saúde mental tem produzido elaborações particulares no contexto brasileiro, dentre elas, a desconstrução de saberes e práticas da psiquiatria clássica e das instituições totais, a proposição de um novo lugar social para a manifestação da loucura e para o cuidado oferecido pelos serviços de saúde e pela sociedade ao sujeito com transtorno psíquico, contribuindo para o surgimento de novas possibilidades de expressão das subjetividades (SCARCELLI; ALENCAR, 2009).

A reforma psiquiátrica brasileira almeja a transformação do cuidado em saúde mental, descentralizando a assistência do hospital psiquiátrico, da medicalização e da exclusão. Buscam-se outras maneiras de tratar a loucura que não deixem tantas marcas naqueles que sofrem psiquicamente. Por isso, a reforma psiquiátrica caracteriza-se como um movimento social, político e ideológico, cujos propósitos estão pautados na desinstitucionalização, na reabilitação psicossocial e na atenção no território.

O início da reforma psiquiátrica brasileira data da década de 1970, mais precisamente, do ano de 1978, quando ocorreu a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental – DINSAM, órgão do Ministério da Saúde que era responsável pela formulação das políticas de saúde mental. A crise, denunciada por bolsistas do Centro Psiquiátrico Pedro II, ocorreu devido às condições precárias de trabalho, inadequação do quadro de recursos humanos, queixas salariais e o modelo médico-assistencial predominante. Assim, uma greve foi deflagrada no mesmo ano a partir da organização do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental – MTSM, no Rio de Janeiro. O MTSM, inicialmente, organizou um quadro de críticas ao modelo clássico de tratamento psiquiátrico, explicitamente médico-terapêutico (AMARANTE, 1995; 1996).

Ao longo dos anos, o MTSM foi ganhando força e, gradativamente, foi induzindo à ampliação de suas propostas, o que resultou em uma ação no campo social da psiquiatria. Assim, em 1987, no Congresso de Bauru, se percebeu que as transformações institucionais propostas e a modernização dos serviços eram insuficientes para dar conta do propósito do MTSM, o qual elaborou um pensamento crítico com relação à saúde mental, permitindo visualizar a inversão deste modelo por meio da desinstitucionalização (AMARANTE, 1995; 1996).

Amarante (2007) caracteriza a reforma psiquiátrica como um processo social complexo que abrange quatro dimensões essenciais: dimensão teórico-conceitual ou epistemológica, dimensão jurídico-política, dimensão sociocultural e dimensão técnico-assistencial.

A dimensão teórico-conceitual refere-se às questões que dizem respeito à produção de conhecimentos que fundamentam e autorizam o saber-fazer médico/psiquiátrico. Esta dimensão propõe-se a revisar o pressuposto de que a ciência é um saber neutro, insuspeito, que, a partir de um bom método, como a experimentação, produz a verdade, somente a verdade. Discute, também, o referencial epistêmico da psiquiatria e seus conceitos, como doença mental, isolamento terapêutico, degeneração, normalidade/anormalidade, terapêutica e cura, entre outros, os quais necessitam ser problematizados e desconstruídos/reconstruídos (AMARANTE, 2007; 2009). Para além de romper com os conceitos estruturantes da psiquiatria, sem negar a existência do transtorno psíquico, essa dimensão busca produzir novas noções e conceitos, traçando linhas que dialogam e articulam diferentes disciplinas com o intuito de construir um novo paradigma em saúde mental (YASUI, 2006).

O conceito de desinstitucionalização torna-se fundamental nessa discussão epistemológica, pois abarca, em sua definição, a complexidade da existência do sujeito e os modos como experimenta o sofrimento psíquico, ocupando-se em olhar para o sujeito e sua convivência com o adoecimento, e não somente para o transtorno mental. É, como diz Basaglia (2001), colocar a doença entre parênteses, não negando sua existência, mas trazendo para o plano principal o sujeito e sua experiência vivida.

Assim, a desinstitucionalização é entendida como um processo social complexo que busca mobilizar os sujeitos sociais envolvidos no cuidado em saúde mental, tendendo à transformação das relações de poder estabelecidas entre “pacientes”/usuários, e as instituições e seus profissionais de saúde (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001). Esses autores apontam as características do processo de desinstitucionalização:

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

desospitalização faz parte do processo de desinstitucionalização, mas oferece a assistência necessária.

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

Essas características conduzem a concluir que desinstitucionalizar significa responder mais às necessidades dos usuários do que as da própria instituição (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001). Ou seja, é necessário organizar os serviços e a produção da saúde em função das demandas dos usuários, que vivem e convivem com o transtorno psíquico, podendo propiciar a esses sujeitos produção de vida e de subjetividade.

A dimensão jurídico-política refere-se à revisão de toda a legislação existente acerca da saúde mental, porque tanto o código civil quanto o penal estão repletos de referências nocivas ao sujeito com transtorno psíquico, representando importantes obstáculos ao exercício da cidadania. É preciso redefinir as relações sociais e civis em termos de cidadania, e direitos humanos e sociais (AMARANTE, 2007; 2009). Essa revisão busca salientar o processo de ação de protagonistas em diferentes segmentos sociais, buscando a construção de uma nova pactuação de poder, lutando para dar voz e vez àqueles que não têm direito, representando, nesse sentido, se tratar de uma luta política para uma transformação social (YASUI, 2006).

A dimensão sociocultural se estabelece no sentido de transformar o imaginário social, historicamente construído, acerca da loucura, o qual desqualifica, teme, exclui e infantiliza o indivíduo com transtorno psíquico. Assim, é uma dimensão estratégica e bastante criativa, uma vez que se pauta no envolvimento da sociedade na discussão da reforma psiquiátrica provocando a reflexão de temas, como loucura e transtorno psíquico, a partir da produção cultural e artística de atores sociais diretamente envolvidos. Essa dimensão pode ser resumida a partir da seguinte colocação: o objetivo maior do processo de reforma psiquiátrica não é a transformação do modelo assistencial, mas do lugar social da loucura, da diferença e da divergência (AMARANTE, 2007; 2009; YASUI, 2006).

A dimensão técnico-assistencial trata do modelo assistencial formulado a partir da reforma psiquiátrica, que propõe a construção de uma nova organização dos serviços, articulados em redes de sociabilidade, de subjetividades, de apoio social, de acolhimento, de cuidado, de trocas sociais, enfim, de produção de vida (AMARANTE, 2007; YASUI, 2006).

A partir da desconstrução de saberes e práticas no campo da psiquiatria, ampliando esse campo para a saúde mental, novos saberes e novas práticas são constituídos, considerando o sujeito com transtorno psíquico e sua experiência vivida com o sofrimento. Para abarcar as novas concepções em saúde mental, novos serviços são construídos e um novo modelo assistencial é proposto. Assim, a atenção psicossocial assume posição de centralidade nessa nova configuração do campo da saúde mental.

Costa-Rosa (2000) propõe a construção do paradigma da atenção psicossocial, baseado em quatro parâmetros principais: concepção de objeto e meios de trabalho, formas de organização institucional, formas de relacionamento com a clientela, e concepção dos efeitos em termos terapêuticos e éticos.

No que tange à concepção de objeto e meios de trabalho, a atenção psicossocial considera os fatores políticos e biopsicoculturais como determinantes, dando-lhes a ênfase necessária conforme a problemática particular apresentada. Os meios de tratamento utilizados são psicoterapia, socioterapia, laborterapia e um conjunto de dispositivos de reintegração sociocultural, além da medicação. O sujeito com transtorno psíquico assume a condição de participante principal do tratamento, e é atribuída a ele importância incontestável enquanto sujeito. Considera-se, de maneira enfática, a pertinência do sujeito a um grupo familiar e social, os quais também estão incluídos na proposta de tratamento, de diferentes formas. A loucura e o transtorno psíquico passam a ser reintegrados como parte da existência e não mais como algo que deve ser removido a qualquer custo. Visa-se ao reposicionamento do indivíduo frente à sua condição, ou seja, se, por um lado, ele sofre os efeitos do seu sofrimento psíquico, por outro, ele é um potencial agente de mudanças, deixando de ser somente aquele que sofre. A reinserção social é uma prática bastante trabalhada nos serviços constituintes da atenção psicossocial, não deixando de atentar para a problemática que retirou o sujeito da circulação sociocultural. O objeto de trabalho na atenção psicossocial é a existência-sofrimento do indivíduo (COSTA-ROSA, 2000).

A atenção psicossocial trabalha a partir de equipe interprofissional, incluindo áreas para além das conhecidas no campo da saúde, superando o modelo de estratificação do saber e especialismos, porém sem desvalorizar a importância específica de cada área. O tratamento também está para além do uso de medicamentos, propondo um modelo de intervenção que produza saúde, cuidado e cidadania. Nesse sentido, novos dispositivos institucionais se fazem necessários para implantar esse novo processo de trabalho. Nasceram, assim, os centros de atenção psicossocial, ambulatórios de saúde mental, equipes multiprofissionais inseridas na



atenção básica, leitos em hospital geral, centros de convivência, oficina de geração de renda e trabalho, entre outros (COSTA-ROSA, 2000).

Outro parâmetro para a construção do paradigma da atenção psicossocial refere-se às formas da organização institucional, cujo organograma deve ser horizontal, subvertendo o fluxo do ápice para a base. As relações de poder estabelecidas na instituição devem ser horizontais, tanto entre os trabalhadores quanto desses com os usuários (COSTA-ROSA, 2000).

A horizontalização institucional exige a diferenciação entre poder decisório e poder de coordenação. O poder decisório é dado pela reunião geral da instituição enquanto que o poder de coordenação é um poder de representação que deve coordenar as ações conjuntas e executar as decisões tomadas pelo coletivo. Com isso, conclui-se que apenas o poder de coordenação é marcado pela esfera do saber técnico (saber-fazer), trazendo a diferenciação entre saber e poder. O poder decisório é marcado pela participação popular, que é algo bastante presente e necessário à proposta de atenção psicossocial (COSTA-ROSA, 2000).

As formas de relacionamento com a clientela é o terceiro parâmetro apontado por Costa-Rosa (2000). As instituições, na atenção psicossocial, devem se constituir como espaços de interlocução, preconizando a colocação em cena, a subjetividade e a prática da intersubjetividade horizontal do usuário em sofrimento psíquico. Além disso, a instituição deve ser um ponto de fala e de escuta da população, acolhendo as demandas sociais e referindo-as, quando for o caso, às outras instâncias sociais, de saúde ou não (COSTA-ROSA, 2000).

É importante destacar que a atenção psicossocial propõe a organização programática em forma de equipes integrais, em que a integralidade é considerada tanto em relação ao ato terapêutico em si quanto ao território (COSTA-ROSA, 2000). O território aparece, no contexto da atenção psicossocial, como um dispositivo essencial ao cuidado em saúde mental.

Ao falarmos em território, recorreremos à geografia para elucidar esse conceito. Santos (2007) refere que o território só se torna um conceito quando o consideramos a partir de seu uso, ou seja, a partir do momento em que o pensamos em conjunto com as pessoas que dele se utilizam. Assim, não é o território em si, mas o seu uso que o faz útil à análise social.

Para Souza (2002), o território representa um campo de forças, uma rede de relações sociais que, a partir de sua complexidade interna, define um limite: a diferença entre “nós” – a coletividade – e os “outros” – os de fora.

O território, no contexto da saúde, é entendido como um espaço de construção e produção de subjetividades, constituindo-se como um espaço de trocas sociais, construído a

partir das relações entre as pessoas e seu entorno (AMARANTE, 1997), corroborando com o entendimento trazido pela geografia. Desta forma, o território existe a partir da existência das pessoas que nele habitam, e das relações que elas estabelecem no interior do território e para fora dele.

A importância do território para a saúde mental consiste justamente em sua potência de *estar em relação*, ou seja, o indivíduo em sofrimento psíquico, dentro de seu território, possui enorme potencial de efetuar trocas sociais, relacionar-se socialmente, sendo constituinte e constituindo-se como membro da sua comunidade.

O quarto, e último, parâmetro em que se baseia a construção do paradigma da atenção psicossocial é a concepção dos efeitos em termos terapêuticos e éticos. Isso se refere à concepção de tratamento e cura, e das finalidades socioculturais das ações da instituição. Nesse sentido, o objetivo maior da atenção psicossocial é o reposicionamento subjetivo, levando em consideração as dimensões subjetiva e sociocultural. Esse reposicionamento deve ser pensando na perspectiva de uma ética que se abra à singularização, tanto do usuário quanto do próprio trabalhador. Porém, pensar essa singularização em uma sociedade capitalista que obstaculiza as relações intersubjetivas horizontais tem sido um desafio frequente da atenção psicossocial (COSTA-ROSA, 2000).

Com isso, foi construído o paradigma da atenção psicossocial e podemos dizer que desospitalização, desmedicalização, implicação subjetiva e sociocultural, participação, autogestão, interdisciplinaridade, interlocução, livre trânsito de usuários e população, territorialização com integralidade e singularização são metas radicais da atenção psicossocial (COSTA-ROSA, 2000).

A atenção psicossocial é, portanto, o paradigma transformador da reforma psiquiátrica brasileira, sendo a estratégia orientadora da assistência em saúde mental na atualidade (YASUI, 2009; YASUI; COSTA-ROSA, 2008). Assumir a atenção psicossocial como estratégia orientadora do cuidado em saúde mental é afirmar a importância da constituição da rede de atenção psicossocial, com seus diferentes pontos de cuidado, internamente organizados a partir de processos de trabalho flexíveis, capazes de acolher o sujeito com transtorno psíquico e suas necessidades, em seu território de vida.

A atenção psicossocial está pautada no cuidado a partir do cotidiano de vida das pessoas com transtorno psíquico, no seu território de vida, de relações e de existência-sofrimento. É nesse cotidiano que a atenção psicossocial inventa suas ações e constrói estratégias de cuidado para minimizar os sofrimentos dessa existência, organizando diferentes

modos de habitar o mundo a partir de valores como a solidariedade, a coletivização e a responsabilização (YASUI, 2009).

A atenção psicossocial perpassa e transcende as instituições enquanto estabelecimentos, considerando-as como dispositivos de cuidado. Com isso, se distancia de um sistema organizado e hierarquizado por níveis de complexidade, entendendo que todas as problemáticas são de alta complexidade e o que pode diferir é a especificidade do saber e da ação exigidos (YASUI; COSTA-ROSA, 2008).

Outro aspecto fundamental a ser destacado é que, mesmo que o sujeito com transtorno psíquico seja usuário de um serviço especializado de saúde mental, como o CAPS, ele não deixará de ser compreendido como aquele que está inserido no território, sendo alvo da ação da ESF, participando das atividades propostas por esse serviço. Ou seja, a participação do usuário em sofrimento psíquico nas atividades de um CAPS não o exclui do cuidado pela ESF. Por isso, a ESF deverá ser sempre a referência maior da atenção psicossocial (YASUI; COSTA-ROSA, 2008).

Isso demonstra a importância da interlocução e da articulação entre atenção psicossocial e saúde da família, utilizando recursos da comunidade, possibilitando ao sujeito em sofrimento psíquico o tratamento com qualidade em seu território.

A saúde da família, no Brasil, teve seu início em 1994, a partir de um movimento pela transformação do modelo de atenção à saúde. Esse movimento estava pautado no fortalecimento da atenção básica à saúde e na priorização dos princípios operacionais da saúde familiar, direcionados à melhoria do acesso aos serviços de saúde, ao atendimento das necessidades de saúde das famílias e comunidades, ao estímulo à participação social e à contribuição para a redução das iniquidades em saúde, coincidindo com as políticas internacionais para melhorar a qualidade de vida das populações (FERNANDES; SECLÉN-PALACIN, 2004). Assim, neste ano, teve início o Programa Saúde da Família (PSF), cujo objetivo era reorganizar a prática assistencial, direcionando as ações em saúde ao núcleo familiar enquanto objeto de cuidado, pautando-se em práticas distintas daquelas centradas na cura da doença e na hospitalização (FRANCO; MERHY, 2007).

Direcionar o enfoque do cuidado à família significa compreender que a unidade familiar tem importante influência sobre a saúde de cada um de seus componentes e sobre o contexto que os cerca e, por isso, deve ser tomada como unidade do processo risco-saúde-doença-reabilitação, direcionando esforços para ações de promoção de saúde, e prevenção de riscos e agravos, e não exclusivamente para cura da doença do indivíduo (SECLÉN-PALACIN, 2004).

Os resultados satisfatórios obtidos com a expansão quantitativa do acesso ao PSF incitaram a necessidade de discutir sobre a qualidade das ações no programa e sua inserção na rede assistencial de serviços de saúde. Com isso, a amplitude limitada inerente de um programa setorial foi expandida para uma estratégia que promoveria a estruturação do sistema público de saúde a partir do redirecionamento das prioridades em saúde, consolidando os princípios organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS) (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

Assim, a saúde familiar brasileira foi materializada pela Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual foi instituída com o intuito de reorientar o modelo assistencial em saúde primando pela qualificação da atenção à saúde, buscando incitar reflexões e transformações nas instituições, no pensamento, e no comportamento de profissionais e comunidades. A forma pela qual a ESF está organizada proporciona a efetivação dos princípios da descentralização e da integralidade, na medida em que tem sido a responsável pela nova organização de toda a rede assistencial do SUS, objetivando a constituição de uma rede de saúde ampla e regionalizada (FERNANDES; SECLLEN-PALACIN, 2004).

Para alcançar a proposta de ser o eixo norteador de novas práticas em saúde, a ESF organiza-se a partir de equipes multiprofissionais nas unidades de saúde da família, sendo responsável por um número definido de famílias, sob a lógica da territorialidade e adstrição da população. Está pautada no estabelecimento do vínculo com a comunidade e na corresponsabilização do cuidado, desenvolvendo ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças/agravos e manutenção da saúde comunitária. E, para isso, o acolhimento torna-se a prática prioritária para desenvolver suas ações (BRASIL, 2004a).

O modelo proposto pela ESF tem trazido importantes mudanças no campo teórico, repensando a formação e a educação dos profissionais de saúde, propondo novas estratégias e metodologias de educação, como a educação permanente, bem como transformando realidades curriculares em nível de graduação e pós-graduação. No campo prático, também se apresentam importantes questões, como a superação do modelo biomédico, estando a atenção pautada no princípio da integralidade, partindo para uma visão do ser humano em suas diferentes dimensões (individual, familiar e coletiva), valorizando e resgatando a prática generalista. A necessidade de mudança na organização dos processos de trabalho, centrando o cuidado na necessidade do usuário/da comunidade é outra importante questão colocada pela ESF, que tem implicado em maior responsabilização pelo cuidado por parte de todos os

envolvidos: usuário, profissional de saúde, família, comunidade (FERNANDES; SECLLEN-PALACIN, 2004).

O trabalho desenvolvido pela ESF tem se preocupado em investir nas potencialidades do ser humano e em auxiliar na formação dos laços sociais, e, para tal, aposta na força do território como uma importante alternativa para a atenção psicossocial, configurando-se, assim, significativas convergências entre essas duas áreas de cuidado: saúde da família e atenção psicossocial (BRASIL, 2010a).

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

A parceria estabelecida entre a atenção psicossocial e a saúde da família tem demonstrado resultados positivos no que se refere ao cuidado integral e humanizado oferecido ao sujeito com transtorno psíquico, ampliando as possibilidades de assistência à saúde, pois é na relação com o social e com o usuário com voz que as equipes de saúde encontram, descobrem e ampliam novos modos de atenção.

Esse encontro entre atenção psicossocial e saúde da família está pautado em princípios fundamentais, como promoção da saúde, território, acolhimento, vínculo, responsabilização compartilhada, integralidade, intersetorialidade, multiprofissionalidade, articulação da rede de cuidados, desinstitucionalização, reabilitação psicossocial, participação da comunidade e promoção da cidadania dos usuários (BRASIL, 2010a). Isso demonstra a complexidade da inclusão da atenção psicossocial na ESF, pois o trabalho em saúde amplia o seu fazer ao considerar, além dos aspectos clínicos, a inclusão também dos aspectos culturais, políticos, econômicos, espirituais, éticos, entre outros, devendo ser um compromisso assumido pelos gestores, profissionais de saúde, usuários, familiares e comunidade em geral.

Em 2001, a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde promoveu a Oficina de Trabalho para Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica, cujo relatório destacou dois eixos principais para a organização dessas ações na atenção básica: o apoio matricial e a formação profissional (BRASIL, 2003b).

O apoio matricial foi desenvolvido na perspectiva da mudança de modelos assistenciais em saúde, pautados no vínculo terapêutico, consistindo em um arranjo organizacional para a realização do trabalho em saúde (CAMPOS, 1999). O principal objetivo do apoio matricial é oferecer retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico às equipes

de referência, que, no caso deste estudo, são as equipes de saúde da família, a partir das equipes matriciais, compostas por profissionais ligados à área de saúde mental (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O apoio matricial está pautado na responsabilização compartilhada, entendida como a divisão da responsabilidade pelo caso entre todos os envolvidos: equipe matricial e de referência, usuário e família. O projeto terapêutico é amplamente discutido e formulado por todos implicados no caso, e é executado por um conjunto mais amplo de trabalhadores, horizontalizando a organização e a prestação do cuidado (CAMPOS, 1999).

A formação profissional está voltada às equipes da atenção básica, buscando articular a atenção psicossocial com a atenção básica a partir de atualizações em saúde mental e temas afins, seguindo os princípios e diretrizes da reforma psiquiátrica. Esta tarefa também envolve as equipes de apoio matricial, pois se pensa em formação permanente em serviço (BRASIL, 2003b).

Porém, antes dessa proposta entrar em discussão no âmbito das políticas públicas, experiências exitosas já demonstravam a viabilidade da interface entre a atenção psicossocial e a ESF. Um exemplo é o Programa de Saúde Mental no Projeto Qualis/PSF, iniciado em 1998, em São Paulo. Com duas equipes volantes de saúde mental, o projeto desenvolveu capacitações para as equipes matriciais de saúde mental, bem como para as equipes de saúde da família, que incorporaram a metodologia apresentada e, mesmo após a extinção do projeto, por questões políticas e administrativas, continuaram o acompanhamento dos usuários em sofrimento psíquico no território (LANCETTI, 2002).

De acordo com World Health Organization (2008, p.21), existem sete boas razões para integrar a saúde mental na atenção primária à saúde/atenção básica:

1. O ônus que o transtorno mental desencadeia para o indivíduo;
2. Os problemas de saúde física e mental estão entrelaçados, e não devem ser tratados de forma separada;
3. A negligência com as questões de saúde mental no âmbito das políticas públicas;
4. Muitas pessoas não reconhecem que estão sofrendo com sintomas de um transtorno mental;
5. O respeito pelos direitos humanos;
6. A acessibilidade financeira dos cuidados primários em saúde mental;
7. O resultado satisfatório da parceria entre atenção psicossocial e atenção primária.

Passo a discorrer sobre cada uma dessas razões.

A primeira razão refere-se ao ônus que o transtorno mental desencadeia para o indivíduo, sua família e para a sociedade em geral. O estigma e o preconceito contra as pessoas com transtorno psíquico geram dificuldades sociais e econômicas significativas, que são sentidas por toda a sociedade.

A atenção psicossocial a partir da saúde da família pode promover novas maneiras de cuidar do sujeito com transtorno psíquico, tornando possível sua convivência nos diferentes espaços da cidade, não mais necessitando afastá-lo, e promovendo o questionamento de ações intervencionistas, limitantes e estigmatizantes, cujos resultados pouco contribuem para a reinserção social dessas pessoas (OLSCHOWSKY, 2001). A identificação do usuário com o território ao qual pertence favorece no processo de sua reabilitação a partir do momento em que reconhece na comunidade mais um dispositivo capaz de auxiliá-lo nos momentos de crise e desorganização, contribuindo para o seu cuidado.

Nesse sentido, destaco o relato da agente comunitária Solange sobre o usuário da saúde mental, Leão, que não saía de casa por medo, e era motivo de risos e deboches na comunidade em que vivia. Ela conta que, aos poucos, foi conseguindo tirar Leão de dentro de casa, mas tendo que enfrentar o preconceito das pessoas. Um dia ele saiu com a mãe, até que *“Leão começou a sair sozinho. As pessoas da rua começaram a vê-lo de forma diferente e passaram a respeitá-lo”* (MATTOS, 2002, p. 57). O relato demonstra o quanto é sofrido para aquele que suporta o preconceito e o quanto a doença mental é estigmatizada. Mas, com persistência, foi possível fazer a comunidade compreender que Leão é um ser humano, uma pessoa que vive e convive com um transtorno psíquico, o qual é mais um dado de sua vida e existência, e que ele precisa ser respeitado. A vitória da agente comunitária e de sua equipe de atenção básica é resumida na seguinte frase: *“Leão tornou-se um cidadão! Espero e sei que ele vai conseguir muito mais”* (MATTOS, 2002, p. 58).

Os profissionais de saúde, especialmente os da saúde da família, têm o desafio de buscar novas estratégias e recursos (afetivos, materiais, sociais) para a reconstrução da relação do sujeito com transtorno psíquico com a família e com a comunidade, possibilitando novos lugares de sentido, de troca, de contratualidade e de bem-estar (MUNARI et al., 2008).

Outra razão para desenvolver ações de atenção psicossocial na atenção básica consiste no fato de que problemas de saúde física e saúde mental estão entrelaçados, e, assim, não devem ser tratados de forma separada. É importante que os serviços de atenção básica estejam prontos para atender o usuário de maneira holística e integral, não o fragmentando em biológico e mental/psicológico, tendo em vista que uma parte interfere na outra (WHO, 2008).

É importante compreender que existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer situação de doença, o que nos levar a acreditar que todo problema de saúde é também – e sempre – mental (BRASIL, 2010a). Muitas vezes, não é possível distinguir qual situação apareceu primeiro como um problema na vida do usuário: a física ou a mental. E, na hora de prestar o cuidado, essa questão não deve ter valor para cuidar, mas, sim, devemos estar atentos à principal necessidade do usuário.

Quando se afirma que o cuidado deve ser holístico e integral, isso nos remete à compreensão de que o que deve ser cuidado é o indivíduo, com seus problemas, sejam eles psiquiátricos, clínicos, sociais, familiares, culturais ou espirituais. E, para que possamos responder às suas demandas, é necessária a oferta de um cardápio diversificado de possibilidades, sustentado pelo trabalho interdisciplinar e intersetorial (ALVES, 2006).

A terceira razão para integrar ações de atenção psicossocial na atenção básica é a negligência com as questões de saúde mental no âmbito das políticas públicas de saúde, o que ocorre em muitos países. Há pouco investimento em recursos, sejam humanos, financeiros ou materiais; e os poucos recursos que existem são utilizados de maneira indevida, fortalecendo o modelo hospitalar, uma vez que são investidos em leitos psiquiátricos, tanto em hospital geral como especializado. Isso gera uma lacuna no tratamento de pessoas com transtornos mentais, posto que, possivelmente, não encontrem em seu território social os serviços de saúde mental de que necessitam (WHO, 2008). Assim sendo, é preciso ampliar os recursos para os serviços de base territorial, deslocando o foco do hospital, principalmente do psiquiátrico, para a comunidade.

O insuficiente investimento, particularmente em recursos humanos, tem como consequências a inadequação e falha no reconhecimento e tratamento dos transtornos mentais por parte dos profissionais da atenção básica. Esses profissionais não recebem o treinamento adequado para lidar com as questões psicossociais, sendo poucas horas destinadas a esse fim. Fatores como desconhecimento do transtorno mental e seus sintomas, preconceito e tempo inadequado para avaliar e tratar um usuário da saúde mental devem ser considerados no momento de investir na integração da atenção psicossocial na atenção básica (WHO, 2008).

Estudos que se dedicam à temática da inclusão da saúde mental na atenção básica apontam, como resultado, a necessidade de capacitação para trabalhar com a saúde mental, advindas dos próprios profissionais da atenção básica (MIELKE, 2009; LYRA, 2007; ROSA; LABATE, 2003; NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007). Dentre as principais dificuldades apontadas, estão o medo, o preconceito, a incapacidade técnica e a insegurança. Não se pode esquecer que o trabalho em saúde mental envolve os sentimentos tanto do usuário quanto do



profissional, sendo importante que haja um espaço para que os profissionais possam identificar suas necessidades para o trabalho, bem como adquirir conhecimentos, refletir e discutir sobre seu processo de trabalho, suas potencialidades e dificuldades.

Nesse sentido, apresenta-se outro fator importante: a saúde mental do trabalhador que, por vezes, está abalada e não há uma consideração dessa alteração, enquanto uma necessidade para o trabalho em saúde (WHO, 2008). O trabalhador necessita receber apoio e ser cuidado, porque só assim desenvolverá seu trabalho de maneira satisfatória. A qualidade do cuidado prestado está diretamente relacionada à saúde dos trabalhadores que o realizam (COIMBRA et al., 2005).

Outro aspecto que interfere na subdetecção e subtratamento é que muitas pessoas não reconhecem que estão sofrendo com sintomas de um transtorno mental e se concentram em problemas de saúde física. Muitas vezes, subestimam a gravidade de seus problemas e acreditam que não necessitam de ajuda para resolvê-los, sendo capazes de controlá-los sem auxílio dos serviços de saúde, ou sentem-se incapazes de cuidar de si mesmas, fracassadas moralmente e temem ser desrespeitadas ou sofrerem algum constrangimento por isso (WHO, 2008).

Dessa forma, verifica-se uma significativa diferença entre a prevalência de pessoas que sofrem com transtorno mental, e aquelas que recebem tratamento e cuidado adequados. A inclusão de ações de atenção psicossocial na atenção básica pode contribuir para diminuir essa diferença, pois haverá, ou deverá haver, continuidade do cuidado ao indivíduo com transtorno psíquico, uma vez que o cuidado no espaço de território pode possibilitar estratégias de intervenções mais ágeis e imediatas.

Assim, os fatores sociais e ambientais, que incluem o estigma, o preconceito e a discriminação com a loucura e o louco, interferem na inclusão da atenção psicossocial na atenção básica, uma vez que o imaginário social construído, ao longo dos anos, foi a imagem de que louco é perigoso, agressivo e irracional (WHO, 2008). É hora de transformar essa construção social, mostrando que a loucura tem uma “nova cara” a partir da reforma psiquiátrica, ou seja, ter uma patologia psiquiátrica não nos transforma em pessoas incapazes, sem razão, sem conhecimento, e sem possibilidades de viver e de estar na sociedade, produzindo vida social. A principal mudança deve ocorrer em cada um de nós, estando abertos para reconstruir conceitos, saberes, práticas e condutas, nos responsabilizando pela mudança efetiva do olhar que damos à loucura e ao louco, passando a vê-lo como cidadão (MIELKE, 2009).

Nesse sentido, acreditamos que a atenção psicossocial articulada à saúde da família é fundamental para a construção do cuidado em saúde mental no espaço do território, transformando e possibilitando novos olhares sobre a loucura, rompendo barreiras e promovendo espaços de liberdade, subjetividade e cidadania.

A integração da saúde mental na atenção básica é a melhor maneira de garantir que as pessoas recebam os cuidados de saúde mental de que necessitam. Ou, pelo menos, é o que se deseja. As pessoas podem acessar os serviços de saúde mental mais próximos de suas casas, conservando suas famílias unidas e mantendo suas atividades da vida diária (WHO, 2008).

A possibilidade de permanecer em seu território preserva a identidade do usuário, que sabe quais os recursos de sua comunidade podem ser acionados quando necessita, seja em situações de crise seja da vida cotidiana.

A ESF está situada no contexto de transformação da assistência e emerge como uma importante ferramenta para diminuir a desigualdade no acesso aos serviços de saúde, promovendo o cuidado necessário aos seus usuários (SOUSA, 2008). Muitas vezes, a ESF é o único recurso da rede de cuidados que está disponível para acolher o usuário em momentos difíceis (MIELKE, 2009).

O cuidado contínuo à saúde da população, como é proposto pela ESF, propicia a identificação precoce dos transtornos mentais e, conseqüentemente, seu tratamento (WHO, 2008). A visita domiciliar, um dos métodos de trabalho utilizado pelas equipes de saúde da família, proporciona conhecer a realidade das condições socioeconômicas e das relações estabelecidas no ambiente familiar, fortalecendo o vínculo entre serviço e comunidade (COIMBRA, 2007). Essa proximidade e possibilidade de estar perto e junto com a comunidade facilita o reconhecimento das necessidades do usuário e da família, e, com isso, pode haver um agenciamento de ações de cuidado e apoio mais imediato, buscando uma resolubilidade possível e construída conjuntamente.

Outro aspecto relevante na inclusão das ações de atenção psicossocial é o respeito pelos direitos humanos, configurando a quinta razão para aproximar saúde mental e atenção básica. O cuidado no território, por equipes de saúde básica, minimizam o estigma e a discriminação, e também o risco de violação dos direitos humanos que ocorre em grandes hospitais psiquiátricos. Ou seja, as pessoas com transtornos mentais são tratadas da mesma maneira do que as pessoas em outras condições de saúde/doença (WHO, 2008).

Sabemos que o preconceito contra o louco e a loucura é marca muito presente em nossa sociedade. E isso acaba gerando o desrespeito pela vida dessas pessoas, que perdem o direito de serem seres humanos. Dignidade e cidadania zero é a condição que lhes é imposta.

Penso que a sociedade teme a loucura, porque, ao mesmo tempo em que é uma situação do outro, também está muito próxima de mim.

É preciso desmistificar a loucura, mostrando que a linha que separa razão e loucura é tênue e sutil, e não é absoluta nem irreversível (OLSCHOWSKY, 2001), ou seja, ao se ter uma patologia psiquiátrica, o indivíduo não deixa de ser uma pessoa com história, com identidade, com individualidade, alguém que produz vida social. Desse modo, as ações de atenção psicossocial no território são um direcionamento importante na transformação do olhar preconceituoso e desinformado sobre a loucura.

O sexto aspecto faz referência à acessibilidade financeira dos cuidados primários em saúde mental tanto para os usuários com transtorno mental quanto para os governos (WHO, 2008).

Pelo fato de estarem em seu território, os usuários e seus familiares não necessitam se deslocarem até os serviços especializados, que, geralmente, estão localizados em regiões mais centralizadas. Com isso, evitariam um gasto financeiro com o deslocamento e aumentaria a adesão ao tratamento, pois o serviço de saúde está próximo de sua vida social, facilitando o acesso a esse.

Para os governos, o cuidado em saúde mental no território também se torna menos oneroso, uma vez que os investimentos tecnológicos necessários no setor secundário e terciário são maiores do que os investimentos na atenção básica. Porém, entendendo que promover um cuidado na atenção básica em que os custos são menos onerosos não significa realizar um cuidado sem qualidade, mas direciona que os investimentos necessários devem ser assegurados pelos gestores públicos, atendendo às necessidades sociais e de saúde da comunidade, e garantindo acesso aos serviços de saúde da rede de atenção psicossocial.

A última razão para integrar a saúde mental na atenção básica é o resultado satisfatório da parceria entre atenção psicossocial e atenção básica (WHO, 2008), demonstrando que os cuidados primários em saúde mental têm promovido ações de reabilitação psicossocial, contribuindo na reinserção social dos indivíduos com transtornos mentais e produzindo um novo olhar acerca da loucura.

Estudos revelam que, quando treinados e apoiados, os profissionais da atenção primária podem reconhecer uma lista de transtornos mentais e têm condições de tratar problemas mais comuns, como ansiedade e depressão (WHO, 2008).

A experiência de Santa Maria/RS demonstra a viabilidade da aproximação da atenção psicossocial com a saúde da família. A aproximação iniciou pela necessidade de atender a crescente demanda em saúde mental, identificando uma potencialidade na parceria com a

saúde da família, uma vez que se percebiam dificuldades no modelo técnico-assistencial vigente no município. A organização do trabalho e a forma de funcionamento das equipes de saúde da família, pautadas nas práticas de acolhimento, formação de vínculo, responsabilidade, resolubilidade e atendimento humanizado, fez da ESF, em Santa Maria, o principal dispositivo de atendimento territorial em saúde mental. A ESF era importante ferramenta na detecção de novos casos por meio das visitas domiciliares e de encaminhamentos adequados. Com isso, o município passou a experimentar um processo de descentralização em saúde mental, investindo em estratégias de capacitação dos profissionais da saúde da família e estabelecendo o território como principal local de tratamento em saúde mental. Dessa forma, a ESF tem possibilitado aos usuários da saúde mental acesso facilitado aos serviços especializados, quando estes se fazem necessários, apesar da fragmentação da rede municipal (ZAMBENEDETTI; PERRONE, 2008).

As sete razões apresentadas pela WHO (2008) reforçam a importância e a necessidade de maior investimento na parceria da atenção psicossocial com a saúde da família, uma vez que vários estudos revelam resultados satisfatórios e resolubilidade (MIELKE, 2009; COIMBRA, 2007; LANCETTI; AMARANTE, 2006; PEREIRA, 2007; LANCETTI, 2002; ROSA; LABATE, 2003; NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007). Esses estudos apontam que as ações que se relacionam à atenção psicossocial no território se fazem presentes como parte integrante do trabalho das equipes de saúde da família, e são constituídas pelo acolhimento, escuta, formação de vínculo, visita domiciliar, prática de grupos terapêuticos, intersetorialidade, interdisciplinaridade, discussão de casos em reunião de equipe, acompanhamento longitudinal de casos leves (depressão, ansiedade, problemas sociais), participação da família no cuidado, autonomização do usuário como participante ativo em seu tratamento, entre outros.

Avalio que a aproximação entre atenção psicossocial e saúde da família é diversa e está relacionada com cada contexto particular e suas necessidades, bem como com os processos de trabalho instituídos e sua gestão.

Essa aproximação tem produzido cuidado em saúde mental no território, destacando a construção de um modo particularmente potente de ação, o qual é fortalecido por meio de arranjos organizacionais pactuados a partir de uma gestão compromissada e sensível à atenção psicossocial, e que compreende a produção de saúde enquanto uma prática social, constituída por sujeitos que pautam seu trabalho em pressupostos éticos, como a transformação, a humanização e a integralidade do cuidado.

## 2.2 Atenção Psicossocial e Cuidado

Conforme apresentado no primeiro eixo, a atenção psicossocial é a estratégia orientadora do cuidado em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica brasileira e, neste eixo, apresento aspectos relacionados ao cuidado em saúde enfocando a atenção psicossocial. Discorro sobre o trabalho em saúde, buscando compreender como os processos de trabalho na ESF são organizados para a produção da atenção psicossocial no território. Destaco, ainda, a gestão em saúde, com o intuito de compreender como ações de gestão podem ser concretizadas em práticas de atenção psicossocial no cotidiano do processo de trabalho em saúde na ESF.

Cuidado em saúde, no senso comum, é entendido como um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o sucesso de determinado tratamento (AYRES, 2004a). Essa concepção concentra-se nos recursos e nas medidas terapêuticas, bem como nos procedimentos realizados (ANÉAS; AYRES, 2011). Assim, o cuidado passa a ser compreendido como uma categoria técnica, baseada no cientificismo.

A partir dessa concepção de cuidado, é instituída uma relação entre aquele que cuida e aquele que é cuidado. Aquele que cuida é o detentor do conhecimento e, assim, prescreve o que é certo e o que é errado no modo de viver do outro. Aquele que é cuidado, por sua vez, deve seguir corretamente as prescrições, sendo responsabilizado unilateralmente por qualquer “falha” no cumprimento dessas, sem a possibilidade de expor seus conhecimentos e desejos.

Por estar pautado em tecnologias duras e leve-duras (MERHY, 2007a), as quais são descritas a seguir, o cuidado, entendido como uma categoria técnica e científica, não possibilita que haja um espaço de trocas, porque se entende que não há trocas a serem realizadas.

Assim, o cuidado se estabelece na perspectiva de desqualificação e incapacidade daquele que é cuidado, reforçando a manutenção de uma relação tutelar, que é permeada pelo exercício desigual de poder, sem garantias de qualidade e efetividade do cuidado (MELLO, 2009).

Pensando na proposta da atenção psicossocial que valoriza a subjetividade e a singularidade do sujeito com transtorno psíquico, com vistas à (re)construção da autonomia desse indivíduo, a perspectiva descrita até aqui é insuficiente para abarcar a complexidade da atenção psicossocial.

Mattos (2005) refere que o que caracteriza um modo qualificado de cuidar é a capacidade de apreender, de maneira ampliada, as necessidades de saúde da população, individual e coletiva, aliado à habilidade de lançar mão das tecnologias pertinentes e necessárias para esse cuidado. O cuidado deixa de ser uma categoria técnica e científica, e passa a ser entendido como uma dimensão da vida das pessoas.

Nesse sentido, o cuidado designa

*[...] uma atenção à saúde ativamente instruída pelo sentido existencial do adoecimento na experiência de indivíduos e comunidades, e conseqüentemente atenta aos significados e implicações práticas das ações técnicas demandadas, sejam de promoção, proteção ou recuperação da saúde.* (AYRES, 2009, p. 133).

Essa concepção reforça o caráter do cuidado enquanto uma dimensão da vida, se constituindo no plano da intersubjetividade, ou seja, o cuidado em saúde se constitui pelo *encontro terapêutico* entre profissional e usuário do serviço de saúde e suas peculiaridades, acrescido do aparato técnico e científico, que contribuirá para a realização desse cuidado.

Cuidado na perspectiva do encontro terapêutico só existe com a presença do outro. Nesse sentido, o encontro terapêutico exige que seus integrantes sejam atores protagonistas<sup>1</sup> de um mesmo cenário desempenhando papéis distintos – cuidador e cuidado – e, que esses atores atuem com a mesma intensidade, participando do ato de cuidar de maneira igualitária, ou seja, partindo da consideração dos desejos e conhecimentos de ambos para a definição das práticas cuidadoras.

Dessa forma, a relação terapêutica estabelecida entre aquele que cuida e aquele que é cuidado orienta-se pela preocupação ativa com os *projetos de felicidade* dos usuários, possibilitando colocar o sentido instrumental das técnicas a serviço desses projetos, obtendo como resultado final o sucesso prático (AYRES, 2001, grifo meu), entendido como a realização do projeto de felicidade a partir do cuidado.

A noção de felicidade remete a uma experiência vivida cujo valor é positivo e que, frequentemente, independe da condição de saúde entendida enquanto um estado de completo bem-estar físico, mental e social ou da perfeita normalidade morfofuncional. Nesse sentido, a felicidade não pode ser definida *a priori*, mas somente e, sempre, a partir da experiência concreta à realização dos valores associados à felicidade. Projeto de felicidade, então, consiste na concepção de vida bem-sucedida que orienta os projetos existenciais das pessoas. E cabe

---

<sup>1</sup> Protagonista é o ator principal; pessoa que ocupa o primeiro lugar em qualquer acontecimento (DICIONÁRIO Priberam da língua portuguesa, s.d.).

ao profissional de saúde reconhecê-lo e permitir que ele apareça no encontro terapêutico do ato de cuidar (AYRES, 2004a; 2004b; 2009).

Cuidado, então, se configura como uma ação ampliada, que se utiliza, prioritariamente, do aspecto relacional estabelecido a partir do encontro terapêutico entre trabalhador e usuário para a produção de saúde e de vida. A atenção psicossocial enquanto modelo orientador de cuidado em saúde mental comunga desse entendimento de cuidado, valorizando o cotidiano de vida da pessoa com transtorno psíquico, seu projeto de felicidade e seus territórios de relações, de existência-sofrimento e de vida.

Para isso, a atenção psicossocial conta com a contribuição de diferentes saberes e práticas, advindas dos profissionais de saúde, dos usuários e seus familiares, da comunidade, da universidade, entre outros, para atingir um objetivo comum: aumentar as possibilidades de existência da pessoa com transtorno psíquico no contexto social ao mesmo tempo em que busca minimizar o sofrimento psíquico, individual ou coletivo (SILVA, 2005).

A atenção psicossocial tem buscado construir um projeto de cuidado a partir das e nas relações emergentes nos encontros terapêuticos entre o usuário do serviço e seu sofrimento psíquico e a equipe e sua capacidade de continência, a qual é moldada pela plasticidade de sua subjetividade e pelo uso desenvolto e complexo das tecnologias em saúde (YASUI; COSTA-ROSA, 2008).

Assim, a atenção psicossocial deve ter o compromisso de associar as diferentes tecnologias em saúde com vistas a atender as reais necessidades do usuário, considerando os projetos de felicidade como base para a construção conjunta de uma proposta de cuidado, ou seja, as ações de saúde são pensadas e produzidas com e a partir da voz daquele que é cuidado, com vistas ao aumento de sua autonomia.

As tecnologias em saúde são classificadas em três tipos, de acordo com Merhy (2007a): tecnologia dura, tecnologia leve-dura e tecnologia leve. A tecnologia dura refere-se aos equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais. A tecnologia leve-dura inclui os saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde bem-sucedida como a clínica médica, a psicanálise e a epidemiologia. A tecnologia leve envolve as tecnologias das relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento e escuta e só tem materialidade em ato.

Não se pode negar que a aceleração e ampliação do poder de diagnose; a precocidade cada vez maior da intervenção terapêutica; o aumento da eficiência, eficácia, precisão e segurança das intervenções em saúde; a qualidade de vida de pessoas que convivem com patologias severas demonstram avanços importantes com relação à sofisticação das

tecnologias duras. Porém, os aspectos psicossociais do adoecimento, as necessidades de saúde e os projetos de felicidade das pessoas que buscam o cuidado devem ser o eixo norteador da promoção e execução do cuidado (AYRES, 2004b).

Desta forma, a atenção psicossocial deve estar pautada pelas tecnologias leves, agregando as demais tecnologias na medida em que estas forem sendo demandadas pelo usuário em seu projeto de felicidade. Há um aparato clínico, teórico e técnico para cada situação de saúde, porém é preciso que o profissional de saúde não se restrinja a ele e lance mão do cuidado como uma ação ampliada, para que o usuário perceba o sentido prático das ações de saúde em sua existência. Assim, escuta, proximidade, troca e relacionamento são direcionadores para o cuidado na atenção psicossocial.

A atenção psicossocial é concretizada a partir do trabalho em saúde, o qual está alocado no setor de serviços, o que significa que a produção e o consumo ocorrem simultaneamente, ou seja, o cuidado é consumido ao mesmo tempo em que é produzido, ocorrendo em ato (SANTANA, 1993). Isso nos remete a uma característica do trabalho em saúde que é a sua dinamicidade, a qual é social e subjetivamente determinada. Essa dinamicidade se constitui a partir do espaço social do trabalho, em sua micropolítica, e envolve as relações, o modo de agir dos sujeitos, a atuação em cada caso, a singularidade do trabalho, enfim, o cotidiano do trabalho em saúde (FRANCO, 2006).

Por se produzir e se consumir no ato em si, o trabalho em saúde está, implicitamente, organizado a partir das relações e conexões estabelecidas entre as pessoas implicadas na situação-produção, ou seja, profissionais de saúde entre si e desses com os usuários do serviço (FEUERWERKER, 2005; FRANCO, 2006).

Porém, entendo que o fato do trabalho em saúde estar organizado a partir da relação entre profissional e usuário não garante que seu resultado final seja a produção de cuidado com as características da atenção psicossocial. Isso porque o trabalho em saúde é dinâmico, como dito anteriormente e, por isso, está sujeito a imprevistos, os quais exigem improvisação, criatividade e iniciativa, implicando em um determinado coeficiente de autonomia dos responsáveis pelas ações de saúde (CAMPOS, 2007).

Essa autonomia exercida pelo profissional no espaço do trabalho em saúde deve ser uma “autonomia-responsável”, em que o profissional de saúde seja capaz de se responsabilizar pelo problema do outro, mostrando interesse e envolvimento para a realização de seu trabalho, cujo resultado deve ser a produção de saúde e de vida (CAMPOS, 2007). Ou seja, se o profissional de saúde não tem como eixo norteador de suas ações as necessidades de



saúde e de vida do usuário, provavelmente, o resultado final desse encontro seja a criação de uma nova demanda por parte do usuário, pela qual buscará alcançar seu projeto de felicidade.

O profissional de saúde tem, inclusive, a possibilidade de “privatizar” o momento do encontro, não permitindo que seja um encontro terapêutico produtor de saúde e vida, mas um espaço de exercício de poder que considera somente as necessidades do profissional (MERHY, 2007b).

Ayres (2004b) relata o encontro terapêutico dele com D. Violeta. Ele, médico de um serviço de saúde, provido de sua caixa de ferramentas, pronto a prescrever drogas, dietas e exercícios. Ela, idosa, hipertensa descompensada, mau humorada e poliqueixosa. Vários outros momentos de “encontro” sem nenhum resultado até que chegam a um *encontro terapêutico*. O médico, não se desfazendo de sua caixa de ferramentas, simplesmente muda o “óculos” para olhar aquela “paciente-impaciente” de outra maneira: passou a vê-la enquanto mulher, imigrante, trabalhadora, conhecedora de várias arquiteturas, e que, por um amargo infortúnio do destino, teve sua vida esvaziada. Ele, médico, desconhecia esse sintoma. Por fim, ele relata: “*Receitas, dietas e exercícios continuaram presentes; eu e ela é que éramos a novidade ali*” (AYRES, 2004b, p. 18).

O profissional de saúde exerce autonomia na produção do cuidado e a controla como entende ser adequado. No relato descrito, percebemos o movimento do profissional médico, partindo do exercício de uma autonomia-prescritiva rumo a uma autonomia-responsável, valorizando a subjetividade do outro, trazendo-o para a cena como protagonista, produzindo, assim, atenção psicossocial.

Assim, acredito que o trabalho em saúde organizado a partir do encontro terapêutico entre profissional de saúde e usuário do serviço, pautado no uso equilibrado das tecnologias em saúde, ou seja, duras, leve-duras e leves valorizadas sem uma se sobrepor a outra, tendo como eixo norteador as necessidades de saúde e de vida do usuário, promovendo seu projeto de felicidade, é produtor de atenção psicossocial.

O trabalho em saúde se caracteriza como trabalho vivo, o qual consiste no trabalho humano no momento exato em que é executado, determinando a produção do cuidado (MERHY; FRANCO, 2005). O trabalho vivo em ato está intimamente ligado ao uso das tecnologias relacionais e nele se possibilita o encontro terapêutico, o qual permite mesclar saberes técnicos e não técnicos buscando o sentido existencial das ações em saúde, as quais são construídas em parceria entre profissional e usuário do serviço de saúde, resultando na potencialização da autonomia deste último (AYRES, 2004b; MERHY, 1994).

No momento do encontro terapêutico, se cria um espaço intercessor, designado como um espaço de relação produzido no encontro de sujeitos, isto é, nas suas intersecções, o qual existe para ambos, mas somente no encontro e em ato. Esse espaço possibilita que as necessidades do usuário e do profissional sejam colocadas em pauta e, até mesmo, negociadas, caso sejam distintas, promovendo a participação ativa dos atores no processo de produção de saúde. O espaço intercessor, assim, dá factibilidade ao trabalho vivo (MERHY, 2007b).

O trabalho vivo interage constantemente com o trabalho morto, que se constitui como produto ou meio de trabalho envolvido no processo de produção resultante de um trabalho humano anterior que o produziu. Ele representa a cristalização de um trabalho vivo realizado, pois já está concretizado, servindo de subsídio para um novo trabalho vivo (MERHY, 2007a; 2007b).

Trabalho vivo e trabalho morto vão se constituindo enquanto atos produtivos no cotidiano do trabalho em saúde a partir de sua estruturação, que é dada por meio do processo de trabalho.

O processo de trabalho é constituído pelo objeto de trabalho (matéria sobre a qual se aplica o trabalho), pelos meios de trabalho (instrumental de trabalho) e pela finalidade do trabalho (o próprio trabalho). Nesse processo, a atividade humana opera uma transformação, subordinada a determinada finalidade no objeto sobre o qual atua por meio do instrumental de trabalho (MARX, 1994). Assim, o processo de trabalho caracteriza o modo como o trabalho é realizado.

O objeto é o alvo de atuação do processo de trabalho, sobre o qual se exercem ações com vistas à transformação, podendo ser constituído por elementos físicos, biológicos ou subjetividades e complexos sociais. Os meios de trabalho consistem em instrumentos que abrangem ferramentas e estruturas físicas, conhecimentos, habilidades e a estrutura social que é determinante para as relações de poder no trabalho. A finalidade, previamente estabelecida de um determinado processo de trabalho, irá regê-lo em sua totalidade e, em função dela, serão definidos os parâmetros para a realização do trabalho, consistindo, assim, na produção de um objeto ou condição que determina o produto específico de cada processo de trabalho (FARIA et al., 2009).

A junção dos componentes do processo de trabalho por si só não assegura a produção do objeto ou da condição proposta na finalidade do trabalho. Não se trata de um somatório ou de fases para se alcançar o objetivo traçado. É necessário que os elementos constituintes do

processo de trabalho estejam articulados por um modo de organização para que o resultado final seja a realização do produto/serviço desejado (MERHY, 2007b).

O processo de trabalho em saúde também é dinâmico e necessita de constante reflexão para que o trabalho seja organizado a partir das necessidades de saúde e de vida dos usuários, individuais e coletivos, resultando na produção de cuidado a partir da atenção psicossocial e na realização de projetos de felicidade.

Pensando na articulação entre atenção psicossocial e ESF, a composição desejada do processo de trabalho seria:

- a) objeto de trabalho: pessoas com transtorno psíquico no território;
- b) meios de trabalho: recursos materiais, financeiros e humanos, relação entre trabalhador e usuário com transtorno psíquico, organização de ações voltadas às necessidades em saúde desses usuários, uso das tecnologias em saúde;
- c) finalidade do trabalho: produção de inserção social das pessoas com transtorno psíquico, resgatando autonomia e cidadania.

O processo de trabalho em saúde sofre influência direta do modelo de atenção em saúde que o rege. A Estratégia Saúde da Família e a Atenção Psicossocial são modelos de atenção que têm buscado imprimir transformações na maneira de produzir saúde e saúde mental, buscando organizar o trabalho a partir das tecnologias leves, pautando-se pela integralidade, qualidade de atenção, participação social, subjetivação, corresponsabilização, entre outros norteadores.

Estudos apontam que o processo de trabalho da ESF tem investido na produção de atenção psicossocial, desenvolvendo ações, como acolhimento, escuta, produção de vínculo, interdisciplinaridade, intersetorialidade, visitas domiciliares, discussão de casos em reunião de equipe, envolvimento da família no cuidado, acompanhamento de casos com auxílio de equipe matricial em saúde mental, grupos em saúde direcionados à atenção psicossocial, entre outros (LANCETTI, 2002; BÜCHELE et al., 2006; TANAKA; LAURIDSEN-RIBEIRO, 2006; NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007; COIMBRA, 2007; MIELKE, 2009; OLSCHOWSKY et al., 2011).

O resultado desses estudos reafirma a potencialidade da articulação entre ESF e atenção psicossocial, fortalecendo-a como o modelo orientador das práticas em saúde mental no contexto brasileiro, valorizando a produção do cuidado em saúde mental a partir do território de vida dos usuários com transtorno psíquico.

A parceria entre atenção psicossocial e saúde da família é uma máquina terapêutica em constante movimento e metamorfose, sendo peripatética, pois propicia a construção de uma

clínica nova, a clínica *artesanal*, pautada na invenção, na socialização de saberes, na criatividade, na singularidade dos indivíduos e na possibilidade de ir além dos espaços e das lógicas protegidas da clínica tradicional (LANCETTI, 2008, grifo meu).

A atenção psicossocial na ESF tem o território de relações como consultório de sua atuação e organiza seu trabalho a partir desse território, construindo com as pessoas que nele habitam novas formas de produção de cuidado e de saúde, as quais valorizam as subjetividades, a (produção de) autonomia e os projetos de felicidade.

Estruturar o processo de trabalho da ESF com vistas à produção de atenção psicossocial no território, considerando a subjetividade e a autonomia do profissional, bem como a do usuário no momento do encontro terapêutico, implica pensar um modelo de gestão em saúde que abarque os princípios e diretrizes norteadores da atenção psicossocial e da saúde da família. E, nesse sentido, não é possível escapar de um modelo de gestão pautado na participação dos atores e na democracia nas decisões.

Julgo ser importante explicitar a compreensão que assumo, neste estudo, sobre a gestão em saúde, conceituada como a capacidade de lidar com conflitos, de oferecer métodos e diretrizes de trabalho, e quadros de referência para análise e ação das equipes nas organizações de saúde. Nesse sentido, a gestão em saúde tem a função de organizar e produzir as condições para a constituição das práticas em saúde, consistindo no modo como se organiza o trabalho e sua atividade produtiva a partir da micropolítica estabelecida, determinando o processo de trabalho (BRASIL, 2009a; FERIGATO; CARVALHO, 2009).

A prática da gestão deve (ou deveria) estar intimamente relacionada com o produto final do trabalho, e, desse modo, não é possível separar a gestão da atenção, a clínica da política e a produção de saúde da produção de subjetividade (BRASIL, 2009a; FERIGATO; CARVALHO, 2009).

A atenção psicossocial na ESF fortalece a ideia de que o trabalho em saúde é um *trabalho vivo dependente*, destacando a necessidade do encontro terapêutico entre profissional e usuário, em que ambos são “a novidade”, como trazido no relato anterior do caso de D. Violeta. Por se constituir como um *trabalho vivo dependente*, a atenção psicossocial na ESF salienta a subjetividade enquanto ingrediente que tempera o processo de trabalho em saúde, favorecendo o desenvolvimento de práticas de cuidado voltadas à produção de vida e de autonomia, e à realização de projetos de felicidade.

As subjetividades, do usuário e do trabalhador, devem ser, então, o eixo central da organização da gestão em saúde, porque é a subjetividade, aquilo que foi vivenciado e

registrado na experiência de vida das pessoas, um dos principais fatores do processo de mudança do modo de produção do cuidado (FRANCO; MERHY, 2005).

Compreendendo que a subjetividade é capaz de produzir mudanças no modelo de gestão e de cuidado, é preciso que os protagonistas da atenção psicossocial – trabalhadores, usuários, famílias e comunidade – se coloquem como sujeitos em ação, favorecendo a produção de serviços de saúde centrados no usuário, individual e/ou coletivo; produtores de cuidado, que acolhem e se corresponsabilizam por sua comunidade (FRANCO; MERHY, 2005).

Ao valorizar a subjetividade como ingrediente imprescindível no processo de trabalho em saúde, a atenção psicossocial na ESF demanda um modelo de gestão em saúde humanizado, sensível, dinâmico, criativo e agregador, capaz de incluir a participação de profissionais, usuários e comunidade no desenvolvimento de seu processo, convergindo para a produção de saúde enquanto prática social.

Dessa maneira, os modelos de gestão em saúde hegemonicamente instituídos não são capazes de abranger as características da atenção psicossocial, anteriormente referidas, pois esses modelos têm como objetivo, explícitos ou implícitos, controlar absolutamente o trabalho humano, não permitindo que as práticas em saúde se complementem e que haja solidariedade na produção de cuidado (BRASIL, 2009c; CAMPOS, 2010).

Como dito anteriormente, o trabalho em saúde é dinâmico, está centrado nas tecnologias relacionais, ocorre em ato e conta, sempre, com certa autonomia do profissional durante sua execução. Assim, o trabalho em saúde não pode ser plenamente estruturado nem comparado ao funcionamento de uma máquina, que segue uma lógica mecânica (CAMPOS, 2010).

Implantação de novos programas e instrumentos de produção de serviços, reorganização de processos de trabalho em saúde, reformulação na composição das equipes de trabalho, construção de novas unidades de saúde, investimentos em capacitação de profissionais e estabelecimento de novos objetivos tem se mostrado ineficaz ao longo da existência do SUS, porque não são discutidos no âmbito da gestão em saúde, uma vez que, em modelos tradicionais de gestão, não há democratização do poder instituído nos serviços de saúde (GUIZARDI; CAVALCANTI, 2010).

Frente a isso, um novo modelo de gestão em saúde se faz necessário. Um modelo que esteja pautado na participação de todos os atores (profissionais, usuários e comunidade), no trabalho em equipe, na democratização das decisões e na promoção de espaços coletivos para a construção de decisões e avaliações por intermédio do compartilhamento do poder

decisório. Essa é a proposta da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS), baseada no modelo de gestão democrática, proposto por Campos (2000a). (BRASIL, 2009a).

A gestão democrática em saúde consiste na construção de compromisso e solidariedade com o interesse público, de capacidade reflexiva e de autonomia dos sujeitos, remetendo-se à autonomia responsável, discutida anteriormente, afirmando, assim, a dimensão coletiva do ato de gerenciar. Desse modo, vem em resposta aos modelos de gestão que insistem na produção de alienação, de expropriação e de restrição das esferas decisórias de governo (CAMPOS, 2000a; GUIZARDI; CAVALCANTI, 2010).

Para que o processo de trabalho em saúde produza práticas voltadas à atenção psicossocial como potência para a transformação do modelo de cuidado em saúde mental, é preciso que a gestão instituída seja uma gestão democrática, que possibilite a construção cotidiana e coletiva das práticas em saúde.

A gestão democrática busca combinar o compromisso social dos trabalhadores de saúde com sua liberdade de criar e reinventar o cuidado em saúde, privilegiando sempre as pessoas, os sujeitos, centrando a ação na busca da autonomia e dos projetos de felicidade estabelecidos por esses sujeitos (CAMPOS, 2000a; AYRES, 2004b). Isso vai ao encontro dos princípios da atenção psicossocial, que busca a autonomização do usuário a partir das práticas em saúde construídas e assumidas na parceria entre profissionais, usuários e comunidade.

Frente ao exposto, proponho a avaliação qualitativa da atenção psicossocial na ESF, a partir da perspectiva dos coordenadores das unidades de saúde da família, com o propósito de avaliar como tem ocorrido a produção da atenção psicossocial no território a partir de equipes de saúde da família, tencionando o modo de gestão instituído nos processos de trabalho da ESF, buscando contribuir para o fortalecimento de práticas em saúde autonomizantes, democráticas, participativas e reabilitadoras.

### **2.3 Avaliação em Saúde**

O campo da avaliação em saúde, no Brasil, vem se desenvolvendo nas últimas três décadas de forma progressiva, fazendo parte de uma preocupação dos governos e do Sistema Único de Saúde (PAIM, 2005).

Utilizo o termo avaliação em saúde, pois entendo que ele abarca a avaliação de programas e serviços de saúde, tendo em vista que, nesse momento, a intenção é discutir sobre o processo avaliativo na área da saúde.

A avaliação teve seu início logo após a Segunda Guerra Mundial com a criação dos programas públicos, mantidos pelo Estado, que necessitava avaliar a eficácia desses. Assim, foram desenvolvidos métodos para analisar as vantagens e os custos desses programas, instituindo a prática da avaliação. Porém, essa prática logo necessitou ser incrementada devido à insuficiência dessas abordagens (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

A necessidade de avaliação das ações sanitárias e de saúde passou a ser mais sentida a partir da década de 1970, período em que o Estado ampliou sua participação no financiamento dos serviços de saúde. E, a partir de então, a avaliação em saúde tornou-se um campo interessante, e importante de atuação e pesquisa (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

As distintas definições sobre avaliação são construídas a partir do referencial do avaliador, o que dificulta o consenso sobre o que é avaliação.

Avaliar pode significar medir a partir da determinação de padrões quantificáveis, o que tem caracterizado o modelo tradicional de avaliação, fundamentado na tradição positivista, para a qual a realidade é um conjunto de fatos objetivos, observáveis e quantificáveis. Nesse sentido, a avaliação tem o caráter quantitativo, validável, generalizável e científico (ALMEIDA, 2002; MERCADO; BOSI, 2006).

Outra definição possível é que avaliar consiste em fazer um julgamento de valor sobre uma intervenção ou qualquer um de seus componentes com o objetivo de ajudar na tomada de decisão. A avaliação pode ser normativa se o julgamento resultar da aplicação de critérios e normas, ou pode se tratar de uma pesquisa avaliativa, quando resultar de um procedimento científico (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

A avaliação em saúde, de serviços e programas, implica avaliar um conjunto complexo de procedimentos materiais e imateriais, realizados por diferentes agentes articulados e hierarquizados de diversas maneiras e que respondem a distintas necessidades (SCHRAIBER; NEMES, 1996).

Frente ao objeto de estudo desta tese, avaliação da atenção psicossocial na ESF, considero importante verificar junto às conferências nacionais de saúde mental o significado atribuído à avaliação.

Na I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, a avaliação estava vinculada à fiscalização por parte da população (BRASIL, 1988a), ainda não vislumbrando a prática avaliativa enquanto apoio ao planejamento e à gestão em saúde mental.

Na II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, a avaliação é entendida como uma maneira de melhorar a qualidade da atenção, apontando para a necessidade da criação de mecanismos de avaliação da qualidade dos serviços, a partir das realidades locais e da natureza do cuidado prestado. Destaca-se a avaliação por meio de pesquisas epidemiológicas e socioantropológicas (BRASIL, 1994). Pode-se observar que a avaliação passa a fazer parte da prática gerencial, auxiliando na transformação de realidades.

Já a III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001), de certa forma, retoma a avaliação enquanto ferramenta fiscalizadora, mas, por outro lado, também aponta para a necessidade de estabelecer indicadores e parâmetros para a avaliação de serviços substitutivos e de implementar uma política de avaliação epidemiológica e da qualidade dos serviços e ações de saúde mental nas três esferas de governo (BRASIL, 2002). Assim, a avaliação é entendida tanto como fiscalização quanto como propulsora de mudanças na gestão em saúde mental.

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental (2010) aponta para a importância de se fomentar estudos do perfil epidemiológico da demanda em saúde mental, permitindo o estabelecimento de indicadores, parâmetros e metas claras para o planejamento e avaliação da assistência em saúde mental, aspecto que já havia sido pauta na conferência anterior. Traz, ainda, a relevância da participação do controle social nos processos de planejamento, monitoramento e avaliação das práticas cotidianas do trabalho e do funcionamento dos serviços de saúde mental. Enfoca a importância de um banco de dados informatizado para avaliação dos indicadores de resultados da saúde mental do país como uma ferramenta importante para a efetivação da intersetorialidade, tema central desta conferência (BRASIL, 2010b). Da mesma forma que na conferência anterior, é mantida a compreensão da avaliação tanto em seu aspecto fiscalizador por meio da participação ativa do controle social visando à melhoria da qualidade dos serviços de saúde mental quanto em seu aspecto transformador da gestão em saúde mental, buscando consolidar instrumentos e parâmetros avaliativos que contribuam para a mudança dos processos de trabalho instituídos nos serviços de saúde mental.

Desse modo, podemos identificar que, nas CNSM, a avaliação é entendida como ferramenta de fiscalização acerca do funcionamento do sistema de saúde e, também, como agente propulsor de transformações na gestão em saúde na medida em que seus resultados subsidiam reflexões sobre o cotidiano da saúde brasileira.

A avaliação pode ser realizada em praticamente qualquer tentativa de resolver os problemas ou trazer mudanças ao planejamento. É possível distinguir duas modalidades



distintas para a avaliação. A avaliação somativa julga a efetividade geral para definir as principais decisões sobre a continuidade de um programa, buscando generalizações, baseadas, particularmente, em dados quantitativos. A avaliação formativa é indicada quando se deseja melhorar um programa, política ou produto, tendo o objetivo de *formar* o que está em estudo, não buscando generalizações. Essa depende, basicamente, de métodos qualitativos e os resultados remetem a um contexto específico (PATTON, 2002).

A avaliação formativa constitui-se em um processo de ensino-aprendizagem, em que todos os participantes da avaliação – inclusive o avaliador – atuam como aprendizes e instrutores durante o processo avaliativo, participando ativamente na construção do resultado final da avaliação (GUBA; LINCOLN, 1989; 2011). Nesse sentido, a avaliação formativa proporciona a reflexão do objeto em estudo, podendo produzir mudanças que são construídas pelo próprio grupo avaliado. Pensando na atenção psicossocial na ESF, a avaliação formativa poderá contribuir com a transformação do modelo assistencial em saúde mental proposto pela reforma psiquiátrica, reafirmando a atenção psicossocial.

É importante destacar a transformação ocorrida no campo da avaliação, mesmo sendo este um campo recente de teoria e prática. Guba e Lincoln (1989; 2011) identificam quatro gerações da avaliação, demonstrando como, ao longo da história, a avaliação tem assumido diferentes significados. A passagem de uma geração para outra não representou o desaparecimento ou desuso da anterior, mas sim o acúmulo e o desenvolvimento do conhecimento.

A primeira geração estava baseada na mensuração, e a função do avaliador era técnica, ou seja, deveria conhecer os instrumentos avaliativos disponíveis, de maneira que qualquer variável que desejasse investigar pudesse ser mensurada. Mensuração e avaliação eram entendidas como sinônimos. A segunda geração surgiu a partir de uma lacuna encontrada na primeira, sendo conhecida como a geração da descrição, pois sua finalidade era identificar e descrever o processo, e não somente medir os resultados. Nessa geração, nasceu a avaliação dos programas. E a terceira geração da avaliação é caracterizada pelo julgamento, na qual o avaliador assumia o papel de juiz, sem, no entanto, deixar de exercer as demais funções adquiridas nas gerações anteriores (GUBA; LINCOLN, 1989; 2011).

Essas três gerações contribuíram para avanços na área da avaliação, mas, ao mesmo tempo, apresentavam problemas e limitações (GUBA; LINCOLN, 1989; 2011). A primeira limitação é a tendência ao gerencialismo. O avaliador, normalmente, é contratado pelo administrador do local que deseja realizar uma avaliação. Esse avaliador contratado acata os parâmetros e as delimitações avaliativos estabelecidos pelo administrador contratante. Nessa

lógica, a relação estabelecida entre administrador e avaliador não é discutida, mas ela gera consequências indesejáveis, conforme apresentado a seguir.

O administrador não participa da avaliação, ou seja, suas qualidades e práticas gerenciais não podem ser colocadas em questão, da mesma forma que ele não pode ser responsabilizado pelos resultados de uma avaliação que ele não produziu. Assim, o administrador é efetivamente eximido de qualquer responsabilidade pelo resultado da avaliação (GUBA; LINCOLN, 1989; 2011).

A relação entre administrador e avaliador não é justa e gera enfraquecimento de poder, ou seja, *desempoderamento*. As questões da avaliação, a maneira como serão coletadas e analisadas e, posteriormente, para quem e de que forma serão divulgadas são decisões que competem somente ao administrador, porque é ele que possui o poder de decisão final. Assim, as pessoas envolvidas no processo avaliativo que, por ventura, tiverem questões para serem respondidas ou tenham outra forma de respondê-las e interpretá-las não têm a chance de inseri-las no processo avaliativo, o que leva ao *desempoderamento* dessas pessoas. As três gerações anteriores não permitem que as demandas das pessoas que estão implicadas no processo avaliativo sejam incluídas na avaliação (GUBA; LINCOLN, 1989; 2011).

Outra característica da relação entre administrador e avaliador é que ela é privadora de direitos, pois o administrador detém o poder de determinar se os resultados da avaliação serão divulgados, selecionando-os e indicando para quem serão revelados. As pessoas envolvidas na avaliação que não tiveram acesso aos seus resultados ficam impedidas de tomar qualquer ação frente a eles, sendo privados do privilégio de obter informações (GUBA; LINCOLN, 1989; 2011).

Por fim, a relação entre administrador e avaliador pode se tornar aconchegante para alguém. Conceder o poder ao administrador para determinar o processo avaliativo é, na verdade, entrar em conluio com ele. E esta combinação apresenta muitas vantagens para ambos. Pelo lado do administrador, uma avaliação conduzida de maneira a salvá-lo, enquanto *desempodera* os possíveis rivais, é, claramente, preferível a uma que mantém o administrador responsável e possibilita que os rivais assumam algum poder mínimo. Pelo lado do avaliador, uma avaliação feita de maneira a ganhar a aprovação do administrador, provavelmente, conduz a outros contratos e nenhuma necessidade de estar implicado no processo avaliativo (GUBA; LINCOLN, 1989; 2011).

Outra dificuldade apontada nas três primeiras gerações é o fracasso para acomodar o pluralismo de valores. É comum dizer que a sociedade compartilha valores, os quais a caracteriza. Foi na década de 1920 que passamos a compreender a sociedade como

pluralística em valores e o apelo ao juízo de valor é contemporâneo ao reconhecimento desse pluralismo. Os valores já estavam implícitos na avaliação desde a primeira vez em que foi empregada, mas era fácil ignorar o fato de que a construção de um instrumento “objetivo” envolvia juízos de valor, por exemplo. Assim, a decisão de *quais valores* deverão predominar na avaliação e como as diferenças de valores serão negociadas é o problema (GUBA; LINCOLN, 1989; 2011).

A questão da isenção de valores em relação às avaliações é completamente ressonante com a tendência gerencialista. Se os valores não fazem diferença, então os resultados de uma avaliação representam o estado das coisas como elas realmente são; elas devem ser aceitas como verdades objetivas. O fato de o administrador estabelecer os limites e parâmetros para o estudo seria, relativamente, sem consequências, como seria o fato de que ele controlar as perguntas feitas, a metodologia e os resultados (GUBA; LINCOLN, 1989; 2011).

A última consideração acerca dos problemas e limites dessas três gerações é a hegemonia do paradigma positivista, cujas características definiam uma forma muito particular de estruturar a avaliação, gerando consequências relevantes (GUBA; LINCOLN, 1989; 2011).

A avaliação era conduzida como se não existisse um contexto, mas somente sob condições cuidadosamente controladas. Tais condições eram instituídas na esperança de que os fatores locais irrelevantes pudessem ser ignorados e os resultados obtidos fossem mais generalizáveis (GUBA; LINCOLN, 1989; 2011).

O compromisso assumido por este paradigma parece conduzir à grande dependência de instrumentos formais quantitativos. O rigor desse paradigma parece prometer repouso sobre a dureza dos dados. Dados duros implicam em dados quantificáveis, dados que podem ser mensurados com precisão e analisados com poderosas ferramentas matemáticas e estatísticas. Aquilo que não pode ser mensurado, não pode ser real e verdadeiro (GUBA; LINCOLN, 1989; 2011).

Os métodos, nesse paradigma, prometem fornecer informações sobre como as coisas realmente são. A verdade não é negociável. Pode-se garantir que a natureza constitui os dados que são apresentados, não havendo argumentos com eles ou a negação desses (GUBA; LINCOLN, 1989; 2011).

Esse paradigma não possibilita alternativas para pensar sobre a avaliação. Uma vez que os cientistas descubrem a verdade sobre as coisas, qualquer alternativa deve estar errada. Não há negociações possíveis sobre o que é verdade. A ciência é isenta de valores e a adesão a este paradigma alivia o avaliador de qualquer responsabilidade moral por suas ações. O

avaliador não pode ser responsabilizado pelos achados que simplesmente refletem o que existe na natureza (GUBA; LINCOLN, 1989; 2011).

Por nenhuma das três gerações ter conseguido resolver ou minimizar essas dificuldades é que se sugere que estamos vivendo a quarta geração da avaliação, a qual encontra soluções possíveis para essas limitações, criando uma nova composição para o desenvolvimento do processo avaliativo (GUBA; LINCOLN, 1989; 2011).

A avaliação de quarta geração é uma avaliação construtivista responsiva. Isto quer dizer que se utiliza de uma forma diferente de *focalizar* uma avaliação, ou seja, de escolher os parâmetros e limites da avaliação, e que utiliza a metodologia construtivista para desenvolver o processo avaliativo (GUBA; LINCOLN, 1989; 2011).

A avaliação responsiva tem como elementos de focalização, ou organizadores avançados, as reivindicações, preocupações e questões identificadas pelo grupo de interesse com relação ao objeto de avaliação. Assim, busca identificar diferentes visões entre os interessados, respondendo às questões pertinentes à coleta de dados de maneira subsequente. A metodologia construtivista pressupõe a interação entre avaliador e avaliado, resultando, o processo avaliativo, em uma construção conjunta dessas duas partes. Destaca-se, ainda, o aspecto formativo da avaliação de quarta geração, permitindo que todos os envolvidos saiam do processo avaliativo modificados, ou seja, com construções diferentes daquelas do início do processo (GUBA; LINCOLN, 1989; 2011).

A avaliação de quarta geração permite, de maneira mais direta e clara, a execução de uma avaliação qualitativa em saúde, uma vez que se pauta na metodologia construtivista, que somente existe a partir da interação entre avaliador e avaliado.

O objetivo de uma avaliação qualitativa no âmbito da saúde é compreender quais os significados que as pessoas atribuem às dimensões de determinado programa ou como ocorre, na prática cotidiana, a interface entre a realização das ações do programa, e os discursos e as concepções sobre essas ações (DESLANDES, s.d.).

Particularmente, no contexto de transformações da reforma psiquiátrica, torna-se necessário o oferecimento de novas práticas avaliativas, as quais busquem, por meio da qualidade, soluções construídas conjuntamente com os diferentes indivíduos envolvidos com o cuidado em saúde mental, para que cada um tenha a chance de se colocar enquanto um participante ativo dessa construção.

É urgente a superação de alguns aspectos da avaliação tradicional, centrada no avaliador e nos resultados, especialmente os numéricos. É necessário incluir diferentes atores envolvidos, considerando seus valores e pontos de vista; ampliar a utilização dos resultados

obtidos; buscar *empoderar* os envolvidos no processo avaliativo, e estar mais atento ao processo em si do que aos seus resultados (PINHEIRO; GULJOR; SILVA JUNIOR, 2007; ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006; KANTORSKI et al., 2009b; WETZEL, 2005).

As transformações advindas da reforma psiquiátrica estão exigindo a construção de novos modos de aferir, interpretar, compreender e avaliar a produção de subjetividades, tendo em vista que o modelo tradicional é insuficiente para dar conta dos novos projetos e objetivos (AMARANTE; TORRE, 2007).

O modelo estrutura-processo-resultado, frequentemente utilizado em avaliações de saúde, tem se mostrado insuficiente, uma vez que não proporciona a flexibilidade suficiente, quando se considera a avaliação da qualidade da assistência psiquiátrica. Este modelo não cobre nem descreve integralmente o que ocorre na relação complexa entre serviços, usuários e comunidade (SARACENO; FRATTURA; BERTOLOTE, 1993). Certamente, as pesquisas realizadas a partir deste referencial metodológico contribuem para a atenção em saúde mental, porém é importante ampliar o escopo avaliativo utilizando métodos que flexibilizem a avaliação qualitativa, apreendendo a complexidade dos processos de trabalho e valorizando a subjetividade dos participantes do processo de produção da saúde.

Nesse sentido, a avaliação deve se caracterizar como um processo, incluindo os diversos grupos interessados no objeto a ser avaliado, sendo construída e direcionada para a realidade específica em que será utilizada, para que seus resultados possam ter efeito sobre o contexto (FURTADO, 2001).

A implementação prática da avaliação de quarta geração em estudos que avaliaram qualitativamente os novos serviços de saúde mental aponta para a riqueza de dados obtidos com esta metodologia, auxiliando no planejamento e na gestão do cuidado em saúde, e proporcionando a inclusão de diferentes olhares e abordagens (FURTADO, 2001; WETZEL, 2005; WETZEL; KANTORSKI, 2004).

A utilização da avaliação da quarta geração também tem possibilitado a problematização da atenção psicossocial nos novos serviços de saúde mental, além de possibilitar, por seu caráter formativo, um espaço privilegiado de aprendizagem mútua, contribuindo para o processo emancipatório dos atores envolvidos (SCHNEIDER et al., 2009; OLSCHOWSKY et al., 2009).

Outro aspecto importante e inovador da avaliação de quarta geração é que esta metodologia chama para a cena da avaliação, além do pesquisador, outros atores cuja participação é essencial na atenção psicossocial como trabalhadores de saúde, usuários dos serviços de saúde e seus familiares (KANTORSKI et al., 2010).

A avaliação de quarta geração contribui para a mudança dos contextos a partir de um diálogo estabelecido entre os sujeitos que dele fazem parte. O avaliador assume papel relevante e de responsabilidade ética e social, pois também está implicado no processo avaliativo. A construção conjunta dos resultados favorece a utilização desses na prática cotidiana do cuidado em saúde e na atenção psicossocial.

A avaliação de quarta geração tem se mostrado diferente das demais formas avaliativas por ser uma construção conjunta, que necessita da participação ativa de avaliador e avaliado, em que as demandas de ambos têm valor igual enquanto interesse para o processo avaliativo em si. Por estar pautada na negociação das demandas, permite que todos os participantes executem a avaliação propriamente dita, ou seja, todos são avaliadores e avaliados ao mesmo tempo, tendo como resultado final uma construção única, pactuada entre todos os participantes.

Assim, avaliar a atenção psicossocial na ESF a partir da avaliação de quarta geração contribuirá para o fortalecimento da atenção psicossocial enquanto modelo orientador do cuidado em saúde mental. Afirmando isso porque a avaliação de quarta geração está baseada na participação e na construção coletiva do processo avaliativo, em que avaliador e avaliado interagem entre si para sofisticar, ou seja, qualificar as construções (formulações individuais) que possuíam no início do processo, obtendo como resultado uma avaliação com a contribuição de todos, a qual passa de individual para coletiva. Além disso, essa interação entre avaliador e avaliado, no mesmo nível de poder frente à avaliação, possibilita que haja troca de saberes entre eles, resultando na aprendizagem mútua, com vistas a promover a autonomia de ambos.

### 3 PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO

Neste capítulo, discorro sobre a metodologia utilizada para a realização deste estudo, o qual se pautou em uma avaliação qualitativa construtivista e participativa, buscando o fortalecimento da atenção psicossocial no âmbito da saúde mental coletiva.

Aqui estão definidos o tipo de estudo, o local e os sujeitos do estudo, a coleta e análise dos dados empíricos, e os aspectos éticos que permeiam a pesquisa em saúde.

#### 3.1 Tipo de Estudo

Desenvolvi um estudo de caso avaliativo qualitativo a partir dos pressupostos teórico-metodológicos da avaliação de quarta geração.

O estudo de caso é uma metodologia aplicada para avaliar ou descrever situações dinâmicas em que o elemento humano está presente, buscando apreender a totalidade de uma situação e, de maneira criativa, descrever, compreender e interpretar a complexidade do caso concreto, mergulhando profunda e exaustivamente em um objeto delimitado (MARTINS, 2008).

É utilizado, ainda, para mapear e analisar contextos, relações e percepções de determinado fenômeno ou situação, gerando conhecimento sobre o evento estudado, retratando a realidade de maneira detalhada, conhecendo os processos relacionais e seus fatores de interferência (MINAYO, 2007).

##### 3.1.1 Avaliação de Quarta Geração

A avaliação de quarta geração é a forma de avaliação na qual as reivindicações, preocupações e questões dos *stakeholders*, aqui traduzido como grupos de interesse, servem como foco organizacional, ou seja, são as bases para determinar quais são as informações necessárias à avaliação, sendo implementada a partir dos preceitos metodológicos do paradigma construtivista. Trata-se da união do enfoque responsivo com a metodologia construtivista (GUBA; LINCOLN, 1989; 2001).

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

Grupo de interesse é a designação de pessoas com características comuns que têm algum interesse no desempenho, no produto ou no impacto do objeto da avaliação, quer dizer, estão envolvidos ou são potencialmente afetados pelo processo avaliativo ou suas eventuais consequências. Existem três tipos principais de grupos de interesse: os agentes: pessoas envolvidas em produzir, utilizar e implementar o processo avaliativo; os beneficiários: pessoas que tiram proveito direta ou indiretamente da avaliação e; as vítimas: pessoas que podem ser afetadas negativamente pelo processo avaliativo (GUBA; LINCOLN, 1989).

A avaliação é responsiva porque busca visões diferentes dos grupos de interesse e porque ela responde aos itens na subsequente coleta de dados. É provável que os diferentes grupos de interesse tenham construções também diferentes acerca de determinada reivindicação, preocupação ou questão. A maior tarefa do avaliador é conduzir a avaliação num caminho em que cada grupo de interesse confronte e negocie suas construções com todos os outros grupos, em um processo denominado hermenêutico-dialético. A avaliação responsiva visa a alcançar um consenso sobre todas as reivindicações, preocupações e questões, mas nem sempre isso é possível (GUBA; LINCOLN, 1989).

A metodologia construtivista é a proposta de uma abordagem substitutiva ao modo científico positivista, estando baseada nas proposições do paradigma construtivista (GUBA; LINCOLN, 1989; 2001).

O paradigma construtivista está baseado em três premissas fundamentais, comumente denominadas ontológica, epistemológica e metodológica. O pressuposto básico do construtivismo ontológico é o relativismo, isto é, nega-se a existência de uma realidade objetiva, uma vez que se compreende que as realidades são construções sociais da mente e que podem existir tantas construções quanto são as pessoas. Epistemologicamente, o pressuposto básico é o subjetivismo transacional, negando a possibilidade do dualismo sujeito-objeto, sugerindo a existência da interação entre observador e observado que cria o que emerge da investigação. Por fim, o pressuposto básico metodológico é hermenêutico-dialético, processo pelo qual as construções feitas pelos grupos de interesse são, primeiramente, reveladas e canalizadas para o significado e, após, são confrontadas, comparadas e contrastadas em situações de encontro (GUBA; LINCOLN, 1989; 2001).



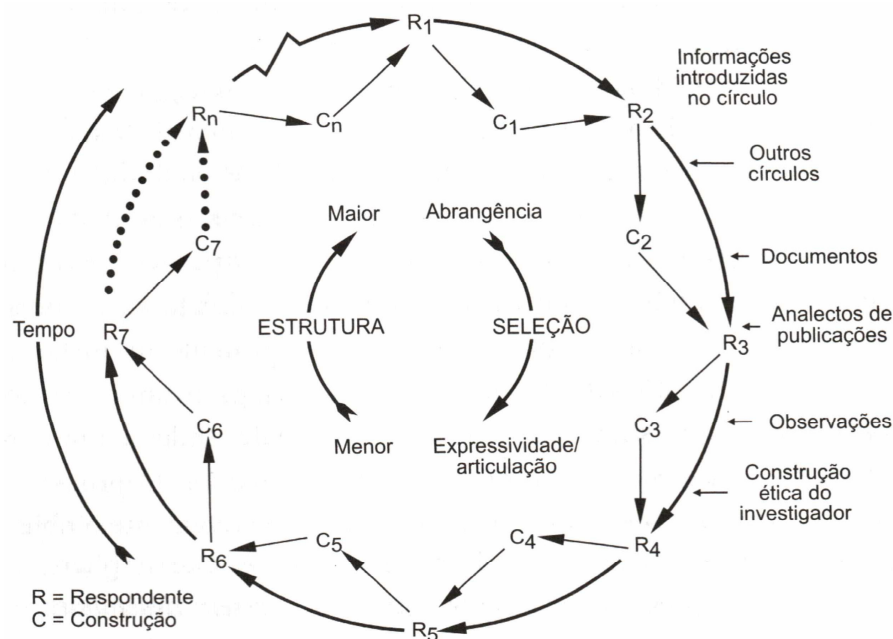
O processo é hermenêutico porque tem caráter interpretativo, e dialético porque representa a comparação e o contraste dos diferentes pontos de vista para alcançar alto nível de síntese. O objetivo maior deste processo é formar a conexão entre as diferentes construções, chegando ao consenso quando este for possível; quando não o for, o processo irá expor e clarificar as diferentes visões e possibilitar a construção da agenda de negociação (GUBA; LINCOLN, 1989).

Se o processo é bem-sucedido, todas as partes, incluindo o avaliador, provavelmente terão reconstruído as construções com as quais iniciaram. Todas as partes são, simultaneamente, educadas, porque alcançam novos níveis de informação e sofisticação; e *empoderadas*, porque suas construções iniciais foram consideradas e cada um teve a oportunidade de efetuar críticas para corrigir, emendar ou estender as construções (GUBA; LINCOLN, 1989).

Algumas condições são requeridas para que a negociação hermenêutica dialética seja produtiva. Essas condições incluem o compromisso de todas as partes para trabalharem a partir de uma posição de integridade, a mínima competência de todos os participantes para se comunicarem, compromisso em partilhar o poder entre todas as partes, disposição para mudar frente a negociações persuasivas, disposição para reconsiderar seus valores quando apropriado e compromisso de dispor de tempo e recursos requeridos pelo processo (GUBA; LINCOLN, 1989).

A construção do processo hermenêutico dialético acontece por meio do modelo esquemático apresentado na figura 1 (GUBA; LINCOLN, 1989; 2011).

FIGURA 1 - Círculo Hermenêutico Dialético



Fonte: GUBA; LINCOLN (1989; 2011)

O círculo é iniciado a partir de R1, respondente selecionado pelo avaliador por razões convencionais. Esse respondente participa de uma entrevista aberta para determinar uma construção inicial frente ao objeto da avaliação. Ao respondente é solicitado que descreva como constrói o objeto da avaliação, descrevê-lo e comentá-lo em termos pessoais. Nas avaliações, esses comentários podem incluir observações sobre as reivindicações, preocupações e questões, e sobre aspectos positivos e negativos sobre o objeto de avaliação. Os temas centrais, concepções, ideias, valores, preocupações e questões apresentadas por R1 são analisadas pelo avaliador, formulando a primeira construção, C1. Desse modo, a análise dos dados ocorre de maneira concomitante à sua coleta.

Dando seguimento, R2 é entrevistado e, após comentar suas questões, os temas obtidos da análise de R1 são introduzidos e R2 é convidado a comentá-los. Como resultado, a entrevista de R2 produziu informações não apenas de R2, mas também a crítica à construção de R1. O avaliador completa a segunda análise, resultando na formulação de C2, considerada uma construção mais informada e sofisticada baseada em duas fontes de informação: R1 e R2. E, assim, é feito até o último entrevistado. As informações trazidas para o círculo não necessitam limitar-se aos respondentes e ao avaliador. Podem ser introduzidos outros dados

de acordo com a oportunidade e necessidade, como construções de outros grupos de interesse, dados observacionais, documentos, literatura e a construção ética do avaliador.

É importante destacar o caráter formativo que essa avaliação propõe, bem como a busca pela qualificação das informações e o *empoderamento* dos grupos de interesse, que são contribuições relevantes contempladas na sistematização da avaliação de quarta geração (KANTORSKI et al., 2009a).

A avaliação de quarta geração é um processo participativo pluralista que fornece uma estrutura por meio da qual os interesses de grupos de interesse e indivíduos frequentemente *desempoderados* (*disempowered*) podem ser colocados na agenda do dia e renegociados. Além disso, envolve a partilha de responsabilidades, o que significa dizer que cada grupo de interesse tem mais responsabilidade para com os resultados da avaliação coletiva (LAY; PAPADOULOS, 2007).

A opção em desenvolver esta pesquisa a partir de um processo avaliativo qualitativo com o referencial da avaliação de quarta geração deve-se à possibilidade apresentada por esta metodologia em implicar, no processo, avaliador e avaliado, em que a participação criativa é essencial para a implementação dos resultados, envolvendo avaliações que são cocriações negociadas da realidade social (CARNEY, 1991).

A utilização da avaliação de quarta geração neste estudo possibilitou avaliar a gestão da atenção psicossocial na ESF de maneira participativa, refletindo o olhar sobre a atenção psicossocial de gestores do cuidado em saúde, os quais, diariamente, experimentam a construção desse cuidado no território e têm, dentre suas responsabilidades, as tarefas de coordenar e administrar as práticas em saúde a partir dos direcionamentos políticos, éticos e sociais, com a intenção de que ações cotidianas no território sejam produtoras de saúde e de vida. Entendo que os resultados obtidos a partir dessa avaliação construtivista contribuirão para o aprofundamento das discussões sobre a temática em questão, instigando novas pesquisas.

### **3.2 Local do Estudo**

O estudo foi desenvolvido no município de Porto Alegre/RS, junto à Secretaria Municipal de Saúde, nas unidades de saúde da família da Gerência Distrital Partenon/Lomba do Pinheiro (GDPLP), totalizando 12 ESF: ESF Ernesto Araújo, ESF Esmeralda, ESF

Herdeiros, ESF Lomba do Pinheiro, ESF Maria da Conceição, ESF Morro da Cruz, ESF Panorama, ESF Pitoresca, ESF Santa Helena, ESF Santo Alfredo, ESF São Pedro e ESF Viçosa.

Essa gerência distrital foi escolhida de maneira intencional, uma vez que enquanto pesquisadora, desenvolvi a pesquisa de dissertação de mestrado em uma unidade de saúde da família dessa gerência e, enquanto profissional de saúde, atuo em um serviço que faz parte dessa gerência, atendendo demandas em saúde mental infanto-juvenil em nível ambulatorial.

### **3.3 Sujeitos do Estudo**

O grupo de interesse deste estudo foram os coordenadores das 12 unidades de saúde da família da GDPLP.

Escolhi os coordenadores para comporem o grupo de interesse desse estudo, porque, ao mesmo tempo em que assumem a função de coordenadores da unidade de saúde da família, também são profissionais da equipe. Assim, entendo que estes atuam na micro e na macrogestão em saúde, configurando-se como interlocutores entre a equipe de saúde da família (microgestão) e a gerência distrital (macrogestão), auxiliando na construção da direcionalidade do trabalho em saúde.

Os coordenadores foram convidados a participar da pesquisa, e seu aceite de participação ocorreu por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), em conformidade com a legislação vigente.

### **3.4 Coleta de Dados**

Os dados da presente pesquisa foram coletados por meio das técnicas de observação e entrevista, entre o período de setembro a novembro de 2011, realizados pela pesquisadora.

A coleta dos dados teve início pelas observações, as quais foram previamente agendadas com o coordenador da ESF. Em cada ESF escolhida para o estudo, foram realizados três turnos de observação, no período da manhã (das 8h às 12h) ou da tarde (das

13h às 17h), conforme a disponibilidade do serviço e da pesquisadora. Assim, obtive um total de 144 horas de observação, sendo 12 horas em cada unidade de saúde da família.

Patton (2002) traz a ideia de que a observação facilita a compreensão da dinâmica do serviço, pois permite ao pesquisador estar presente no momento em que os fatos se dão, diminuindo a necessidade de fazer conceitos *a priori* sobre esses. Além disso, destaca que os sistemas de organização social envolvem rotinas que são incorporadas pelos trabalhadores e, dessa maneira, acabam sendo naturalizadas no dia a dia do trabalho, tornando complexas muitas situações, para as quais a observação pode ser o melhor método de coleta de informações.

O registro das observações foi realizado em diário de campo, descrito como instrumento em que são anotadas todas as informações que não sejam registros de entrevistas, como comportamentos, atitudes, posturas, conversas informais, gestos e expressões (MINAYO, 2007), além das reflexões da pesquisadora frente às situações observadas.

Neste estudo, observamos o cotidiano de trabalho das 12 ESF envolvendo a dinâmica do trabalho, as atividades grupais e individuais, a visita domiciliar, e as atividades administrativas, conforme roteiro elaborado (APÊNDICE B), enfocando todas as ações realizadas pelos profissionais e pelo coordenador da equipe. As observações foram identificadas pela data e pelo turno em que foram realizadas.

Após a conclusão das observações, passei à realização das entrevistas.

Patton (2002) destaca que a entrevista auxilia o pesquisador a se situar no mundo do outro, permitindo-se entrar na perspectiva do pesquisado, possibilitando ao pesquisador compreender como os sujeitos reconhecem seu modo de fazer as coisas. Assim, entrevista e observação se complementam no processo de coleta de dados, pois, enquanto a primeira oferece ao pesquisador a realidade a partir do pesquisado, a segunda apresenta a realidade a partir dos fatos do cotidiano do serviço vivenciados pelo pesquisador.

Lincoln e Guba (1985) apontam que a entrevista possibilita ao entrevistado realizar uma viagem ao longo do tempo, reconstruindo suas lembranças em relação ao que está em estudo de maneira mais ou menos objetiva, dependendo do grau de estruturação conferido à entrevista. Esse grau de estruturação dependerá da visão de mundo e do referencial teórico-metodológico utilizado pelo pesquisador, que pode variar da postura “sei o que não sei” até “eu não sei o que não sei” (p. 269). Esse modo de pensar norteará a escolha entre entrevista estruturada e não estruturada, passando pelas várias etapas de maior ou menor estruturação que preenchem essas duas posturas extremas.

Por assumirmos uma postura intermediária à proposta pelos referidos autores do tipo ‘sabemos um pouco o que queremos saber sabendo que há muito para saber’, realizamos entrevista aberta e individual, agendadas com antecedência junto ao coordenador de cada ESF, seguindo o roteiro apresentado no Apêndice C. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra e identificadas pela letra “E” de entrevistado, acrescida do número de realização da entrevista (1-12).

De acordo com os preceitos da avaliação de quarta geração, existem algumas etapas operacionais que orientam o desenvolvimento de sua metodologia (GUBA; LINCOLN, 1989; 2011). Nesta pesquisa, utilizei as etapas conforme adaptação do estudo de Wetzel (2005), que foram: contato com o campo, organização à condução da avaliação, identificação dos grupos de interesse, desenvolvimento das construções conjuntas, ampliação das construções conjuntas, preparação da agenda para a negociação e execução da negociação.

#### 3.4.1 Contato com o campo

O contato com o campo se deu por meio da participação da pesquisadora na reunião da supervisão da ESF na GDPLP para apresentação do projeto ao grupo de interesse, os coordenadores das ESF, em junho de 2011. Nesta reunião, estavam presentes os coordenadores das 12 unidades de saúde da família em que foi realizada a pesquisa e a supervisora da ESF na GDPLP. Esse momento foi utilizado para esclarecer os objetivos do estudo, a metodologia utilizada e o desenvolvimento da pesquisa, conforme documento entregue aos coordenadores (APÊNDICE D). Os coordenadores avaliaram que discutir a gestão da atenção psicossocial na ESF era relevante, tendo em vista a crescente demanda em saúde mental na atualidade e a fragilidade da rede de atenção psicossocial no município. Assim, todos os coordenadores concordaram em construir conjuntamente a avaliação da gestão da atenção psicossocial na ESF.

Após esse momento, o projeto foi encaminhado à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (CEPSMSPA), obtendo aprovação em 09/08/2011, sob o nº 667 (ANEXO).

Estando de posse da carta de aprovação do CEPSMSPA, iniciei os contatos, via telefone, com o coordenador da primeira ESF escolhida para iniciar a coleta de dados. A

escolha da primeira unidade foi intencional, sendo escolhida a unidade em que eu já tinha uma aproximação anterior, devido à realização de outras pesquisas.

### 3.4.2 Organização da condução da avaliação

Nessa etapa, a principal tarefa do pesquisador é ganhar o direito de entrada, estabelecendo uma relação de confiança, a qual deve ser construída entre avaliador e avaliado. Para que a confiança estabelecida não sofra prejuízos, é importante que o pesquisador seja conhecido pelos entrevistados que irão participar da pesquisa, falando de suas reivindicações, preocupações e questões (GUBA; LINCOLN, 1989).

Nessa fase, também é realizada a *prior ethnography*, traduzida como etnografia prévia, que consiste em viver e experimentar o contexto em estudo temporariamente como observador participante, não estando ainda engajado com o processo avaliativo. A partir da etnografia prévia, o pesquisador conversa com as pessoas e passa a conhecer os líderes informais (GUBA; LINCOLN, 1989).

Para ganhar o direito de entrada e realizar a etnografia prévia, iniciei a coleta dos dados pela observação, permanecendo três turnos em cada ESF, conforme descrito anteriormente, com o objetivo de apreender a dinâmica do serviço, e a forma de produção das práticas assistenciais e gerenciais em cada realidade.

O primeiro turno de observação serviu para “quebrar o gelo”, ou seja, promover a aproximação entre ambas as partes – pesquisado e pesquisadora. Ao mesmo tempo em que foi possível detalhar os objetivos da pesquisa ao coordenador e fazer-me conhecida pela equipe do serviço, foi o momento de compreender o funcionamento da unidade. Assim, durante esse turno, permaneci na recepção do serviço, local de chegada dos usuários e de grande circulação dos profissionais, pois, em geral, era onde estava localizado o aparelho de telefone, o computador, os prontuários, as agendas dos profissionais, os receituários e documentos padronizados, entre outros. O espaço da recepção permitiu, dessa forma, entender o processo e a organização das equipes para o trabalho em saúde.

No segundo e terceiro turnos, concentrava a observação na descrição da estrutura física, das atividades da unidade e do coordenador, conforme o roteiro de observação elaborado para a pesquisa.

Durante a permanência nas unidades, fui convidada a participar de grupos em saúde, visitas domiciliares, consultas de enfermagem, acolhimentos e procedimentos, especialmente quando se tratavam de saúde mental. Selecionei alguns trechos das observações que demonstram esse envolvimento estabelecido nas diferentes unidades de saúde da família pesquisadas.

*Por fim, até eu já estava ajudando a dispensar a medicação clínica e a procurar receitas controladas para entrega. (OBS.: 08/09/2011 – Manhã).*

*Fiquei um pouco na recepção, auxiliando a técnica de enfermagem X e uma das ACS na organização dos prontuários e dando orientação aos usuários. [...] Pouco antes das 9 horas, enfermeira X, técnico de enfermagem X, R1 de enfermagem X, R2 de psicologia X e eu saímos para ir até o local do grupo de saúde mental. (OBS.: 23/09/2011 – Manhã).*

*Hoje era o dia do grupo da caminhada, que acontece em parceria com a ESF Ernesto Araújo. O grupo estava marcado para às 9h, e eu havia combinado com enfermeira X de acompanhar o grupo. Fiquei na sala de espera, aguardando os profissionais que conduziriam o grupo. (OBS.: 29/09/2011 – Manhã).*

*Por volta das 16h, aumenta o movimento da unidade: usuários retirando medicamento e para fazer vacinas. Enfermeira X e a técnica de enfermagem X foram atender. A técnica em saúde bucal X também auxiliou na recepção. Por fim, até eu já estava ajudando a procurar os cadastros de usuários que usam medicação de uso contínuo. (OBS.: 17/10/2011 – Tarde).*

*Ajudei na arrumação da farmácia, entregando as medicações a serem organizadas nas prateleiras e organizando os medicamentos em ordem alfabética. (OBS.: 10/10/2011 – Tarde).*

*Enfermeira X saiu do grupo para buscar chá e café e me encontrou na recepção. Falei da pesquisa e ela me convidou para participar do grupo de hipertensos e diabéticos. (OBS.: 20/10/2011 – Manhã).*

*À tarde, estava apenas uma técnica de enfermagem, pois uma saiu para fazer uma capacitação. Auxiliei a técnica de enfermagem X no atendimento no balcão, dispensação de medicamento, buscar prontuários para as consultas agendadas (hoje só tinham duas consultas agendadas). (OBS.: 24/10/2011 – Tarde).*

*Uma técnica de enfermagem me pediu para auxiliar na avaliação de um senhor que referia dor no peito. (OBS.: 26/10/2011 – Tarde).*

*Hoje é o dia do fechamento da produtividade. ACS X faz a sua produtividade. Técnica de enfermagem X faz a produtividade dos demais profissionais da ESF. Acabo auxiliando-a nessa tarefa. (OBS.: 01/11/2011 – Manhã).*



Avalio que o direito de entrada foi ganho a partir do momento em que foi estabelecido um vínculo com os profissionais das equipes, que compreenderam que a minha presença não consistia apenas na coleta dos dados, mas que poderia ser um apoio nas demandas do serviço, especialmente àquelas vinculadas à saúde mental.

### 3.4.3 Identificação dos grupos de interesse

Guba e Lincoln (1989) sugerem que o interesse relativo (*relative stake*) sirva como critério para incluir ou excluir determinado público do processo avaliativo, tendo em vista que alguns públicos estão em posição de maior interesse do que outros. Porém, a determinação do interesse relativo dos públicos não é tarefa fácil, devendo ser realizada por meio de negociação, em que cada público esteja no mesmo nível de poder.

Com o objetivo traçado nesse estudo, identifiquei diversos grupos de interesse envolvidos: gerentes municipais de saúde, usuários das ESF, profissionais de serviços que tenham interface com as ESF, profissionais das ESF, coordenadores das ESF, entre outros.

A escolha do grupo de interesse desta pesquisa – coordenadores da ESF – foi intencional e está relacionada a dois motivos principais. O primeiro deles refere-se à minha trajetória acadêmica, que, em minha dissertação de mestrado, desenvolvi a avaliação das ações de saúde mental na ESF com duas equipes de saúde da família, cujos resultados induziram ao questionamento da gestão da atenção psicossocial na ESF a partir do cotidiano dos serviços.

O segundo motivo justifica-se por entender que os coordenadores das ESF são os responsáveis por catalisar a articulação entre as políticas municipais de saúde e a realidade prática da unidade de saúde da família, atuando tanto na macropolítica quanto na micropolítica do trabalho em saúde.

Assim, o grupo de interesse foi constituído pelos coordenadores das unidades de saúde da família da Gerência Distrital Partenon/Lomba do Pinheiro, somando 12 respondentes.

### 3.4.4 Desenvolvimento das construções conjuntas

Nesta etapa, foram realizadas as entrevistas individuais, previamente agendadas com cada coordenador das 12 ESF, desenvolvidas a partir do círculo hermenêutico-dialético, com o objetivo de descobrir tantas construções quanto possível (GUBA; LINCOLN, 1989).

A escolha do primeiro coordenador a ser entrevistado foi intencional, uma vez que a primeira unidade de saúde da família a ser estudada já me era conhecida enquanto campo de pesquisa. Após iniciar a coleta dos dados, solicitei ao primeiro coordenador que sugerisse a próxima ESF para dar continuidade ao processo de coleta de dados, e, assim, sucessivamente, até o penúltimo coordenador.

As entrevistas foram realizadas conforme o instrumento de coleta de dados (APÊNDICE C), solicitando que o entrevistado falasse sobre cada questão norteadora. Já na primeira entrevista, surgiram questões que foram introduzidas no círculo para as entrevistas subsequentes, sofisticando as construções.

As entrevistas iniciaram com um grau de estruturação mínimo, como convém para a aplicação do círculo hermenêutico-dialético, e foram ganhando contornos mais definidos na medida em que os aspectos abordados pelos respondentes acerca da temática em questão eram acrescentados na entrevista subsequente ao seu surgimento. Ao primeiro entrevistado foi solicitado que falasse sobre seu trabalho de coordenação, sobre a gestão da atenção psicossocial na ESF, bem como as facilidades e dificuldades para desenvolver essa gestão. Aos demais respondentes eram apresentadas essas questões juntamente com as que foram surgindo no processo avaliativo, promovendo uma estruturação, cada vez maior, da entrevista, atendendo a proposta do círculo hermenêutico-dialético.

No quadro 1, apresento as questões norteadoras do estudo e seus desdobramentos.

QUADRO 1 - Questões norteadoras e seus desdobramentos

(continua)

Questões norteadoras do estudo	Desdobramentos das questões norteadoras
Fale sobre o seu trabalho de coordenação desenvolvido nesta unidade de saúde da família.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de tempo para associar a assistência com a coordenação (administrativo);</li> <li>• Faltam recursos humanos, materiais e físicos adequados à realização do trabalho da ESF;</li> <li>• Interface com a comunidade;</li> </ul>

## QUADRO 1 - Questões norteadoras e seus desdobramentos

(conclusão)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inclusão do agente administrativo na equipe;</li> <li>• Programa de Residência Integrada em Saúde;</li> <li>• Incentivo financeiro para o coordenador;</li> <li>• Autonomia da coordenação;</li> <li>• Apoio da supervisão da ESF da GDPLP.</li> </ul>
Fale sobre a gestão da estratégia de atenção psicossocial nesta ESF.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento da demanda por atenção psicossocial;</li> <li>• Acompanhamento longitudinal dos casos de saúde mental;</li> <li>• NASF como possibilidade de apoio à atenção psicossocial no território;</li> <li>• Falta de tempo para atender às demandas por atenção psicossocial.</li> </ul>
Fale sobre as facilidades para desenvolver a gestão da estratégia de atenção psicossocial nesta ESF.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoio especializado em saúde mental;</li> <li>• Trabalho em equipe;</li> <li>• Equipe de saúde da família e sua maneira de organização;</li> <li>• Comunidade e seus recursos;</li> <li>• Realização de grupos terapêuticos na ESF;</li> <li>• Apoios da GDPLP e dos residentes;</li> <li>• Espaços para discussão de questões referentes à atenção psicossocial;</li> <li>• Reunião de equipe e educação permanente em serviço.</li> </ul>
Fale sobre as dificuldades para desenvolver a gestão da estratégia de atenção psicossocial nesta ESF.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Precarização da rede de atenção psicossocial;</li> <li>• Articulação entre os serviços existentes no território;</li> <li>• Importância da informatização da rede de saúde.</li> </ul>

Fonte: Autor

Cada entrevista era analisada imediatamente após sua realização, com o intuito de verificar se havia novas questões a serem introduzidas no círculo para as próximas entrevistas, para que o material do conjunto de entrevistas estivesse disponível para ser comentado pelos próximos entrevistados.

Assim, ao final dessa etapa, emergiu uma construção conjunta do grupo de interesse, mais sofisticada e elaborada do que as construções de cada um dos respondentes.

### 3.4.5 Ampliação das construções conjuntas

O desenvolvimento do círculo hermenêutico dialético, na etapa anterior, facilitou a emergência das construções conjuntas do grupo de interesse, partindo das construções originais e individuais de cada respondente do círculo. Todavia, outras informações estavam disponíveis e impactaram essa construção conjunta. O material foi introduzido de maneira sistemática na medida em que avaliador ou avaliado ou ambos julgavam necessárias mais informações com o objetivo de sofisticar a construção conjunta (GUBA; LINCOLN, 1989).

Neste estudo, busquei informações adicionais nas seguintes fontes:

a) literatura profissional: estão entre as fontes de informação mais disponíveis, acessíveis e ricas. Utilizei algumas pesquisas desenvolvidas acerca do objeto de estudo para aprofundar algumas questões trazidas para o círculo;

b) observação: há forte relação entre a entrevista e a observação. Inicialmente, a observação realizada foi livre, concentrada no primeiro turno de observação, com o interesse na etnografia prévia e para ganhar o direito de entrada no campo. Posteriormente, a observação passou a ser participante e, aparentemente casual, levantou questões úteis introduzidas nas entrevistas. Dos dados observacionais, introduzi a questão do relacionamento com o Programa de Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul (RIS/ESP), uma vez que a maioria das unidades de saúde da família estudadas recebia residentes deste programa;

c) construção ética do avaliador: seria ingênuo supor que o avaliador não tem um conhecimento prévio e opiniões sobre a avaliação e seu contexto. Não há problema de introduzir as construções do avaliador se essa construção é colocada ao lado de todas as outras para sofrer o mesmo tipo e grau de crítica. No processo avaliativo, enquanto pesquisadora introduzi outros ponto de vista que puderam ser comentado pelo grupo de interesse. Por

exemplo: quando se estabeleceu a discussão sobre as desconexões da rede de atenção psicossocial, a fala dos coordenadores era particularmente voltada à falta de CAPS no território e apontei que para além dessa falta, era necessário tencionar a articulação da rede e como isso se daria na prática, o que passou a ser comentado pelos respondentes seguintes.

#### 3.4.6 Preparação da agenda para a negociação

A negociação é o momento destinado a mostrar e levar a conhecimento toda a gama de valores. Se a aplicação do círculo hermenêutico dialético determinou *quais* “fatos” deveriam ser coletados, a negociação determina *o que eles significam* (GUBA; LINCOLN, 1989).

A preparação da agenda para a negociação exige do avaliador a execução de algumas tarefas. Primeiro, foi preciso definir as unidades de informação nos termos do grupo de interesse em estudo, o que foi seguido de muitas discussões na tentativa de torná-las mais claras e compreensíveis a todos os participantes.

Após, providenciei um material impresso, em que retomei os objetivos do estudo e a metodologia utilizada, explicitando como foi realizada a análise dos dados e apresentando as categorias provisórias, com o intuito que todos os participantes tivessem acesso às informações produzidas pelo grupo de interesse.

Discuti com a supervisora da ESF na GDPLP uma data em que estivesse a maioria dos participantes da pesquisa para realizarmos a negociação, que ficou agendada para 08 de fevereiro de 2012, período em que a maioria dos coordenadores já teria retornado das férias.

#### 3.4.7 Execução da negociação

A negociação também deve ser hermenêutica e dialética em sua forma e processo. As negociações terminam quando algum consenso é atingido em cada demanda não resolvida. Na realidade, a nova construção comum é alcançada pelo consenso que substitui as construções desenvolvidas, mas nem sempre o consenso será atingido, pois construções competitivas poderão permanecer. A maior responsabilidade da negociação será, nesse caso, delinear

cuidadosamente as diferenças que caracterizam essas construções competitivas como a base de esforços futuros para alcançar o consenso (GUBA; LINCOLN, 1989).

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

a) resolução total: quando alguma demanda é totalmente resolvida, a ação a ser tomada é evidente. Algumas não requerem ações, exceto a continuidade de determinada conduta. Outras requerem algum refinamento ou aperfeiçoamento e outras sugerem sua rejeição ou abandono: a estratégia não funciona e, provavelmente, não deve ser usada novamente;

b) resolução parcial ou incompleta: por uma variedade de razões, incluindo a incapacidade de adquirir todas as informações desejáveis, algumas demandas permanecerão não resolvidas. A ação é adiada até a realização de mais estudos e considerações. O mecanismo para esse estudo adicional deve ser proposto. Algum compromisso pode ser implementado até a informação adicional ser avaliada;

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

Nesse estudo, as questões avaliadas pelo grupo de interesse obtiveram, em sua maioria, resolução total, chegando, o grupo de interesse, ao consenso sobre elas. Somente a questão da informatização da rede obteve resolução parcial e o grupo de interesse decidiu que essa questão necessitaria ser avaliada em outro momento, uma vez que esse recurso estava em fase de discussão sobre sua implantação no município.

A reunião de negociação foi realizada na data combinada, 08 de fevereiro de 2012, no período inicial da reunião de supervisão da ESF da GDPLP. Estavam presentes representantes das doze unidades de saúde da família estudadas, dentre eles, sete eram os coordenadores que participaram da pesquisa, uma era a coordenadora que estava em férias no momento da coleta de dados e quatro eram profissionais que estavam substituindo as coordenações na reunião, as quais tiveram participação ativa no processo de negociação. É importante destacar que um dos coordenadores que participou do estudo não exercia mais o cargo no momento da realização da reunião de negociação, pois não trabalhava mais na ESF do município.

Perguntou-se aos coordenadores que foram entrevistados se haveria algum empecilho para a participação dos outros profissionais que não participaram diretamente da pesquisa na

reunião de negociação. Eles avaliaram que todos os profissionais das unidades estavam cientes da pesquisa e que teriam condições de participar da negociação, inclusive trazendo contribuições. A supervisora da ESF na GDPLP também estava presente, teve acesso às informações, permanecendo atenta às discussões, não interferindo no processo de negociação.

Na reunião de negociação, participaram mais duas pesquisadoras além de mim, com o objetivo de não perder nenhuma informação advinda desse processo. A reunião de negociação também foi gravada, com a concordância de todos os presentes.

### **3.5 Análise de Dados**

A análise dos dados de uma pesquisa construtivista não deve ser uma fase à parte, que ocorre em determinado momento da pesquisa. Ela deve ser iniciada juntamente com a coleta dos dados para facilitar o próprio andamento da coleta dos dados posteriores (LINCOLN; GUBA, 1985).

Assim, é necessário utilizar um método de análise que possibilite a realização da análise dos dados de maneira concomitante à sua coleta. Por isso, optamos pela utilização do método comparativo constante, proposto por Lincoln e Guba (1985).

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

O método comparativo constante é composto pelas etapas de identificação das unidades de informação e categorização. As unidades de informação servirão de base para definir as categorias. Unidades de informação consistem em sentenças ou parágrafos que devem ter duas características. Primeira, deve ser heurística, isto é, destinada a alguma compreensão ou ação que o pesquisador deve ter ou tomar; somente assim poderá ser útil. Segunda, deve ser a menor parte da informação sobre algo que se mantém por si próprio, devendo ser possível interpretá-la sem acrescentar outra informação que não seja a ampla compreensão do contexto em estudo (LINCOLN; GUBA, 1985).

Nesta fase, o pesquisador deve errar mais por excesso de unidades de informação do que pela falta delas, pois é mais fácil rejeitar aquilo que se tornará irrelevante ao estudo do

que recapturar informações que poderiam ser importantes, mas que foram descartadas precocemente (LINCOLN; GUBA, 1985).

As unidades de informação desta pesquisa foram obtidas a partir das entrevistas e das observações, sendo registradas de forma compreensível a qualquer leitor e não somente à pesquisadora.

As tarefas essenciais na fase de categorização são reunir, em categorias provisórias, as unidades de informação que, aparentemente, tratam do mesmo conteúdo; elaborar conteúdo para descrever as propriedades das categorias, que podem ser utilizadas para justificar a inclusão de cada unidade de informação em determinada categoria; e tornar a categoria definitiva internamente consistente (LINCOLN; GUBA, 1985).

Assim, unifiquei as unidades de informação de igual conteúdo em categorias provisórias, as quais foram apresentadas ao grupo de interesse durante a reunião de negociação dos dados, momento em que houve modificações no conteúdo das categorias e a definição coletiva das categorias definitivas.

As categorias devem ser definidas de forma que sejam internamente tão homogêneas quanto possível, ou seja, que seu conteúdo interno seja equivalente, criando a identidade da categoria e; externamente, tão heterogêneas quanto possível, para que cada categoria conserve sua identidade, não havendo sobreposição de categorias (LINCOLN; GUBA, 1985).

As categorias definitivas foram divididas em categorias analíticas e categorias temáticas. As categorias analíticas retêm as relações sociais fundamentais, servindo como guias teóricos, e balizas para o conhecimento de determinado objeto de maneira geral. As categorias temáticas são construídas a partir o ponto de vista dos atores sociais, abordando um tema em comum, sendo específica deste (MINAYO, 2007).

No quadro 2, apresento as categorias analíticas, as categorias temáticas e as unidades de significado que organizaram os temas comuns para construção dessa categorização.

QUADRO 2 - Resultado do processo de análise dos dados

(continua)

Categorias Analíticas	Categorias Temáticas	Unidades de Significado
<b>Processo de Trabalho</b>	Trabalho da ESF	-Organização da coordenação da ESF; -Sobrecarga no trabalho do coordenador.
	Ambiência	-Recursos humanos; -Recursos materiais; -Recursos físicos.



QUADRO 2 - Resultado do processo de análise dos dados

(conclusão)

<b>Gestão da Atenção Psicosocial</b>	Atenção Psicosocial	-Trabalho cotidiano da ESF; -Dispositivos facilitadores da atenção psicosocial na ESF.
	Intersetorialidade	-Recursos do território; -Residência Integrada em Saúde.
	Rede de Atenção Psicosocial	-Desconexões da rede de atenção psicosocial.

Fonte: Autor

### 3.6 Considerações Éticas

Respeitando os aspectos éticos que envolvem a pesquisa em saúde, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde, obtendo aprovação para sua execução em agosto de 2011, sob o nº 667.

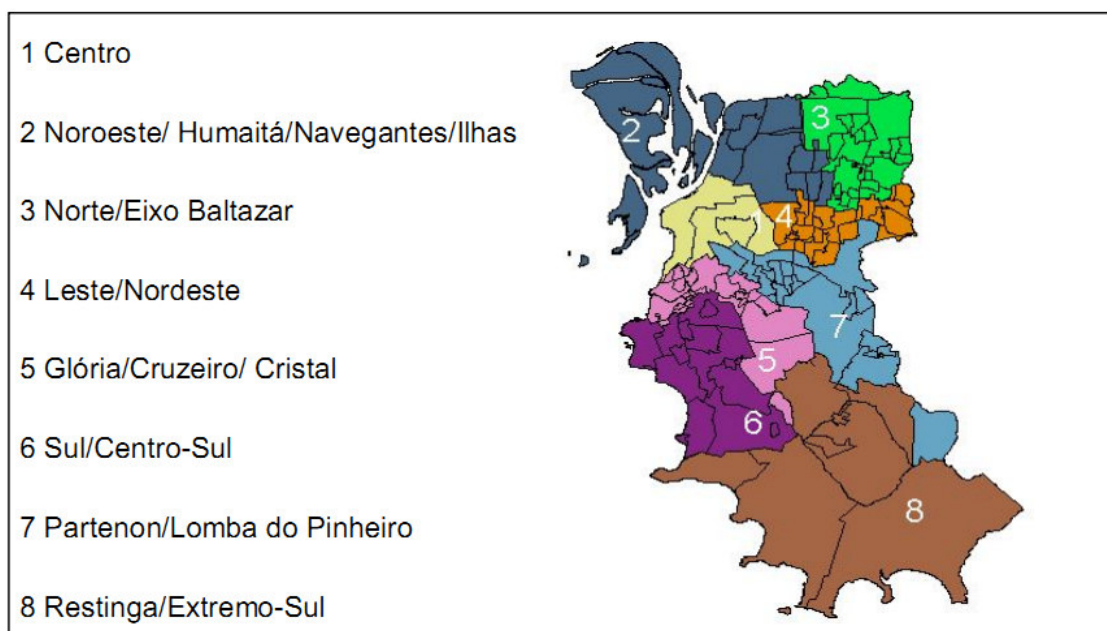
Após a aprovação, realizei contato telefônico com a coordenadora da primeira unidade de saúde da família, escolhida intencionalmente, para dar início à coleta de dados, que ocorreu em setembro de 2011. O início da coleta de dados em uma nova unidade de saúde da família era previamente combinado com o coordenador da unidade, via contato telefônico.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em concordância com a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

#### 4 GERÊNCIA DISTRITAL PARTENON/LOMBA DO PINHEIRO

A Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre distribui os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde nos territórios dos dezessete Distritos Sanitários, que compõem as oito Gerências Distritais do município, apresentadas na figura 2. A Gerência Distrital Partenon/Lomba do Pinheiro (GDPLP), na qual foi desenvolvido este estudo, está identificada pelo número 7 (SMSPA, 2012).

FIGURA 2 - Gerências Distritais de Porto Alegre/RS

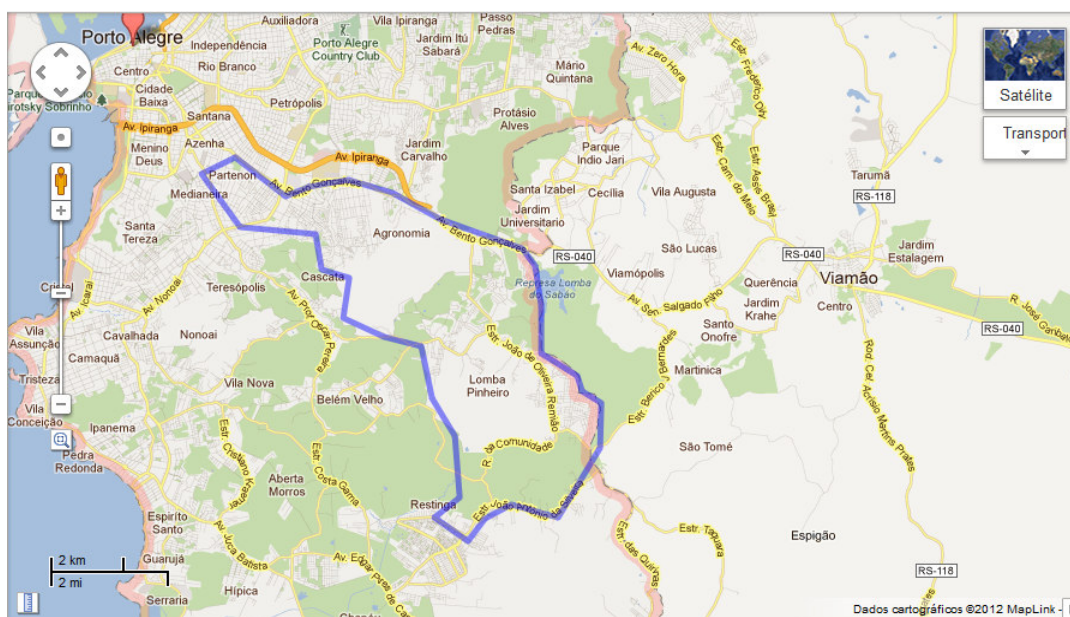


Fonte: SMSPA (2012)

O município de Porto Alegre, capital do Estado do Rio Grande do Sul, possui uma população de 1.409.351 habitantes (IBGE, 2010). Desta população, aproximadamente, 180.000 habitantes residem na região Partenon (120.682) e Lomba do Pinheiro (58.031), a qual possui um grande espaço geográfico para expansão da cidade na Zona Leste (SMSPA, 2010).

A figura 3 apresenta o mapa de Porto Alegre com destaque para a região da GDPLP, que abrange os bairros Partenon, São José, Agronomia, Aparício Borges, São Judas Tadeu, Santo Antônio e Lomba do Pinheiro.

FIGURA 3 - Mapa da região da GDPLP



Fonte: Autor

Na GDPLP, estão incluídas mais de sessenta vilas e sete bairros (cinco na região do Partenon e dois na Lomba do Pinheiro), com diferentes níveis de urbanização e infraestrutura, estando a maioria da população em condição de pobreza ou indigência. Na Lomba do Pinheiro, ainda existem duas comunidades indígenas da nação Kaingang (SMSPA, 2010).

A GDPLP configura-se como uma região de grande vulnerabilidade, fortemente expressada nas formas de adoecimento e morte da população. As causas de morbimortalidade são variadas, indo desde questões tipicamente vivenciadas em regiões subdesenvolvidas, como doença inflamatória pélvica, as doenças crônico-degenerativas consideradas “doenças de primeiro mundo” até às iniquidades sociais, como violência e desnutrição (SMSPA, 2010).

Particularmente a região da Lomba do Pinheiro apresenta um cenário precarizado e “vulnerabilizante”, uma vez que há falta de escolas e de locais de lazer, pobreza extrema, falta de acesso a equipamentos públicos de cultura, degradação ambiental, desestruturação das famílias, aumento do tráfico de entorpecentes, tornando-se um local pouco adequado ao desenvolvimento de crianças e adolescentes (SMSPA, 2010).

Outra questão relevante, e que tem impacto na vida das pessoas e no meio ambiente, é a ocupação desordenada e irregular nos morros e margens de arroios, vulneráveis especialmente nos períodos de chuva. A Lomba do Pinheiro possui um projeto de ocupação futura, Projeto Lomba do Futuro, porém a realidade é a quase inexistência de regularização fundiária, havendo mais de 30 vilas irregulares, bem como a expansão das cooperativas e

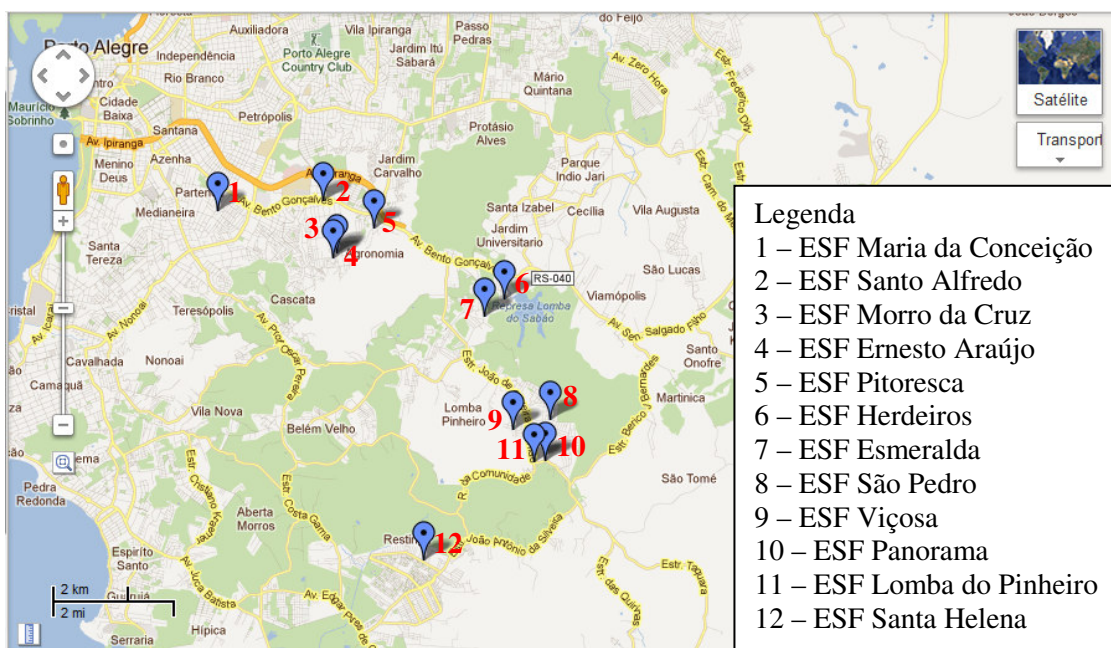
condomínios habitacionais. Apesar desse crescimento irregular, a região é uma das poucas no município com possibilidade de expansão territorial (SMSPA, 2010).

A questão do transporte coletivo público é insuficiente, tanto em termos de frequência como de qualidade, sendo alvo de reivindicações da população local. A malha viária também é precária, apresentando pavimentação escassa e acessos prejudicados. Algumas vilas sequer possuem coleta de lixo devido ao fato do caminhão de recolhimento do lixo não conseguir passar nas vias improvisadas (SMSPA, 2010).

Na região desta Gerência Distrital, existem doze unidades de saúde da família, seis unidades básicas de saúde, um pronto-atendimento, um ambulatório de saúde mental adulto, um ambulatório de saúde mental infanto-juvenil, uma equipe de saúde mental e uma equipe de matriciamento em saúde mental. À época da coleta de dados, estava sendo organizada a implantação de equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (SMSPA, 2011).

As unidades de saúde da família, locais de realização deste estudo, estão identificadas na figura 4.

FIGURA 4 - Mapa da região da GDPLP com a identificação das unidades em estudo



Fonte: Autor

Em todas as unidades de saúde da família foi observado que as consultas ambulatoriais especializadas e os exames de alta complexidade eram agendados pelo Sistema de Gestão e Regulação Assistencial e Financeira de Saúde – AGHOS, que consiste na informatização dessas marcações.

Todas as quartas-feiras, no período da tarde, os coordenadores das ESF tinham reunião na GDPLP: uma quarta-feira com a supervisão da ESF e, na outra, com a gerente distrital (nesta reunião, participavam também os coordenadores das Unidades Básicas de Saúde – UBS).

Todas as unidades tinham o mesmo horário de funcionamento: das 08h às 12h e das 13h às 17h.

O município de Porto Alegre tem cumprido com a meta priorizada no Pacto pela Vida com relação à atenção à saúde do idoso (BRASIL, 2006). Dessa forma, em todas as unidades de saúde da família estudadas, os idosos têm atendimento preferencial, podendo agendar consultas médicas pelo telefone, havendo sempre duas consultas/dias destinadas(os) a esse público. Também foi possível perceber que as unidades investem na questão das visitas domiciliares aos idosos, especialmente aos acamados ou em áreas de difícil acesso.

As unidades de saúde da família também recebem residentes do Programa de Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul – Ênfase Atenção Básica em Saúde Coletiva (RIS/ESP).

Na Gerência Distrital Partenon/Lomba do Pinheiro, há uma equipe de matriciamento em saúde mental e uma equipe de saúde mental, as quais dividem o atendimento especializado entre as equipes de saúde da família. Assim, algumas ESF têm como referência em saúde mental a equipe de matriciamento e outras, a equipe de saúde mental. Ambas as equipes são multiprofissionais e o que as diferencia é a metodologia de trabalho de cada uma delas. A equipe de saúde mental realiza uma reunião mensal em sua sede com as unidades de saúde da família e unidades básicas de saúde para discutir os casos trazidos pelas equipes, e absorvem alguns casos para atendimento em nível ambulatorial.

A equipe de matriciamento se desloca até as ESF e UBS e desenvolve de maneira regular um conjunto de intervenções em parceria com as equipes locais, tais como desenvolvimento de estratégias de planejamento de trabalho baseadas na organização do território; identificação de recursos comunitários do território para a melhor articulação na atenção à saúde; promoção da educação permanente; participação nos processos de ampliação e valorização dos espaços comunitários de convivência; participação nos espaços de discussão sobre os processos de trabalho das equipes de atenção básica relacionados à saúde mental; discussão de casos junto às equipes de referência com vistas à elaboração de um plano terapêutico conjunto e o acompanhamento longitudinal do usuário; consulta conjunta; visitas domiciliares; avaliação, encaminhamento e acompanhamento de casos nos serviços especializados em saúde mental; atendimento ambulatorial conforme complexidade e

especificidade do caso e realização de grupos, oficinas terapêuticas e de geração de renda (SILVA et al., 2010).

A seguir, faço uma apresentação das unidades de saúde da família em que foram coletados os dados para esta pesquisa a partir dos dados obtidos por meio das observações e das entrevistas.

#### *ESF Ernesto Araújo*

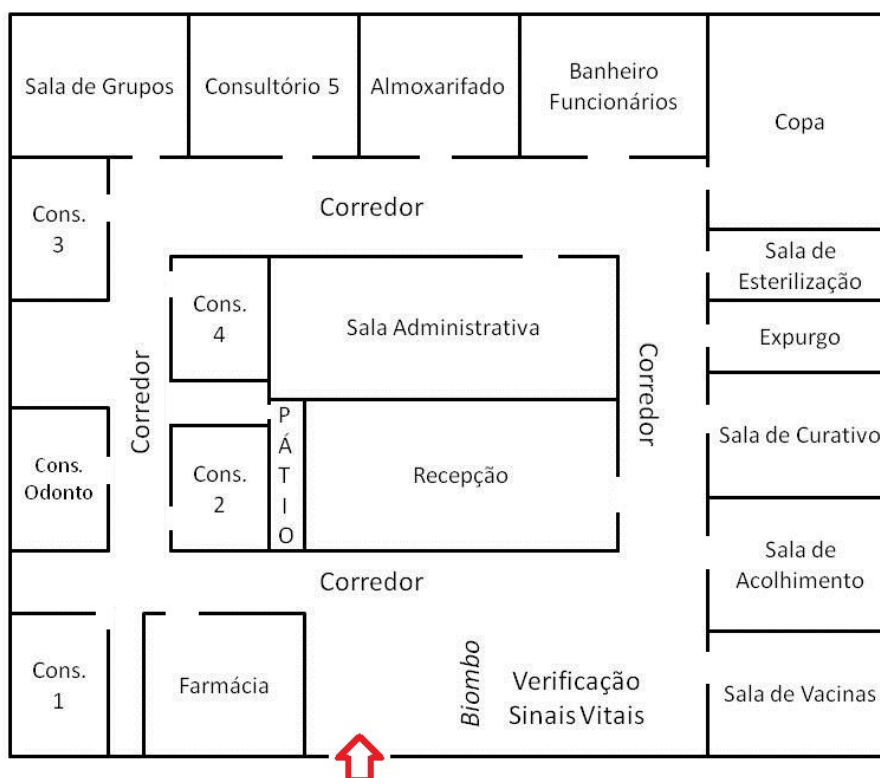
A ESF Ernesto Araújo está localizada no Morro da Cruz, que consiste em um núcleo populacional situado na Vila São José, no bairro Partenon. A unidade iniciou suas atividades junto à população local em 2009, a partir do processo de municipalização da atenção básica em Porto Alegre. Até 2009, era uma Unidade Básica de Saúde do Murialdo – UBS 04.

A unidade passou por reformas em sua estrutura física, as quais, à época da coleta dos dados, ainda não estavam totalmente concluídas e a unidade nova ainda não havia sido inaugurada. O objetivo da reforma foi ampliar o espaço físico da unidade para comportar uma terceira equipe de saúde da família, ampliando a área de abrangência da unidade, ofertando serviços de saúde a um maior número de pessoas.

A ESF Ernesto Araújo é composta por três equipes de saúde da família e uma equipe de saúde bucal. A equipe da unidade estava composta por um médico, três enfermeiros, um odontólogo, seis técnicos de enfermagem, um auxiliar em saúde bucal e seis agentes comunitários de saúde (ACS). A equipe dois estava sem médico há três meses. A área de abrangência da unidade comporta 10 microáreas, atendendo cerca de oito mil e quinhentas pessoas. A previsão é chegar a dez mil pessoas quando a terceira equipe estiver completa.

A área física da unidade é composta por cinco consultórios, sendo que um estava sendo utilizado como almoxarifado para materiais que viriam a ser instalados; uma recepção; uma farmácia; um consultório odontológico; uma sala administrativa; uma sala de curativos; um expurgo; uma sala de esterilização de materiais; uma sala de vacinas; uma sala de acolhimento; uma sala de grupos; uma copa para funcionários; um banheiro para funcionários; um banheiro para usuários com acesso para cadeirante; espaço para verificação de sinais vitais. Há uma área coberta, tipo alpendre, na qual a população aguarda a abertura da unidade (Figura 5).

FIGURA 5 - ESF Ernesto Araújo



Fonte: Autor

A unidade realiza reuniões de equipe semanal, nas segundas-feiras, com duração de uma hora, em que são discutidos assuntos de ordem administrativa, com o objetivo de melhorar o funcionamento da unidade. Após a reunião de equipe, é realizado o programa de educação permanente, que consiste em discutir e estudar temáticas relacionadas ao cotidiano de trabalho da equipe, em um processo de atualização constante. Durante a coleta das observações, participei da reunião de equipe e da educação permanente, conforme excerto a seguir.

*Hoje o assunto era assistência ao parto na unidade de saúde da família, tendo em vista que, na semana passada, chegou uma gestante em trabalho de parto, mas que deu tempo de ser encaminhada ao centro obstétrico; fora outras vezes que a equipe já teve que prestar algum cuidado com relação à gestante entrando em trabalho de parto. Esse conteúdo ficou aos cuidados do médico Y. Ele explicou todos os sinais de parto e como identificá-los. As unidades estão recebendo material para auxiliar no parto, se esse se fizer necessário, o chamado “kit parto”. O técnico de enfermagem A foi buscar o kit parto para que todos pudessem vê-lo e já comunicou onde ele está guardado (na sala de dispensação de medicamentos). Foi falado também do parto no domicílio. (OBS.: 19/09/2011 – Tarde).*



A equipe da ESF Ernesto Araújo tem matriciamento em saúde mental quinzenal em que realizam discussão de casos e encaminhamentos para os serviços da rede de saúde municipal. Durante a coleta de dados, a equipe em geral comenta sobre a boa relação com a equipe do matriciamento, evidenciando esse dispositivo como um apoio positivo que a equipe possui para os casos de saúde mental. Com relação às demandas sociais, a equipe conta com uma rede na própria região do Morro da Cruz, composta pelo serviço de assistência social do Instituto Leonardo Murialdo, que auxilia nas questões de desemprego, pobreza e benefícios. Conta, ainda, com a microrrede da região do Morro da Cruz, composta pelos serviços de saúde, educação e assistência social, em que também há a possibilidade de discussão de casos e encaminhamentos conjuntos.

A unidade realiza um grupo de saúde mental denominado Grupo da Alegria, do qual pode participar durante a coleta de dados. Trata-se de um grupo para usuários com dificuldades de interação social e que apresentam transtornos psíquicos graves. Participam do grupo uma das enfermeiras e um técnico de enfermagem, além do residente de Psicologia do segundo ano de residência. Esse grupo é desenvolvido em parceria com a equipe de matriciamento e conta com uma terapeuta ocupacional do matriciamento para desenvolver essa atividade em conjunto com as ESF Ernesto Araújo e Morro da Cruz.

*A proposta de hoje era premiação para a maior flor, pois haviam plantado algumas sementes em vasos e hoje era o dia para ver qual estava maior. [...] Havia oito usuários no grupo, todos com seus vasos de flor. Antes da premiação, a TO perguntou o que tinham achado do grupo anterior, em que fizeram um passeio ao Parque Harmonia, no Acampamento Farroupilha. Todos falaram sobre o que viram: gaúchos, prendas, animais. S. comentava sobre a quantidade de ônibus; pelo visto andou poucas vezes de ônibus. Contava que havia muitos outros atrás deles. [...] Depois, passaram para a eleição da maior planta, o que não foi tarefa difícil, porque apenas a de L. cresceu, as demais não germinaram, ficando só a terra. A de S. chegou a germinar, mas morreu em seguida, ficando o galho seco no vaso. (OBS.: 23/09/2011 – Manhã).*

A unidade também recebe residentes da RIS/ESP em diferentes áreas de atuação. No momento da coleta de dados, havia residentes de Enfermagem, Psicologia, Odontologia e Fisioterapia.

A equipe de enfermagem se reúne a cada quinze dias para discutir os aspectos técnicos da área, definir tarefas, como supervisão técnica, escala de funcionários e avaliação do trabalho da equipe de enfermagem.

A unidade oferece acolhimento durante o turno de atendimento, o qual é realizado pelos técnicos de enfermagem com suporte de um enfermeiro, para situações que exijam uma



avaliação mais técnica. Os idosos podem marcar a consulta pelo telefone no horário entre 11h e 12h, e há sempre uma consulta médica diária.

O agendamento de consultas ocorre semanalmente e cada equipe é responsável pelo atendimento da demanda integral da sua área adstrita.

Na ESF Ernesto Araújo, duas ACS são responsáveis pela marcação de consultas ambulatoriais especializadas e exames pelo AGHOS. Elas fazem a solicitação da consulta especializada ou exame e, diariamente, acessam o sistema e verificam se alguma marcação foi realizada. Em caso afirmativo, imprimem o comprovante da marcação, anexam ao documento de referência e contrarreferência, e comunicam ao usuário, por telefone, que sua consulta foi marcada e que ele deverá retirar o encaminhamento na unidade de saúde da família. Há um livro de registro das consultas/exames agendados e o usuário deve assinar a retirada do documento de marcação.

A unidade mantém um blog: <http://www.blogadoernesto.blogspot.com.br/>.

### *ESF Esmeralda*

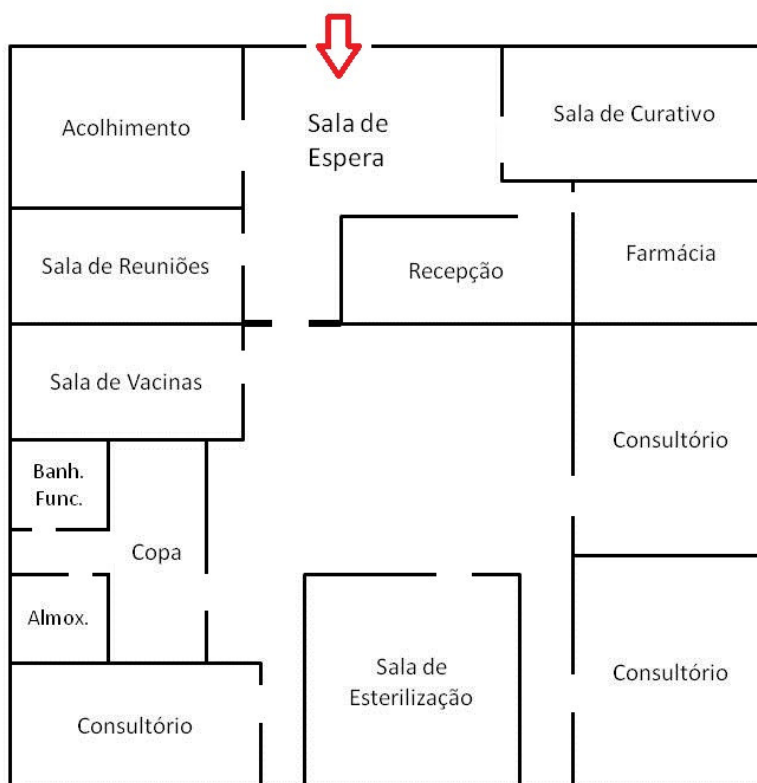
A ESF Esmeralda está localizada no Bairro Agronomia e a unidade foi inaugurada em 2002, contando com duas equipes de saúde da família, as quais, no período da coleta de dados estavam completas, mas com um médico em licença saúde e um técnico de enfermagem mais um ACS em férias. A ESF Esmeralda atende uma população de, aproximadamente, seis mil pessoas, de acordo com o cadastro no SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica). Ocorre que, na área de abrangência da unidade, há uma área de ocupação, com cerca de duas mil pessoas, as quais buscam o recurso de saúde da unidade, apesar de não serem cadastradas formalmente. No período de coleta de dados da pesquisa, o coordenador estava em tratativas com os ACS para organizar o início do cadastramento dessa área, uma vez que são usuários efetivos e presentes na unidade.

A coordenação do serviço também apontou a questão de que a secretaria municipal de saúde estava em processo de compra do terreno ao lado da unidade para a construção de um novo prédio, porém, ainda sem perspectivas de data para tal obra.

A estrutura física da unidade é pequena para o movimento intenso de usuários durante o dia. A unidade conta com uma sala de acolhimento, uma sala de curativos, uma sala de reuniões (em que não cabem todos os membros da equipe), uma recepção, uma sala de espera, uma farmácia, uma sala de vacinas, um banheiro de funcionários, uma copa de funcionários, um almoxarifado, uma sala de esterilização de materiais e três consultórios. É uma das poucas

unidades de saúde da família estudadas em que não há separação por vidros na recepção, há apenas o balcão de atendimento. Na rua, há uma área coberta em que os usuários podem aguardar pelo atendimento. Na figura 6, está um esboço da estrutura física da unidade.

FIGURA 6 - ESF Esmeralda



Fonte: Autor

As marcações para consultas médicas ocorrem todas as sextas-feiras e os idosos podem fazer a marcação pelo telefone, todos os dias da semana, no horário das 11h às 12h. Há sempre duas consultas diárias para idosos.

A equipe da ESF Esmeralda realiza reuniões de equipe semanais na unidade, nas quintas-feiras à tarde, e todos os profissionais da unidade, bem como os residentes, participam desse momento. Nessa reunião, são discutidas somente questões administrativas, informes e repasses da reunião na GDPLP, e aspectos do funcionamento cotidiano da unidade. A reunião tem duração de uma hora.

Mensalmente, ocorre a reunião do conselho local de saúde, que pode acompanhar durante a coleta de dados. É realizada sempre após a reunião de equipe, das 15h às 16h.

*Da reunião do CLS participaram o coordenador da unidade, duas técnicas de enfermagem e um ACS. Há 4 representantes da comunidade. São*

*discutidos os assuntos: moscas e mosquitos na área – falar com o setor de zoonoses da prefeitura; sábados em que a unidade vai abrir para trabalhar questões da saúde da mulher, Bolsa Família e Odontologia; dia D da dengue que será realizado dia 19 de outubro. A reunião terminou às 16h, com chá e café da unidade, e salgadinhos trazidos por uma das conselheiras. (OBS.: 27/10/2011 – Tarde).*

As marcações de consultas e exames pelo AGHOS, em geral, são feitas pelo coordenador. A unidade conta um apenas um computador, que, de acordo com os membros da equipe, é lento. Há outra máquina para ser instalada, o que ocorreu no dia da reunião de equipe.

*Chegou um pessoal da GDPLP para instalar a nova versão do SIAB e o coordenador já pede para instalarem Internet no computador que está na farmácia. Ele diz que só um computador com Internet é complicado. Às vezes, a marcação de consultas no AGHOS é demorada e não dá para fazer outras coisas no computador. (OBS.: 27/10/2011 – Tarde).*

A unidade recebe residentes da RIS/ESP nas áreas de Enfermagem e Odontologia. Como não há cadeira odontológica na unidade, o residente atende aos usuários da unidade na UBS Mapa, além de fazer atividades de educação em saúde e saúde na escola.

A ESF Esmeralda tem como referência em saúde mental a equipe de saúde mental da GDPLP, localizada no bairro Partenon, o que acaba dificultando a adesão dos usuários ao serviço, pelo deslocamento. Uma vez por mês, são discutidos os casos das unidades básicas de saúde e de saúde da família, que são referenciadas à equipe de saúde mental e dali são decididos os encaminhamentos.

A unidade mantém um blog: <http://esfesmeralda.blogspot.com.br/>.

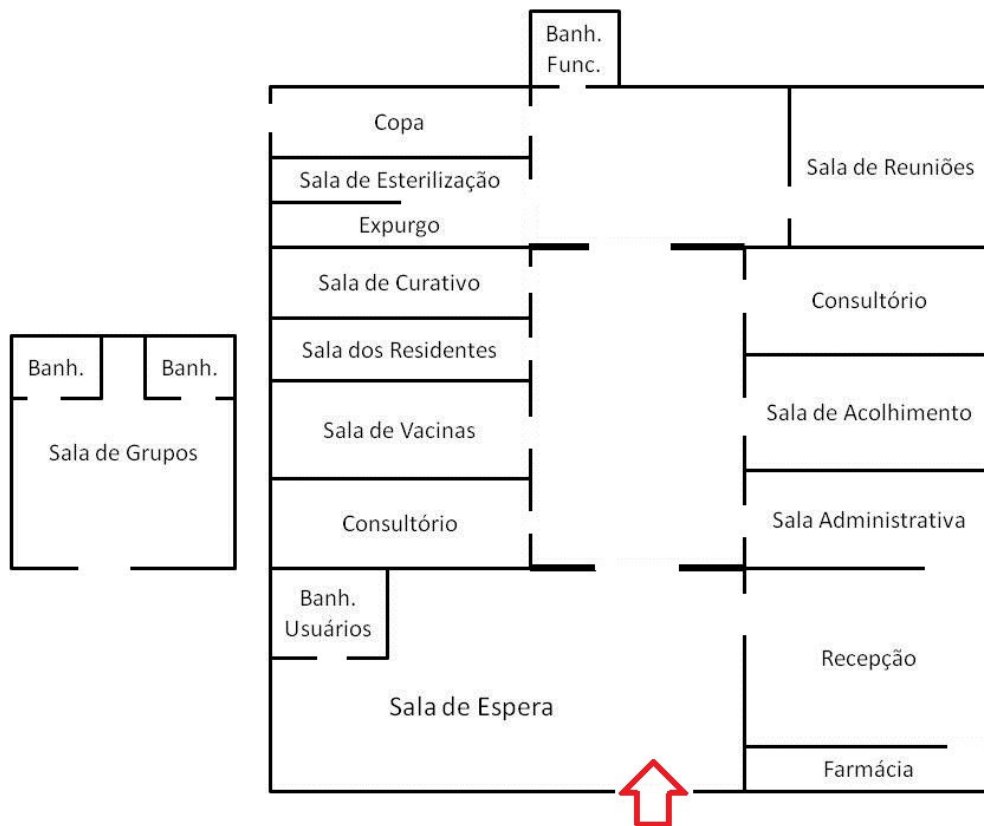
### *ESF Herdeiros*

A ESF Herdeiros está localizada no bairro Agronomia e foi inaugurada em 2002 com uma equipe de saúde da família. No momento da coleta de dados, a unidade estava ampliando o número de profissionais para iniciar outra equipe de saúde da família e contava com um médico, dois enfermeiros, quatro técnicos de enfermagem e quatro ACS. A área de abrangência da unidade é dividida em quatro microáreas, atendendo a uma população de, aproximadamente, 3.500 pessoas.

O espaço físico da unidade é pequeno, com consultórios apertados, especialmente quando se pensa na duplicação da equipe. Conta com uma recepção, uma farmácia, uma sala administrativa, dois consultórios (um médico e um de enfermagem), uma sala de vacinas, uma

sala de acolhimento, uma sala dos residentes, uma sala de curativos, uma sala de reuniões, expurgo, sala de esterilização, um banheiro para funcionários, um banheiro para usuários e uma copa. No pátio da unidade, há um anexo que comporta uma sala de grupos, com dois banheiros, conforme representado na figura 7. A unidade aguarda por uma reforma em sua estrutura física para que possa comportar, além da segunda equipe, uma equipe de saúde bucal.

FIGURA 7 - ESF Herdeiros



Fonte: Autor

O acolhimento na unidade acontece ao longo do turno de trabalho, sendo realizado pelas enfermeiras e pelas técnicas de enfermagem. As consultas médicas ocorrem no mesmo dia, havendo seis consultas por dia, pela manhã. Essa foi uma decisão da comunidade via conselho local de saúde, porque antes era preciso ir até a unidade para marcar a consulta e depois retornar em outro dia para consultar. À tarde, a médica atende os programas de saúde, em que há uma tarde reservada para o atendimento em saúde mental.

*A técnica de enfermagem comenta que, há pouco tempo, modificou-se a forma de agendamento das consultas médicas, decisão que foi tomada na reunião do CLS. Antes se agendava as consultas para o dia seguinte e as*

*peças tinham que vir duas vezes ao posto. Agora as peças chegam e são atendidas no mesmo dia. Há sempre seis consultas médicas por manhã (OBS.: 24/10/2011 – Manhã).*

O conselho local de saúde realizou as eleições para a sua composição em março/2011 e tem se mostrado ativo tanto com relação às demandas da comunidade (como ocorreu na mudança da forma de agendamento de consultas) quanto da unidade, contribuindo com a realização de campanhas, como no dia das crianças em que a unidade abriu para atividades como Programa Bolsa Família, saúde da criança e saúde da mulher, e os membros do conselho auxiliaram na organização das brincadeiras, brindes e guloseimas.

A unidade contava com dois computadores, um mais novo, que fica na sala de reuniões, e outro mais antigo, que fica na sala administrativa, no qual estava instalado o sistema AGHOS para marcação de consultas e exames especializados, que era feita pelos ACS.

A equipe realiza reunião de equipe semanalmente, às quintas-feiras à tarde, período em que a unidade não abre para atendimento à comunidade. Nessa reunião, são discutidos casos de famílias e usuários, organização do trabalho da unidade e questões administrativas. A equipe ainda não tinha conseguido se organizar para fazer a educação continuada, mas estava tendo um momento de capacitação em violência oferecido pela GDPLP.

Havia seis residentes da RIS/ESP presentes na unidade, entre residentes de primeiro e segundo ano, das seguintes áreas: Enfermagem (2), Odontologia (2), Farmácia (1) e Serviço Social (1).

A ESF Herdeiros realizava, mensalmente, o grupo Alto Astral, que era um grupo de saúde mental, voltado a trabalhar a autoestima dos pacientes, em sua maioria, deprimidos. Tive a oportunidade de acompanhar o grupo.

*Às 13h30m a residente de Enfermagem me convidou para participar do grupo Alto Astral. É um grupo de saúde mental cujos participantes são deprimidos em sua maioria. As residentes de Enfermagem e Odontologia coordenaram o grupo. Havia 6 usuárias, 1 ACS, 1 aluno estagiário do 4º semestre da UFCSPA, as 2 residentes e eu. Foi feita uma rodada de apresentações. A proposta do grupo era trabalhar sobre a primavera e os sentimentos que ela despertava. As residentes organizaram um material com várias flores e seu significado. A ideia era montar uma mandala com os sentimentos que a primavera despertava. O grupo foi dividido em duas partes. Cada minigrupo criou uma mandala com sua produção. Após, cada grupo apresentou sua mandala. Cantamos uma música no início e no fim do grupo: Flores, do Grupo Titãs. (OBS.: 24/10/2011 – Tarde).*

A unidade tem como referência em saúde mental a equipe de saúde mental da GDPLP, estabelecendo boa parceria. Nesse local, há interconsulta mensal, em que são discutidos os casos de todas as unidades de saúde que são referenciadas à equipe de saúde mental. De acordo com a coordenação da ESF Herdeiros, a equipe de saúde mental auxilia nas questões de maior dificuldade, sendo acessível.

#### *ESF Lomba do Pinheiro*

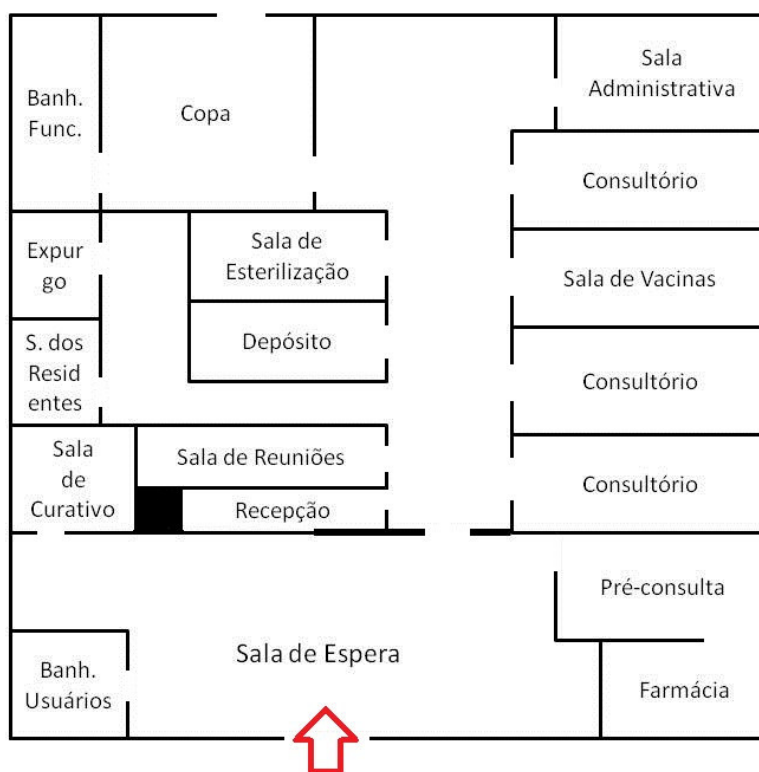
A ESF Lomba do Pinheiro está localizada na rua principal do bairro Lomba do Pinheiro, sendo uma via de intenso fluxo de veículos automotores. A unidade está em uma área física provisória, estando localizada em uma região que não pertence à sua área de abrangência, encontrando-se “fora de área”.

A ESF Lomba do Pinheiro contava com duas equipes mínimas de saúde da família, cuja composição comportava duas enfermeiras, duas médicas, quatro técnicos de enfermagem e oito ACS, estando ambas completas. A população de abrangência da unidade era 8.000 habitantes. No momento da coleta dos dados, a enfermeira coordenadora da unidade e uma médica estavam em férias.

Por estar em um local provisório, algumas coisas eram improvisadas, como, por exemplo, o banheiro dos funcionários era praticamente dentro da copa – a porta do banheiro dava para dentro da copa.

A área física da unidade contava com dois pátios externos (um na frente e outro nos fundos), uma sala de espera, uma recepção, uma sala de acolhimento e pré-consulta, uma farmácia, dois consultórios, uma sala de curativos e procedimentos, uma sala de vacinas, uma sala de enfermagem, uma sala da coordenação, uma sala de reuniões, uma sala de esterilização de materiais, uma sala dos residentes, um expurgo, uma copa, um banheiro de funcionários e um banheiro de usuários, representados na figura 8.

FIGURA 8 - ESF Lomba do Pinheiro



Fonte: Autor

Todas as manhãs, havia um número definido de consultas médicas para intercorrências. Ao final do dia, as técnicas de enfermagem colocavam um cartaz ao lado da porta de entrada do posto comunicando à comunidade a quantidade de atendimentos do dia seguinte. Como uma médica estava em férias na época da coleta de dados, havia seis consultas médicas por manhã. À tarde, eram os atendimentos dos programas de saúde.

A marcação das consultas e exames especializados no sistema AGHOS ficava sob a responsabilidade de um técnico de enfermagem. Após a marcação, o usuário era comunicado via telefone que deveria retirar a referência na unidade, em que assinava um livro – Consultas marcadas pela central – dando ciência da retirada do documento. Aqueles usuários que não possuíam telefone deveriam ir à unidade regularmente para verificar se seu nome já constava na lista exposta em um quadro branco na sala de espera, resultado da marcação de especialidades.

As reuniões de equipe eram realizadas semanalmente, às quintas-feiras à tarde, momento em que se discutia a organização do serviço, seguida pela educação continuada. A

unidade contava com dois computadores, um que ficava na sala de reuniões e outro, na sala da coordenação.

A ESF Lomba do Pinheiro tinha matriciamento em saúde mental, quinzenalmente, sendo um espaço para discussão de casos e encaminhamentos.

A unidade recebia residentes da RIS/ESP nas áreas de Psicologia, Enfermagem e Serviço Social.

### *ESF Maria da Conceição*

A ESF Maria da Conceição localiza-se no bairro Partenon e iniciou seu funcionamento na comunidade há três anos. Conta com uma equipe de saúde da família simples com equipe de saúde bucal, sendo composta por uma enfermeira, uma enfermeira auxiliar em regime de contrato temporário, uma médica, duas técnicas de enfermagem, três ACS, um odontólogo e um auxiliar em saúde bucal. A equipe de saúde bucal não foi possível conhecer durante a coleta de dados. A população adstrita da unidade era de 3.800 habitantes.

A ESF Maria da Conceição havia ficado 2 meses sem médico e a médica estava exercendo suas atividades na unidade havia duas semanas. A coordenadora comentou, durante a entrevista, sobre a rotatividade dos profissionais da unidade, considerada por ela como uma dificuldade para o trabalho na saúde da família.

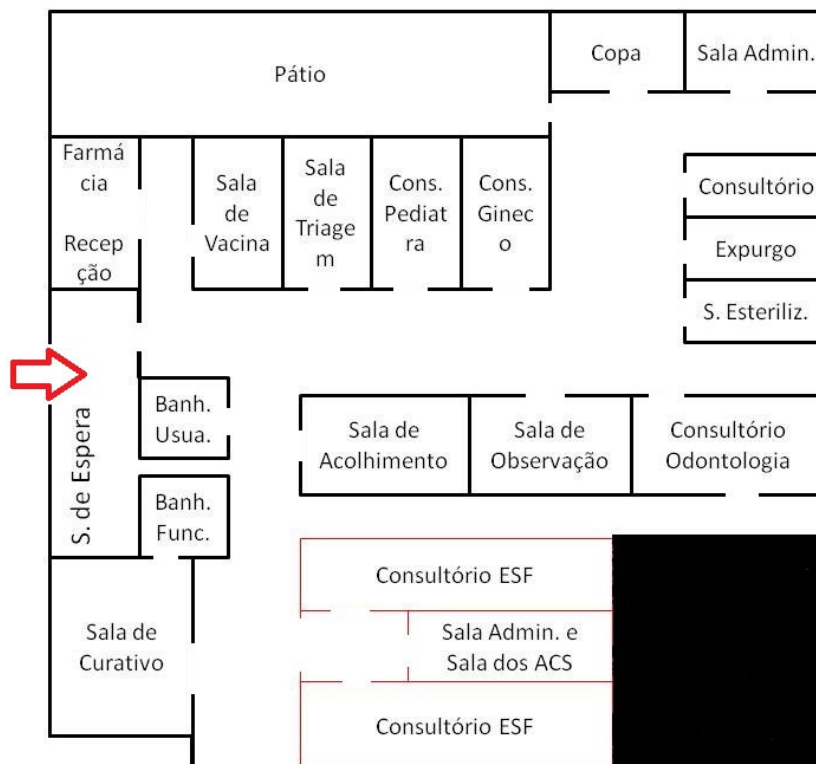
A unidade divide a estrutura física com a Unidade Básica de Saúde Pequena Casa da Criança, que está instalada na comunidade há 30 anos e é uma unidade básica de saúde. Na avaliação da coordenadora, isso também se configurava como uma dificuldade.

O espaço físico próprio da ESF Maria da Conceição consistia em três salas: consultório de enfermagem, consultório médico e sala dos ACS, em que também se organizavam a copa dos funcionários com uma geladeira e a parte administrativa da unidade, com prontuários, telefone e computador. As salas de vacinas, curativos, esterilização, expurgo e espera eram divididas com a UBS. Na sala do acolhimento, havia duas mesas: uma para o atendimento da ESF e outra da UBS. Os prontuários eram acondicionados separadamente.

A figura 9 apresenta a estrutura física da unidade, com destaque para as três salas da ESF, as quais não possuem janelas para circulação de ar.



FIGURA 9 - ESF Maria da Conceição



Fonte: Autor

Na sala do acolhimento, as técnicas de enfermagem verificavam os sinais vitais e faziam a escuta da queixa principal, encaminhando o usuário para atendimento com enfermeira, preferencialmente, ou médica, as quais realizavam a consulta.

As consultas eram agendadas semanalmente, às segundas-feiras. Como a médica recém havia iniciado seu trabalho, a renovação de receitas, especialmente a de medicamentos controlados, era feita somente na consulta, a partir da avaliação médica. A unidade conta com dois computadores, ambos com acesso à Internet. Um fica na sala dos ACS e outro na sala da enfermeira, que é a responsável pela marcação das consultas especializadas no Sistema AGHOS.

A equipe da ESF Maria de Conceição realizava reunião de equipe semanal, na qual era discutida a organização do trabalho na unidade e os aspectos administrativos.

Os casos de saúde mental eram discutidos junto à equipe de saúde mental da GDPLP em uma reunião que ocorria mensalmente. De acordo com a coordenadora, a demanda em saúde mental é grande e o suporte oferecido torna-se insuficiente.

### *ESF Morro da Cruz*

A ESF Morro da Cruz localiza-se no núcleo populacional Morro da Cruz, situado na Vila São José, no bairro Partenon, sendo vizinha da ESF Ernesto Araújo. A unidade estava funcionando em um prédio cedido pelo centro comunitário, proprietário do prédio, o que exigia adaptações para funcionar como uma unidade de saúde.

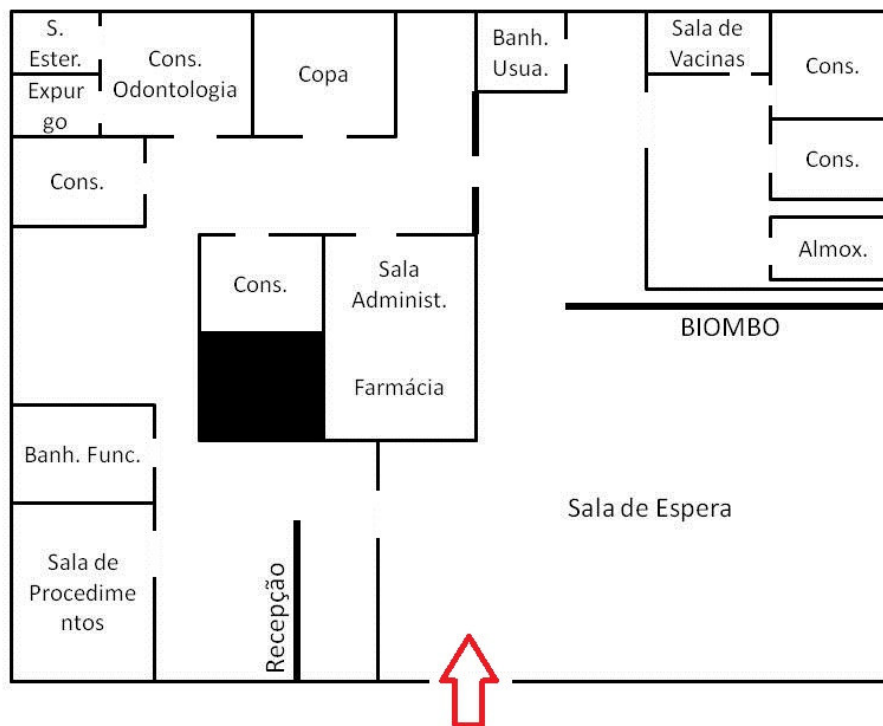
*A unidade/centro comunitário está localizada atrás da Delegacia da Polícia Civil, sendo difícil de ser encontrada, pois não há nenhuma identificação de que é uma unidade de saúde. (OBS.: 28/09/2012 – Manhã).*

A unidade iniciou seu funcionamento em 2011, a partir do processo de municipalização da saúde. Antes, a unidade pertencia à Associação Hospitalar Moinhos de Vento.

A ESF Morro da Cruz conta com duas equipes de saúde da família com equipe de saúde bucal, compostas por dois médicos, duas enfermeiras, quatro técnicas de enfermagem, uma dentista e uma auxiliar em saúde bucal. A unidade ainda não tinha ACS, e, por esse motivo, não sabiam informar sua população adstrita, pois não havia sido feita a territorialização.

O espaço físico da unidade, como foi falado anteriormente, é adaptado para seu funcionamento. Conta com uma recepção, uma sala de espera, uma farmácia, uma sala administrativa, uma sala de procedimentos, quatro consultórios, uma sala de vacinas, um almoxarifado, um consultório odontológico, um expurgo, uma sala de esterilização, uma copa para funcionários, um banheiro para funcionários, um banheiro para usuários, conforme é apresentado na figura 10.

FIGURA 10 - ESF Morro da Cruz



Fonte: Autor

Ao chegar para o atendimento na unidade, por demanda espontânea, o usuário era recebido pelas técnicas de enfermagem que realizavam a triagem, verificando os sinais vitais e ouvindo a queixa principal. Logo após era realizado o acolhimento desse usuário pela enfermeira ou pelo médico. As consultas eram agendadas semanalmente.

A área de abrangência da unidade estava dividida em 9 blocos, que representavam as microáreas. Para realizar o cadastramento das famílias da área de abrangência, os profissionais forneciam a Ficha A (Ficha de cadastramento de famílias) para o usuário, que preenchia com os dados daquelas pessoas que seriam incluídas naquele prontuário. O usuário devolvia a ficha preenchida na unidade e era agendada uma visita domiciliar para realizar a confirmação dos dados fornecidos pelo usuário. Tendo em vista que as visitas domiciliares para o cadastramento de famílias é uma tarefa realizada pelo ACS, profissional ainda inexistente nesta ESF, e considerando a grande demanda de usuários realizando o cadastramento, as visitas domiciliares estão atrasadas.

A ESF Morro da Cruz possuía um computador que atendia as demandas de relatórios da coordenação, SIAB, Sistema AGHOS (marcação feita pelos técnicos de enfermagem), receitas médicas que eram impressas e leitura de *e-mails* pela coordenadora.

A equipe realizava reunião de equipe, semanalmente, às quintas-feiras no turno da tarde. Em sequência à reunião de equipe, acontecia a educação continuada, momento em que os núcleos profissionais se reuniam para discutir aspectos do seu trabalho específico.

A unidade recebia residentes da RIS/ESP nas áreas de Serviço Social, Enfermagem e Odontologia.

A ESF Morro Cruz desenvolvia atividades em parceria com a ESF Ernesto Araujo devido à proximidade geográfica das duas unidades. Além do Grupo da Alegria já descrito anteriormente, as duas ESF realizavam em parceria o grupo de caminhada, do qual também pude participar. Nesse grupo de caminhada, iniciado às 9h e concluído às 10h, foi realizada a atividade física e a verificação dos sinais vitais. Os participantes, em sua maioria, eram idosos. Dirigimo-nos para a quadra esportiva localizada em frente à unidade.

*Antes de começar, ACS (ESF Ernesto Araújo) comentou que agora estava ficando mais calor e era importante vir de boné e usar protetor solar. Fizemos exercícios de alongamento, coordenados pelo ACS, que orientava e ajudava quem tivesse dificuldade. Em seguida, foi iniciada a caminhada ao redor da quadra. Enquanto os usuários caminhavam, conversávamos (ACS, técnica de enfermagem (ESF Morro da Cruz) e eu) da função social do grupo, que as pessoas vêm cedo, às vezes, 8:30h para se encontrarem e conversarem sobre a vida, além da atividade física. (OBS.: 29/09/2011 – Manhã).*

A ESF Morro da Cruz contava com o apoio da equipe de matriciamento em saúde mental, quinzenalmente, para discutir os casos da unidade e oferecer suporte às condutas dos profissionais da ESF.

### *ESF Panorama*

A ESF Panorama está localizada no bairro Lomba do Pinheiro e divide o espaço físico com a Unidade Básica de Saúde Panorama, que é uma unidade básica tradicional.

A ESF Panorama contava com uma equipe simples, composta por uma enfermeira coordenadora, um médico, duas técnicas de enfermagem e quatro ACS. A população adstrita da unidade era de, aproximadamente, 3.000 habitantes.

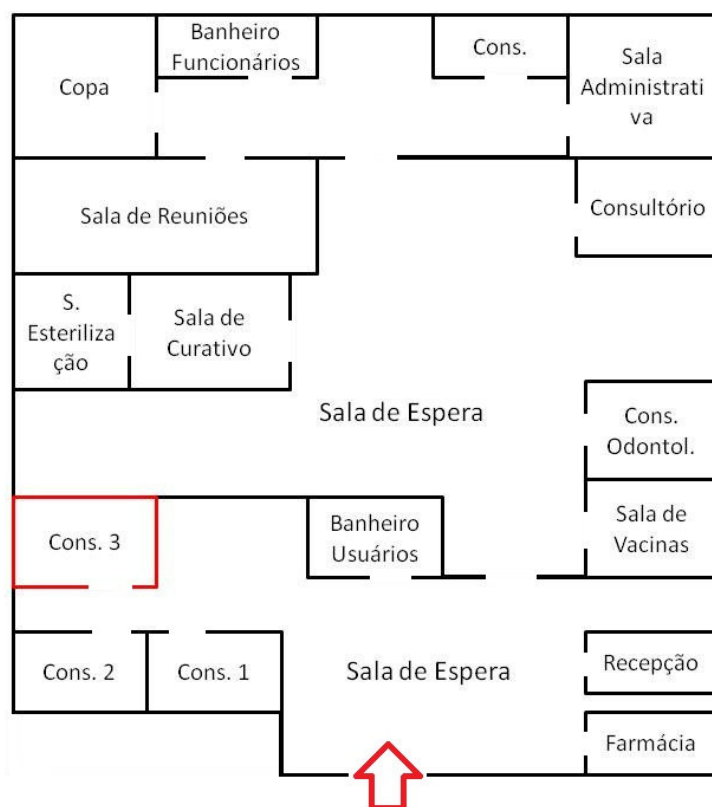
O espaço físico próprio da ESF consistia em uma sala, em que havia um armário em que estavam todos os documentos e formulários utilizados pela equipe da ESF. Na recepção,

havia duas mesas: uma da ESF e outra da UBS. Os prontuários eram acondicionados conjuntamente e alguns prontuários das famílias da ESF estavam identificados com uma fita durex colorida, mas não eram todos.

*A coordenadora me explicou que a ESF tem, na verdade, aquela sala, o consultório 3. Nessa sala, há um armário de vidro chaveado, a chave fica com a enfermeira coordenadora, em que ficam todos os formulários, documentos, folha ponto, produtividade da ESF. Como tudo fica nesse armário, a enfermeira organizou o material dos atendimentos em pastas, pois, quando aquela sala está ocupada, ela pega as pastas para facilitar no deslocamento do atendimento. (OBS.: 13/10/2011 – Manhã).*

A figura 11 apresenta a estrutura física da unidade, com destaque para o consultório 3.

FIGURA 11 - ESF Panorama



Fonte: Autor

O agendamento das consultas era semanal, sendo realizado às quartas-feiras, no turno da manhã. A ESF Panorama não realizava acolhimento devido à falta de espaço físico para os atendimentos.

A equipe da ESF Panorama realizava reuniões de equipe semanalmente, nas quintas-feiras à tarde. Uma vez por mês, havia a reunião geral, congregando todos os profissionais da unidade: ESF e UBS, para tratarem de assuntos referentes ao trabalho.

A unidade recebia uma residente de pneumologia da RIS/ESP, que atendia tanto na ESF quanto na UBS.

A ESF Panorama recebia o apoio da equipe de saúde mental da GDPLP. Em uma reunião mensal, eram discutidos os casos de saúde mental, porém a maioria deles era acompanhado na própria unidade, pois a capacidade de acolhimento da equipe de saúde mental era reduzida.

A unidade tem um blog: <http://esfpanoramapoa.blogspot.com.br/>.

### *ESF Pitoresca*

A ESF Pitoresca está localizada no bairro Jardim Bento Gonçalves e foi inaugurada em 2002, já com duas equipes de saúde da família, atendendo duas áreas adstritas, divididas em oito microáreas.

Cada equipe de saúde da família é composta por um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e quatro ACS. No total, a ESF Pitoresca contava com 16 profissionais de saúde, atendendo uma população de, aproximadamente, 5 mil pessoas.

A estrutura física da unidade era pequena, conforme foi possível averiguar durante as observações. A estrutura física da unidade contava com uma sala de vacinas, uma sala de nebulização, quatro consultórios, uma farmácia anexada à recepção, duas salas de acolhimento, uma sala de esterilização de material, um banheiro para usuários do serviço e outro para funcionários, uma copa para funcionários, uma sala de espera, um almoxarifado, um alpendre coberto para espera da população e um pequeno pátio, que os profissionais utilizam como estacionamento. No corredor da unidade, havia um armário de ferro no qual as ACS guardam seus pertences. A figura 12 apresenta a distribuição das salas da unidade.

FIGURA 12 - ESF Pitoresca



Fonte: Autor

O agendamento das consultas médicas ocorria de 20 em 20 dias, havendo um dia específico para a marcação das consultas. Nesse dia, os usuários deveriam comparecer até a unidade, passar pelo acolhimento, dizer o motivo da solicitação da consulta médica para efetuar a marcação dessa.

O acolhimento ocorria durante todo o turno de atendimento da unidade, sendo realizado pelos técnicos de enfermagem, preferencialmente, e enfermeiros, chamados em casos de maior gravidade. No acolhimento, o profissional verificava os sinais vitais, escutava a queixa principal do usuário e avaliava os encaminhamentos: “consulta do dia” ou agendamento de consulta. A consulta do dia são os acolhimentos em que havia a necessidade de avaliação médica e eram realizadas até às 10 horas da manhã. A partir das 10h, iniciava-se o atendimento às consultas médicas agendadas. À tarde, os médicos atendiam os programas em saúde e realizavam visitas domiciliares.

Os enfermeiros se dividiam nos atendimentos de saúde da mulher e saúde da criança, para os quais o agendamento estava sempre aberto. Não havia uma divisão dos atendimentos por equipes (1 e 2), mas sim por programa de saúde.

A marcação das consultas especializadas no Sistema AGHOS ficava sob a responsabilidade de ACS e técnicos de enfermagem, que, de acordo com uma escala, realizavam as marcações. As consultas agendadas eram comunicadas aos usuários, que deveriam retirar a referência e contrarreferência na unidade.

A equipe reunia-se, semanalmente, às quintas-feiras à tarde, para realizar a reunião de equipe, momento em que se discutia a organização do trabalho da equipe, e casos de famílias e usuários com maior necessidade de atenção e cuidado.

A unidade recebia residentes da RIS/ESP nas áreas de Enfermagem e Nutrição.

A unidade desenvolvia um grupo mensal em saúde mental denominado Grupo Evolução, o qual era realizado em parceria com o grupo de estágio curricular de graduação em Enfermagem da UFRGS. Duas ACS participavam, regularmente, do grupo.

A ESF Pitoresca tem matriciamento em saúde mental, quinzenalmente e mensalmente, contava com a presença do psiquiatra desta equipe para discutir, mais especificamente, a questão das medicações psicotrópicas.

### *ESF Santa Helena*

A ESF Santa Helena está localizada no bairro Lomba do Pinheiro e foi inaugurada em 2011 com duas equipes de saúde da família com equipe de saúde bucal. Assim, a equipe era formada por duas enfermeiras, dois médicos, quatro técnicos de enfermagem, quatro ACS, uma odontóloga e uma auxiliar de consultório dentário. Ainda estavam faltando quatro ACS.

No período da coleta de dados, a unidade estava em processo de recadastramento da área adstrita, que abrangia 6.000 habitantes. A ESF Santa Helena é um desmembramento da ESF Lomba do Pinheiro que tinha 3 equipes, transformando-se em ESF Santa Helena 1 e 2, e ESF Lomba do Pinheiro 1, que, posteriormente, agregou outra equipe.

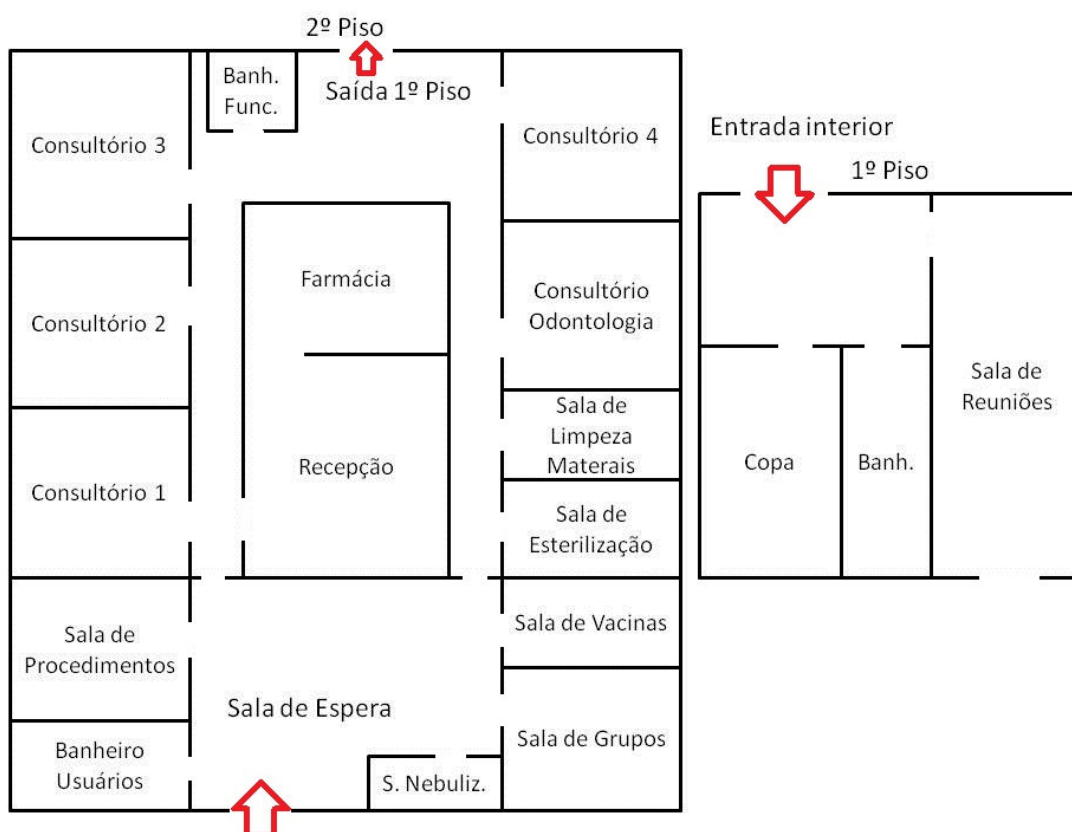
O espaço físico da unidade era próprio e consistia em um sobrado com três andares. A unidade em si, salas de atendimento e recepção estavam localizadas no segundo piso. No primeiro piso, foi organizada a copa dos funcionários e a sala administrativa, em que havia



computador sem acesso a Internet e telefone. Para acessar a Internet, os profissionais traziam seu *modem*<sup>2</sup> particular. No terceiro piso, foi organizado o almoxarifado da unidade.

A estrutura física da ESF Santa Helena conta com uma recepção, uma sala de espera, uma sala de nebulização, uma sala de procedimentos, uma sala de grupos, quatro consultórios, uma farmácia, um consultório odontológico, uma sala de limpeza de materiais, uma sala de esterilização, uma sala de vacinas, um banheiro para usuários, um banheiro para funcionários, uma copa de funcionários, uma sala administrativa e um almoxarifado. Este último não está representado na figura a seguir (Figura 13).

FIGURA 13 - ESF Santa Helena



Fonte: Autor

As consultas médicas eram agendadas, semanalmente, às sextas-feiras, no período da tarde. Diariamente, havia um número determinado de consultas do dia, que eram marcadas por ordem de chegada. Os demais, que não conseguissem a consulta do dia, eram acolhidos. As consultas odontológicas eram agendadas pelo telefone quinzenalmente. As consultas de

<sup>2</sup> Dispositivo eletrônico que serve para ligar um terminal ou um computador a uma linha de telecomunicação (DICIONÁRIO Priberam da língua portuguesa, s.d.).

enfermagem tinham agendamento aberto. Na unidade, o acolhimento era realizado pelas enfermeiras; os técnicos de enfermagem verificavam os sinais vitais, peso e altura no momento da chegada do usuário.

O agendamento de consultas no Sistema AGHOS estava sob a responsabilidade da enfermeira, pois era preciso levar o *modem* particular para ter acesso à Internet.

Semanalmente, às quintas-feiras, no turno da tarde, a equipe realizava a reunião de equipe, em que eram discutidos aspectos da organização do trabalho e, alguns casos de famílias e usuários com maior necessidade de cuidado em saúde. Tive a oportunidade de participar de uma reunião de equipe enquanto coletava os dados.

*À tarde acontece a reunião de equipe da unidade. Enfermeira coordenadora coordenou a reunião. Apresentou-me à equipe e expliquei sobre a pesquisa, objetivos e observação. Todos gostaram do tema, falando que há uma grande demanda de saúde mental na comunidade. Logo após, a enfermeira coordenadora passou às informações da reunião da Gerência Distrital. Uma boa notícia é que uma ACS da ESF Lomba do Pinheiro virá para auxiliar no recadastramento da área. Todos ficaram visivelmente felizes com a notícia, pois se tratava de uma pessoa muito querida por todos. (OBS.: 20/10/2012 – Tarde).*

A ESF Santa Helena recebia residentes da RIS/ESP nas áreas de Serviço Social, Psicologia, Odontologia e Farmácia. Havia, ainda, dois acadêmicos estagiários da Faculdade de Medicina da Universidade de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

A unidade recebia o apoio da equipe de matriciamento da GDPLP quinzenalmente, havendo a possibilidade de discussão de casos e suporte nos atendimentos na unidade.

### *ESF Santo Alfredo*

A ESF Santo Alfredo está localizada na vila São José, no bairro Partenon, e havia iniciado suas atividades na comunidade no ano de 2011. A ESF Santo Alfredo era, anteriormente, uma Unidade Básica de Saúde do Murialdo – UBSIII, que, com o processo de municipalização da saúde, transformou-se em ESF.

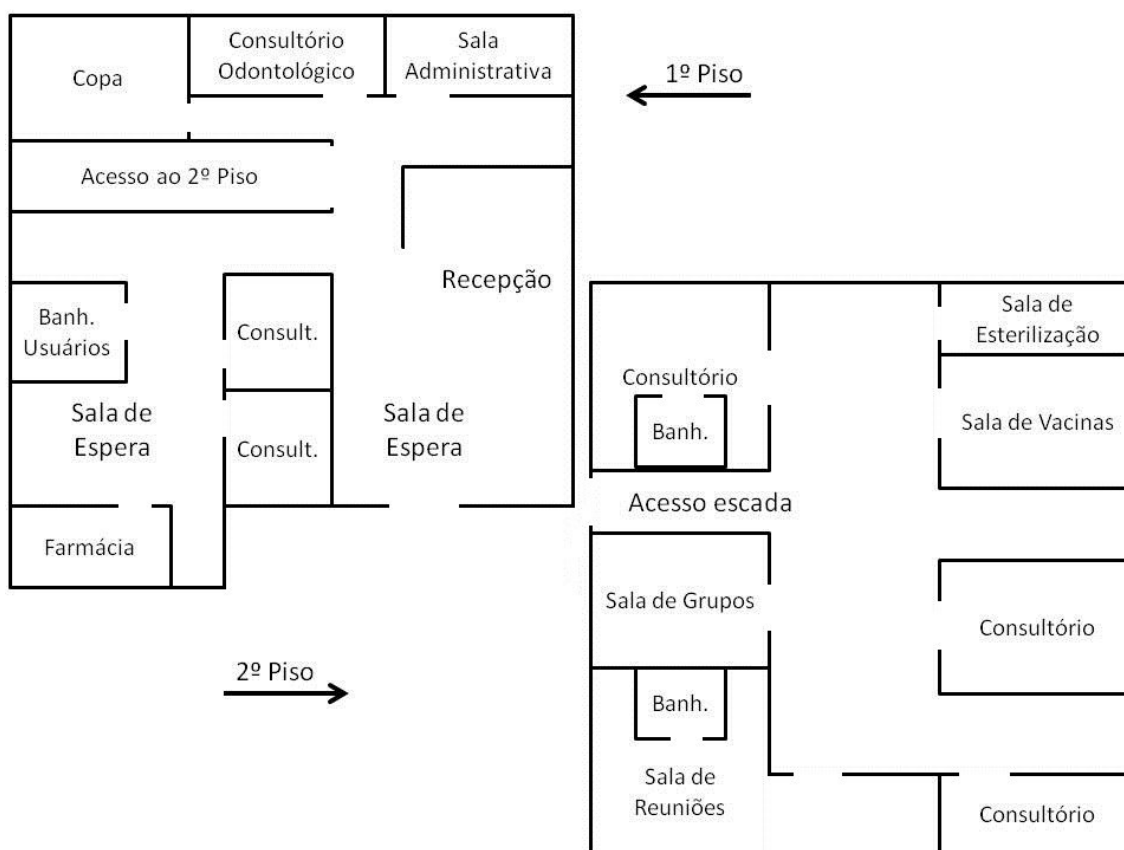
A unidade foi estruturada para trabalhar com três equipes de saúde da família com uma equipe de saúde bucal. À época da coleta de dados, as equipes estavam incompletas, estando compostas por três enfermeiras, um médico, seis técnicos de enfermagem, uma odontóloga e um auxiliar em saúde bucal. A unidade não tinha ACS. Os residentes da RIS/ESP realizaram a territorialização da unidade que abrangia uma população de 12.000

habitantes. A unidade estava localizada em uma extremidade da área de abrangência, não estando próxima da maioria das famílias cadastradas.

Como a unidade não tinha ACS, a abertura do prontuário era feita pelos técnicos de enfermagem nas terças e quartas-feiras, das 13h30minh às 16h. O usuário deveria levar o documento de identidade e comprovante de residência para efetuar a abertura do cadastro.

A unidade estava organizada no espaço físico de uma residência, com dois andares. A recepção e a sala de espera ficavam no espaço destinado à garagem. A ESF Santo Alfredo contava com uma recepção, uma sala de espera, cinco consultórios, um consultório odontológico, uma farmácia, uma sala administrativa, uma sala de reuniões, uma sala de grupos, uma sala de vacinas, uma sala de esterilização, dois banheiros para funcionários, um banheiro para usuários e uma copa para funcionários (Figura 14).

FIGURA 14 - ESF Santo Alfredo



Fonte: Autor

O agendamento das consultas era realizado, semanalmente, às segundas-feiras no período da manhã. As pessoas que não conseguiam agendar a consulta eram atendidas pelas enfermeiras no pronto-atendimento, que consistia no acolhimento, escutando as demandas dos

usuários e buscando ações resolutivas. Os técnicos de enfermagem faziam a verificação de sinais vitais, peso e altura no momento da chegada do usuário.

Para as consultas de Odontologia, o agendamento era realizado nas quartas-feiras pela manhã.

O agendamento das consultas especializadas no Sistema AGHOS estava sob a responsabilidade dos técnicos de enfermagem e, após a marcação da consulta, a equipe fazia contato telefônico com o usuário para que ele retirasse o documento de referência e contrarreferência na unidade.

A ESF Santo Alfredo realizava reuniões de equipe, semanalmente, às segundas-feiras no período da tarde, espaço para discutir as questões de organização do trabalho. Após a reunião, era realizada a educação continuada.

A unidade recebia residentes da RIS/ESP nas áreas de Enfermagem, Psicologia, Nutrição, Serviço Social, Farmácia e Odontologia.

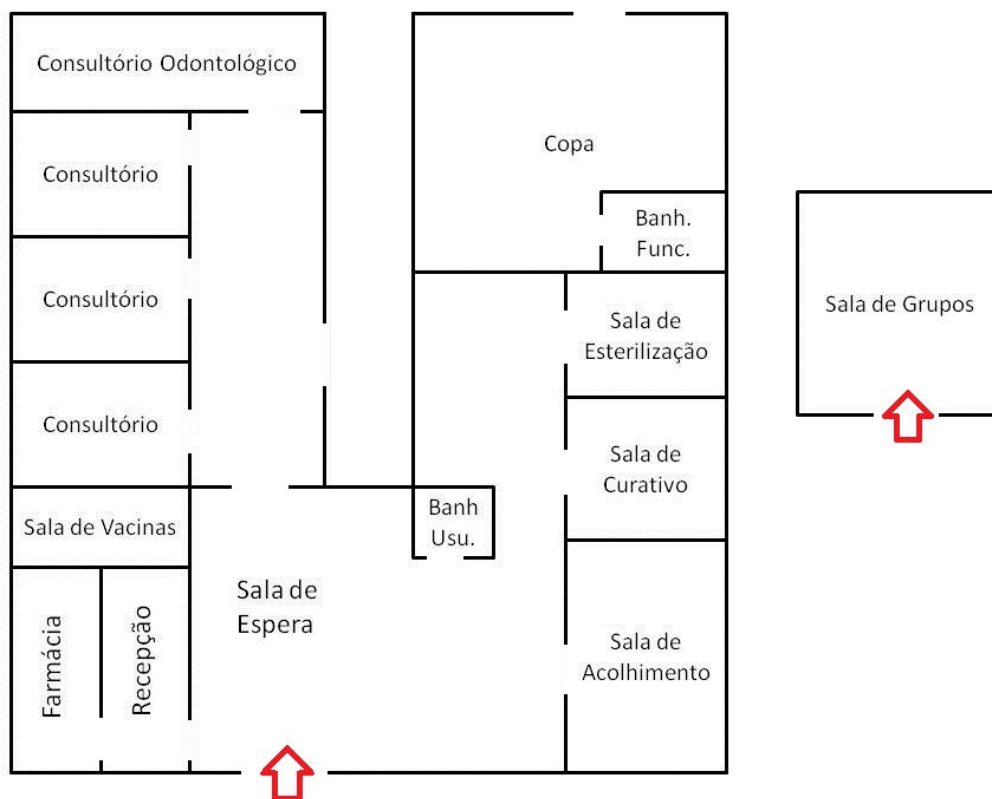
A unidade recebia o apoio da equipe de matriciamento em saúde mental da GDPLP para discutir os casos e dar suporte nas ações na unidade. Porém, a profissional que estava desenvolvendo esse trabalho de matriciamento na ESF Santo Alfredo havia se aposentado há um mês e, até o momento da coleta de dados, ainda não havia sido designado nenhum outro profissional para dar continuidade a esse trabalho.

### *ESF São Pedro*

A ESF São Pedro está localizada no bairro Lomba do Pinheiro e foi inaugurada em 1996. No período da coleta dos dados, a unidade contava com duas equipes de saúde da família com uma equipe de saúde bucal, estando a equipe formada por duas enfermeiras, dois médicos, uma odontóloga, quatro técnicas de enfermagem, uma auxiliar em saúde bucal e cinco ACS; estava faltando um ACS. A população adstrita da unidade era de, aproximadamente, 7.400 habitantes.

A estrutura física da unidade era composta por uma recepção, uma farmácia, uma sala de espera, uma sala de acolhimento, uma sala de curativos, uma central de esterilização de materiais, uma sala de vacinas, três consultórios, um consultório odontológico, um salão para grupos, um banheiro para usuários, um banheiro para funcionários e uma copa para funcionários (Figura 15).

FIGURA 15 - ESF São Pedro



Fonte: Autor

O agendamento das consultas médicas e odontológicas ocorria, semanalmente, nas sextas-feiras e era comunicado à população a quantidade de consultas disponibilizadas por cada profissional com o intuito de não deixar as pessoas na fila sem conseguir o agendamento. Diariamente, durante a manhã, eram distribuídas cinco fichas para o atendimento médico para as consultas do dia.

O acolhimento era realizado durante todo o turno de trabalho pelas técnicas de enfermagem.

As consultas especializadas eram agendadas por uma das técnicas de enfermagem, que, logo após a marcação, entrava em contato com os usuários por telefone para comunicar a necessidade da retirada do documento de referência e contrarreferência na unidade.

A equipe realizava reunião de equipe, semanalmente, às quintas-feiras à tarde, momento destinado para discutir sobre a organização do trabalho da unidade.

A unidade recebia residentes da RIS/ESP nas áreas de Enfermagem e Psicologia.

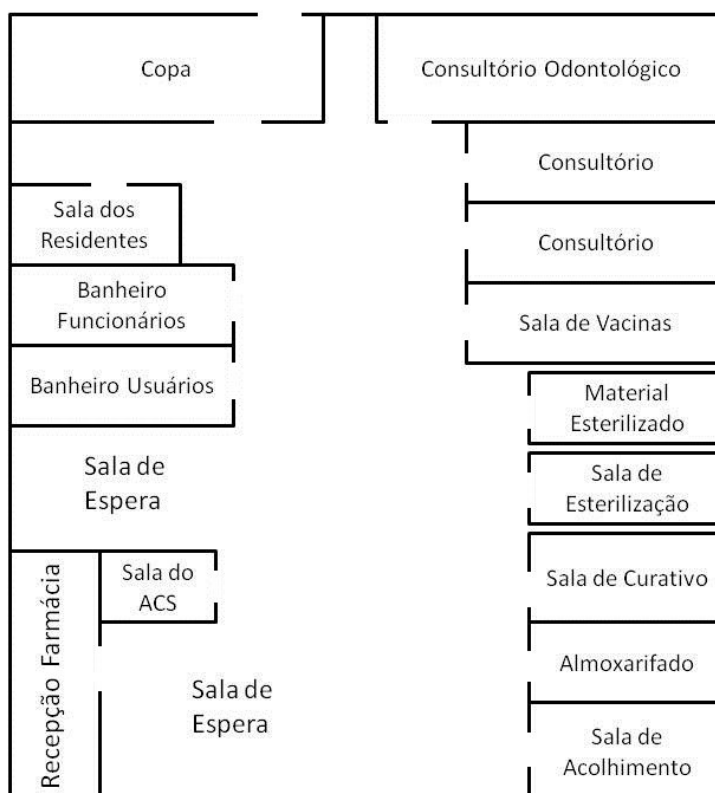
A ESF São Pedro recebia o apoio da equipe de saúde mental da GDPLP para discutir mensalmente os casos de saúde mental da unidade.

### ESF Viçosa

A ESF Viçosa está localizada na Vila Viçosa, no bairro Lomba do Pinheiro e foi inaugurada em 1996, com uma equipe de saúde da família e uma equipe de saúde bucal. A equipe era composta por duas enfermeiras (uma em contrato temporário), um médico, dois técnicos de enfermagem, quatro ACS, uma auxiliar em saúde bucal e uma técnica em saúde bucal. A odontóloga havia pedido demissão há duas semanas e ainda não havia chegado outro profissional. A população adstrita da unidade era de, aproximadamente, 3.200 habitantes.

O espaço físico da unidade contava com uma recepção, uma sala de espera, uma farmácia, uma sala dos ACS, uma sala de acolhimento, um almoxarifado, uma sala de curativos, uma sala de esterilização, uma central de material esterilizado, uma sala de vacinas, dois consultórios, um consultório odontológico, uma sala dos residentes, um banheiro para usuários, um banheiro para funcionários e uma copa para funcionários (Figura 16).

FIGURA 16 - ESF Viçosa



Fonte: Autor

As consultas médicas eram agendadas, semanalmente, às sextas-feiras pela manhã. O acolhimento acontecia durante todo o turno de trabalho, sendo realizado pelas enfermeiras.

Pela manhã, existia a possibilidade de realizar consulta do dia, caso houvesse necessidade. As técnicas de enfermagem faziam a verificação dos sinais vitais das consultas agendadas.

As consultas especializadas eram agendadas no Sistema AGHOS por duas ACS, que, após a marcação, ligavam para os usuários para que fossem à unidade retirar o documento de referência e contrarreferência da consulta. Havia um mural na sala de espera com a lista das pessoas que tinham consultas especializadas agendadas.

A ESF Viçosa realizava reunião de equipe todas as quintas-feiras à tarde para discutir sobre a organização do trabalho da unidade.

A ESF Viçosa recebia residentes da RIS/ESP nas áreas de Enfermagem e Nutrição.

A unidade recebia o apoio da equipe de matriciamento em saúde mental da GDPLP para discutir casos e dar suporte nas ações territoriais.

No quadro 3, apresento a síntese das 12 ESF nas quais este estudo foi desenvolvido.

QUADRO 3 - Quadro Sinóptico das ESF do estudo

Nome da ESF	Nº de equipes	População Adstrita	Ano de criação da ESF	Localização (Bairro)	Equipe de Saúde Bucal
Ernesto Araújo	03	8.500hab.	2009	Partenon	Sim
Esmeralda	02	6.000hab.	2002	Agronomia	Não
Herdeiros	01	3.500hab.	2002	Agronomia	Não
Lomba do Pinheiro	02	8.000hab.	1996	Lomba do Pinheiro	Não
Maria da Conceição	01	3.800hab.	2008	Partenon	Sim
Morro da Cruz	02	*	2011	Partenon	Sim
Panorama	01	3.000hab.	2011	Lomba do Pinheiro	Não
Pitoresca	02	5.000hab.	2002	Partenon	Não
Santa Helena	02	6.000hab.	2011	Lomba do Pinheiro	Sim
Santo Alfredo	03	12.000hab.	2011	Partenon	Sim
São Pedro	02	7.400hab.	1996	Lomba do Pinheiro	Sim
Viçosa	01	3.200hab.	1996	Lomba do Pinheiro	Sim

\* Coordenação da ESF não sabia informar a população adstrita.

Fonte: Autor

Neste capítulo, apresentei o espaço físico das 12 ESF estudadas, entendendo que é nesse local que a coordenação da ESF realiza o gerenciamento do cuidado em atenção psicossocial. E, nesses ambientes, é que se organizam as ações de cuidado para além da

arquitetura enquanto técnica e lugar, mas como espaço favorável na construção de um atendimento que possa produzir saúde, no caso, saúde mental.



## 5 RESULTADOS DO PROCESSO AVALIATIVO

Neste capítulo, realizo a análise e a discussão das categorias analíticas a partir do aprofundamento teórico sobre a avaliação da gestão da atenção psicossocial na Estratégia Saúde da Família, objeto de estudo desta tese. O processo avaliativo resultou na construção de duas categorias analíticas: Processo de Trabalho e Gestão da Atenção Psicossocial, apresentadas no quadro 4.

QUADRO 4 - Quadro Sinóptico das Categorias do estudo

Categorias Analíticas	Categorias Temáticas
Processo de Trabalho	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trabalho da ESF</li> <li>2. Ambiência</li> </ol>
Gestão da Atenção Psicossocial	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atenção Psicossocial</li> <li>2. Intersetorialidade</li> <li>3. Rede de Atenção Psicossocial</li> </ol>

Fonte: Autor

Na categoria Processo de Trabalho, discuto sobre o modo de organização do trabalho de coordenação na ESF, suas características e atribuições, destacando a avaliação do grupo de interesse acerca dos aspectos que geram sobrecarga de trabalho ao coordenador e daqueles avaliados como positivos no cotidiano desse profissional. E, ainda, as questões referentes aos recursos em saúde, ressaltando questões relativas aos recursos humanos, materiais e físicos, os quais, por vezes, dificultam a organização de espaços de cuidado mais acolhedores, resolutivos e humanizados.

Na categoria Gestão da Atenção Psicossocial, realizo a discussão do cotidiano de trabalho da ESF na perspectiva da atenção psicossocial, uma vez que a atenção psicossocial é parte integrante do processo de trabalho das equipes de saúde da família, sendo construída no dia a dia do trabalho dessas equipes. Faz parte, ainda, dessa categoria a discussão sobre os dispositivos que têm facilitado e fortalecido a gestão da atenção psicossocial como modelo orientador de atenção em saúde mental. A intersectorialidade também é avaliada pelo grupo de interesse como uma prática fundamental no trabalho da atenção psicossocial, porque possibilita o desenvolvimento de ações coletivas a partir de objetivos comuns, produzindo cuidado em saúde mental abrangente e resolutivo. Por fim, discuto sobre a rede de atenção

psicossocial e seus componentes, destacando as desconexões entre os serviços existentes na rede e a falta de dispositivos, como os CAPS.

### *O Grupo de Interesse*

O grupo de interesse deste estudo é composto pelos 12 coordenadores das unidades de saúde da família da GDPLP, cujas características são apresentadas no quadro 5.

QUADRO 5 - Caracterização dos coordenadores das ESF

<b>Entrevistado</b>	<b>Formação</b>	<b>Sexo</b>	<b>Tempo de serviço na USF</b>	<b>Tempo de coordenação na USF</b>
<b>E1</b>	Enfermeiro	F	3 anos	1 ano
<b>E2</b>	Enfermeiro	F	2 anos e 8 meses	8 meses
<b>E3</b>	Enfermeiro	F	8 meses	8 meses
<b>E4</b>	Enfermeiro	F	8 meses	8 meses
<b>E5</b>	Médico	F	4 meses	Coordenadora substituta*
<b>E6</b>	Enfermeiro	F	8 meses	8 meses
<b>E7</b>	Enfermeiro	F	7 anos	7 anos
<b>E8</b>	Enfermeiro	F	1 ano e 7 meses	1 ano e 7 meses
<b>E9</b>	Enfermeiro	F	10 meses	10 meses
<b>E10</b>	Enfermeiro	F	1 ano	2 meses
<b>E11</b>	Enfermeiro	M	8 meses	6 meses
<b>E12</b>	Enfermeiro	F	3 anos	3 anos

\*Estava substituindo a coordenadora enfermeira que estava em férias.

Fonte: Autor

Os dados apresentados no quadro 5 permitem analisar que 100% dos coordenadores das ESF são enfermeiros, uma vez que E5 (médico) estava substituindo a coordenadora que estava em férias e era enfermeira. Ainda é possível verificar que 91,6% dos coordenadores são do sexo feminino, o que pode estar relacionado com o fato de a Enfermagem ser uma profissão majoritariamente feminina, cujas explicações encontramos na história da profissão (XIMENES NETO; SAMPAIO, 2007).

O fato de a maioria das coordenadoras das ESF estudadas ser enfermeira corrobora com os resultados encontrados em outros estudos (BRASIL, 2005a; VANDERLEI, 2005;

KANTORSKI et al., 2006; WEIRICH et al., 2009; FERNANDES et al., 2010; FIGUEIREDO et al., 2010) e, possivelmente, está relacionado com a própria constituição da profissão. A prática gerencial no trabalho do enfermeiro está definida nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Enfermagem, em que consta que o enfermeiro deve estar apto a realizar o gerenciamento da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais, e da informação, bem como estar apto a assumir a função gestora ou de liderança da equipe de saúde (CNE, 2001).

No desenvolvimento de sua função assistencial, o enfermeiro é responsável pelo gerenciamento do cuidado em saúde frente à equipe de Enfermagem, a qual supervisiona e coordena (BENITO et al., 2005). Na ESF, além da equipe de enfermagem, o enfermeiro também é responsável pela supervisão e acompanhamento do trabalho do ACS (BRASIL, 1997). Nesse sentido, o enfermeiro, cujo processo de trabalho busca a gestão do cuidado de maneira holística, envolve os demais profissionais, bem como a comunidade na construção do cuidado e, isto faz com que este profissional demonstre maior *empoderamento* acerca do território e da organização da ESF, colocando-o em uma situação decisiva para assumir a coordenação da unidade de saúde da família (XIMENES NETO; SAMPAIO, 2008; FERNANDES et al., 2010).

O quadro 5 também aponta dados relacionados ao tempo de serviço e tempo de coordenação na Unidade de Saúde da Família (USF).

A média de tempo de serviço na USF, ou seja, o tempo desenvolvendo ações assistenciais inerentes à profissão é de 22 meses, sendo que 58,3% dos profissionais, 7 dos 12, exerciam sua atividade há 12 meses ou menos. Esse dado pode estar relacionado com dois fatores, em minha avaliação. O primeiro deles refere-se ao fato de que quatro ESF estavam sendo inauguradas em 2011 e, dessa forma, a enfermeira assumiu o cargo no momento da inauguração, justificando o curto período na coordenação da ESF. O segundo fator é que os profissionais da ESF em Porto Alegre são contratados por uma instituição conveniada, por meio de processo seletivo (análise de currículo e entrevista), o que gera rotatividade dos profissionais tendo em vista a fragilidade deste tipo de vínculo empregatício.

No período da coleta dos dados desse estudo, o convênio para o gerenciamento das ESF estava firmado com o Instituto de Cardiologia – Fundação Universitária de Cardiologia, instituição de cunho público-privado; iniciado em 06 de setembro de 2009.

A terceirização de profissionais na saúde tem se tornado frequente e, particularmente quando pensamos na proposta de atenção psicossocial, a ideia de instabilidade e incerteza do vínculo empregatício prejudica as relações e intervenções dos trabalhadores junto aos

usuários, à família e às comunidades. O poder de contratualidade bastante restrito nessa forma de contratação de profissionais inibe a realização de práticas emancipadoras, como as propostas pela atenção psicossocial, dificultando, assim, a autonomia dos usuários (OLIVEIRA, 2007).

A meu ver, essa forma de contratação pode se configurar como uma ameaça ao trabalhador, desmotivando-o e, até mesmo, cristalizando o seu trabalho, desenvolvendo apenas as ações demandadas pelo gestor de saúde, prejudicando novas práticas que valorizem a subjetivação dos envolvidos no cuidado, limitando as práticas terapêuticas a modos de cuidar centrados nas técnicas e nos procedimentos.

Com relação ao tempo de coordenação na ESF, a média de tempo é de 18 meses, sendo que em 7 das 12 unidades, o que representa 58,3%, a enfermeira assumiu a coordenação no momento em que integrou a equipe da ESF como enfermeira assistencial. O estudo de Fernandes e colaboradores (2010), realizado em 10 unidades de saúde da família, também verificou que o tempo de trabalho na instituição e o tempo de exercício do cargo de coordenador eram bem próximos na maioria das 10 unidades do referido estudo.

O excerto a seguir apresenta o relato de uma das coordenadoras sobre o início das atividades da ESF.

*[...] a enfermeira que chegou duas semanas antes, ficou instituído que ela era a coordenadora. [...] a gente viu que a gente estava “completo”, a gente discutiu, e aí? Claro, todo mundo falou: não, enfermeira, você continua, você que já sabe das coisas (risos) [...]. Ninguém também estava querendo ser coordenador e as pessoas falavam: não, agora tu já começaste, agora tu continuas. E eu acredito que é assim nos outros postos, vai ficando a enfermeira, a mesma enfermeira, porque ela já sabe e daqui a pouco ela já se acostuma que ela já sabe e que as coisas vão funcionar melhor com ela mesmo; chega um momento em que a pessoa já começa a pensar assim [...] (E2).*

Durante a coleta dos dados, realizando as observações e as entrevistas, fui informada de que a maioria das coordenações da ESF é designada pela gerência distrital no momento da inauguração da unidade. Após esse período inicial de funcionamento da unidade, a equipe da ESF possui autonomia para modificar a coordenação, podendo propor uma eleição para coordenador. Em geral, permanece o profissional designado pela gerência distrital.

O enfermeiro da ESF, por já assumir a coordenação da equipe de Enfermagem e supervisão dos ACS, torna-se referência para a equipe de saúde e, dessa forma, é convidado a assumir o cargo de coordenador, o que ocorre de diferentes maneiras, por exemplo, eleição na

unidade, disponibilidade para assumir o cargo ou indicação de instâncias superiores (XIMENES NETO; SAMPAIO, 2008).

O grupo de interesse desse estudo é composto por coordenadoras, em sua maioria, enfermeiras, do sexo feminino, que, em média, estão desenvolvendo suas atividades na ESF há 22 meses e são responsáveis pela gestão, em média, há 18 meses.

## **5.1 Processo de Trabalho**

Nesta categoria analítica, apresento a análise dos temas referentes ao trabalho da ESF, destacando sua organização e características a partir da perspectiva dos coordenadores, apontando para aspectos que geram sobrecarga de trabalho ao coordenador e aqueles avaliados por esse grupo de interesse como positivos.

É, também, avaliada a ambiência das ESF, salientando os recursos em saúde, divididos entre recursos físicos, materiais e humanos, promovendo a discussão sobre a relação entre a ambiência e a produção de saúde e saúde mental nas ESF, a partir de espaços de cuidado que sejam acolhedores, resolutivos e humanizados.

### **5.1.1 Trabalho da ESF**

Conforme discutido no Capítulo 2, a partir da década de 1980, a política de saúde brasileira vem passando por uma transformação em seu modelo assistencial, tendo em vista a insuficiência do modelo até então vigente – modelo clínico – frente às mudanças na concepção acerca do processo saúde-doença.

O modelo clínico – hegemônico até a criação do SUS – tem suas bases no modelo flexneriano e está centrado no trabalho médico, com ênfase nos aspectos curativistas, superespecializado, fragmentado, biologicista e mecanicista, reduzindo o conceito de saúde à ausência de doenças e tendo como objeto de trabalho a doença e sua cura (SOUZA; ABRAHÃO, 2010).

A adoção desse modelo assistencial resultou na construção de muitos hospitais, considerados locais prioritários de tratamento e cura, gerando um culto à doença e uma

devoção ao aparato tecnológico duro: máquinas revolucionárias e exames de alta complexidade (SCHERER; MARINO; RAMOS, 2005).

A criação do SUS, na década de 1980, demonstrou a incapacidade do modelo clínico para abarcar princípios e diretrizes, tais como a universalidade, a integralidade e a participação da comunidade, os quais estavam para além do biologicismo e da especialidade médica do referido modelo.

Com isso, foi instituído um novo modelo assistencial, culminando na materialização da ESF que está pautada no trabalho em equipe, enfatizando a promoção da saúde e qualidade de vida, a prevenção de agravos e riscos, além do tratamento, reabilitação e cura, quando possível, das doenças.

Nesse sentido, o conceito de saúde é ampliado e considera os aspectos psicossociais, culturais e ambientais, juntamente com os biológicos, como fatores determinantes e condicionantes na saúde da população. E a clínica que direciona o trabalho é centrada no indivíduo que busca o serviço de saúde, levando em conta sua subjetividade e seu projeto de felicidade, e na coletividade, tendo como objeto de trabalho o núcleo familiar e as necessidades de saúde da população.

A área de saúde mental no contexto brasileiro também vivenciou essa transformação no modelo assistencial. O modelo asilar – hegemônico até a instituição da reforma psiquiátrica – era baseado na estrutura hospitalocêntrica e manicomial, com enfoque no tratamento da doença mental. A reforma psiquiátrica instaurou o modelo da atenção psicossocial que está pautado nas subjetividades que estiveram, até então, presas a um diagnóstico psiquiátrico, buscando resgatar a autonomia, a cidadania e a história de vida das pessoas com transtorno psíquico, tendo o território como local preferencial de cuidado em saúde mental.

Nesse sentido, há um direcionamento político para que a atenção psicossocial seja promovida no espaço de trabalho da ESF, que é o território de vida das pessoas com transtornos psíquicos (BRASIL, 2003b).

A ESF é o modelo assistencial orientador das práticas em saúde, assim como a atenção psicossocial é o modelo orientador das práticas de cuidado em saúde mental. As mudanças em direção a esses novos modelos assistenciais têm acontecido gradativamente e, coexistem, no contexto da saúde e saúde mental brasileiras, com os modelos anteriores: clínico e asilar, respectivamente.

Isso, porque, conforme afirmam Franco e Merhy (1999), mudar um modelo assistencial passa, necessariamente, pela mudança nos processos de trabalho das equipes em

sua micropolítica, nas concepções sobre este trabalho e nas relações construídas entre trabalhadores e usuários.

O modelo assistencial e o processo de trabalho são interdependentes, pois, ao mesmo tempo em que o modelo assistencial orienta a organização do processo de trabalho, ele depende desse processo para se fortalecer enquanto modelo de assistência. Assim, o processo de trabalho necessita das diretrizes do modelo assistencial para estabelecer a maneira de conduzir o trabalho, concomitantemente, as orientações desse modelo devem ser colocadas em prática.

O processo de trabalho da ESF orienta-se pelo trabalho em equipe multiprofissional, responsabilizando-se por uma determinada população adstrita, com o objetivo de promoção da saúde, buscando integrar a perspectiva do trabalhador e do usuário do serviço de saúde, atendendo, assim, às necessidades de saúde, individuais e coletivas.

Para isso, o trabalho na ESF está pautado nas tecnologias relacionais, destacando o acolhimento, a escuta e o vínculo como elementos estruturantes do processo de trabalho, reafirmando a ideia de que o trabalho da ESF é um trabalho vivo-dependente: ocorre em ato, nas relações estabelecidas entre trabalhador e usuário, possibilitando o encontro terapêutico entre ambos (MERHY, 1994).

Por possibilitar a criação de espaços intercessores, ou seja, de encontro entre trabalhador e usuário, o processo de trabalho da ESF tem facilitado a promoção da atenção psicossocial, produzindo ações voltadas aos indivíduos com transtornos psíquicos em seu território, como acolhimento, escuta, grupos em saúde direcionados à atenção psicossocial, discussão de casos, matriciamento em saúde mental, visitas domiciliares, corresponsabilização pelos casos, entre outros (LANCETTI, 2002; NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007; MIELKE, 2009; OLSCHOWSKY et al., 2011), fortalecendo os modelos assistenciais em que o foco de cuidado se orienta pelo sujeito em seu território de vida.

É possível afirmar que a ESF é capaz de abranger os princípios e diretrizes norteadores do cuidado em saúde mental propostos pela atenção psicossocial, incluindo ações voltadas aos indivíduos com transtornos psíquicos no cotidiano de trabalho das equipes de saúde da família, pois, por suas características, há uma maior possibilidade de se aproximar da existência global das pessoas e, a partir disso, construir cuidado em saúde mental, considerando a existência do outro como algo que transforma as ações de saúde.

Nesse sentido, o coordenador da ESF surge como o profissional que tem a responsabilidade de auxiliar na construção da direcionalidade do trabalho em saúde no dia a dia das equipes de saúde da família, intermediando a relação entre a macrogestão,

representada pela gestão municipal, no caso deste estudo, a gerência distrital, e a microgestão, representada pela equipe de saúde da família e, ainda, de confrontar com a racionalidade biomédica, desmontando a lógica “problema-solução”, promovendo a invenção de novos modos de produzir saúde e saúde mental, a partir da existência do outro.

O coordenador da ESF tem a responsabilidade de planejar, organizar, gerenciar e controlar os recursos em saúde, alocando-os de maneira adequada em cada realidade, além de mobilizar e comprometer os trabalhadores na organização e produção de serviços destinados a atender às necessidades de saúde da população, o que inclui a atenção psicossocial (CECCIM, 2002).

O trabalho de coordenação da ESF consiste em administrar a unidade de saúde da família, gerenciando-a em sua totalidade, com vistas à produção de saúde, orientando a organização do trabalho da equipe a partir das diretrizes da gestão em saúde, na perspectiva de atender às necessidades de saúde da comunidade.

A coordenação é, dessa forma, entendida como um instrumento do processo de trabalho em saúde capaz de contribuir para a transformação desse, direcionando-o para o modelo assistencial centrado nas necessidades de saúde da população, além de ser uma tecnologia em saúde capaz de protagonizar mudanças implicadas com a defesa da vida dos usuários e seus projetos de felicidade (MISHIMA, 2003; PASSOS; CIOSAK, 2006; VANDERLEI; ALMEIDA, 2007).

O processo avaliativo desenvolvido neste estudo aponta que o coordenador da ESF é o responsável por conduzir o planejamento participativo do processo de trabalho da equipe da saúde da família, gerenciando esta equipe e mediando a construção da organização do trabalho com vistas à produção de saúde, conforme os princípios e diretrizes da ESF e da atenção psicossocial.

Avalio que o coordenador da ESF tem a responsabilidade de integrar a equipe, estimulando os demais profissionais na produção de saúde com o objetivo de construir, conjuntamente, os projetos de felicidade, individuais e coletivos, dos sujeitos de determinado território. Desse modo, o grande desafio do coordenador na gestão da ESF consiste em organizar e promover a produção de práticas em saúde no cotidiano do trabalho, a partir dos modelos da ESF e da atenção psicossocial.

O grupo de interesse avaliou que a coordenação da ESF é uma atividade que requer responsabilidade e comprometimento, porque consiste em gerenciar um serviço de saúde com características particulares a partir da gestão democrática do trabalho, privilegiando todos os sujeitos implicados na produção de saúde.



*“Pensar mais no processo de trabalho da equipe, de organizar as reuniões de equipe, de pensar o que está funcionando, o que não está [...] todos os trabalhadores sempre pensam em como melhorar, mas acho que o trabalho da coordenação tem também de estar instigando para as pessoas não se acomodarem do jeito que estão.” (E2).*

*“Eu tento fazer o meu trabalho para que seja facilitado o trabalho dos integrantes da equipe, não como coordenação, aquele chefe que manda e desmanda. Procuro sempre discutir todas as propostas, todas as ações que a gente vai fazer, planejar os nossos trabalhos sempre junto, até porque, quando a gente propõe alguma coisa e impõe, a chance de fracasso é muito maior. Eu procuro sempre chamar a equipe para conversar, para discutir, ver o que estão achando.” (E3).*

*“Na verdade, foi um grande desafio assumir a coordenação da unidade, com uma gestão descentralizada na pessoa das gerências e que tem um objetivo diferente de administração, que é um gerenciamento de cada serviço com a sua característica.” (E4).*

Avalio, a partir do processo avaliativo, que a gestão da ESF tem buscado se estruturar a partir do conceito de gestão democrática (CAMPOS, 2000b; BRASIL, 2009a), que está pautada na dimensão coletiva da tarefa de gestão, se apresentando como um projeto de construção de compromisso e solidariedade com o interesse público, ou seja, com a produção de saúde no território (GUIZARDI; CAVALCANTI, 2010). Desse modo, os demais profissionais também assumem certa responsabilidade na gestão da ESF, contribuindo para a organização do cotidiano de seu trabalho e fortalecendo o compromisso, individual (do profissional) e coletivo (da equipe), com a produção do cuidado.

A gestão democrática em saúde busca resgatar a ligação entre trabalhador e usuário, a qual se estabelece a partir do vínculo, promovido nos espaços intercessores do encontro terapêutico. O cuidado é caracterizado pela autonomia do trabalhador e sua liberdade de criação nos atos em saúde, bem como por sua responsabilidade em relação às necessidades de saúde do usuário (CAMPOS, 2007). Com isso, o coordenador da ESF deve estar constantemente estimulando e incentivando a equipe de saúde da família a criar novas formas de produzir saúde e saúde mental no território, mais acolhedoras, resolutivas e coletivas, que atendam as necessidades de saúde da população ao mesmo tempo em que fortaleçam as diretrizes e os princípios que norteiam o SUS.

Organizar o processo de trabalho da ESF pautando-se pela gestão democrática é, ainda, valorizar as subjetividades, do trabalhador e do usuário, como elementos potentes de

transformação do modo de produção dos atos em saúde com vistas à concretização dos projetos de felicidade de ambos os sujeitos. Acredito que o elemento subjetivo é um diferencial para a produção de saúde responsável e comprometida com o bem-estar do outro, assim como é capaz de modificar os modos de organização do trabalho, dando ao processo de trabalho características exclusivas de acordo com a realidade de cada ESF.

A gestão democrática em saúde, desse modo, é entendida como uma ação que está para além da organização do processo de trabalho, mas inclui a problematização dos elementos que a constituem: sujeitos, processo de trabalho, poderes e políticas públicas (BARROS; BARROS, 2007). Esses elementos estão interconectados e se interinfluenciam, não podendo ser visualizados de maneira individual no processo de produção de saúde, sendo o coordenador da ESF o principal articulador desses elementos no cotidiano de trabalho da unidade de saúde de família.

Assim, avalio que os coordenadores da ESF têm assumido, com responsabilidade, o desafio de colocar em prática a gestão democrática, fortalecendo a ESF e a atenção psicossocial enquanto modelos orientadores da assistência, propondo a construção do cuidado em saúde e saúde mental no território de maneira coletiva, valorizando a criatividade do profissional e reforçando o seu compromisso com a produção de saúde.

Pensando na proposta da atenção psicossocial, o coordenador tem uma importante atuação para contribuir na promoção do cuidado em saúde mental no território a partir da ESF, porque assume a função de articulador entre políticas e práticas em saúde, incentivando a promoção da assistência às pessoas com transtornos psíquicos na comunidade.

Os coordenadores da ESF desempenham, também, atividades administrativas, como avaliação de funcionários; produção de relatórios administrativos; preenchimento dos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB); o preenchimento da produtividade dos profissionais da unidade; a solicitação de materiais, de medicações e de equipamentos e sua manutenção; a leitura e resposta de *e-mails*; o atendimento à ouvidoria do SUS; entre outros.

*“Tem questões muito burocráticas que não se tem muito como fugir: relatórios e pedidos; tem prazos que a gente tem que dar conta”.* (E3).

*“Tem toda a parte de escala de funcionários, escala de folgas, banco de horas, escala de capacitações de funcionários, o relatório trimestral, o SIAB, tem relatórios do programa de anemia ferropriva, tem a efetividade dos agentes, as avaliações dos funcionários.”* (E6).

*“Nós temos uma produção para fazer, temos aquelas metas para cumprir; temos que fazer todo o atendimento e ainda temos que fazer toda a parte da coordenação.” (E9).*

As atividades administrativas são importantes para a organização da unidade frente à produção de saúde, contribuindo para a qualidade de saúde no SUS. Porém, são atividades que, no dia a dia da ESF, burocratizam o trabalho da equipe de saúde da família, dificultando a transformação do modelo assistencial, uma vez que se apresentam como uma demanda excessiva de trabalho, o que também resultou como dificuldade aos coordenadores das ESF nos estudos de Ceolin e colaboradores (2007) e Marin, e Storniolo e Moravcik (2010).

O coordenador da ESF necessita organizar seu turno de trabalho para desenvolver todas as atividades que estão sob sua responsabilidade e, muitas vezes, utilizam seus horários de descanso para a execução das atividades administrativas.

*“Boa parte dos meus horários de almoço eu trabalho. Na prática, eu almoço vinte minutos, meia hora, e a outra meia hora eu já começo a trabalhar. Eu levo trabalho para casa, sempre, ontem foi um exemplo, eu levei toda a vigilância de metade das crianças.” (E2).*

*“É um trabalho que, muitas vezes, eu acabo levando para casa e eu acho que qualquer um faz isso, porque a gente realmente abraça a coisa, veste a camiseta, que a gente tem um compromisso, se a gente quer fazer alguma coisa diferente, vai levar para casa no final de semana.” (E3).*

As falas de E2 e E3 demonstram o compromisso e a responsabilidade dos coordenadores com a gestão da ESF, compreendendo a relevância das ações de planejamento e programação, as quais, indiretamente, interferem na qualidade de saúde e de vida da população adscrita.

Outro aspecto avaliado pelo grupo de interesse refere-se à tarefa de conciliar a coordenação com a assistência, o que se configura como um nó crítico na gestão da ESF, sendo percebida como sobrecarga de trabalho para os coordenadores. As atividades relacionadas à coordenação, acrescidas às atividades de assistência em saúde, têm implicado em dupla jornada de trabalho para os coordenadores da ESF, que, comprometidos com seu trabalho, devem definir prioridades para que a gestão da ESF seja coerente com a proposta de cuidado da saúde da família.

*“É um trabalho bastante complexo eu acho, porque, ao mesmo tempo em que tu também atendes, tu tens a assistência para dar conta, tu*

*tens um monte de demanda burocrática para dar conta, de relatórios, de períodos para entregar, prazos que estão vencendo e tu tens que dar conta disso, mas ao mesmo tempo como a gente vê que é tão carente a nossa comunidade, onde a gente trabalha e que se tu estás disposta a ficar em atendimento, tu vais ter trabalho para fazer o dia inteiro.” (E3).*

*“Tem dias que eu nem sei como é que eu vou fazer. Porque, o meu caso eu acho que é pior ainda, porque é uma equipe simples, eu sou a única enfermeira, então eu tenho que atender. Eu tenho que ter agenda para assistência todos os dias, manhã e tarde e tenho que fazer a coordenação; a hora, não sei, mas tem que fazer; tem as reuniões da gerência; tem várias capacitações que a gente está sendo convocada, são obrigatórias irem, tem reuniões, tem aqueles turnos que a gente está fora da unidade.” (E6).*

*“Acho que nós somos bem sobrecarregados, porque a gente tem muita demanda administrativa para fazer ao tempo que a gente não pode deixar de prestar a assistência. E acho que isso é o grande complicador; nós teríamos que ter mais tempo para ser realmente coordenador.” (E8).*

As falas nos remetem ao sofrimento dos coordenadores diante da gestão da ESF, pois necessitam equilibrar o tempo despendido entre coordenação e assistência, compreendendo que ambas as atividades são indispensáveis no cotidiano do trabalho em saúde.

Avalio que conciliar essas atividades é vivenciado com tensão pelos coordenadores da ESF, pois, frente às diferentes demandas administrativas e assistenciais, é necessário definir prioridades de maneira responsável e comprometida, com vistas à produção de saúde. A definição de prioridades não é tarefa simples e exige do coordenador a avaliação constante de cada situação e de cada problema que surgem ao longo do dia para que não haja prejuízo das atividades assistenciais nem administrativas.

Estudos revelam que exercer a coordenação e realizar a assistência em saúde de maneira concomitante conduz ao desgaste do coordenador, gerando sobrecarga de trabalho e afastando a possibilidade de rodízio entre os profissionais da equipe para assumir o cargo de coordenação da unidade de saúde da família (VANDERLEI, 2005; XIMENES NETO; SAMPAIO, 2008; WEIRICH et al., 2009; SPAGNUOLO et al., 2012).

Frente a isso, o grupo de interesse avaliou que o coordenador deveria assumir exclusivamente a gestão da ESF, uma vez que a atividade de coordenação exige

responsabilidade, comprometimento e tempo para executar as tarefas de maneira a atender às necessidades de saúde da comunidade, sem gerar sobrecarga de trabalho ao coordenador.

*“O trabalho, às vezes, é complicado, tu associas a assistência com a coordenação. A dificuldade maior é a questão do tempo mesmo, se tivesse um tempo mais específico (para a coordenação).” (E1).*

*“Hoje eu fiz várias coisas: eu encaminhei transferência de funcionário, eu respondi e-mail, eu fiz relatório; foi tudo feito nos entremeios (entre as consultas).” (E5).*

*“Acho que teria que ter uma pessoa só para isso. É muito complicado, porque um dia, por exemplo, hoje de manhã é um dia que eu tinha várias demandas para resolver pendentes e não consegui praticamente nada, porque era o meu dia de agenda e eu fiquei atendendo.” (E10).*

O coordenador deve preocupar-se em identificar problemas e buscar soluções para esses, na tentativa de alcançar as metas e objetivos propostos no planejamento em saúde, exigindo daquele uma atuação de interlocutor e mediador do processo de trabalho (SANTOS; MIRANDA, 2007; FERNANDES; MACHADO; ANSCHAU, 2009; FERNANDES et al., 2010).

Compreendo a avaliação do grupo de interesse no que se refere à conciliação entre as duas atividades – coordenação e assistência – entendendo que isso se configura como sobrecarga de trabalho e, em algum momento, na tarefa de optar entre uma atividade ou outra, com responsabilidade para não comprometer a qualidade do cuidado ofertado. Do mesmo modo, avalio que ter a possibilidade de coordenar o serviço e desenvolver a assistência de modo concomitante apresenta grande potencial para a construção da gestão democrática em saúde no cotidiano da ESF, uma vez que o coordenador está próximo da equipe, proporcionando que todos estejam igualmente *empoderados*, ou seja, a coordenação participa ativamente da construção das práticas de cuidado da ESF justamente porque atua, também, na “linha de frente”, isto é, na assistência. Avalio que este é um dos fatores que tem possibilitado às ESF em estudo estarem pautadas pela gestão democrática em saúde nos seus contextos de trabalho.

Outro aspecto que avalio nesse sentido é que quando coordenação e assistência estão próximas e articuladas, o serviço tem potencial para ações que vão ao encontro das reais necessidades de saúde dos usuários bem como de seus projetos de felicidade, pois o trabalho

está organizado a partir da prática, do cotidiano e não apenas pela teoria organizacional. O coordenador que sabe o que acontece no dia a dia do serviço pode propor a construção coletiva de novas soluções, mais criativas, reais, humanizadas e resolutivas.

Penso que outras soluções para diminuir a sobrecarga de trabalho do coordenador frente à conciliação das duas atividades referidas podem ser propostas, tais como a presença do auxiliar administrativo, que configura-se como outra questão avaliada pelo grupo de interesse: a necessidade e a importância de um auxiliar administrativo junto à ESF para contribuir nas tarefas burocráticas, diminuindo a carga de trabalho do coordenador e colaborando para melhorar a organização do trabalho na ESF.

Os excertos de observação apresentados a seguir demonstram a falta do auxiliar administrativo no cotidiano da ESF.

*“O técnico de enfermagem que fica na recepção é responsável por organizar os prontuários, dispensar a medicação, entregar receitas controladas, e as guias de referência e contrarreferência de consultas especializadas, e atender ao telefone. Até as 9h, uma das ACS auxilia no atendimento da recepção.” (OBS.: 08/09/2011 – Manhã).*

*“Fiquei na recepção, na qual havia uma técnica de enfermagem e uma ACS. Técnico de enfermagem X é responsável pela marcação de consultas especializadas no sistema AGHOS.” (OBS.: 07/10/2011 – Tarde).*

*“Fui recebida pela ACS que atende na recepção. As consultas especializadas são lançadas no sistema AGHOS pelas ACS X e Y, pois somente elas fizeram a capacitação para o sistema.” (OBS.: 17/10/2011 – Manhã).*

Dentre as tarefas que poderiam ser executadas pelo auxiliar administrativo, destacamos as que foram observadas durante a coleta de dados: atendimento na recepção, separação de prontuários, atendimento de telefonemas, agendamento de consultas especializadas no sistema AGHOS, recebimento e envio de malote, e organização das agendas de consultas. Além dessas, outras tarefas relacionadas diretamente ao trabalho do coordenador, tais como digitação dos dados no SIAB, preenchimento da produtividade dos profissionais da equipe, solicitação de equipamentos, materiais e medicamentos, solicitação de consertos e manutenção, dentre outras, poderiam ser realizadas pelo auxiliar administrativo, com a orientação do coordenador da ESF. Com a falta do auxiliar administrativo, a equipe assume essas tarefas, as quais são divididas entre os profissionais da

ESF, geralmente, ACS e técnicos de enfermagem, caracterizando, até mesmo, desvio de função desses profissionais.

*“Acho que uma das coisas que nos ajudaria muito na coordenação seria um administrativo. Eu teria um técnico a mais na assistência, porque sempre fica um técnico me ajudando a redigir algum relatório. No final do mês, tem SIAB, sempre é uma técnica que está digitando. Eu faço o ‘resumão’ e ela passa para o computador que é só digitar. Acho que um administrativo seria uma pessoa muito importante para nos auxiliar nesse trabalho de coordenação.” (E3).*

*“Um agente administrativo faz falta, porque existe uma sobrecarga dos técnicos. Como nas unidades a gente faz todos os atendimentos de enfermagem que são de praxe mais a dispensação de medicamentos, que é feita pelos técnicos de enfermagem, como a gente não tem um agente administrativo que faça a recepção da unidade, ela é feita pelos técnicos de enfermagem, existe uma sobrecarga dessa parte. Para o coordenador, seria um facilitador organizacional, que tu pudesses te liberar um pouquinho.” (E4).*

*“Essa parte de digitar coisas, por exemplo, eu não digito tudo, tem quem digite os pedidos mensais, levo os pedidos mensais de medicamentos e materiais, tem quem digite o relatório semestral, tem quem digite o SIAB, o BPA. Eu divido um pouco essas coisas, porque se perde muito tempo. Isso é tempo que tu poderias estar dispondo de outra maneira.” (E10).*

O excesso de demandas administrativas e burocráticas, as quais são organizadas de maneira racional para atingir a uma determinada finalidade, pode se tornar uma barreira à criatividade do profissional e à gestão democrática, uma vez que estimula o cumprimento de deveres estabelecidos, sem espaços para as subjetividades (OLSCHOWSKY, 1996). Na medida em que o auxiliar administrativo assume as tarefas burocráticas relativas à organização da ESF, possibilita que os profissionais se dediquem e se concentrem em suas atividades específicas, com vistas à produção de saúde no território, fortalecendo a construção de processos de trabalho voltados à realização dos projetos de felicidade da comunidade.

Frente a isso, avalio que a contratação de um auxiliar administrativo contribuiria para direcionar as ações burocráticas no cotidiano da ESF, proporcionando mais tempo ao coordenador da ESF para se concentrar nos demais aspectos da gestão da ESF, como organização do processo de trabalho, gestão de pessoas e das práticas em saúde.

O grupo de interesse avaliou, ainda, que o coordenador, ao assumir a gestão da ESF, torna-se um representante das políticas municipais de saúde, pactuando com as propostas da

gestão municipal de saúde e construindo, conjuntamente, a saúde no município. Os coordenadores entrevistados avaliam que o cargo de coordenador é um cargo político no sentido de interação social, de mediação, de escuta, de interligação, buscando a solução de dificuldades entre gestão municipal, serviço e comunidade.

*“O trabalho consiste em gerenciar, gerenciar a equipe dentro do que é solicitado pela secretaria da saúde através da gerência.” (E7).*

*“A coordenação ela é mais do que qualquer outra coisa um cargo político, um cargo que tem que ser desenvolvido por alguém que gosta não só de saúde da família, mas que gosta de coordenação, que gosta de política, que gosta de mediação, de mediar conflitos, de sentar com a comunidade, de conversar.” (E11).*

Assumir a gestão da ESF implica na busca para superar as dicotomias dos lados opostos, considerando conflitos e oposições, buscando construir uma aproximação entre o que está proposto pela política pública e o que se realiza na realidade da ESF, com vistas a atender às necessidades de saúde da população. Envolve, ainda, a organização e o planejamento do processo de trabalho de modo coletivo, agregando as necessidades, os saberes, os desejos e os poderes dos profissionais da equipe, democratizando a gestão da ESF com o objetivo de alcançar a mudança do modelo assistencial proposto pela ESF.

O coordenador tem importante papel no cotidiano da ESF, porque também é o responsável pela articulação entre a macro e a microgestão, sendo o porta-voz das diretrizes e orientações da gestão municipal ao seu grupo de trabalho ao mesmo tempo em que representa a equipe de saúde da família em suas demandas frente à gestão municipal.

Assim, no processo avaliativo, foi evidenciada a importância e a necessidade de remuneração financeira para o coordenador da ESF, o que já é a realidade dos coordenadores das unidades básicas de saúde do município. Isso também poderia servir de estímulo para que outros profissionais da equipe assumissem a coordenação, produzindo a rotatividade no cargo, não centralizando em apenas um profissional. Os coordenadores participantes desse estudo não recebiam nenhuma gratificação por assumir a gestão da ESF.

Estudos revelam que o incentivo financeiro para o cargo de coordenador é, em média, de R\$ 200,00, mas que se torna irrisório diante da carga de trabalho e da responsabilidade assumidas na execução dessa função (XIMENES NETO; SAMPAIO, 2007; 2008).

Avalio que a remuneração financeira ao coordenador da ESF deve ser entendida como uma maneira de reconhecer a importância do trabalho de coordenação e a responsabilidade



implicada nesse cargo, uma vez que o coordenador se responsabiliza em auxiliar na construção da direcionalidade do processo trabalho em saúde e de estimular sua equipe na promoção do cuidado de qualidade, representando, em alguma medida, a proposta da gestão municipal. Do mesmo modo, vejo a remuneração financeira como uma forma de legitimar a relevância do cargo de coordenador, assinalando a seriedade com que os coordenadores têm desempenhado essa atividade. Por isso, deve ser mais do que simbólica, representando, de fato, a importância e a responsabilidade desse cargo.

Assumir a gestão da ESF consiste em um ato político de responsabilidade e comprometimento com a promoção do SUS enquanto sistema público de saúde e com o fortalecimento da ESF como modelo de cuidado em saúde na atenção básica. Nesse sentido, o profissional que assume a coordenação da ESF deve receber remuneração financeira por esta atividade, o que representa a valorização de seu compromisso com a construção da ESF.

A autonomia do coordenador e a supervisão da ESF da GDPLP foram avaliadas pelo grupo de interesse como elementos positivos na gestão da ESF, sendo identificadas como ferramentas do trabalho em saúde, as quais proporcionam a construção coletiva de processos de trabalho participativos, pautados na produção do cuidado de qualidade e resolutivo frente às necessidades de saúde da comunidade.

De acordo com Lima (2004), autonomia em saúde é entendida como a capacidade de redefinir determinações externas a partir de interesses e valores íntimos, ou seja, é a capacidade de adequar as orientações institucionais e organizacionais à realidade local com suas características e peculiaridades, promovendo a saúde de maneira coletiva e participativa.

Assim, os coordenadores da ESF avaliaram que possuem alto grau de autonomia no processo decisório em seu trabalho de gestão da ESF, podendo imprimir características particulares a cada ESF, de acordo com a realidade de cada comunidade.

Na gestão da ESF, o coordenador, juntamente com a equipe, tem a possibilidade de organizar o processo de trabalho a partir do conhecimento do território e de suas necessidades de saúde, planejando as ações de saúde a partir da política pública de maneira coletiva, destacando-se, assim, como agentes de transformação social (ANDRADE et al., 2012).

Desse modo, o trabalho na ESF se orienta pela diretriz organizacional da gestão municipal de saúde e pelas necessidades de saúde da população adstrita, cabendo ao coordenador a função de equilibrar as demandas da gestão municipal e da população, buscando promover a saúde de maneira a atender tanto a gestão quanto a população.

Nesse sentido, a autonomia do coordenador remete à responsabilidade que assume com a produção de saúde no território e com a gestão da ESF, estando comprometido e

implicado com os princípios e diretrizes do SUS, e com a promoção de ações em saúde que valorize os projetos de felicidade, individuais e coletivos, buscando realizá-los a partir da adoção de estratégias novas e criativas de produção de saúde.

A autonomia, em minha avaliação, é, também, uma maneira de valorizar o trabalho de coordenação, destacando a importância deste no cotidiano do trabalho da ESF, pois, de acordo com Mishima (2003), o trabalho da coordenação contribui na construção e manutenção da direcionalidade do trabalho, orientando o estabelecimento do processo de trabalho da equipe de saúde.

A autonomia dos coordenadores da ESF frente à sua gestão vai ao encontro da gestão democrática, possibilitando que o coordenador tenha flexibilidade na administração da unidade, exercendo sua função com criatividade e responsabilidade, produzindo processos de trabalho menos engessados, conforme aponta Campos (2007).

Entendo que a autonomia do coordenador da ESF também interfere na produção do cuidado em saúde mental no território, porque possibilita inventar e produzir esse cuidado em liberdade, comprometendo-se com o agenciamento dos recursos do território para fortalecer e estimular a inclusão social, desmistificar a loucura, e valorizar a vida e a subjetividade do usuário com transtorno psíquico.

A atenção psicossocial não é somente um programa a ser desenvolvido ou uma meta do governo a ser alcançada, mas trata-se de uma parte das necessidades de saúde de pessoas que vivem e convivem com o transtorno psíquico em seu dia a dia, que têm uma história de vida, e que mantêm relações afetivas e sociais (KANTORSKI et al., 2006).

Considerada como meta da Política Nacional de Saúde Mental, a saúde mental foi incluída no SIAB, em 2005, e a versão do SIAB 6.4 previu a inclusão de dados referentes ao atendimento de usuários de álcool, drogas e saúde mental, conforme destacado na figura 17.

FIGURA 17 - Relatório de Produção e de Marcadores de Avaliação – Complementar

ATIVIDADES/ PRODUÇÃO		
Tipos de Consulta Médica	Demanda Agendada	
	Demanda Imediata	
	Cuidado Continuado	
	Urgência com Observação	
Tipos de Atendimento do Médico e de Enfermeiro	Usuário de álcool	
	Usuário de drogas	
	Saúde Mental	
Tipos de Atendimento do Cirurgião Dentista	1ª Consulta Odontológica Programática	
	Escovação Dental Supervisionada	
	Tratamento Concluído	
	Urgência	
	Atendimento a gestantes	
	Instalações de próteses dentárias	
Encaminhamento da Saúde Bucal	Atenção Secundária em Saúde Bucal	

Fonte: BRASIL (2011a)

Neste relatório, produzido mensalmente pela coordenação da ESF, são quantificados os atendimentos realizados por médicos e enfermeiros aos usuários de álcool, drogas e saúde mental, de acordo com a orientação de preenchimento do relatório que especifica no que consiste esse atendimento (BRASIL, 2011a, p.9).

***Atendimento de usuário de álcool** - Atenção em consulta programada ou espontânea à pessoa com problema de saúde predominantemente relacionado ao uso de álcool. Consiste no conjunto de atividades desenvolvidas individualmente ou por meio de uma abordagem familiar, tais como ações de acolhimento, prevenção primária ao uso prejudicial do álcool, diagnóstico precoce, redução de danos, tratamento e acompanhamento dos casos, além de referenciamento para a rede de assistência, quando necessário.*

***Atendimento de usuários de drogas** - Atenção em consulta programada ou espontânea à pessoa com problema de saúde predominantemente relacionado ao uso de drogas ilícitas, exceto álcool. Consiste no conjunto de atividades desenvolvidas individualmente ou por meio de uma abordagem familiar, tais como ações de acolhimento, prevenção primária ao uso de drogas ilícitas, diagnóstico precoce, redução de danos, tratamento e acompanhamento dos casos e referenciamento para a rede de assistência, quando necessário.*

*Atendimento em Saúde Mental - Atenção em consulta programada ou espontânea à pessoa com problema de saúde predominantemente relacionado a questões de saúde mental, exceto o uso de álcool ou outras drogas. Consiste no conjunto de atividades desenvolvidas individualmente ou por meio de uma abordagem familiar, tais como ações de acolhimento, tratamento e acompanhamento dos casos e referenciamento para a rede de assistência, quando necessário.*

Consta no Sistema de Informação de Atenção Básica – PMA – Complementar que, em dezembro de 2012, o município de Porto Alegre realizou, em suas ESF, 335 atendimentos a usuários de álcool, 157 atendimentos a usuários de drogas e 3.862 atendimentos em saúde mental (SIAB, 2012).

Avalio que a inclusão da informação sobre os atendimentos em saúde mental no SIAB é um avanço importante, porque realiza o registro das ações desenvolvidas, dando visibilidade a essas ações enquanto parte do trabalho cotidiano da ESF, e possibilita que a gestão municipal de saúde possa pensar epidemiologicamente sobre essas demandas, promovendo ações no território que estejam de acordo com as necessidades de saúde da população.

Por outro lado, avalio que é fundamental qualificar esse número registrado no SIAB. Com isso, quero dizer que é preciso compreender como esses atendimentos estão ocorrendo no dia a dia das ESF, e quais estão sendo as orientações e os direcionamentos dados a esses atendimentos para que, assim, seja possível afirmar se estão ou não de acordo com as diretrizes da atenção psicossocial.

Sabe-se que há um componente subjetivo do trabalhador, que exerce autonomia no desempenho de sua função laboral e que, por isso, pode construir espaços alternativos de cuidado, indo ou não ao encontro das necessidades de saúde do usuário que busca o serviço de saúde (CECÍLIO, 2007). Assim, os números apresentados no SIAB não garantem, por si somente, que o atendimento em saúde mental esteja sendo realizado de acordo com os princípios norteadores da atenção psicossocial, ou seja, valorizando o indivíduo com transtorno psíquico e sua subjetividade, colocando-o como protagonista do cuidado e traçando com ele um plano terapêutico em consonância com seu projeto de felicidade.

Por isso, avalio que o coordenador, por meio de sua função de articulador entre políticas e práticas, deve contribuir na organização de processos de trabalho que abranjam o cerne da atenção psicossocial, isto é, a valorização da pessoa com transtorno psíquico como sujeito de direitos e deveres, a sua inclusão social, a (re)construção de sua cidadania, o resgate de sua autonomia possível, e a desmistificação da loucura como uma doença de altos riscos e periculosidade.

O comprometimento do coordenador da ESF com a proposta da atenção psicossocial deve ser compartilhado com a equipe de saúde da família, ressaltando a importância da realização do cuidado em saúde mental no território como uma ação de responsabilidade da ESF, partindo das necessidades locais de saúde para o planejamento e invenção de modos de cuidar do outro que estejam conectados ao seu projeto de felicidade, tencionando o deslocamento da produção de procedimentos para a produção de cuidado e de vida, conforme aponta Merhy (2007a).

Outra questão avaliada pelos coordenadores da ESF como um aspecto positivo do trabalho de coordenação é o apoio recebido pela supervisão da ESF da GDPLP.

Na estrutura organizacional do município de Porto Alegre, em cada gerência distrital, há a supervisão da ESF, que consiste em um acompanhamento das ESF por meio de reuniões com as coordenações, oferecendo suporte técnico-pedagógico e institucional para que as equipes de saúde da família possam enfrentar as dificuldades do cotidiano de trabalho na ESF e atinjam as metas dos indicadores técnicos, estabelecidas no Plano Municipal de Saúde, pactuadas a partir do Pacto Pela Saúde (BRASIL, 2006).

A supervisão em saúde é uma ferramenta importante para a construção da grupalidade, possibilitando a análise e reflexão sobre o processo de trabalho instituído no serviço de saúde, ou seja, na ESF (MATUMOTO et al., 2005). O espaço da supervisão em saúde deve possibilitar a revisão e reestruturação necessária das práticas em saúde estabelecidas na ESF com o objetivo de fortalecer o SUS em suas diretrizes e em seus princípios.

Sabe-se que a supervisão em saúde, como parte integrante do sistema de saúde, é um elemento viabilizador da política de saúde, e, no nosso caso, da ESF, na medida em que redefine conceitos e procedimentos, orientando a organização dos serviços de saúde (REIS; HORTALE, 2004).

O Plano Municipal de Saúde de 2011, período de realização da coleta dos dados desta tese, estabeleceu 22 indicadores, apresentados no quadro 6.

QUADRO 6 - Metas pactuadas no Plano Anual de Saúde - Porto Alegre - 2011

Indicador	Situação inicial	Meta
1. Percentual de cobertura da população total do município pela ESF.	22,43%	45,00%
2. Número médio anual de consultas médicas da ESF por habitante.	1,05	1,11
3. Cobertura vacinal por tetravalente em menores de um ano de idade.	82,14%	95,00%
4. Percentual de nascidos vivos cujas mães tiveram 7 ou mais consultas de pré-natal.	70,00%	70,00%
5. Razão entre pacientes com hipertensão cadastrados pela ESF e o número estimado de hipertensos no mesmo território.	0,65	0,75
6. Taxa de internação hospitalar por Infecção Respiratória Aguda (IRA) em menores de 5 anos.	26,61 (/1000)	22,00 (/1000)
7. Taxa de internação hospitalar por Acidente Vascular Cerebral (AVC) em pessoas de 30 a 59 anos.	9,29 (/10000)	8,91 (/10000)
8. Percentual de Execução Financeira.	0,00 %	100,00 %
9. Plano de Supervisão das Equipes de Saúde da Família.	Não	Sim
10. Implantação de Equipe de Supervisores das Equipes de ESF.	11,88	11,88
11. Número médio mensal de visitas de supervisão por Equipes de ESF.	2,01	2,01
12. Percentual de ESF com profissionais treinados em, pelo menos, 4 áreas estratégicas da AB/SF.	78,95 %	80,00 %
13. Percentual de consultas de médico de família em relação ao total de consultas nas especialidades básicas.	64,31 %	65,00 %
14. Percentual de encaminhamentos das ESF para atendimento especializado sobre o total de consultas médicas da ESF.	12,53 %	10,00 %
15. Taxa de mortalidade infantil.	9,71 (/1000)	9,22 (/1000)
16. Taxa de internação hospitalar por diarreia em menores de 5 anos.	4,45 (/1000)	4,00 (/1000)
17. Percentual de gestantes acompanhadas pelas ESF que receberam vacina antitetânica.	93,74 %	95,00 %
18. Taxa de incidência de sífilis congênita.	9,23 (/1000)	8,09 (/1000)
19. Percentual de trabalhadores da coordenação da Atenção Básica ou Saúde da Família com treinamento em planejamento e gestão.	33,33 %	50,00 %
20. Percentual de ESF com protocolo de assistência em saúde da mulher implantado.	100,00 %	100,00 %
21. Percentual de ESF com protocolos baseados em evidências para atenção em hipertensão e diabetes implantados.	0,00 %	50,00 %
22. Percentual de ESF com protocolo de assistência em saúde da criança implantado.	100,00 %	100,00 %

Fonte: SMSPA (2011)

Dos 22 indicadores, 12 já haviam atingindo a meta planejada (nº 2, 3, 4, 6, 7, 10, 11, 14, 15, 16, 20 e 22). Os demais ainda necessitavam esforços para seu alcance e, nesse sentido, destaca-se o trabalho da supervisão da ESF da GDPLP, auxiliando os coordenadores da ESF na implantação de ações voltadas ao alcance dessas metas e na manutenção das práticas em saúde das metas já atingidas.

Destacamos o indicador nº 9, cuja meta ainda não havia sido alcançada, que se refere ao Plano de Supervisão das Equipes de Saúde da Família. De acordo com o Ministério da Saúde, o município deverá elaborar um documento para subsidiar o trabalho do supervisor, não havendo um modelo de Plano de Supervisão. Porém, não encontrei nas publicações *online* disponíveis no site da Prefeitura Municipal de Porto Alegre nenhuma referência a este plano.

A supervisão da ESF da GDPLP ocorre quinzenalmente, às quartas-feiras à tarde, quando os coordenadores da ESF têm a reunião com a supervisora. Nesse momento, são discutidas as questões da administração da unidade (se está faltando material, se há dificuldade na marcação de consultas especializadas, onde os coordenadores podem encontrar o recurso mais adequado à sua demanda, entre outros); a retomada das metas da gestão municipal, destacando as que já foram atingidas e refletindo sobre as práticas a serem implantadas para se alcançar as demais. Há, também, espaço para demandas relacionadas às particularidades de cada ESF e seu processo de trabalho, buscando construir coletivamente maneiras de resolver as dificuldades apresentadas pelos coordenadores.

Assim, o grupo de interesse avalia que a supervisão da ESF da GDPLP é um apoio importante ao trabalho do coordenador, pois a supervisora da ESF mostra-se interessada frente às demandas do coordenador e de sua equipe, estando aberta à escuta e ao diálogo, auxiliando na resolução de conflitos e pendências relativas à organização do trabalho da ESF, conforme é possível apreender das falas a seguir.

*“Muito positivo. É alguém que a gente sabe que pode ligar quando precisar sabe, porque a hora que tu achas que, meu Deus, não sei o que eu faço, tu tens um apoio, uma referência em algum lugar e a X é resolutiva assim.” (E6).*

*“A X é muito disponível, sempre, tanto para nós coordenação, quanto para a equipe. Não é uma coisa só para coordenação, ela é sempre muito disponível. Sempre pronta para ouvir, muito tranquila, a qualquer horário. Vem sempre quando a gente solicita. Acho que a X é bem sobrecarregada, porque a gente tem muitas demandas.” (E8).*

*“Acho que é importante até porque uma pessoa fora da unidade, que tem mais uma maneira, um olhar diferenciado de como a unidade atua. Uma pessoa de fora para vir dar opinião, dar conselho, dar orientação é importante. Sempre que é necessário, que a gente tem um problema, a X vem. Quando tem um problema com os funcionários que a gente não consegue resolver dentro da unidade, ela sempre se dispõe a vir na unidade ou chamar o profissional para ir conversar com ela. Ela está sempre preocupada em saber se está tudo bem, se os funcionários estão bem. Se não está, ela vem dentro da equipe e conversa. Ela já veio aqui várias vezes. Acho importante ter essa supervisão.” (E12).*

Avalio que a supervisão da ESF da GDPLP é uma ferramenta de apoio aos coordenadores no desempenho da gestão da ESF, promovendo espaços de diálogo, de

orientação institucional e de reflexão do cotidiano de trabalho a partir do próprio processo de trabalho das equipes de saúde da família.

Avalio que os coordenadores da ESF são profissionais comprometidos com o exercício dessa função, reconhecendo que a gestão da ESF tem influência no cuidado em saúde e na prática da atenção psicossocial, pois está diretamente relacionada com o processo de trabalho da ESF, o qual é construído coletivamente com os demais profissionais da equipe.

O coordenador da ESF desempenha uma importante função de articulador entre políticas e práticas em saúde, assumindo a corresponsabilidade de inventar modos de cuidar do outro que valorizem sua subjetividade, seus desejos e seu projeto de felicidade, indo ao encontro da atenção psicossocial.

### 5.1.2 Ambiência

A ambiência refere-se ao tratamento dado ao espaço físico compreendido como um espaço social, profissional e de inter-relações, propiciando acolhimento, humanização e resolutividade nas ações de saúde. A ambiência na arquitetura dos espaços da saúde vai além da composição técnica, simples e formal dos ambientes, porque considera as situações que são construídas. Os serviços de saúde são construídos em determinados espaços e num determinado tempo, e vivenciados por um grupo de pessoas com seus valores culturais e relações sociais (BRASIL, 2007a).

O conceito de ambiência está baseado em três características de espaço (BRASIL, 2007a):

- a) Espaço que garanta conforto aos profissionais e usuários, incluindo a privacidade e a individualidade das pessoas, valorizando o ambiente (cor, cheiro, som, iluminação, dentre outros);
- b) Espaço produtor de subjetividades, possibilitando encontros entre sujeitos;
- c) Espaço facilitador da construção do processo de trabalho, otimizando os recursos em saúde, promovendo o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo.

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



disponibilidade para realização de procedimentos na unidade; acessibilidade geográfica; disponibilidade de alimentação; dentre outros (BRASIL, 2007a).

A ambiência, por meio da confortabilidade, tem componentes que atuam como modificadores e qualificadores do espaço, estimulando a percepção ambiental e, quando utilizados com equilíbrio e harmonia, criam ambiências acolhedoras, propiciando contribuições significativas no processo de produção de saúde (BRASIL, 2007a).

A ambiência reconhece e respeita os valores culturais e a privacidade, autonomia e vida coletiva da comunidade em que está inserido o serviço de saúde. Devem-se construir ambiências acolhedoras e harmônicas que contribuam para a promoção do bem-estar, desfazendo-se do mito de que esses espaços que abrigam serviços de saúde frios e hostis (BRASIL, 2007a).

A ambiência provoca um processo de reflexão das práticas e dos modos de operar nos espaços de cuidado, contribuindo para a construção de novas situações, nas quais os sujeitos envolvidos possam transformar seus paradigmas. Assim, a ambiência passa a ser um dos dispositivos no processo de mudança e, as áreas de trabalho, além de mais adequadas funcionalmente, proporcionam espaços vivenciais prazerosos.

Com relação aos recursos físicos, a estrutura física das unidades de saúde da família é definida pelo Ministério da Saúde, por meio do Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde – Saúde da Família (BRASIL, 2008a). A figura 18 apresenta os ambientes constitutivos de uma unidade de acordo com o número de equipes de saúde da família, segundo o referido manual.

FIGURA 18 - Ambientes constitutivos da unidade de acordo com a quantidade de ESF

Ambientes	1 ESF	2 ESF	3 ESF	4 ESF	5 ESF
Recepção/Arquivo de prontuários	1	1	1	1	1
Espera	Para 15 pessoas	Para 30 pessoas	Para 45 pessoas	Para 60 pessoas	Para 75 pessoas
Administração e gerência*			1	1	1
Sala de reuniões e educação em saúde	1	1	1	1	1
Almoxarifado			1	1	1
Consultório com sanitário	1	1	2	3	3
Consultório	1	3	3	4	5
Sala de Vacina	1	1	1	1	1
Sala de curativo/procedimento	1	1	1	1	1
Sala de nebulização	1	1	1	1	1
Farmácia (sala de armazen. de medicamentos)***	1	1	1	1	1
Equipo odontológico	1	2	3	4	4
Escovário**	1	1	1	1	1
Área de compressor	1	1	1	1	1
Sanitário para usuário	1	2	2	4	4
Sanitário para deficiente ****	1	1	1	1	1
Banheiro para funcionários	1	1	1	2	2
Copa/cozinha	1	1	1	1	1
Depósito de materiais de limpeza	1	1	1	1	1
Sala de recep.lavagem e descontaminação***	1	1	1	1	1
Sala de esterilização***	1	1	1	1	1
Sala de utilidades (apoio à esterilização)**	1	1	1	1	1
Abrigo de resíduos sólidos	1	1	1	1	1
Depósito de lixo	1	1	1	1	1
Sala para ACS*	1	1	1	1	1

\* Para unidades com 1 ou 2 ESF, a sala para ACS pode ser instalada junto com a sala de Administração e gerência  
\*\* Os ambientes assinalados são recomendados, porém não são obrigatórios  
\*\*\* Os ambientes assinalados são recomendados, porém não são obrigatórios em municípios em que essas ações são realizadas de forma centralizada.  
\*\*\*\* No caso de uma equipe basta 1 sanitário comum e 1 para deficiente.  
No caso de uma unidade poder comportar somente 1 sanitário este deve ser adaptado para deficiente.

Fonte: BRASIL (2008a)

Como descrito no Capítulo 4, das 12 ESF estudadas, 4 unidades de saúde possuem 1 ESF, 6 possuem 2 ESF e 2 possui 3 ESF.

Na avaliação, o grupo de interesse destacou quatro ambientes como espaços que dificultam o trabalho nas ESF, seja por sua falta seja por inadequação de tamanho: sala de espera, sala de administração e gerência, sala para ACS e sala de reuniões/educação em saúde.

*“A gente tem pouco espaço para guardar material, não tem uma sala de grupos. Isso para nós ia ser importantíssimo para a gente conseguir fazer as reuniões nessa sala e conseguir fazer os grupos na sala.” (E1).*

*“O sonho da gente era uma sala de grupo. A questão do espaço é uma coisa que dificulta.” (E7).*

*“Acho que se a gente tivesse outro consultório de enfermagem faria muita diferença, porque a gente só tem esse. Eu uso para tudo, uso para fazer as coisas da coordenação e tem a minha colega. Se a gente*

*fosse pensar em estrutura física, por exemplo, esse é o meu grande nó.” (E8).*

O espaço da sala de espera existe em todas as unidades, mas não acomoda o número de pessoas indicado: 15, 30 e 45 pessoas, respectivamente, estando organizadas para receber uma capacidade menor de pessoas. Durante a realização das observações nas ESF, foi possível constatar que, na maioria das ESF, a sala de espera era realmente pequena para a população adstrita e os usuários do serviço tinham que esperar pelo atendimento em pé.

*A unidade já estava aberta e havia bastante movimento de usuários, que aguardavam no alpendre da unidade, pois a sala de espera estava cheia. (OBS.: 08/09/2011 – Manhã).*

*A sala de espera é pequena com espaço para seis pessoas sentadas. Há duas equipes de saúde da família. (OBS.: 26/10/2011 – Manhã).*

*A sala de espera é muito pequena e apertada, não comportando todos os usuários sentados. (OBS.: 31/10/2011 – Manhã).*

Considerando o conceito de ambiência, o conforto fica prejudicado e a unidade torna-se menos acolhedora, pois não oferece espaço suficiente para que todos os que ali chegam possam aguardar sentados. O usuário do serviço pode se sentir cansado por aguardar pelo atendimento em pé e, até mesmo, se irritar pela situação da espera sem a possibilidade de estar acomodado de modo confortável. Outro aspecto importante é a ventilação, que fica prejudicada em virtude do excesso de pessoas em um espaço pequeno.

O manual aponta que a sala de administração e gerência, e a sala para ACS poderiam ser instaladas no mesmo espaço físico em unidades com até 2 ESF. Das 11 ESF do estudo que se enquadram nessa orientação, 4 delas não possuem nenhuma das duas salas: ESF Esmeralda, ESF Pitoresca, ESF Santa Helena e ESF São Pedro.

Entendo que a sala de administração e gerência se configura como o espaço de trabalho do coordenador da ESF, local no qual realiza as atividades administrativas listadas anteriormente e, para os ACS, configura-se como um local para a organização do seu trabalho: atualização de cadastros, cadastramento de famílias, preenchimento de planilhas, organização das visitas domiciliares, entre outros.

A falta desse espaço, em minha avaliação, gera dificuldade na organização do trabalho na ESF, pois é preciso adequar ambientes para o desempenho dessas atividades, conforme

observado na coleta dos dados: coordenadores elaborando relatórios na recepção da ESF ou no consultório, pois é onde está instalado o computador; ACS organizando seu trabalho na copa; documentos e formulários administrativos guardados no consultório.

*A “sala” administrativa fica localizada na recepção, onde está, também, o computador. (OBS.: 08/09/2011 – Manhã).*

*Ao final da manhã, algumas ACS retornam até a unidade para organizar o trabalho realizado pela manhã e ocupam a área da copa, uma vez que não há uma sala específica para ACS. (OBS.: 15/09/2011 – Manhã).*

*Nessa sala (consultório 3) há um armário de vidro chaveado e a chave fica com a coordenadora. Ali ficam todos os formulários, documentos, folha ponto, produtividade da ESF. (OBS.: 13/10/2011).*

O ambiente de trabalho deve proporcionar conforto e prazer ao profissional da ESF, contribuindo para a organização de processos de trabalho acolhedores, que se pautem pelas necessidades de saúde dos usuários do serviço, produzindo ações em saúde resolutivas e humanizadas.

Avalio, ainda, que ter um espaço adequado para a realização do trabalho, como a sala de administração e gerência, configura-se em uma maneira de fortalecer a identidade do profissional, valorizando-o como trabalhador da saúde que tem a corresponsabilidade de promover a saúde em conjunto com sua equipe, exercendo ativamente suas atividades em seu território de atuação.

O espaço da sala de reuniões e educação em saúde não existe em 4 das 12 ESF estudadas: ESF Maria da Conceição, ESF Morro da Cruz, ESF Pitoresca e ESF Viçosa. Nesse sentido, destaco dois aspectos: o primeiro é a facilidade e o conforto em possuir um ambiente dentro da ESF para realizar reuniões e grupos em saúde, contribuindo para a organização do processo de trabalho da ESF.

O segundo aspecto refere-se à possibilidade de, na falta desse espaço dentro da ESF, encontrá-lo fora dela, no espaço da comunidade, por meio da escola, da associação de moradores, do salão da igreja, do clube, entre outros. Tal fato pode facilitar a parceria e a integração com os recursos do território, fortalecendo o compartilhamento das responsabilidades entre ESF e comunidade na produção de ações em saúde.

Pensando na atenção psicossocial, a possibilidade de utilizar e estabelecer uma parceria produtiva com os recursos existentes no território configura-se como um importante

passo à reinserção social de pessoas que, historicamente, possuem pouca circulação pela cidade, potencializando a construção de uma nova relação com a loucura, mais positiva e menos estigmatizada, contribuindo para a desconstrução do louco perigoso e incapaz.

Outro ponto avaliado pelo grupo de interesse, referente aos recursos físicos, é a falta de uma estrutura arquitetônica exclusiva para a ESF. Duas ESF dividem o espaço físico com unidades básicas de saúde (UBS), cujo processo de trabalho está pautado no modelo clínico.

*Ela me disse que a ESF atua no mesmo espaço físico da UBS, o que acaba confundindo para quem não é dali. Ela me disse que não há acolhimento devido ao espaço reduzido, que é dividido com a equipe da UBS. (OBS.: 13/10/2011 – Manhã).*

Avalio que dividir o espaço físico com uma unidade básica de saúde dificulta a implantação do processo de trabalho baseado no modelo assistencial da ESF, porque as duas equipes – da unidade básica e da saúde da família – embora tenham o objetivo de produzir saúde, organizam seu trabalho de maneira distinta. Enquanto a ESF tem o núcleo familiar como objeto de seu trabalho, a UBS concentra sua atuação para o indivíduo.

A UBS organiza seu trabalho a partir do atendimento da demanda espontânea e programada a partir das especialidades nas áreas médicas básicas (Clínico Geral, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia), Enfermagem, Odontologia, Serviço Social, Psicologia, entre outros, e técnicos de enfermagem (FACCHINI et al., 2006). O atendimento ocorre mais frequentemente no interior da unidade de saúde e de maneira mais pontual (do tipo queixa-conduta).

Em contrapartida, a ESF está organizada pelo atendimento da demanda espontânea e programada a partir do trabalho do médico de família, do enfermeiro e do dentista, quando presente, além dos técnicos de enfermagem. Conta com a presença de ACS, importantes interlocutores entre serviço e comunidade, uma vez que são pessoas residentes no território, facilitando a compreensão da organização desse espaço. O diagnóstico situacional é elemento norteador para a elaboração de estratégias de enfrentamento de problemas na comunidade.

A ESF é entendida como uma política nacional de saúde, com o objetivo de estruturar o SUS, redirecionando as prioridades de ação em saúde, reafirmando uma nova filosofia de atenção à saúde e consolidando os princípios organizativos do SUS, apontando para a universalização do acesso, para a regionalização entre municípios adjacentes e para a descentralização em saúde (ANDRADE et al., 2012).

O estudo de Elias e colaboradores (2006) demonstrou diferenças estatisticamente significativas entre UBS e ESF, particularmente na questão do vínculo com a comunidade, no enfoque do cuidado à família e na orientação comunitária, em que a ESF apresentou melhores escores. Assim, UBS e ESF constituem serviços de saúde distintos a partir de seus processos de trabalho, sendo difícil a atuação de ambos os serviços no mesmo espaço de trabalho.

As questões avaliadas pelo grupo de interesse sobre os recursos físicos são relevantes e interferem diretamente na organização do trabalho em saúde e sua resolução implica no planejamento da gestão municipal de saúde, no sentido de reorganizar os espaços existentes e na atuação ativa do controle social como instância deliberativa com autonomia para tencionar essa reorganização, buscando construir espaços de cuidado acolhedores e resolutivos.

É, também, importante refletir sobre os processos de trabalho instituídos nas equipes de saúde da família, com o objetivo de estruturar o trabalho de modo a produzir ações em saúde mais voltadas à comunidade do que ao serviço de saúde.

Com relação aos recursos materiais, o grupo de interesse avaliou que o fornecimento dos materiais não é sistemático, mostrando-se ineficaz frente às necessidades das ESF.

*O grupo de interesse avalia que há dificuldades no fornecimento e disponibilidade de materiais, que é instável. Assim, em um mês, vem, no outro não, e os coordenadores buscam auxílio uns com os outros para suprir essa falta até a chegada do material do mês seguinte. Tem tudo, mas é difícil conseguir, porque vem pouco. (Reunião de Negociação – 08/02/2012).*

Os recursos materiais abrangem materiais permanentes, como equipamentos médico-hospitalares, mobiliários e veículos, e materiais de consumo, como medicamentos, material de escritório, de limpeza, de uso cirúrgico, de laboratório, entre outros (VECINA NETO; REINHARDT FILHO, 1998).

O grupo de interesse referiu que as dificuldades estão, especialmente, nos materiais para curativos e de escritório, incluindo impressos, como receituários. Os coordenadores recorrem à supervisão da ESF da GDPLP e aos colegas das demais ESF para buscar minimizar esse fornecimento não sistemático do material até a chegada da próxima entrega, no mês seguinte.

O estudo de Weirich e colaboradores (2009), realizado com 44 gerentes de serviço em Goiânia (GO), aponta que a deficiência de recursos materiais é o ponto de estrangulamento mais presente no cotidiano do trabalho gerencial, tornando o atendimento inadequado e

gerando insatisfação ao usuário do serviço e sobrecarga à equipe de saúde, exigindo do gerente ações imediatas na captação desses recursos.

A instabilidade no fornecimento de recursos materiais pode estar relacionada tanto à coordenação da ESF quanto à gestão municipal de saúde. Muitas vezes, a falta de recursos materiais não está relacionada com dificuldades orçamentárias, mas sim com a falta de planejamento para aquisição dos materiais, falta de controle de estoque e desconhecimento das reais necessidades dos serviços de saúde (BIAGOLINI; SANTOS, 2007). Esse é o cenário vivenciado pelo grupo de interesse, pois o problema não é a falta de recursos, mas o fornecimento não sistemático dos materiais para as ESF, destacando uma dificuldade na comunicação entre a coordenação da ESF e a gestão municipal de saúde, pois existe verba para aquisição dos recursos, mas falta organização para realizar o provisionamento adequado a cada realidade.

A manutenção de equipamentos e conserto de materiais da unidade foi avaliada como uma dificuldade no trabalho da gestão da ESF, porque implica em despender tempo para realizar as solicitações, isso associado à morosidade em sua resolução.

*“Outra coisa que, às vezes, atrapalha essa questão de organização é essa questão de solicitar que venham buscar alguns materiais que a gente não precisa mais, que está estragado. O pessoal demora um tempão e a gente não tem nem onde guardar.” (E1).*

*“Para nós botarmos essa cadeira (dentista) a funcionar foi uma novela quase mexicana. Coisas burras de um sistema, duma secretaria que já nasceu falida, porque a cadeira a empresa tem que instalar. Só que o cano da água é um setor na secretaria que instala, a tomada é um outro setor que instala, o tubo conector eu tenho que solicitar para um outro setor da secretaria. Então, são coisas burras que não se falam entre si, tu tens que estar tentando conectar os pontinhos para que realmente a coisa funcione. Tudo isso demanda tempo.” (E3).*

*“A gente solicita a manutenção de algum equipamento, tem muita burocracia. Até que se chegue nessas pessoas de referência, tudo é via e-mail, às vezes, nem sempre tem disponibilidade de estar na tela do computador, conseguindo fazer toda essa administração. E é muito moroso.” (E4).*

Na reunião de negociação, o grupo de interesse avaliou que a manutenção dos equipamentos e o conserto de materiais são importantes para o funcionamento das ESF, porém a morosidade para a execução dessas solicitações dificulta o trabalho da gestão. Os

coordenadores avaliaram, ainda, que a manutenção e o conserto de equipamentos e materiais poderiam ser centralizados em um único setor, facilitando a resolução das solicitações das ESF em menor tempo e com mais agilidade.

A rotatividade dos profissionais foi avaliada como uma dificuldade na gestão da ESF referente aos recursos humanos.

A rotatividade de profissionais, especialmente médicos, pode estar relacionada com uma questão importante, que é o vínculo empregatício dos profissionais da ESF em Porto Alegre. Os profissionais da ESF são contratados por meio de convênio com o Instituto de Cardiologia, uma instituição de cunho público-privado contratada para gerenciar as ESF, o que torna o vínculo empregatício fragilizado, com poucas garantias de manutenção do emprego.

À época da coleta de dados, o prefeito municipal estava propondo a criação do Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF), fundação pública de direito privado sem fins lucrativos, de interesse coletivo e utilidade pública, com o objetivo de qualificar a atenção prestada pela ESF e contratando os seus profissionais por meio de concurso público, regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), fazendo parte do Quadro de Pessoal Permanente do IMESF (PMPA, 2011).

A terceirização dos profissionais de saúde, hoje, é uma realidade nacional, o que pode favorecer a pouca vinculação e baixa responsabilidade dos profissionais com o seu trabalho, com a proposta da ESF, com os usuários, com familiares e com a comunidade, e dos gestores com esses trabalhadores e com o próprio SUS (REIS et al., 2007).

A terceirização de profissionais na saúde tem se tornado frequente e, particularmente quando pensamos na proposta da atenção psicossocial, a ideia de instabilidade e incerteza do vínculo empregatício prejudica as relações e intervenções dos trabalhadores junto aos usuários, família e comunidades. O poder de contratualidade bastante restrito nessa forma de contratação de profissionais inibe a realização de práticas emancipatórias como as propostas pela atenção psicossocial, dificultando, assim, a autonomização dos usuários (OLIVEIRA, 2007).

A falta de ACS foi outra dificuldade avaliada pelos coordenadores da ESF no desempenho da gestão da ESF, configurando-se como um obstáculo na implantação de processos de trabalho coerentes com a proposta da ESF, de acompanhamento longitudinal e integral.



Das 12 ESF do estudo, duas estavam sem nenhum ACS: ESF Morro da Cruz e ESF Santo Alfredo, e, em duas, havia vagas em aberto para o cargo: ESF Santa Helena e ESF São Pedro.

O ACS é o elo entre a equipe da ESF e a comunidade, contribuindo para o estabelecimento e manutenção do vínculo e facilitando a compreensão das necessidades de saúde da população, sendo considerado como personagem-chave no processo de organização da assistência, assumindo uma posição bidirecional, uma vez que é morador da comunidade em que atua e é, ao mesmo tempo, trabalhador do serviço de saúde (SANTANA et al., 2009; PERES et al., 2011).

Assim, o ACS é um profissional imprescindível para efetivar as propostas de trabalho da ESF, aproximando os saberes técnicos e populares, intermediando a relação entre ESF e território, e proporcionando a integração entre comunidade e serviço de saúde.

O ACS conhece intimamente o território e suas relações, sendo fruto desse espaço social e, por isso, contribui ativamente na construção do direcionamento do cuidado, indo ao encontro das reais necessidades de saúde da comunidade, que, por vezes, não são tão claras para a equipe da ESF.

Frente a isso, avalio que a falta do ACS no cotidiano da ESF representa uma importante perda na qualidade de atenção prestada à população, pois esse profissional é o principal ator para o conhecimento do território e suas necessidades, bem como é quem aproxima o serviço de saúde da comunidade, e vice-versa, construindo laços vinculares sólidos e parcerias efetivas com os recursos do território, e subsidiando a construção de processos de trabalho usuários-centrados.

Os recursos humanos são indispensáveis para a viabilização das ações de saúde e alcance das propostas de cuidado da ESF. Assim, é importante oferecer condições adequadas de trabalho e certa estabilidade no vínculo empregatício para que o profissional possa se dedicar com mais afinco à realização de seu trabalho.

Dificuldades relacionadas aos recursos físicos, materiais e humanos adequados às necessidades de trabalho das equipes e de saúde da população indicam a desvalorização da ESF pelo poder público como uma estratégia efetiva de mudança do modelo assistencial, sendo, dessa forma, compreendida como um serviço de baixo custo para uma população carente de equipamentos de saúde instalados (MISHIMA, 2003).

As dificuldades avaliadas pelo grupo de interesse – recursos físicos, materiais e humanos insuficientes – também fazem parte da realidade de outros municípios e estados brasileiro, exigindo que se repensem maneiras mais efetivas de superação dessas dificuldades,

para que elas não se naturalizem e não sejam compreendidas como parte do cenário da ESF (KANTORSKI et al., 2006; FERNANDES; MACHADO; ANSCHAU, 2009; WEIRICH et al., 2009; FERNANDES et al., 2010).

As questões avaliadas pelo grupo de interesse relacionadas aos recursos em saúde são relevantes frente ao contexto de trabalho da ESF, interferindo diretamente na produção do cuidado em saúde e atenção psicossocial. Essas apontam, assim, para a necessidade de refletir sobre as dificuldades identificadas antes de dar continuidade ao processo de expansão da ESF no município para que essas dificuldades não façam parte do cotidiano de novas realidades. É importante discutir sobre possíveis soluções para as questões avaliadas pelos coordenadores das ESF para que as unidades de saúde da família possam oferecer um acolhimento adequado com vistas à resolutividade das ações desenvolvidas, concretizando a proposta de humanização do Sistema Único de Saúde.

Os resultados do processo avaliativo evidenciados na categoria Processo de Trabalho estão relacionados à organização do trabalho do coordenador no âmbito do processo de trabalho na ESF, à luz dos modelos assistenciais da ESF e da atenção psicossocial, salientando as características e atribuições da gestão da ESF, a sobrecarga de trabalho do coordenador, os aspectos positivos no exercício desse cargo e a ambiência das ESF, apontando dificuldades com relação aos recursos em saúde – físicos, materiais e humanos.

## **5.2 Gestão da Atenção Psicossocial**

Apresento a discussão dos temas relacionados à gestão da atenção psicossocial e sua inclusão no processo de trabalho da ESF, destacando as interfaces estabelecidas entre a saúde da família e a atenção psicossocial como modelos orientadores do cuidado em saúde e saúde mental, respectivamente.

Concordo com Lancetti (2008) quando afirma que a parceria entre atenção psicossocial e saúde da família promove a construção de uma clínica nova e inovadora pautada, particularmente, na criatividade, na invenção, na socialização de conhecimentos, na singularidade das pessoas e na possibilidade de expandir as ações de cuidado para além da clínica tradicional. Dessa forma, exige a instituição de um modelo de gestão em saúde participativo e democrático, capaz de abranger as características subjetivas e objetivas da atenção psicossocial.

A gestão da atenção psicossocial tem o objetivo de fortalecer as práticas de cuidado em saúde mental no cotidiano do trabalho da ESF, refletindo diretamente na história de vida das pessoas que vivem e convivem com o transtorno psíquico, considerando sua subjetividade e seus projetos de felicidade, estando presente em seu território para acolher suas necessidades no momento em que elas se fazem sentir.

### 5.2.1 Atenção Psicossocial

A atenção psicossocial nasceu a partir de um amplo conjunto de transformações práticas, teóricas, éticas e políticas, inseridas no movimento da Reforma Psiquiátrica, consistindo na construção de um novo modelo teórico e assistencial em saúde mental, o qual se fez necessário frente à insuficiência do modelo asilar – hospitalocêntrico e manicomial. Devido aos avanços obtidos com essas transformações, é possível falar da atenção psicossocial como a estratégia orientadora do cuidado em saúde mental, sendo o eixo norteador das ações de saúde mental nos diferentes serviços da rede de atenção psicossocial (YASUI; COSTA-ROSA, 2008).

Assim, a atenção psicossocial está para além da transformação nos serviços de saúde enquanto instituições, mas se refere à invenção e criação de um novo modo de cuidar das pessoas com transtorno psíquico, valorizando seu sofrimento, sua história de vida, sua singularidade e seus desejos, tencionando e produzindo novas relações sociais, oferecendo um novo lugar social ao louco (YASUI, 2009).

A atenção psicossocial tem o desafio de colocar a pessoa com transtorno psíquico como protagonista de sua vida e de seu cuidado a partir das parcerias com os serviços de saúde necessários à realização de seu plano terapêutico em seu território de relações. Nesse sentido, a ESF aparece como um serviço-chave para efetivar a proposta da atenção psicossocial, pois está inserida no território de vida das pessoas, conhecendo seus projetos de felicidade e desenvolvendo seu trabalho de maneira comprometida com a realização de cada um desses projetos, fazendo do usuário do serviço o protagonista do cuidado.

A proximidade entre a atenção psicossocial e a saúde da família está nas características constitutivas comuns desses dois modelos assistenciais: noção de território, atenção em rede, intersetorialidade, reabilitação psicossocial, interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção da cidadania e construção da autonomia possível (BRASIL, 2003b).

Comungando dessa compreensão, o grupo de interesse avaliou que a atenção psicossocial acontece no cotidiano de trabalho da ESF, uma vez que a equipe se defronta, diariamente, com demandas de cuidado que exigem de todos os profissionais uma postura acolhedora, implicando na escuta e no relacionamento com o usuário do serviço e com o território. Ou seja, a atenção psicossocial ocorre a partir de uma ação ampliada, na qual, conjuntamente, profissional e usuário, em um momento de intimidade terapêutica, buscam identificar os diferentes motivos que causam sofrimento psíquico, que envolvem desde a falta de trabalho, moradia e alimentação, até a presença de sintomas depressivos, psicóticos ou o desejo de morrer. Isso implica em ir além de atender o usuário do serviço; é preciso assumir a corresponsabilidade por seu sofrimento e construir com ele novas possibilidades de cuidado.

Nesse sentido, a atenção psicossocial é compreendida, pelos coordenadores da ESF, como uma questão de campo de competência e não somente de núcleo, uma vez que ela acontece por meio da articulação com os diferentes profissionais e seus saberes.

O campo de competência refere-se a um espaço mais geral que inclui os principais saberes e práticas de determinada área de competência, tendo limites e contornos imprecisos, em que cada disciplina e profissão buscariam em outras o apoio necessário para a realização de suas tarefas. Em contraponto, o núcleo de competência inclui as atribuições exclusivas e específicas de determinada especialidade, tendo as definições as mais delineadas possíveis (CAMPOS; CHAKOUR; SANTOS, 1997; CAMPOS, 2000b).

Assim, a atenção psicossocial na ESF caracteriza a possibilidade de um profissional não especialista da área de saúde mental oferecer cuidados nessa área, subsidiado pelos saberes e práticas já difundidas sobre a atenção psicossocial, tais como a valorização da subjetividade e dos projetos de felicidade do usuário, a inclusão social, a reabilitação psicossocial, a “coconstrução” de modos mais autônomos para a vida do usuário, a corresponsabilização pelas demandas do usuário, entre outros.

Com isso, as ações de saúde mental são realizadas no território das relações e de cuidado, oferecendo ao usuário com transtorno psíquico o acolhimento e a escuta de suas demandas e necessidades a partir de sua realidade existencial e territorial.

Conceber a atenção psicossocial na ESF como uma atribuição de campo de competência, no conceito mencionado anteriormente, é, também, possibilitar a circulação das pessoas com transtorno psíquico no território e nos espaços da cidade, promovendo sua inclusão enquanto cidadão e sua autonomia enquanto ser humano. É, ainda, contribuir para a desmistificação da figura do louco perigoso e agressivo, construindo uma nova imagem, de uma pessoa que faz parte de uma família, mora em determinado local, mantém certas relações

sociais e convive com um transtorno psíquico, o qual passa a ser um dado a mais em sua história de vida e que pode ser acompanhado pelo serviço de saúde local, assim como outras morbidades.

*“Acho que a gente faz isso muito no dia a dia, a questão da saúde mental num contexto de campo. Eu pensava saúde mental ainda no núcleo, mas eu vejo que, na prática, ela é mais campo do que núcleo. Porque, às vezes, eu vejo a gente discutindo alguns casos, ‘ah tem que encaminhar para a saúde mental’, ‘tem que falar com o psicólogo’, mas espera aí, essa mãe, essa criança está com dificuldade na escola, vamos ver como é que é essa mãe, como é que é esse pai, como é que é essa família, o que tem dentro daquela casa, o que acontece no entorno daquilo lá. Acho que, muitas vezes, não é o psicólogo, não é um psiquiatra, um neurologista que vai resolver aquilo, ou pelo menos vai dar uma luz. Às vezes, o que precisa é a gente sentar com aquela família e tentar nortear ela, porque ela está tão perdida, está tão bagunçada aquela vida dela e a gente vai acabar pecando, muitas vezes, para mandar para um especialista. Não enxergou nenhuma luz naquela situação, e então acha ‘não, isso aqui realmente acho que tem que ser um neuro para dar conta disso aqui, acho que tem que entrar com a medicação’. A saúde mental ser campo e não ser mais núcleo, que qualquer um de nós, não precisa ser um psicólogo para estar ouvindo essa demanda e para tentar, e ouvir com uma escuta qualificada, não só ouvir. Depois que eu escutei isso, eu fiquei mais tranquila porque eu vejo que a gente pode estar dando conta de muitas coisas.” (E3).*

A fala de E3 revela a potencialidade da ESF em atender as demandas relacionadas com a atenção psicossocial, destacando a importância do acolhimento e da escuta no cotidiano do trabalho da ESF como tecnologias essenciais para o alcance do cuidado em saúde e saúde mental.

O acolhimento se caracteriza como uma prática que tem o objetivo de garantir a escuta, o vínculo, a responsabilização, a atenção resolutiva, a promoção da cidadania e da autonomia do usuário (OLIVEIRA; SILVA; TUNIN, 2002). A partir do acolhimento, é produzido o encontro entre trabalhador e usuário, caracterizado como um momento de relação interpessoal e troca mútua, sendo construído pelos sujeitos que dele participam.

O acolhimento está intimamente relacionado com a escuta, a qual não se limita apenas ao que foi falado, mas compreende também as lacunas do discurso, exigindo do profissional a percepção para captar esses silêncios. A escuta se caracteriza como uma ação imprescindível para conhecer quem se escuta, sobre o que fala e como fala (SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2006).

No contexto da atenção psicossocial na ESF, acolhimento e escuta são fundamentais para dar voz às demandas do outro, auxiliando-o na construção de soluções frente às necessidades reveladas, consistindo em ações que podem ser realizadas por profissionais de saúde que estejam dispostos a construir novas formas de cuidado psicossocial, rompendo com a lógica do especialismo e da especialidade, em que cada serviço atende a um problema específico.

Isso não quer dizer, no entanto, que se esteja negando a clínica e a existência do transtorno psiquiátrico com sua etiologia e epidemiologia. Propõe-se, tão somente, a mudança do objeto de cuidado, que deixa de ser o transtorno e passa a ser a existência-sofrimento dos usuários do serviço de saúde (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001). Assim, o serviço de saúde deve ocupar-se, prioritariamente, do sujeito e de seu projeto de felicidade, sem, no entanto, deixar de cuidar de sua condição clínica e psiquiátrica.

A atenção psicossocial, considerada a partir do campo de competência, se configura como uma prática interdisciplinar, congregando diferentes olhares disciplinares sobre a loucura e, por isso, não deve se organizar por meio da centralidade nas práticas médico-psiquiátricas, ainda que hegemônicas (OLIVEIRA, 2007; STARFIELD, 2002).

Outra questão avaliada pelo grupo de interesse se refere ao quadro de vulnerabilidades social e familiar, que compõe a realidade dos territórios da maioria das ESF estudadas, resultando no aumento da demanda por cuidados em atenção psicossocial no cotidiano de trabalho das equipes de saúde da família.

O conceito de vulnerabilidade tem sido utilizado para designar as suscetibilidades das pessoas a problemas e danos de saúde e sociais, trazendo os elementos abstratos associados e associáveis no processo de adoecimento, buscando a universalidade e expressando os potenciais de adoecimento, não adoecimento e enfrentamento relacionados aos indivíduos (AYRES et al., 2003).

A precariedade dos territórios das ESF e a vulnerabilidade da população adstrita contribuem na determinação da complexidade da atual demanda em saúde, exigindo dos profissionais a invenção de novas maneiras de ofertar o cuidado, pois a lógica queixa-conduta é insuficiente frente a essa complexidade (CAMPOS et al., 2011).

A complexidade da demanda em saúde, nesse estudo, é compreendida como as demandas por cuidado em atenção psicossocial, as quais abrangem aspectos sociais, econômicos, políticos e éticos, incluindo o acesso ao emprego, à moradia, à educação, à alimentação, ao lazer, ao saneamento básico, entre outros, revelando cenários de pobreza e miserabilidade que podem despertar para necessidades em saúde mental.

*“Uma coisa que a gente tem visto ao longo do tempo, e que é uma opinião unânime, é que hoje em dia se tem muito mais paciente com, vamos dizer assim, patologias relacionadas à saúde mental do que outras patologias crônicas. A demanda da necessidade de atenção, vamos dizer, psicossocial tem aumentado cada dia mais. Hoje eu te diria que a gente tem uma maior demanda psicossocial do que um acompanhamento de pacientes crônicos de diabetes e hipertensão, que, quando eu comecei há sete anos atrás, era a maior demanda.” (E4).*

*“A saúde mental nos gera muita demanda, uma demanda que chega a ser assustadora, porque é uma demanda que cresce, cresce, cresce cada vez mais.” (E6).*

*“As necessidades da comunidade mudaram. O que se trabalhava há 15 anos não é nada do que se trabalha hoje e eu acho que a equipe conseguiu entender isso, porque antes era muito mais essas questões de saneamento básico, de miséria absoluta, de falta de acesso à educação, à saúde mesmo e agora não, agora são outras coisas. É a questão da saúde mental, porque é impossível não entrar no sofrimento que está agregado a tudo isso.” (E7).*

Entendo que o aumento das demandas por cuidado em atenção psicossocial revela a sensibilidade do profissional aos componentes da vida humana e, conseqüentemente, da saúde, que deixa de ser sinônimo de ausência de doenças, mas que envolve aspectos individuais, culturais, sociais, econômicos, políticos, além dos biológicos. Nesse sentido, é lançado um novo olhar para as questões de saúde, possibilitando a concretização do cuidado em saúde mental no território, promovendo o tensionamento e, em alguma medida, o rompimento de barreiras com a loucura, historicamente construídas.

Os resultados do processo avaliativo demonstram que é possível desfazer o mito da loucura, uma vez que o grupo de interesse avaliou que há responsabilidade e proximidade com as práticas psicossociais em seu cotidiano de trabalho. Não se nega a clínica psiquiátrica, mas se propõe o compartilhamento da atenção em saúde mental nos diversos pontos da rede de saúde, produzindo encontros no espaço do território, seja por meio do matriciamento seja por discussão entre pares, evidenciando a ação de saúde em sua integralidade.

A presença e o aumento das demandas por cuidado em atenção psicossocial no território encaminham para a exigência de desenvolver ações que acolham essa demanda e a ESF torna-se um dispositivo precioso nesse sentido, pois faz parte do cotidiano da

comunidade e constrói, ou deve construir, com ela uma relação de vínculo capaz de dar conta das questões de saúde e atenção psicossocial.

Os estudos de Ribeiro e colaboradores (2009), Tanaka e Lauridsen-Ribeiro (2009), Camuri e Dimenstein (2010), e Campos e colaboradores (2011) apontam que as queixas relacionadas à atenção psicossocial são as causas mais frequentes de busca por atendimento nas ESF/UBS, enfatizando, com isso, o papel fundamental da atenção básica frente ao diagnóstico e tratamento de pessoas com transtorno psíquico.

Avalio que os coordenadores das ESF estudadas compreendem a importância do cuidado em saúde mental no território, uma vez que as equipes da ESF têm assumido uma postura acolhedora frente ao sofrimento do outro, sendo capazes de escutar, também, o que não é falado, demonstrando empatia e buscando soluções factíveis à realidade, fortalecendo a relação de vínculo com o usuário que acessa o serviço de saúde. Dessa maneira, vão ao encontro do que é preconizado pelo modelo assistencial da atenção psicossocial, incluindo a oferta desse cuidado no processo de trabalho das equipes de saúde da família, buscando acolher a essa demanda presente, cada vez mais, no dia a dia das ESF.

O aumento da demanda por cuidado em atenção psicossocial gerou, também, a avaliação, pelo grupo de interesse, de que a equipe mínima da ESF, preconizada pelo Ministério da Saúde, não está sendo suficiente para atender a essa demanda crescente.

A equipe mínima preconizada é composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar/técnico de enfermagem e seis ACS (BRASIL, 2004a). Os coordenadores das ESF entendem que é importante que uma mesma equipe de saúde da família possa comportar mais médicos e enfermeiros na perspectiva de ampliar o acesso ao serviço de saúde, possibilitando fortalecer os vínculos com a comunidade e com os usuários do serviço, uma vez que compreendem que a atenção psicossocial está relacionada com a produção de encontros acolhedores, com a promoção de espaços de escuta e fala, com o protagonismo dos atores, com a expressão das subjetividades e com a realização dos projetos de felicidade.

*“[...] se revise a quantidade de profissionais, não acrescentar outros profissionais, mas ter mais enfermeiros, mais médicos dentro da mesma estratégia, que a gente pudesse atender essa demanda com maior qualidade [...] uma ampliação da equipe mínima.” (E3).*

*“As equipes de saúde da família são muito mínimas, não tem como a gente dar conta tamanha a demanda que a gente tem.” (E8).*



Os resultados desse estudo, discutidos na categoria Processo de Trabalho, revelam esse comprometimento dos coordenadores das ESF e, conseqüentemente, de sua equipe de saúde da família, com relação à atenção às demandas da população adstrita.

Entendo a avaliação dos coordenadores frente a essa questão da insuficiência da equipe mínima para atender às demandas por cuidado em atenção psicossocial, pois são profissionais preocupados em produzir a saúde no território de maneira ampliada e integral, indo além dos aspectos biológicos e medicamentosos, mas considerando a subjetividade das pessoas, seus modos de andar na vida e seus projetos de felicidade.

No entanto, destaco um aspecto que avalio como fundamental ao cuidado em atenção psicossocial no território: é a potência de uma rede de atenção, com diversos pontos e serviços articulados entre si, uma vez que o trabalho em rede é o modo de organização das práticas em saúde no SUS (BRASIL, 2009b).

A rede de atenção psicossocial deve ser constituída pelos componentes apresentados no quadro 7 (BRASIL, 2011b).

QUADRO 7 - Componentes da Rede de Atenção Psicossocial

<b>Tipo de Atenção</b>	<b>Dispositivos</b>
<b>Atenção Básica em Saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade Básica de Saúde.</li> <li>• Núcleo de Apoio à Saúde da Família.</li> <li>• Consultório na Rua.</li> <li>• Apoio aos Serviços do Componente Atenção Residencial de Caráter Transitório.</li> <li>• Centros de Convivência e Cultura.</li> </ul>
<b>Atenção Psicossocial Estratégica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centros de Atenção Psicossocial, em suas diferentes modalidades.</li> </ul>
<b>Atenção de Urgência e Emergência</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SAMU 192.</li> <li>• Sala de Estabilização.</li> <li>• UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/emergência.</li> <li>• Unidades Básicas de Saúde.</li> </ul>
<b>Atenção Residencial de Caráter Transitório</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade de Acolhimento.</li> <li>• Serviço de Atenção em Regime Residencial.</li> </ul>
<b>Atenção Hospitalar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermaria especializada em Hospital Geral.</li> <li>• Serviço hospitalar de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.</li> </ul>
<b>Estratégias de Desinstitucionalização</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Serviços Residenciais Terapêuticos.</li> <li>• Programa De Volta para Casa.</li> </ul>
<b>Estratégias de Reabilitação Psicossocial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda.</li> <li>• Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.</li> </ul>

Fonte: BRASIL, 2011b

A atenção psicossocial pressupõe um trabalho em rede e exige uma oferta de serviços integrados. Essa rede deve estar organizada no território, próximo das pessoas, admitindo que a responsabilidade pelo cuidado é uma prática a ser desenvolvida por vários atores. A rede busca reforçar as potencialidades do território e os diferentes dispositivos, em parceria com a gestão municipal e o controle social, devem compartilhar sua produção e seus agenciamentos para a produção de saúde e de atenção psicossocial.

A partir de uma rede de atenção psicossocial articulada e integrada por meio do sistema de gestão democrático e participativo, avaliamos que emerge das equipes da ESF a sua capacidade criadora de atenção em saúde, pois há uma responsabilização compartilhada, uma vez que se cria uma gama de oportunidades e lugares com a participação dos atores tendo como horizonte a cidadania e a inclusão social.

Outra questão avaliada pelo grupo de interesse é a falta de tempo para realizar os atendimentos voltados aos cuidados em atenção psicossocial, porque compreendem que essa ação exige lançar mão das tecnologias relacionais, centrando-se no acolhimento e na escuta, construindo planos terapêuticos compartilhados centrados no usuário que busca o atendimento em atenção psicossocial.

*“A gente precisa muito é de tempo, muito tempo [...] para que a gente pudesse atender essa demanda com maior qualidade.” (E3).*

*“A maioria a gente tem acompanhamento aqui com a gente e é um acompanhamento difícil de fazer, porque é uma consulta que requer tempo. Às vezes, o paciente vem só para conversar, a parte psicossocial mesmo e a gente não tem esse tempo.” (E6).*

Avalio que o tempo está diretamente relacionado com o modo de organização do trabalho da ESF e com a autonomia do profissional de saúde na realização de seu trabalho.

O trabalho em saúde se caracteriza, segundo Merhy (2007a), como um trabalho vivo em ato, ou seja, expressa o trabalho em si no momento em que é executado e, por isso, é marcado pela total possibilidade de ação do profissional na produção de saúde com máximo grau de liberdade, (re)inventando o cotidiano em seu espaço de trabalho.

Isso demonstra que o profissional possui autonomia na execução de seu trabalho, podendo atuar de maneira criativa na produção de atos em saúde, construindo novos espaços de cuidado, promotores de acolhimento, escuta e vínculo, indo ao encontro do modelo assistencial da ESF e da atenção psicossocial, ou seja, cuidar é um ato de criar em que o

profissional deve estar atento ao que é único e, por isso, requer invenção e a busca de possibilidades na promoção de saúde.

A autonomia do profissional no trabalho vivo em ato é ampla, sendo muito difícil, ou mesmo impossível, a captura total do autogoverno nas práticas de saúde. Dessa forma, no interior do processo de trabalho em saúde, não cabe a concepção de impotência, pois, se o processo de trabalho está sempre aberto ao trabalho vivo em ato, é porque ele pode ser sempre “atravessado” por diferentes lógicas de trabalho (MERHY, 2007b).

Isto quer dizer que, igualmente estando inserido no processo de trabalho da ESF, o profissional tem autonomia para decidir o modo de organizar seu trabalho no cotidiano da unidade de saúde da família, adequando o tempo de atendimento àqueles que julga necessitem de um olhar mais intensivo e de uma escuta mais qualificada, ou seja, uma escuta que apreenda as queixas pontuais, o contexto de vida e de relações (familiares e sociais), ou seja, é fazer emergir a pessoa, o singular e a diferença.

Assim, a atenção psicossocial ocorre na vida das pessoas e não somente daquelas que sofrem com um transtorno psíquico, e, por isso, é parte constituinte da agenda da saúde, não se reduzindo a espaços físicos e profissionais, mas sendo um cuidado ampliado que se dá no encontro entre usuário e profissional, e que tem como cenário de prática o território, a rede social e o trabalho.

A atenção psicossocial pressupõe a troca nas mais diversas estações de cuidado e, por isso, avalio que o espaço de cuidado em saúde mental nos moldes da atenção psicossocial é uma realidade na ESF que convoca ações individuais e coletivas promovidas pelos profissionais das equipes de saúde da família, articulando e integrando os diferentes dispositivos da rede de atenção psicossocial. É uma busca conjunta em que usuário, família e profissional falam o que necessitam e desejam, construindo ações essenciais para os problemas vividos, como organizar horários ou atividades de vida diária, participar de festas, conviver no território, andar de ônibus, entre outros.

Independente da avaliação de que há falta de tempo para a atenção psicossocial, entendo que há compromisso no trabalho da ESF com esse modo de atenção, isto porque os coordenadores têm buscado organizar o trabalho em suas unidades pautados nos princípios da atenção psicossocial, desenvolvendo ações, como grupos em saúde, consultas médicas e de enfermagem individuais e familiares, visitas domiciliares, acompanhamento pós-alta hospitalar, atendimento conjunto com equipes de matriciamento em saúde mental, entre outros. Assim, se busca responder às necessidades de saúde da população adstrita, enfatizando

que a atenção psicossocial é uma realidade no cotidiano de trabalho dessas ESF, constituindo cenários e territórios.

O acompanhamento longitudinal é outra questão avaliada pelo grupo de interesse como parte do trabalho cotidiano da ESF, o qual potencializa o atendimento da atenção psicossocial no território, porque enfatiza o vínculo entre o serviço e a comunidade/ o profissional e o usuário, promovendo o cuidado contínuo.

Para que os objetivos traçados pela atenção psicossocial sejam alcançados, o estabelecimento e a manutenção do vínculo entre profissional e usuário são imprescindíveis e devem ser estabelecidos, prioritariamente, a partir do território de vida do usuário com transtorno psíquico.

O vínculo, na saúde, refere-se a uma relação de plena confiança, mediada pela responsabilização e pelo compromisso com o outro. Na relação de vínculo, profissional e usuário são compreendidos como sujeitos autônomos que participam ativamente do processo de produção de saúde, sendo ambos responsáveis por ela (MERHY, 1994).

Estabelecer uma relação de vínculo é assumir um compromisso com o problema do outro, de maneira responsável, ativa e mútua, implicando na participação e acolhida do usuário como sujeito autônomo, que tem desejos e voz, trazendo para esse relacionamento a responsabilidade compartilhada. Por isso, o vínculo está diretamente relacionado com o acompanhamento longitudinal, uma vez possibilita fortalecer os laços previamente estabelecidos.

O acompanhamento longitudinal é um dos atributos da ESF e consiste no vínculo entre usuário/família com a unidade/profissional. Está fortemente relacionado com a comunicação entre esses atores, com o intuito de favorecer o acompanhamento do usuário, a continuidade e a efetividade do cuidado em saúde (STARFIELD, 2002).

*“A gente acha que é importante atender a família enquanto família. Então eu atendo tudo daquela família, eu faço pré-natal, eu faço puericultura, saúde mental, o que for daquela família, porque senão não dialoga dentro das famílias.” (E2).*

*“Daqui a pouco, a gente tem que encaminhar por mais que a gente mantenha os acompanhamentos aqui; todos os nossos pacientes são atendidos por nós mesmos, os que são acompanhados pela saúde mental.” (E8).*

O acompanhamento longitudinal envolve a assistência ao usuário e a sua família nas diferentes fases da vida, de modo integral abrangendo os aspectos biopsicossociais, além da

realização de ações de prevenção de agravos e promoção da saúde, resultando em melhorias na qualidade da saúde da população (BARATIERI; MARCON, 2011).

O acompanhamento longitudinal aos usuários com transtorno psíquico revela que a ESF tem buscado assumir seu papel de articulador da rede de atenção psicossocial, mantendo a corresponsabilidade pelo cuidado em saúde mental, independente do ponto da rede em que ele esteja sendo ofertado, indo ao encontro da proposta da atenção psicossocial.

A atenção psicossocial integra o trabalho cotidiano da ESF, fazendo parte dos atendimentos realizados por seus profissionais, possibilitando a construção de novas maneiras de produzir o cuidado em saúde e saúde mental, tendo o território como cenário de atuação e os usuários como protagonistas dessa produção.

Acompanhar no território e de modo longitudinal implica em personalizar o cuidado, superando a lógica da super-especialização e da fragmentação, ou seja, ao referenciar, não há rompimento do vínculo, mas sim a ampliação da clínica, acompanhando e favorecendo a interlocução na rede de atenção em saúde.

Considerando o acompanhamento longitudinal, são dispositivos facilitadores da gestão da atenção psicossocial avaliados pelo grupo de interesse: NASF, apoio especializado em saúde mental, trabalho em equipe, grupos em saúde, apoio da GDPLP e existência de espaços para discussão de casos.

Os coordenadores das ESF avaliam que a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) pode potencializar as ações de saúde mental pautadas no modelo assistencial da atenção psicossocial no território.

Conforme apresentado no quadro 7 (p.149), os NASF são dispositivos constituintes da rede de atenção psicossocial no âmbito da atenção básica à saúde/saúde da família, com a responsabilidade de apoiar as equipes de saúde da família por meio do apoio matricial e, quando necessário, pelo cuidado compartilhado, oferecendo suporte às equipes de saúde da família no manejo de situações referentes ao sofrimento ou transtorno psíquico, e uso e abuso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2011b).

Os NASF foram criados com o objetivo de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e ampliar a abrangência, o escopo e a resolutividade das ações de atenção primária, bem como contribuir para os processos de territorialização e regionalização. Estes dispositivos estão regulamentados pela Portaria Nº 154/2008 e são constituídos por profissionais de diferentes áreas do conhecimento que, em parceria com as equipes das ESF, compartilham práticas em saúde no território, atuando diretamente no apoio às equipes de saúde da família (BRASIL, 2008b).

Há dois tipos de NASF: a) NASF 1, que deverá ser composto minimamente por cinco profissionais de nível superior (médico acupunturista; assistente social; professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; e terapeuta ocupacional) e atenderem, no mínimo, 8 e, no máximo, 20 equipes de saúde da família; e b) NASF 2, que deverá ser composto, minimamente, por três profissionais de nível superior (assistente social; professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; nutricionista; psicólogo; e terapeuta ocupacional) e atenderem, no mínimo, três equipes de saúde da família. Consta, ainda, que, tendo em vista a magnitude da epidemiologia dos transtornos psíquicos, recomenda-se que cada NASF conte com, pelo menos, um profissional da área de saúde mental (BRASIL, 2008b).

Na reunião de negociação, o grupo de interesse avaliou que, para contribuir de maneira efetiva com a proposta da atenção psicossocial, seria ideal a composição de uma equipe de NASF para cada 10 equipes de saúde da família. No período de coleta dos dados deste estudo, a gestão municipal de saúde estava iniciando o processo de implantação dos NASF no município, realizando reuniões com as equipes de saúde da família para discutir as necessidades de cada realidade e elaborar um plano de atuação das equipes dos NASF abrangendo as diferentes realidades das ESF.

*“Acho que, em relação aos profissionais, talvez o NASF venha para fazer uma modificação grande no sentido de nos trazer um apoio diferencial, desde que ele fosse adequado a nossas necessidades, não de se pensar no número máximo de equipes para prestar assistência e sim do número mínimo de vínculos de equipe. Eu acho que disponibilizaria ter esses profissionais mais presentes dentro das unidades, dentro das equipes para prestar esse apoio. Eu acho que isso sim é um grande facilitador. Ainda não tem previsão para iniciar os NASF. A equipe participou de um seminário essa segunda-feira sobre a formação desses profissionais. E, além de não se ter uma previsão, infelizmente, o que se fala é que, a princípio, vai ser um NASF por gerência, o que hoje, para nós, é a realidade de um NASF para mais de 23 equipes de saúde da família, fora as unidades básicas.” (E4).*

*“Agora tem a história dos NASF que é interessante, mas, de repente, nós vamos estar com um monte de especialistas lá e que vão atender 10, 15 unidades. Aí eles não conseguem atender nenhuma, é complicado.” (E9).*

*“Talvez com o NASF nos dê um apoio, é uma esperança também. [...] Acho que é bem bom; a gente tem uma expectativa boa.” (E10).*

O grupo de interesse avaliou a importância do NASF como dispositivo de ampliação e fortalecimento da atenção psicossocial no território, destacando que um NASF para muitas equipes de saúde da família sobrecarrega esse dispositivo, levando-o à falência tendo em vista se alcançar os objetivos propostos.

Essa é uma preocupação legítima, uma vez que o NASF surge com o propósito de potencializar a atenção em saúde no território, ampliando o processo de acompanhamento longitudinal e fortalecimento do cuidado na ESF. Saliento que, para a efetivação dos objetivos do NASF, a sua regulamentação, de acordo com a Portaria Nº 154/2008, deve ser norteadora da implantação desse dispositivo no município, como apontam os coordenadores no processo avaliativo: um NASF para cada 10 equipes de saúde da família.

É importante, também, deixar claro a ação do NASF no contexto do trabalho em saúde. O processo de trabalho dos profissionais do NASF deve ser desenvolvido por meio do apoio matricial e da clínica ampliada, com a criação de espaços coletivos de discussões e planejamento, atendimento compartilhado, intervenções específicas do profissional do NASF na comunidade e ações comuns nos territórios de sua responsabilidade (BRASIL, 2009c).

Uma das propostas do NASF é a atuação no espaço do território de maneira integrada com a rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas em conjunto com as ESF, buscando construir um cuidado a partir da coletividade e do instrumental oferecido pela comunidade, qualificando e acionando os apoios existentes no território.

O NASF propõe repensar as práticas em saúde na ESF e, para isso, lança mão de ferramentas de trabalho, como a clínica ampliada, o apoio matricial, o projeto terapêutico singular e o projeto de saúde no território, para, em parceria com as equipes da ESF, qualificar o cuidado, construído no cotidiano com o usuário, família e comunidade (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

O apoio especializado em saúde mental também foi avaliado como dispositivo facilitador da gestão da atenção psicossocial no território. Na GDPLP, esse suporte é oferecido pela equipe de saúde mental e pela equipe de matriciamento da GDPLP. As unidades de saúde da família que recebiam o apoio especializado da equipe de saúde mental são: ESF Esmeralda, ESF Herdeiros, ESF Maria da Conceição, ESF Panorama e ESF São Pedro. As demais recebiam o apoio da equipe de matriciamento.

A equipe de saúde mental realizava uma reunião mensal em sua sede com representantes das ESF e UBS para as quais era a referência de atendimento em saúde mental. Assim, um profissional da equipe da ESF se deslocava até a sede para discutir os casos, e os casos mais graves eram encaminhados para atendimentos na sede. Para os casos menos graves, o profissional recebia orientações para realizar o acompanhamento na unidade.

A equipe de matriciamento trabalhava sob a lógica do apoio matricial e realizava encontros periódicos nas ESF para as quais era a referência de atendimento em saúde mental. Assim, membros da equipe de matriciamento se dirigiam até as unidades para a discussão de casos, atendimentos conjuntos, supervisão e orientação clínica, pactuando o cuidado em saúde mental em conjunto com a equipe da ESF, que era a referência para o usuário, e com o próprio usuário do serviço, promovendo seu protagonismo no cuidado, indo ao encontro dos propósitos da atenção psicossocial. A equipe de matriciamento realizava reuniões quinzenalmente nas unidades de saúde da família com a equipe envolvida no acompanhamento dos casos de saúde mental, realizando, com os profissionais da equipe de saúde da família, atividades, como grupos em saúde, interconsultas, atendimentos conjuntos, supervisão de casos, entre outros. A equipe de matriciamento tem uma proposta de trabalho mais próxima do cotidiano da ESF, participando de maneira mais ativa das realidades das unidades de saúde da família, estando presente nesses locais e conhecendo os territórios de vida das pessoas com transtornos psíquicos. O fato de ir até a unidade de saúde da família tem possibilitado que todos os profissionais da ESF participem dos encontros com a equipe de matriciamento e não apenas um profissional, como ocorre nas reuniões com a equipe de saúde mental. Ainda assim, ambas as equipes foram avaliadas pelo grupo de interesse como dispositivos facilitadores para a construção da atenção psicossocial no território.

O apoio matricial consiste em um arranjo organizacional do processo de trabalho em saúde que estimula maiores coeficientes de vínculo entre equipe de saúde e usuário, oferecendo retaguarda especializada e suporte técnico-pedagógico às equipes de referência, que, no caso deste estudo, são as equipes da ESF (CAMPOS, 1999; CAMPOS; DOMITTI, 2007). Este arranjo organizacional valoriza a prática terapêutica no território, enfatizando a singularidade do sujeito, sem fragmentar o cuidado, levando em consideração as dimensões que envolvem o cotidiano das ações em saúde: familiar, sociocultural, econômica e biopsicossocial (MIELKE; OLSCHOWSKY, 2010).

O grupo de interesse avaliou que o apoio especializado oferecido pelas duas equipes – equipe de saúde mental e equipe matricial – é um importante facilitador para o alcance dos objetivos da atenção psicossocial, porque apoiam e acionam propostas terapêuticas para



realizar o cuidado em saúde mental no território, discutindo coletivamente as ações propostas e compartilhando a responsabilidade pela construção da atenção psicossocial.

*“A gente tem uma equipe de matriciamento que dá o apoio, é o que nos auxilia assim nesses casos maiores. Agora, a gente tem o psiquiatra que vem uma vez por mês. A equipe consegue discutir casos com ele, ver se essa medicação que o paciente já usava ainda é válida, não está valendo ou algum paciente que não esteja usando algum medicamento e que a gente acha, de repente, que poderia ser necessário. Tem também o pessoal do matriciamento que vem de 15 em 15 dias, que também a gente está discutindo os casos para ver quais os encaminhamentos que podem ser dados.” (E1).*

*“Essa questão do matriciamento estar sempre junto, porque, embora elas não sejam do serviço, não sejam do serviço social, elas têm uma visão bem boa da rede de saúde mental e a gente tem conseguido alguns encaminhamentos bons. A gente tem conseguido bons resultados. A gente discute: essa sexta a gente tem dois ou três atendimentos marcados para fazer em conjunto e o atendimento individual, a psicóloga do matriciamento atende aqui. Às vezes, a gente encaminha, quando é um caso para entrar em lista de espera, ela acha que vai dar conta, porque ela tem condições disso, ela marca e faz o atendimento lá no serviço.” (E7).*

*“Na equipe de saúde mental, tem as discussões dos casos uma vez por mês. Cada um dos médicos tem um turno para discutir os casos lá. Eles vão, levam todos os casos, levam os prontuários e discutem lá. E eles têm os encaminhamentos juntos, eles montam o plano terapêutico juntos. Alguns pacientes a gente acompanha só aqui com as orientações que eles nos dão, outros acompanham lá com a psicologia, outros só com a TO, outros com o psiquiatra. Cada um dos médicos tem um turno por mês. Na verdade, por exemplo, eu também poderia ir, ou, enfim, outras pessoas que atendam a saúde mental poderiam ir, mas a gente, como a gente atende bem junto, a gente preferiu e organizou assim que os médicos vão, a gente discute os casos nós, eles vão até lá e depois a gente tem um retorno aqui.” (E8).*

Avalio que o apoio especializado oferecido pela equipe de saúde mental e pela equipe de matriciamento potencializa o cuidado no território, uma vez que as equipes da ESF tem organizado seu processo de trabalho para discutir conjuntamente os casos e, de modo coletivo, têm buscado propostas para efetivar uma ação terapêutica compartilhada com o envolvimento dos profissionais de ambas as equipes, agenciando apoios mútuos e da rede de atenção em saúde mental do município.

A orientação e suporte técnico-pedagógico de profissionais da área de saúde mental têm propiciado maior segurança aos profissionais da ESF na definição das ações a serem desenvolvidas no território, tendo a atenção psicossocial como eixo norteador dessas ações.

Outro ponto a destacar é que o apoio especializado tem atuado como articulador da rede de atenção psicossocial, possibilitando que a equipe de saúde da família conheça os recursos existentes e disponíveis, como acessá-los e o modo de estabelecer trocas de experiência e o acompanhamento recíproco dos usuários de sua área adstrita.

Além disso, o apoio especializado tem contribuído para fortalecer a proposição do cuidado em atenção psicossocial no território, instigando a construção de um novo lugar social ao indivíduo com transtorno psíquico, considerado um cidadão de direitos e deveres, autônomo dentro de suas possibilidades.

O apoio especializado em saúde mental tem se mostrado como uma importante ferramenta para facilitar o acesso dos usuários aos serviços de saúde, viabilizando o cuidado na ESF, além do suporte teórico e prático compartilhado com os profissionais da saúde da família, possibilitando maior resolubilidade da atenção psicossocial na atenção básica (QUINDERÉ et al., 2012; CAMPOS et al., 2011).

A construção de projetos terapêuticos ampliados, os quais consideram a história de vida, a subjetividade e os projetos de felicidade da pessoa com transtorno psíquico, pode ser potencializada pela experiência do apoio especializado em saúde mental na ESF. Esse apoio tem dado visibilidade ao modelo assistencial da atenção psicossocial, promovendo o cuidado a partir do território, fortalecendo práticas inclusivas e estabelecendo novas relações com a loucura. Avaliamos que a lógica do apoio matricial tem sido importante no estabelecimento da atenção psicossocial nas realidades estudadas, produzindo maior corresponsabilização pelos casos e fomentando ações de atenção psicossocial ampliadas no território, facilitando a gestão da atenção psicossocial.

Identifico que, independente do potencial do apoio matricial, existem desafios e avanços que se fazem necessários. Os profissionais devem buscar desfazer a delimitação das diferentes disciplinas, potencializando as ações de campo de saberes e práticas, ou seja, construir ações conjuntas com base na reflexão e no diálogo, instituindo um processo de trabalho na ESF que entre em contato com as necessidades do outro, por meio da ampliação da clínica; da corresponsabilização; da avaliação de riscos, necessidades, vulnerabilidades e fluxos, na busca da articulação e vinculação entre profissionais, usuários e comunidade.

Outro ponto avaliado como facilitador da gestão da atenção psicossocial na ESF é o trabalho em equipe, uma vez que possibilita a troca de saberes entre os membros da equipe e

o estabelecimento de parcerias para a produção coletiva de ações de cuidado em saúde e saúde mental.

O trabalho em equipe consiste em uma modalidade de trabalho coletivo configurado a partir da relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais (PEDUZZI, 1998).

*“O trabalho em equipe também eu acho que funciona bem, [...] consegue ter, dentro das correrias do dia a dia, consegue sentar, discutir, parar, pensar sobre a situação [...]” (E2).*

*“Acho que as facilidades estão mais na questão do trabalho em equipe. Se tu fores tentar trabalhar isso sozinho, só um técnico é muito complicado. Quando tu trabalhas em equipe, está todo mundo tendo a mesma, o olhar treinado para enxergar essas dificuldades, essas coisas, facilita muito.” (E7).*

*“Acho que o trabalho da equipe, como a gente está organizado para atender esse tipo de situação é bem interessante. Desde as gurias que fazem o acolhimento até o médico que é quem vai realmente dar a conduta. [...] Dentro daquilo que a gente pode, nós estamos sendo resolutivos.” (E8).*

As falas anteriormente mencionadas demonstram que, para promover uma atenção acolhedora e resolutiva aos usuários com transtorno psíquico, o trabalho em equipe é peça-chave, porque possibilita a construção coletiva do olhar sobre a atenção psicossocial, favorecendo a instituição de práticas em saúde diversificadas e promovendo cuidado em saúde mental no território.

O trabalho em equipe preconiza que as ações em saúde sejam realizadas em conjunto, articulando saberes e promovendo novas práticas, pautadas no cuidado a partir da clínica ampliada, com vistas à atenção integral em saúde (CUTOLO; MADEIRA, 2010).

Trabalhar em equipe implica atuar de maneira integrada e complementar às atividades exercidas pelos outros membros da equipe, com vistas à produção coletiva do cuidado em saúde, valorizando os saberes e as práticas de cada categoria profissional, em que nenhuma delas se sobrepõe, mas todas compõem o processo de trabalho da ESF.

Na atualidade, a integralidade da atenção norteia as ações em saúde, trazendo a dimensão da amplitude do cuidado, exigindo uma abordagem interdisciplinar. Desse modo, o trabalho se organiza em equipe, reconhecendo a necessidade de compartilhar os diferentes olhares, em que o negócio para a ação é a troca entre os profissionais.

No trabalho em equipe, caracterizado por se desenvolver de maneira coletiva, é importante haver espaços para discussão e reflexão sobre a execução desse trabalho, para que o profissional tenha a possibilidade de expressar seu posicionamento sobre as questões constituintes do cotidiano do trabalho e, em conjunto, seja estabelecido o processo de trabalho em saúde, buscando a uniformidade nas práticas em saúde, sem tolher a criatividade autônoma de cada profissional.

Nesse sentido, a reunião de equipe é importante ferramenta de discussão e reflexão das práticas desenvolvidas pelas equipes de saúde. A reunião de equipe é também avaliada como um instrumento facilitador da implantação da atenção psicossocial no cotidiano de trabalho da ESF.

*“A gente discute muitos casos em reunião de equipe, sempre tem, no mínimo, um caso para discutir na reunião de equipe. [...] Interação com os agentes comunitários, com os técnicos, com toda a equipe. Vê, dá opinião, como que vai ser; quando a gente acha alguma dificuldade, algum caso mais problemático, todos sabem o que está acontecendo, o que está sendo tomada providência. Nas reuniões, eles têm total liberdade de participação e é muito bom isso, essa democracia. Isso é uma coisa que une bastante a equipe. A gente se ajuda mais, porque a gente se entende, se conhece, é bom isso, se respeita.” (E9).*

*“Eu acho que a gente poder ter um espaço também na reunião de equipe para a gente trocar essas informações. Porque, muitas vezes, é um usuário que chega só no balcão para pegar medicamento e não entra, e a gente está aqui ‘mas eu preciso ver, eu preciso saber como é que está, ou eu preciso dar um recado, ou eu tenho que encaminhar para tal lugar, não atende ao telefone, já fui hoje, não está em casa’. Aquele que atendeu no balcão ele diz ‘espera aí, só um pouquinho’ e isso faz diferença, tu consegues ser mais resolutiva nas demandas. Eu acho que esse momento de discutir foi um ganho desse ano, porque nós tínhamos duas horas de reunião de equipe só, e duas horas não dá, são muitas demandas assim: são coisas que a equipe traz, que tu trazes da reunião, coisas que tu tens que planejar na semana. Duas horas não dava e aí, com a residência, nós ganhamos a tarde de quinta-feira e eu vou te dizer que é corrido, porque a gente tem discussão de caso, sempre tem, tem muitos casos que a gente, às vezes, precisa retomar e ver.” (E10).*

*Na reunião de equipe, uma ACS trouxe o caso de uma senhora que está acamada, e em condições de higiene e cuidado precárias. A família não quis deixar a médica e a ACS entrarem na casa para fazer VD. A situação é muito delicada e a equipe necessita organizar as ações de forma que não prejudique sua entrada na casa, pois os*

*demais moradores também são usuários da ESF. (OBS.: 20/10/2011 – Tarde).*

Nas ESF estudadas, as reuniões de equipes, conforme descrito no capítulo 4, são realizadas, semanalmente, no turno da tarde, período em que as unidades não abrem para o atendimento à comunidade, a qual está previamente avisada sobre o fechamento da ESF.

A reunião de equipe configura-se como um espaço de encontro dos profissionais, em que é possível expor ideias e dúvidas, e dialogar acerca de acertos e desacertos do cotidiano de trabalho, produzindo, em seus participantes, o sentimento de uma equipe de trabalho, que compartilha a promoção da saúde como objetivo final de suas ações (COLOMÉ, 2005; MIELKE, 2009). O espaço do encontro promovido pela reunião de equipe faz com que haja uma aproximação entre os profissionais que se unem para alcançar um objetivo em comum e traçam estratégias para alcançá-lo.

O espaço da reunião de equipe foi avaliado como um recurso importante na construção e gestão da atenção psicossocial, demonstrando o compromisso das equipes da ESF na proposição de um cuidado ampliado em que a ação coletiva e a interlocução são condicionantes do processo de trabalho, ou seja, são palavras de ordem: partilhar, trocar e discutir.

A discussão de casos envolve a reflexão dos diferentes contextos que constituem a vida das pessoas: familiar, social, econômico, cultural e outros, exigindo que a equipe de saúde da família tenha conhecimento sobre a realidade de cada caso, ressaltando a importância do vínculo entre equipe e usuários. A partir dos diferentes olhares profissionais acerca desses contextos, é possível propor a construção de um plano de cuidados em parceria com o usuário, o que ocorre no momento do encontro em saúde, produzindo e promovendo ações de cuidado coerentes com as necessidades de saúde do usuário, indo ao encontro das propostas da ESF e da atenção psicossocial.

Nesse sentido, avalio que a reunião de equipe se configura como um potente facilitador da gestão da atenção psicossocial, pois possibilita que a equipe de saúde da família tenha um tempo específico para refletir e organizar seu processo de trabalho, fortalecendo a atenção psicossocial no território. É importante que os profissionais estejam dispostos a repensar suas práticas, tendo disponibilidade para ouvir e trocar, dando voz às demandas do usuário do serviço de saúde, caracterizando o trabalho da ESF como um trabalho coletivo que dá lugar à criatividade e à singularidade na construção do cuidado em saúde.

Na reunião de negociação, a educação permanente em saúde foi incluída como espaço importante para qualificar o trabalho em equipe e facilitar a gestão da atenção psicossocial.

*Após a discussão da importância da reunião de equipe no contexto da ESF frente à construção da atenção psicossocial, uma coordenadora sugeriu que a educação permanente fosse acrescentada aos dispositivos facilitadores da atenção psicossocial, uma vez que é um espaço que pode ser utilizado para refletir e discutir esse tema. Todos os demais coordenadores concordaram com a sugestão e a educação permanente foi incluída como facilitadora da atenção psicossocial no cotidiano da ESF. (Reunião de Negociação).*

*Passamos à educação permanente. A enfermeira já havia me falado, pelo telefone, que, sempre após a reunião de equipe, há um momento dedicado para a equipe revisar aspectos que fazem parte do cotidiano do serviço. Hoje o assunto era assistência ao parto na unidade de saúde da família, tendo em vista que, na semana passada, chegou uma gestante com sinais de parto. Esse conteúdo ficou aos cuidados do médico. Ele explicou todos os sinais de parto e como identificá-los. As unidades estão recebendo material para auxiliar no parto, se esse se fizer necessário, o chamado “kit parto”. O técnico de enfermagem foi buscar o kit parto para que todos pudessem vê-lo e já comunicou onde ele está guardado. Foi falado também do parto no domicílio. Ficou para a semana seguinte da semana que vem para encenarem uma situação de parto na unidade e como cada um deverá atuar. (OBS.: 19/09/2011 – Tarde).*

A educação permanente em saúde é definida como a articulação entre as necessidades de aprendizagem e as necessidades do trabalho, possibilitando a atualização técnica dos profissionais, a reflexão e análise crítica dos processos de trabalho e dos processos de formação em saúde, com o objetivo de buscar soluções coletivas a partir dos problemas enfrentados no cotidiano do trabalho (BRASIL, 2012a).

Nas ESF estudadas, o momento designado para a educação permanente em saúde, em geral, ocorria após a reunião de equipe, se constituindo como um espaço de discussão de determinados temas e assuntos pertinentes à realidade das equipes de saúde da família.

O espaço destinado à educação permanente pode contribuir na construção de novas práticas em saúde, criativas e inovadoras frente às necessidades de saúde da população, uma vez que possibilita que os profissionais se aproximem de experiências realizadas em outros contextos, bem como ampliem seu conhecimento sobre determinados temas em saúde, dentre os quais a atenção psicossocial deve estar incluída.

É interessante destacar que, para executar a proposta da educação permanente em saúde, não é preciso convidar alguém externo à equipe de saúde da família, ou seja, a educação permanente pode se dar a partir de experiências da própria equipe da ESF, como demonstrado no excerto da observação OBS.: 19/09/2011 – Tarde. Isso mobiliza os profissionais, comprometendo-os com a construção do cuidado e atuando como multiplicadores do conhecimento sobre determinado tema.

A educação permanente em saúde consiste na troca e intercâmbio de conhecimentos entre os profissionais, promovendo estranhamento e desacomodação de saberes e práticas vigentes, problematizando as concepções instituídas na área da saúde (CECCIM, 2005; CECCIM; FERLA, 2009). Por isso, pode produzir nos profissionais o questionamento sobre seu cotidiano de trabalho, fazendo com que esse profissional revise, frequentemente, o propósito de cada ação em saúde realizada, se opondo à lógica mecanicista de atuação na saúde e promovendo o cuidado a partir das demandas dos usuários.

A educação permanente em saúde possibilita realizar a reflexão constante do processo de trabalho da ESF e, inclusive, modificá-lo, porque os temas a serem tratados são escolhidos a partir da realidade vivida pelas equipes de saúde da família, ou seja, as necessidades sentidas pela equipe de trabalho servem de baliza para a organização do cronograma da educação permanente (SARRETA, 2009). É uma estratégia que prima por refletir sobre o *modus operandi* das práticas em saúde com vistas a estabelecer novos processos de trabalho, mais dinâmicos e participativos, por meio do conhecimento construído coletiva e criativamente.

Em minha avaliação, a educação permanente em saúde pode potencializar a qualificar as práticas em saúde voltadas à atenção psicossocial, porque promove a reflexão crítica, bem como oferece subsídios teóricos e práticos aos profissionais da ESF para a realização do cuidado em saúde mental.

O grupo de interesse, no processo avaliativo, apontou as características do trabalho da ESF na perspectiva da atenção psicossocial: a disponibilidade dos profissionais da ESF para realizar o acolhimento das demandas relacionadas à atenção psicossocial, ressaltando a vinculação com as pessoas do território adstrito; o uso de tecnologias relacionais, como acolhimento e escuta durante todo o turno de trabalho; a parceria com recursos do território e a participação popular na construção do serviço de saúde.

*“A gente diz que todo mundo aqui atende saúde mental, sejam os técnicos no acolhimento, sejam os agentes comunitários nas visitas, sejam as enfermeiras e o médico em consulta. Atende, depois a gente*

*vê o que a gente faz. Porque o atender, principalmente na Enfermagem, é o ouvir, não precisa estar com uma resposta.” (E2).*

*“Eu acho que a grande facilidade de se pensar em gestão psicossocial é pensar o vínculo que a gente tem dentro da estratégia. Existe um vínculo de confiança desses pacientes com o profissional que atende. Acho que essa é a maior facilidade, do quanto a estratégia de saúde da família, num contexto geral, se faz disponível para essas necessidades que nem sempre conseguem se colocar dentro dum fluxo de agendamentos, de referências. Muitas vezes, a necessidade do paciente de saúde mental, propriamente dito, é uma necessidade pontual, é uma necessidade daquele dia, é uma necessidade de atenção, de um caminho, de um norte, de uma palavra, de uma escuta e eu acho que a estratégia propicia muito: é um facilitador muito grande; esse é um ponto. E acho que um facilitador da característica do trabalho da estratégia, além de se manter disponível de uma forma mais integral, é de poder conhecer, ao longo do tempo, a característica dessa comunidade, as diferenças dentro de cada parte do nosso território, de conhecer as peculiaridades de cada comunidade, de cada estrutura, de cada rede, de ter a possibilidade de conhecer a estrutura da família, de, muitas vezes, conhecer a casa para entender alguns aspectos.” (E4).*

As falas evidenciam o entendimento sobre a atenção psicossocial, tendo o acolhimento e a escuta como ações fundamentais para o cuidado em saúde mental, no qual a ação de saúde tem uma perspectiva ampla, sendo construída conjuntamente, mobilizando usuário e profissional numa lógica de corresponsabilização e acionando os recursos da rede de atenção psicossocial do território.

Corroborando com esses achados, o estudo de Camatta (2010), desenvolvido em duas ESF de Porto Alegre localizadas em outra gerência distrital, também evidenciou que os profissionais da saúde da família buscam proporcionar o bem-estar ao usuário com transtorno psíquico por meio de consultas, grupos, visitas domiciliares, acolhimento e escuta.

A atenção psicossocial se constitui pela proximidade e pelo vínculo estabelecido no trabalho da ESF, contribuindo e facilitando no acesso ao serviço de saúde, garantindo o acolhimento de sua demanda e o cuidado de sua condição de saúde.

A disponibilidade dos profissionais da ESF para o acolhimento e a escuta das demandas relacionadas à atenção psicossocial permitem afirmar que os profissionais estão comprometidos com a construção do cuidado no território e, a partir disso, fortalecem a ESF como a principal porta de entrada ao sistema de saúde, bem como a primeira referência em saúde diante de sua população adstrita.



Os grupos em saúde também são avaliados como facilitadores da gestão da atenção psicossocial. Todas as ESF estudadas realizam grupos em saúde e, em quatro delas, há um grupo específico para atendimento das questões relacionadas à saúde mental.

*“A gente tem o grupo que consegue ajudar também muitas pessoas nos casos um pouquinho mais específicos, já com diagnóstico e também dar um apoio para os familiares.” (E1).*

*“A gente tem a oficina terapêutica [...] o foco mesmo, na verdade, é para aquelas pessoas que não saem de casa, porque tem um grau de comprometimento maior, esse é o foco.”(E2).*

*“Tem o grupo da saúde mental sempre na sexta-feira de manhã. É junto com uma terapeuta ocupacional que fazem o grupo, elas fazem trabalhos manuais, fazem visitas, vão para o Parcão, para a Redenção.” (E3).*

*“É um grupo que está indo bem. Isso foi uma coisa muito boa que a gente, os próprios técnicos e agentes estão se revezando para participar também para poder estar se inserindo.” (E10).*

A atividade em grupo possibilita que os participantes compartilhem suas experiências de vida e de convivência com o transtorno psíquico, proporcionando um contato face a face, construindo um espaço exclusivo de fala, de escuta, de acolhimento, de inclusão, de ajuda mútua entre seus participantes, desempenhando a função de espelho, possibilitando ver no outro e em sua experiência aspectos que fazem parte da vida e da realidade individuais.

Todo indivíduo, ao nascer, já se torna participante de um grupo: a sociedade. As lições do relacionamento humano são experimentadas na convivência em grupo, a partir do qual as pessoas adquirem sua identidade, reconhecendo-se como parte daquele grupo (BROFMAN, 2008).

Durante a coleta dos dados, acompanhei dois grupos em saúde em diferentes ESF.

*Entramos e fui apresentada à terapeuta ocupacional (TO) da equipe de matriciamento que organiza o grupo em conjunto com as duas equipes. Na primeira hora, era para discutir sobre os próximos grupos, o que fariam. [...] A proposta de hoje era a premiação para a maior flor, pois haviam plantado algumas sementes em vasos e hoje era o dia para ver qual estava maior. Os participantes do grupo foram chegando aos poucos. Técnico de enfermagem e R2 foram buscar X, que não consegue andar sozinho pelo bairro. R2 comentou que havia encontrado Y, que não viria porque estava com a mãe hospitalizada. Havia 8 usuários no grupo, todos com seus vasos de*

*flor. Antes da premiação, a TO perguntou o que tinham achado do grupo anterior, em que fizeram um passeio ao Parque Harmonia, no Acampamento Farroupilha. Todos falaram sobre o viram: gaúchos, prendas, animais. X comentava sobre a quantidade de ônibus. Depois, passaram para a eleição da maior planta, o que não foi tarefa difícil, porque apenas a de W cresceu, as demais não germinaram, ficando só a terra. Todos concordaram que a de W era a maior e ele contou como fez para que ela crescesse. Disse que teria que dividir o prêmio com todos, porque ele plantou três vezes para que desse certo. Entendia que tinha sido persistente, mas não achava justo ganhar tudo sozinho. Quando ganhou a cesta com produtos alimentícios, abriu de imediato, e, sem olhar os produtos, foi dando um para cada um dos participantes. Foi falado da importância de cuidarmos das coisas que são da gente, com amor e dedicação. Todos levaram seus vasos para casa, e, na outra semana, elas trarão mais sementes para plantarem. Percebi que o grupo, da maneira como está estruturado, valoriza o usuário, com sua experiência e seus conhecimentos, proporcionando a oportunidade de se colocar enquanto sujeito de sua vida, sendo ouvido pela equipe e pelos demais usuários. (OBS.: 23/09/2012 – Manhã).*

*Às 13h30min, a residente de Enfermagem me convidou para participar do grupo. É um grupo de saúde mental cujas participantes (havia apenas mulheres) são deprimidas, em sua maioria. A residente de Enfermagem e a residente de Odontologia coordenaram o grupo. Havia 6 usuárias, 1 ACS, 1 aluno do estágio curricular do 4º semestre da UFCSPA, as 2 residentes e eu. Foi feita uma rodada de apresentações. A proposta do grupo era trabalhar sobre a primavera. As residentes organizaram um material com várias flores e seu significado. A ideia era montar uma mandala com os sentimentos que a primavera desperta. O grupo foi dividido e cada subgrupo criou uma mandala com sua produção. Após, cada subgrupo apresentou sua mandala. Contamos uma música no início e no fim do grupo: Flores, do Grupo Titãs. Ao final do grupo, as usuárias estavam felizes com a possibilidade do encontro e já planejavam o próximo. O grupo torna-se um espaço de convivência social no qual as participantes, que antes não se conheciam, programam atividades para além do espaço do grupo. (OBS.: 24/10/2012 – Tarde).*

Os excertos de observações relatados demonstram que as atividades grupais em saúde têm propiciado a criação de espaços sociais produtores de vida, os quais possibilitam que os sujeitos sejam os protagonistas na produção de saúde e cidadania, promovendo a convivência entre si e com a comunidade, favorecendo sua circulação enquanto cidadãos, contribuindo em seu processo de (re)construção da autonomia.

Na proposta da atenção psicossocial, os grupos em saúde são importantes na medida em que proporcionam a reconstrução dos vínculos do usuário com transtorno psíquico: consigo mesmo, com sua família e com seus apoios sociais, uma vez que esse usuário assume novos papéis em sua vida a partir de uma postura autônoma, (re)construindo sua identidade social, sendo visto como homem/mulher de direitos e deveres, e não como um indivíduo tutelado que deve ser mantido longe da sociedade.

No campo da saúde e, particularmente, na atenção psicossocial, a participação em grupos terapêuticos tem contribuído para a efetivação de trocas dialógicas, do compartilhamento de experiências e da adaptação ao modo de vida individual e coletivo (BENEVIDES et al., 2010).

O grupo não se configura como o somatório de pessoas, mas se trata de uma nova identidade, com funcionamento e mecanismos próprios (ZIMERMAN, 1997). Ao participar de um grupo, a pessoa traz consigo suas vivências e experiências de vida, as quais são compartilhadas com os demais membros do grupo. Esse compartilhamento de experiências faz com que se crie uma nova experiência, caracterizando a identidade do grupo.

Muitas vezes, o espaço do grupo em saúde possibilita o estabelecimento de uma relação de vínculo entre seus participantes para além do grupo, fortalecendo a inclusão social e promovendo novos espaços de circulação social desses indivíduos.

Assim, avalio que a realização de grupos em saúde na ESF tem afirmado a importância do cuidado em saúde mental ser realizado no território, porque pode possibilitar a circulação mais autônoma dos usuários com transtornos psíquicos pela sociedade, sendo participantes ativos da vida da comunidade e reconhecidos por ela como seus membros integrantes. Ressalta-se, desse modo, o valor ético da liberdade e da autonomia, proporcionando ao usuário ser sujeito de sua existência.

Outra questão avaliada refere-se ao apoio da GDPLP como um elemento facilitador da gestão da atenção psicossocial, auxiliando na busca dos recursos da rede de atenção psicossocial e da rede intersetorial (educação, assistência social, habitação, cultura, lazer, trabalho) de acordo com a necessidade de cada ESF, além de orientação sobre essas redes e troca de informações acerca dos serviços existentes. Esse suporte tem possibilitado a construção do cuidado com maior resolutividade frente às necessidades de saúde do usuário com transtorno psíquico.

Para além da atenção na ESF, em determinadas situações, há a necessidade de acionar outros recursos da rede de atenção psicossocial ou da rede intersetorial e o apoio da GDPLP em encontrar esse recurso e orientar sobre como acioná-lo tem facilitado aos profissionais da

ESF organizar o atendimento de maneira mais resolutiva, detectando o serviço mais indicado de acordo com cada demanda.

A orientação e a troca de informações oferecidas pela GDPLP também reforçam e fortalecem a corresponsabilidade na construção do cuidado em saúde mental ao usuário com transtorno psíquico.

*“Até se a gente ligar para tirar alguma dúvida, a gerência, pelo menos, se prontifica a procurar. Isso sim, se eles não sabem, não tem ideia, eles se prontificam a procurar. Falta, daí, eles vão procurar o que tem de organização não-governamental.” (E2).*

*“E a gente sempre consegue também contar com o apoio da gerência de alguma forma, pelo menos, para poder dizer: bem, o que eu faço agora?” (E8).*

A GDPLP, no cotidiano do trabalho da ESF, é avaliada como parceira, contribuindo com a gestão da atenção psicossocial no território, uma vez que busca a articulação entre serviços e entre setores.

A gestão em saúde é composta por três níveis de gestão: macrogestão, mesogestão e microgestão. A macrogestão refere-se à formulação das políticas públicas; a mesogestão está relacionada com a articulação e organização do sistema de saúde; e a microgestão refere-se ao processo de trabalho de uma organização. Esses três níveis de gestão se interinfluenciam e se retroalimentam, estabelecendo uma interdependência entre si (GARCÍA, 2001; SOUZA, 2009).

A mesogestão é desenvolvida pela figura dos gerentes distritais da GDPLP, cujas orientações e ações interferem diretamente na microgestão, a qual ocorre no interior de cada ESF. A mesogestão tem contribuído de maneira ativa com a microgestão, uma vez que, no processo avaliativo, é percebida como disponível e sensível frente às demandas da coordenação e equipe da ESF, contribuindo na identificação de soluções para suas dificuldades por meio de orientação, supervisão e troca de saberes, fazendo com que as práticas em saúde desenvolvidas pelas equipes da ESF respondam às necessidades de saúde da população adstrita.

Avalio que o apoio da GDPLP é importante para fortalecer a atenção psicossocial enquanto modelo orientador em saúde mental, porque tem contribuído com a organização da microgestão na medida em que se coloca à disposição dos coordenadores e equipe da ESF para refletir sobre o cotidiano do trabalho, favorecendo a construção de processos de trabalho

mais voltados à atenção psicossocial, criando e inventando o cuidado no território de maneira coletiva.

A Rede Partenon e as microrredes, espaços coletivos para discussão de casos de modo intersetorial referentes à proteção e ao atendimento de crianças e adolescentes, foram avaliadas como facilitadoras da gestão da atenção psicossocial, contribuindo e fortalecendo na construção coletiva das ações de saúde mental no território para esse público em particular.

A Rede Partenon congrega todos os serviços relativos ao atendimento de crianças e adolescentes existentes na área geográfica da GDPLP, sejam eles públicos, privados ou organizações não-governamentais, e está dividida em quatro microrredes, contemplando toda a região adstrita da gerência: Microrrede Alameda, Microrrede Agronomia, Microrrede Santo Antônio e Microrrede São José. Cada microrrede tem seu cronograma de reuniões, previamente determinado, e conta com a participação de diferentes setores: saúde, educação, assistência social, segurança, justiça, esporte e lazer. Mensalmente, ocorre a reunião da Rede Partenon, na qual participam representantes das quatro microrredes para discussão das diretrizes de trabalho, bem como orientação acerca das políticas públicas referentes às crianças e aos adolescentes. A Rede Partenon mantém um blog, com o intuito de facilitar o acesso às informações: <http://redepartenon.blogspot.com.br/>.

Esses espaços de discussão – Rede Partenon e microrrede – são importantes recursos do território para efetivar ações intersetoriais no contexto da proposta da atenção psicossocial, a qual requer um cuidado ampliado, que considere o contexto familiar, social, escolar, indo além das questões exclusivamente biológicas, mas considerando os aspectos biopsicossociais e culturais, e trazendo o usuário com transtorno psíquico para o centro do cuidado, sendo protagonista em sua vida. Diante de sua complexidade, a atenção psicossocial exige o desenvolvimento de ações articuladas em rede e intersetoriais para promover o cuidado em saúde mental abrangente, inclusivo, reabilitador e promotor de autonomia.

Nesse estudo, assumo a concepção de rede como o conjunto de serviços vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns, e por ação cooperativa e interdependente, permitindo a oferta da atenção de maneira contínua e integral à determinada população (MENDES, 2011). Sendo assim, o trabalho em rede deve estar pautado na comunicação entre os serviços da rede, na responsabilização compartilhada dos casos atendidos pela rede e na construção coletiva de propostas, e planos de atenção e cuidado.

*“A gente tem dois locais na verdade de discussão, a gente tem 1: equipe de matriciamento – saúde e a gente tem um outro na própria*

*comunidade, que é com a assistência e com a educação. A gente vai lá na microrrede e fala ‘olha aquele caso que a escola passou para a gente, a gente avaliou, a gente vai fazer acompanhamento com a família, estamos marcando algumas consultas.’ E a gente diz ‘olha mas quem sabe a assistência podia dar uma ajuda nisso’, daí a gente vai trocando.” (E2).*

*“A gente tem algumas coisas da rede, a gente procura sempre participar, tem um representante na reunião da microrrede, da rede da criança e do adolescente. A gente tem a associação aqui de moradores, o conselho tutelar [...] como vão representantes, são pessoas diferentes em plantões diferentes, procuram trazer os casos mais complicados, de drogadição, violência. A gente discute na reunião e tenta montar a rede para ver o que está faltando, o que a gente tem, para onde mais a gente vai.” (E10).*

As falas descritas anteriormente demonstram que a ESF busca realizar ações articuladas com os demais serviços e setores da rede, com o intuito de oferecer um cuidado mais completo frente às demandas da população. A discussão em rede permite analisar os recursos do território e suas articulações, possibilitando a construção de uma atenção usuário-centrada, abrangendo os diferentes setores que envolvem a vida das pessoas, incluindo o setor saúde, mas indo para além dele.

A construção das redes de cuidado é uma tarefa complexa, que exige a implementação de tecnologias que qualifiquem os encontros dos diferentes serviços, saberes e práticas além de permitir a criação de múltiplas respostas para o enfrentamento dos problemas concernentes ao processo saúde-doença (BRASIL, 2009b). A construção das redes ocorre a partir do diálogo, da troca de informação entre equipes e da organização conjunta de novos processos de trabalho em saúde, e devem ter como objetivo a oferta de um cardápio variado e ampliado de recursos para que o usuário, em conjunto com as equipes, possa definir quais os recursos mais apropriados às suas necessidades.

Na gestão da atenção psicossocial, o trabalho articulado em rede é fundamental, porque possibilita ampliar e diversificar o olhar sobre o usuário com transtorno psíquico e seu contexto de existência, pois cada serviço busca identificar suas potencialidades frente à demanda do usuário e, conjuntamente, buscam construir um projeto de cuidado ampliado, abrangendo as diferentes perspectivas e indo ao encontro do projeto de felicidade do usuário.

O trabalho em rede, dessa maneira, torna-se indispensável, uma vez que a construção de um cuidado ampliado e resolutivo não ocorre de modo isolado, mas necessita dos diferentes atores, com suas contribuições e responsabilidades.

Na categoria Atenção Psicossocial, realizei a discussão da organização do trabalho na ESF, que, no processo avaliativo, foi avaliada como estando diretamente relacionada com a atenção psicossocial, a qual faz parte do processo de trabalho das equipes da ESF e se faz presente no cotidiano das comunidades, local em que se estabelecem práticas voltadas à construção da autonomia e valorização da cidadania de usuários com transtorno psíquico. Avaliei, ainda, os dispositivos facilitadores da gestão da atenção psicossocial: os NASF, o apoio especializado em saúde mental, o trabalho em equipe, os grupos em saúde, o apoio da GDPLP, e os espaços coletivos para discussão de casos, os quais têm contribuído para o fortalecimento da atenção psicossocial enquanto modelo orientador do cuidado em saúde mental, favorecendo o planejamento e a realização de ações pautadas na atenção psicossocial com o objetivo de atender as necessidades do usuário com transtorno psíquico e auxiliá-lo na concretização de seu projeto de felicidade em seu território de vida, de relações e de existência.

### 5.2.2 Intersetorialidade

O conceito ampliado de saúde, proposto pela reforma sanitária, no qual a saúde abrange os aspectos biopsicossociais, culturais e ambientais, além dos biológicos, necessita da implementação de ações de diferentes setores, como educação e assistência social, além da saúde, para dar conta da complexidade do cuidado à saúde. Essas ações, no entanto, devem ser realizadas de maneira articulada, sem fragmentação para que o resultado seja eficiente, eficaz e efetivo.

Dessa forma, a intersetorialidade passa a ser a palavra-chave das ações de saúde, uma vez que é compreendida como a articulação de saberes e práticas de diferentes setores voltadas à construção de uma solução coletiva para um problema complexo (INOJOSA, 2001).

A intersetorialidade é entendida como a integração entre o setor saúde e outros setores públicos com o objetivo de promover a articulação de políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do SUS, uma vez que os determinantes da saúde são socialmente delimitados e, assim, incluem alimentação, escolaridade, habitação, trabalho, capacidade de consumo e acesso aos direitos garantidos pelo poder público (RHS, 2013).

A perspectiva da intersetorialidade prioriza o diálogo, o trabalho conjunto, objetivando a inclusão social, o compartilhamento da responsabilidade, e buscando a compreensão do indivíduo como ser humano, social e político.

A IV CNSM (2010) teve como tema central a intersetorialidade uma vez que os avanços obtidos no campo da saúde mental por meio de ações pautadas nos princípios e diretrizes da reforma psiquiátrica assinalaram para a complexidade e para o caráter multi e interprofissional, multidimensional, interdisciplinar e intersetorial dos temas e problemas desse campo, fazendo-se necessário o aprofundamento sobre as práticas intersetoriais no campo da saúde mental (BRASIL, 2010b).

Na gestão da atenção psicossocial, a intersetorialidade se configura como um elemento fundamental, pois o setor saúde unicamente não é capaz de atender às necessidades do usuário com transtorno psíquico, uma vez que a (re)construção da autonomia, a (re)conquista da cidadania e a concretização do projeto de felicidade estão relacionados com o território de vida das pessoas. Assim, a parceria com demais setores, como educação, assistência social, justiça, trabalho, emprego, cultura, segurança, habitação, outros, é fundamental para o sucesso e fortalecimento das propostas da atenção psicossocial.

A intersetorialidade foi avaliada como um importante componente da gestão da atenção psicossocial, destacando os recursos do território e a Residência Integrada em Saúde (RIS), uma vez que o cuidado em saúde mental considera a integralidade da atenção e, para tal, necessita olhar para o sujeito sob diferentes perspectivas, ou seja, indo além do prisma da saúde, mas compreendendo esse sujeito como ser social, cultural, político, dentre outros.

O Núcleo de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente (NASCA), a Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC), o Serviço de Apoio Socioeducativo (SASE), o conselho tutelar, as escolas, as associações de moradores e as rádios comunitárias foram avaliados como recursos do território que devem ser considerados para a efetivação das propostas da atenção psicossocial.

*“A escola que está dentro do nosso território, a gente consegue trabalhar muito bem em parceria. A associação comunitária também. O conselho comunitário agora tomou posse uma nova diretoria e são pessoas que a gente conhece, são bem parceiras, a gente não vai ter problema de trabalhar junto.” (E3).*

*“A gente tem várias associações de moradores, têm umas quatro associações bem ativas, funcionando dentro do nosso território e que a gente tem um relacionamento bem positivo. Eles se envolvem bastante nos trabalhos da unidade, frequentam bastante a unidade.*



*Tem SASE (serviço de apoio socioeducativo), tem creche, tem escola, tem uma rádio comunitária que é muito boa. A gente consegue anunciar muita coisa pela rádio.” (E8).*

Destaco a prática intersetorial com os recursos do território relacionados à atenção de crianças e adolescentes: NASCA<sup>3</sup>, FASC<sup>4</sup>, SASE<sup>5</sup>, conselho tutelar e escola. De acordo com Couto e Delgado (2010), a intersetorialidade é imprescindível na atenção às crianças e adolescentes, sendo a única condição de possibilidade para a construção de um sistema de serviço capaz de responder à complexidade das demandas dessa população específica. Ainda segundo os autores, a política de saúde mental infantil teve seu ponto de partida a partir da intersetorialidade, uma vez que essa população sofreu, por muitos anos, com a falta de uma política pública e devido também à dispersão da assistência pelos diferentes setores públicos, sendo muito difícil a atuação de um único setor no atendimento infanto-juvenil.

Por esse fato, entendo que grande parte dos recursos do território articulados de modo intersetorial avaliados pelo grupo de interesse estão relacionados ao cuidado de crianças e adolescentes. Isso aponta para a preocupação da ESF em participar ativamente na construção do cuidado infanto-juvenil em seu território juntamente com os demais recursos, assumindo sua responsabilidade nesse coletivo.

As ações interssetoriais exigem a compreensão de um trabalho organizado a partir de um problema, discutido conjuntamente, articulando saberes e práticas dos diferentes setores envolvidos, ultrapassando a fragmentação tradicionalmente predominante no trabalho de equipes, construindo coletivamente a proposta de assistência (RABELO, 2011).

O trabalho intersetorial permite o estabelecimento de espaços compartilhados de decisões entre diferentes instituições e setores do governo que atuam na formulação, implementação e acompanhamento de políticas públicas que possam interferir positivamente na saúde da população. Permite, ainda, considerar o cidadão em sua totalidade, respeitando suas necessidades individuais e coletivas, compreendendo que somente se pode ser resolutivo em saúde quando parcerias são estabelecidas com setores como educação, trabalho e emprego, habitação, cultura, segurança, entre outros. Por fim, o trabalho intersetorial remete à ideia de trabalho em rede e articulado, propondo ações complementares e relações horizontais entre os diferentes setores envolvidos para garantir ações integrais (BRASIL, 2009b; 2009d).

---

<sup>3</sup> Serviço de atenção à saúde do escolar, oferecendo atendimento terapêutico, em grupo ou individual.

<sup>4</sup> Órgão responsável pela assistência social.

<sup>5</sup> Serviço que oferece atividades no turno inverso ao da escola (reforço escolar, oficinas, entre outros).

As associações de moradores e as rádios comunitárias, avaliadas pelo grupo de interesse como importantes recursos do território para a efetivação da atenção psicossocial na ESF, trazem à tona a participação popular, promovendo uma parceria com a comunidade na perspectiva de incluí-la na construção das práticas em saúde e saúde mental no cotidiano de vida comunitária.

A participação popular constitui-se como uma diretriz do SUS, contemplada pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo 198 e, especificamente, pela Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, a qual define a organização e o funcionamento do controle social do SUS (BRASIL, 1988; 1990). Nesse estudo, participação popular e controle social são entendidos como sinônimos e representam a participação da comunidade no processo decisório frente às políticas públicas de saúde.

O controle social é, legalmente, representado pelos conselhos e conferências de saúde (BRASIL, 1990). Porém, outros espaços constituídos pela comunidade e que contribuem e interferem na condição de saúde do território, também devem ser entendidos como ação de controle social e legitimados como tal. Nesse sentido é que avalio as associações de moradores e as rádios comunitárias como espaços de controle social, capazes de promover mudanças na qualidade de vida e de saúde da população local.

A participação popular no cotidiano do trabalho da ESF se configura como importante ferramenta para a melhoria da situação de saúde da população, porque é um espaço político constituído pelas necessidades, interesses, dificuldades e anseios da comunidade (NOGUEIRA et al., 2008).

Assim, avalio que a participação e a proximidade das equipes da saúde da família com as associações de moradores e as rádios comunitárias se configuram como importantes dispositivos promotores de transformações na produção de cuidado em saúde e saúde mental, possibilitando o alcance dos projetos coletivos de felicidade.

Manter a parceria com os recursos da comunidade tem sido relevante para a reabilitação psicossocial, um dos pressupostos da reforma psiquiátrica, pois quando a pessoa com transtorno psíquico encontra em seu território serviços, atividades e espaços de acolhimento, de escuta, de cuidado e de promoção de cidadania, ela passa a ser reconhecida por sua comunidade do mesmo modo que se sente parte integrante da mesma, contribuindo, assim, para sua autonomia enquanto cidadão de direitos e deveres (MIELKE; COSSETIN; OLSCHOWSKY, 2012).

Desse modo, a intersetorialidade surge como uma necessidade para um cuidado integral e para a gestão da atenção psicossocial, pois, na atualidade, as instituições se

constituem em parceria e abertas para trocas e complementaridade. A ação intersetorial é fundamental ao assumirmos que o cuidado em saúde mental se organiza de modo psicossocial, em que as ações não são determinadas somente pelo biológico, mas que se ampliam para a vida social e, assim, os outros setores, como educação, assistência social, política, economia, entre outros, são necessários.

A Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde – Ênfase Atenção Básica em Saúde Coletiva (RIS/ESP) – é outro elemento importante na proposta de intersetorialidade na gestão da atenção psicossocial.

A residência é uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* destinada a profissões da área da saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, sob orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional, com carga horária entre 40 e 60 horas semanais (BRASIL, 2007b). A prática da residência deve seguir os princípios e diretrizes do SUS, pois é realizada nas instituições de saúde, dentre elas, a unidade de saúde da família. Assim, busca-se a qualificação de profissionais para o SUS.

Na avaliação do grupo de interesse, a presença da RIS/ESP na ESF tem contribuído para a reflexão e revisão das práticas em saúde, instigando os profissionais da ESF a construir novos modos de cuidado em saúde e saúde mental a partir da troca de saberes, possibilitando a oxigenação do trabalho da equipe de saúde da família e estabelecendo uma retroalimentação em que ambos, residente e profissional da ESF, ensinam e aprendem.

*“Como fui residente, eu tive essa experiência rica. Acho que sempre foi muito positiva e eu acho que o residente é um motivador para estar sempre buscando estudar, estar sempre indo atrás, senão é uma coisa que a gente acaba se acomodando. Acho que o residente motiva isso.” (E3).*

*“Para nós, foi bem positivo, acho que acrescentou muito, a residência em serviço foi uma construção bem positiva.” (E7).*

*“Nunca tinha trabalhado com residente. Agora a gente tem essa oportunidade, que é uma coisa bem boa mesmo, bem positiva.” (E10).*

A inserção da RIS/ESP tem sido importante para o fortalecimento dos modelos orientadores da ESF e da atenção psicossocial, porque, além de possibilitar a formação de um profissional de saúde voltado para esses modelos, incita o trabalhador a “desacomodar” seu cotidiano de trabalho tencionando a prática assistencial, pois a formação movimenta o

instituído, e os conhecimentos e questionamentos trazidos pelos residentes repercutem nas equipes que, a partir disso, refletem sobre suas ações e buscam reformulá-las.

A RIS enfatiza o trabalho interdisciplinar construindo coletivamente novos saberes e fazeres voltados à oferta de uma atenção mais humanizada e integral aos usuários dos serviços de saúde, contemplando-os em suas necessidades, individuais ou coletivas (FERREIRA, 2007).

Nesse sentido, o grupo de interesse também avalia que o apoio dos residentes, especialmente das áreas de Psicologia e Serviço Social, tem sido importantes na construção de práticas voltadas à atenção psicossocial e sua gestão. Isso porque entendem que o conhecimento específico dessas áreas tem ampliado o escopo de atuação diante das demandas dos usuários com transtorno psíquico, subsidiando a oferta de ações mais criativas, coletivas e resolutivas no cotidiano da ESF.

Os residentes da RIS/ESP desenvolviam atividades como consultas, grupos terapêuticos, visitas domiciliares e participação em reuniões (de equipe, do matriciamento, do conselho local de saúde e da gerência distrital).

*“O apoio dos residentes, eu acho que tem que ser sempre dito, porque eles nos dão uma boa mão mesmo.” (E9).*

*“A gente tem, isso é na cidade toda, uma deficiência nessa questão da saúde mental e, pelo menos, a gente tenta trabalhar, de alguma forma, aqui dentro. Isso as gurias, as residentes conseguiram trazer e trabalhar. Isso foi uma coisa muito boa.” (E10).*

*“Eu não sei como é que nós conseguiríamos dar conta se não tivesse os residentes, porque, para nós, é maravilhoso ter a mão de obra deles, porque muitos projetos extramuros a gente não ia conseguir desenvolver se não fossem eles. Sei que todo o residente não pode fazer nada sozinho, tem que ser acompanhado por um profissional do posto [...] Se não fosse a residência, a gente não ia conseguir fazer tanta coisa quanto faz.” (E11).*

A possibilidade de estabelecer uma relação de troca e aproximação entre a teoria e a prática é concretizada a partir da presença dos residentes nas equipes de saúde da família. O residente, em geral, é um profissional recém formado, para quem a teoria é majoritária em sua experiência, enquanto que a prática é seu alvo. Esse espaço de interlocução que se produz a partir da residência tem resultado na melhoria do atendimento às demandas da comunidade, contribuindo, também, na formação de profissionais para o SUS, que compreendem a

complexidade da atenção básica e que atuam em prol da consolidação da ESF como eixo norteador da atenção básica brasileira (VILASBÔAS, 2006).

Um aspecto que avalio ser importante discutir refere-se ao entendimento da presença dos residentes como mão de obra, numa lógica de “tapa furos” da gestão municipal de recursos humanos em saúde. A RIS, como já apresentado anteriormente, é um curso de especialização e, apesar de possibilitar a troca de saberes com os profissionais da ESF, deve ser encarada em sua finalidade primordial: *“especializar um profissional imbuído pelos princípios do SUS, o qual saiba trabalhar em equipe interdisciplinar e busque novas alternativas para o trabalho, possibilitando uma atenção integral em saúde”* (FERREIRA, 2007, p. 53).

A falta de recursos humanos em saúde não pode ser minimizada pela presença do residente na ESF, mas deve ser uma questão tencionada pelos coordenadores das ESF junto à GDPLP, para que a qualidade da atenção ofertada na ESF não seja prejudicada. Por outro lado, o residente é um profissional em formação e, assim, deve ser constantemente orientado em suas práticas a partir de espaços de supervisão com o profissional da ESF, não podendo assumir a responsabilidade por ações desenvolvidas na unidade de saúde da família.

Os recursos do território e a RIS são importantes agenciadores da atenção psicossocial e sua gestão, uma vez que trazem complexidade para o cuidado em saúde mental, promovendo articulação e integração com a sociedade.

A intersetorialidade no contexto da gestão da atenção psicossocial é um elemento importante para a concretização das propostas de inclusão e reinserção social e reabilitação psicossocial, porque promove um cuidado em saúde mental para além do biológico, considerando a subjetividade e o desejo do usuário com transtorno psíquico, fazendo-o o ator principal no cenário de sua vida, promovendo ações coletivas e resolutivas que devem ir ao encontro dos projetos de felicidade desses sujeitos.

### 5.2.3 Rede de Atenção Psicossocial

A concepção da rede de atenção psicossocial tem suas raízes na II Conferência Nacional de Saúde Mental – II CNSM (1992), sendo definida como “um conjunto de dispositivos sanitários e socioculturais que partam de uma visão integrada das várias

dimensões da vida do indivíduo, em diferentes e múltiplos âmbitos de intervenção (educativo, assistencial e de reabilitação)” (BRASIL, 1994, p.7).

Para instituir a rede de atenção psicossocial, conforme definida na II CNSM (1992), é imprescindível que a gestão pública invista na criação dos dispositivos necessários à implantação e pleno funcionamento desta rede. É importante destacar que a atenção psicossocial preconiza um modelo de atenção aberto e de base comunitária, conforme os princípios e diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental. Nesse sentido, os recursos devem estar localizados no território geográfico e de vida das pessoas que deles necessitam.

A rede de atenção psicossocial foi instituída pela Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, e, em seu artigo 5º, relaciona os componentes que devem a constituir (BRASIL, 2011b):

*Art. 5º A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes:*

*I - Atenção Básica em Saúde;*

*II - Atenção Psicossocial Especializada;*

*III - Atenção de Urgência e Emergência;*

*IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório;*

*V - Atenção Hospitalar;*

*VI - Estratégias de Desinstitucionalização; e*

*VI - Reabilitação Psicossocial.*

De acordo com a referida Portaria, a ordenação do cuidado em saúde mental deve estar sob a coordenação do CAPS ou da atenção básica em saúde, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso, construindo coletivamente a proposta de atenção psicossocial no território.

Porto Alegre é um município com uma população de 1.409.351 habitantes (IBGE, 2010) e sua rede de atenção psicossocial é apresentada no quadro 8.

QUADRO 8 - Componentes da Rede de Atenção Psicossocial de Porto Alegre

<b>Componente da Rede de Atenção Psicossocial</b>	<b>Serviços da Rede de Porto Alegre</b>
Atenção Básica em Saúde	181 equipes de saúde da família 08 equipes de saúde mental/matriciamento (01 em cada gerência distrital) 02 consultórios de rua 54 Unidades Básicas de Saúde
Atenção Psicossocial Estratégica	03 CAPS i 04 CAPS II 03 CAPS AD III* 02 CAPS AD
Atenção de Urgência e Emergência	SAMU 01 UPA em funcionamento, 02 em implantação
Atenção Residencial em Caráter Transitório	01 unidade de acolhimento AD em implantação 01 comunidade terapêutica
Atenção hospitalar	Leitos em 06 hospitais gerais
Estratégias de desinstitucionalização	01 serviço residencial terapêutico
Estratégias de reabilitação psicossocial	01 oficina de geração de renda e trabalho

\*02 CAPS AD III foram inaugurados em 2012, sendo um no território da GDPLP.

Fonte: SMSPA, 2012

Destacamos o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que é um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de usuários com transtornos psíquicos severos e persistentes, organizado a partir da lógica do território. Há três modalidades de CAPS (I, II e III), definidos de acordo com a abrangência populacional, os quais prestam cuidado em saúde mental em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, o que está relacionado com a frequência do usuário no serviço. Os CAPS também diferem com relação ao público atendido, existindo CAPS i para atendimento a crianças e adolescentes e, CAPS AD para atendimento de usuários com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (BRASIL, 2002b).

O CAPS é identificado como o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia que convida o usuário à responsabilização, colocando-o como protagonista de sua trajetória de tratamento, de cuidado e de vida (BRASIL, 2013). Desse modo, o CAPS tem assumido (ou deveria assumir) a responsabilidade de gerenciar a rede de atenção psicossocial no território

em parceria com a ESF, articulando os recursos necessários à execução do projeto terapêutico do usuário, construindo o cuidado em saúde mental de maneira coletiva.

No período da coleta de dados deste estudo, a GDPLP não possuía nenhum CAPS em seu território de abrangência, o que dificultava o agenciamento dos recursos no território, responsabilidade que era assumida pela ESF. Assim, o grupo de interesse avaliou que a gestão municipal de saúde devia investir na implantação de novos CAPS, contemplando todas as gerências distritais com, pelo menos, um serviço especializado desse tipo, porque as ESF enfrentavam dificuldades em seu cotidiano de trabalho devido ao número reduzido de serviços no município.

*“Acho que nós aqui na Zona Leste estamos desprovidos de atendimento não só nessa área, mas, principalmente, nessa área. Ele (usuário) necessita da outra parte, um acompanhamento específico, e o CAPS teria toda essa estrutura, o CAPS é preparado para isso, ele é focado nisso, ele sabe como é que pode dar esse apoio para essa pessoa, tanto dependente químico como psiquiátrico mesmo. Eu acho que isso é a grande dificuldade, o apoio maior. A gente consegue, ainda, dar um conforto, mas não é o suficiente; precisa de um apoio maior. Se a gente tivesse CAPS aqui na nossa região, a gente ia evoluir muito, a gente ia melhorar muito o atendimento, muito o serviço [...]” (E1).*

*“A nossa região não tem nenhum, a gente não tem CAPS de referência, é isso. Precisa do CAPS é complicado. Tem a oficina terapêutica, porque, claro, a gente gosta de fazer também, a gente aprende. Mas ela veio muito da avaliação de que tu tens uma pessoa que recém saiu de uma internação, para onde a gente encaminha? Agora a gente já sabe para onde encaminhar: para a gente mesmo na oficina terapêutica. Mas a gente sabe que o ideal é: saiu de uma internação, vai para um CAPS, claro, faz a relação com o posto, fica acompanhado e depois vem de vez.” (E2).*

*“Os CAPS álcool e drogas que a gente sabe que falta também na nossa região e até CAPS adulto e infantil que a gente não tem também para encaminhar nessa região, porque a gente atende muita coisa, mas é que tem coisas que fogem do que dá para ficar (na ESF).” (E7).*

*“A dificuldade que a gente encontra maior é quando tem um caso mais grave, que tem que fazer um encaminhamento, passar adiante; conseguir isso é complicado. Demora, não se consegue, e fica na fila e a gente fica tentando e, se o caso é mais grave, a gente tem que orientar ‘olha, tem que ir ao PAM3’.” (E9).*



A ESF tem buscado promover o cuidado em saúde mental no território, oferecendo ao usuário acesso, acolhimento, escuta, produção de vínculo, acompanhamento longitudinal, na perspectiva de atender às suas necessidades de saúde e saúde mental em sua comunidade. Porém, atenção psicossocial exige que o cuidado em saúde mental seja construído e articulado em rede de atenção, entendida como um arranjo organizacional de ações e serviços, de diferentes densidades tecnológicas, integradas por um sistema técnico, logístico e de gestão, buscando garantir a integralidade do cuidado (MENDES, 2011).

Avalio que é inegável a necessidade de criação de novos CAPS nos territórios de abrangência das gerências distritais como serviços de referência para o atendimento em saúde mental, e agenciadores dos recursos existentes no território para a promoção de projetos terapêuticos coletivamente construídos e produtores de autonomia.

O estudo de Teixeira Junior (2010), realizado em 2009, quando Porto Alegre contava com 6 CAPS II adulto (4 CAPS II e 2 CAPS AD), apontou para uma baixa cobertura, evidenciando a necessidade de aumento quantitativo desses serviços, para que, efetivamente, o CAPS seja o regulador da rede de atenção psicossocial e atenda às necessidades de cuidado em saúde mental dos e nos territórios.

Conforme apresentado no quadro 8 (p.179), Porto Alegre conta esses 6 CAPS II adulto do estudo referido anteriormente, acrescido de 3 CAPS i e 3 CAPS AD III. No quadro 9, realizamos o cálculo dos indicadores de cobertura de acordo com a orientação da publicação “Saúde Mental em Dados – 10”, a qual preconiza 1 CAPS II para cada 100.000 habitantes e 1 CAPS AD III para cada 150.000 habitantes (BRASIL, 2012b).

QUADRO 9 - Indicadores CAPS/habitantes em Porto Alegre de acordo com o tipo de CAPS

<b>CAPS</b>	<b>Quantidade</b>	<b>População</b>	<b>Indicador</b>	<b>Parâmetro de cobertura*</b>
<b>CAPS II adulto</b>	06	1.409.351 hab.	0,42	Cobertura regular/baixa
<b>CAPS i</b>	03	367.681 hab.**	0,81	Cobertura muito boa
<b>CAPS AD III</b>	03	1.409.351 hab.	0,31	Cobertura baixa

\* Parâmetro de cobertura conforme BRASIL, 2012b.

\*\* População de crianças e adolescentes do município de Porto Alegre (IBGE, 2010).

Fonte: Autor

Os dados apresentados no quadro 9 revelam uma cobertura, em geral, baixa, reforçando a necessidade de implantação de mais CAPS no município de Porto Alegre para

não correremos o risco de enfraquecimento das propostas da atenção psicossocial por falta de serviços da rede de atenção psicossocial, especialmente aqueles que devem atuar como ordenadores e articuladores dessa rede.

Com relação ao atendimento de crianças e adolescentes, o indicador dos CAPS i (0,81) considera uma cobertura muito boa desse tipo de serviço. Porém, essa é uma avaliação quantitativa, na qual não é possível avaliar dados qualitativos, como a proximidade entre o serviço especializado e a ESF, a articulação entre esses, a possibilidade do trabalho entre essas equipes, a articulação intersetorial, a forma de acesso e o funcionamento do serviço especializado, aspectos que se colocam como dificuldades no cotidiano de trabalho das ESF no manejo de situações relacionadas à saúde mental de crianças e adolescentes, os quais serão discutidos posteriormente.

No território da GDPLP, existe o Ambulatório Melanie Klein, localizado no espaço físico do Hospital Psiquiátrico São Pedro, e que oferece atendimento para usuários com transtornos psíquicos a partir de programas específicos frente aos diferentes transtornos por meio de atendimentos individuais e grupais, com equipe multidisciplinar, abrangendo Psiquiatria, Psicologia, Assistência Social, Enfermagem, Terapia Ocupacional e Nutrição. Para o estabelecimento do atendimento no ambulatório, é necessário que a ESF encaminhe o usuário por meio do documento de referência e contrarreferência, que retorna integralmente aos cuidados da ESF de origem na alta. Porém, não fica claro se há uma articulação entre esses dois serviços, discussão de casos e compartilhamento de responsabilidades (BLOG GRUPO HOSPITALAR ESTADUAL, s.d.).

Historicamente, o ambulatório de saúde mental funcionou como porta de entrada à internação psiquiátrica nos grandes manicômios. Com o advento da reforma psiquiátrica, foi feita uma aposta no ambulatório especializado, oferecendo-lhe um novo lugar, passando a ser compreendido como um dispositivo extra-hospitalar para compor a rede substitutiva ao hospital psiquiátrico. Assim, o ambulatório de saúde mental deveria assumir a assistência no nível secundário, com equipe multiprofissional e desempenhando ações mais complexas e individualizadas aos usuários com transtornos psíquicos, analisando cada caso com o objetivo de atender suas demandas em saúde mental (ALVES; GULJOR, 2006; SANTOS; OLIVEIRA; YAMAMOTO, 2009; SANDINI, 2003).

Dados de 2006, do Ministério da Saúde, apontam para a existência de 860 ambulatórios de saúde mental no Brasil, os quais prestam assistência, sobretudo, aos usuários com transtornos psíquicos menores (ansiedade, depressão, somatoformes) e funcionam pouco articulados com a rede de atenção psicossocial, produzindo um grande número de consultas,

especialmente nas áreas de psiquiatria e psicologia, com listas de espera imensas e com baixa resolutividade (BRASIL, 2007c).

Na realidade estudada, o ambulatório de saúde mental tem assumido os cuidados em saúde mental no território diante da falta de outros serviços da rede de atenção psicossocial no município. Assim, é urgente a implantação dos recursos da rede de atenção psicossocial nos diferentes territórios, ou seja, nas oito gerências distritais do município, para absorver os casos que são atendidos pelo ambulatório.

A existência do ambulatório em saúde mental não substitui, de modo algum, a necessidade e a importância da implantação de CAPS no território, porque o CAPS, além de ser um dispositivo de atenção ao usuário com transtorno psíquico maior, é o serviço ordenador da rede de atenção psicossocial, assumindo a função de articular os serviços de saúde no trabalho em rede e oferecer suporte teórico, pedagógico e prático à ESF (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008).

O CAPS é um dispositivo destinado a acolher usuários com transtornos psíquicos, estimulando sua integração social e familiar, incentivando a busca de autonomia, oferecendo atendimentos, individuais e grupais, em saúde mental, buscando integrá-lo em seu território: espaço em que se desenvolve a vida cotidiana, social e familiar (BRASIL, 2004b).

Assim, a implantação de CAPS no território de vida dos usuários com transtornos psíquicos é importante para fortalecer a proposta da atenção psicossocial como modelo orientador do cuidado em saúde mental, mobilizando os recursos disponíveis na rede e no território em prol da oferta de um cuidado em saúde mental ampliado e resolutivo.

O atendimento em saúde mental de crianças e adolescentes também foi avaliado como uma dificuldade no cotidiano de trabalho da ESF, apontando para a necessidade de construção e fortalecimento de uma rede de atenção em saúde mental infanto-juvenil, com a oferta de serviços especializados, como os CAPS i, articulados com a atenção básica para atender às demandas desse grupo populacional.

*“As dificuldades eu acho que é essa questão, se tivessem mais vagas, que nem eu falei antes, do CIAPS. Às vezes, a gente não consegue, porque é muita demanda e daí não tem vaga quando a gente precisa, às vezes, a vaga é para dois meses; então demora.” (E1).*

*“É mais difícil, porque é como eu te disse, são esses locais de discussões ou algum caso que vai para o neuro. Só que esses casos que chegam usuário de drogas, que está se prostituindo, que a gente está vendo que é um adolescente, que está se envolvendo com outras coisas de furto, isso é que a gente perde, porque tu não consegue,*

*agora até a gente estava falando em fazer um grupo de adolescentes para tentar tirar um pouco eles da rua, mas de forma que eles produzissem alguma coisa ou que fosse alguma coisa que eles se interessassem e que não fosse uma coisa assim que começasse e daqui a pouco eles não quererem mais.” (E10).*

*“Acho que falta é um CAPS, porque eu não preciso de atendimento psicológico, eu não preciso de atendimento psiquiátrico, isso eu consigo aqui, lá, mas eu consigo. O que eu preciso é uma terapia ocupacional, eu preciso é de algo para manter essa pessoa envolvida, quando ela não está se chapando. [...] Eu preciso é de uma coisa a mais, é o durante, é o se manter, se manter legal. Isso eu não tenho para onde encaminhar. Por essas e outras que a gente, que eu faço tanta questão de iniciar projetos, como a gente está iniciando aqui, a oficina, o cinema para as crianças, a fotografia na lata. Isso eu acho que falta, esse tipo de incentivo, esse tipo de trabalho, de serviços para manter eles ocupados.” (E11).*

O CAPS i também é um recurso quantitativamente insuficiente na rede de atenção psicossocial do município, demonstrando a necessidade de ampliação desse recurso de modo territorializado, para que cada gerência distrital tenha um CAPS i em sua área de abrangência.

A falta de recursos especializados no território faz com que as equipes da ESF se reinventem e, com criatividade, busquem desenvolver projetos voltados ao enfrentamento da vulnerabilidade social dessas crianças e desses adolescentes por meio de grupos de adolescentes, cinema na rua e fotografia na lata, produzindo um espaço no território que serve para o encontro entre esses meninos e meninas, bem como para a orientação com relação à saúde e saúde mental, oportunizando novos espaços sociais para essa população.

A Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil é uma proposta recente do SUS enquanto política pública. Por vários anos, o Estado delegou o acompanhamento, orientação e atenção desta população às instituições privadas e filantrópicas, criando uma importante lacuna no campo da atenção pública para crianças e adolescentes brasileiros (BRASIL, 2005b). Isso também fortaleceu a prática institucionalizante, pautada em uma ideia de proteção aos menores, os quais eram abandonados em abrigos, educandários e, até mesmo, nos hospitais psiquiátricos, constituindo-se em locais de depósito humano, gerando exclusão social, sem a oferta de cuidados adequados às suas necessidades (AMSTALDEN; HOFFMANN; MONTEIRO; 2010).

A Constituição Federal de 1988, nos artigos nº 227 a nº 230, assegura os direitos das crianças e adolescentes, reportando ao Estado a promoção de políticas e programas de

assistência integral à saúde da criança e do adolescente (BRASIL, 1988b). Com isso, fica imputada ao Estado a responsabilidade de oferecer cuidado em saúde mental a essa população, com vistas à sua inclusão e participação social.

Na II CNSM (1992), se apontava para a necessidade de reformulação da legislação sanitária e psiquiátrica da criança e do adolescente, destacando a ausência de uma política de saúde mental direcionada a essa população, a qual representava cerca da metade da população brasileira (BRASIL, 1994). E foi somente na III CNSM (2001) que se deu a aprovação da criação da política à saúde mental da criança e do adolescente, mediante a implantação de CAPSi e outros dispositivos da rede. Nesta conferência, também foi aprovada a exigência para que a rede substitutiva incluísse a atenção a criança e ao adolescente nos diferentes serviços (BRASIL, 2002a).

Em 2005, foi lançada a publicação “Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil”, com o objetivo de apresentar os princípios e as diretrizes para a atenção psicossocial a crianças e adolescentes no contexto do SUS, destacando a subjetividade das crianças e adolescentes. Os princípios elencados são acolhimento universal ou serviços de portas abertas, encaminhamento implicado ou corresponsabilização, construção permanente da rede, território ou o local do sujeito e intersetorialidade na ação do cuidado (BRASIL, 2005b).

Desde a promulgação da Constituição Federal em 1988 até a criação da política de saúde mental infanto-juvenil em 2001, se passaram 13 anos, ou seja, mais um longo período em que as crianças e adolescentes não receberam a atenção e o cuidado em saúde mental adequados às suas necessidades, refletindo em um importante atraso na implantação da rede de atenção psicossocial infanto-juvenil.

O conceito de rede de atenção psicossocial infanto-juvenil está em consonância com os princípios e diretrizes da rede de atenção psicossocial, com a inclusão dos aspectos referentes a essa população específica, protegida e amparada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990). Isso quer dizer que o CAPS i deve ser o organizador dessa rede, da mesma maneira que o CAPS II é o ordenador da rede de atenção psicossocial para adultos. A corresponsabilização pelos casos na infância e adolescência deve incluir, também, o setor educação, uma vez que esse é um direito da criança e do adolescente, e um dever do Estado.

O trabalho intersetorial e articulado em rede são fundamentais para que a atenção e o cuidado em saúde mental infanto-juvenil sejam realizados de maneira a satisfazer as

necessidades dessa população, resultando na promoção de saúde mental e prevenção de sofrimento psíquico na idade adulta.

No território da GDPLP, não existia nenhum CAPS i, porém havia uma referência desse tipo de serviço, que é o CAPS i HCPA, que se localiza no bairro Santa Cecília, estando distante cerca de 16km do bairro mais longe (Lomba do Pinheiro) e 5km do bairro mais próximo (Partenon). A distância entre o CAPS i e a comunidade é significativa, implicando no deslocamento com uso de recurso automotivo (em geral, transporte público), o que gera despesas para a família, uma vez que a criança e/ou o adolescente não pode comparecer sozinho ao atendimento. Essa é uma dificuldade relatada pela equipe do referido CAPS i frente a não adesão de sua clientela e a sua baixa produção (SMSPA, 2012).

Dados do 2º quadrimestre de 2012 sobre os atendimentos realizados pelo CAPS i HCPA revelam uma queda de 14,22% comparada ao mesmo período do ano anterior, assinalando que, em 2012, foram realizados 724 atendimentos e, em 2011, foram 844 (SMSPA, 2012).

Em nossa avaliação, a baixa produtividade do CAPS i HCPA também está relacionada com o modo de funcionamento desse serviço, cujo acesso se dá por meio de triagem e não de acolhimento, tendo, dessa maneira, suas “portas fechadas”, ou seja, não há atendimento de demanda espontânea, restringindo os atendimentos ao que está agendado. A agenda de triagem abria a cada três meses, gerando uma longa espera para o atendimento e pouca resolutividade do serviço.

O CAPS deve funcionar de portas abertas tanto para sua clientela quanto para os demais serviços da rede, estabelecendo um espaço de comunicação e relação com o território. Assim, deve contribuir para a produção de cidadania para dentro ou para fora do serviço, facilitando o contato entre as pessoas e a cidade, e construindo novos olhares sobre a loucura. A porta aberta é entendida como uma possibilidade importante de construir vínculos e compartilhar responsabilidades com os usuários, familiares e comunidade, inserindo-os e acolhendo-os no serviço, possibilitando o rompimento com a exclusão do que está dentro e com o que está fora (OLSCHOWSKY et al., 2009).

Desse modo, o CAPS i HCPA necessita revisar sua proposta de atuação na rede de atenção psicossocial, reorganizando seu processo de trabalho de acordo com o que está preconizado para o funcionamento de um serviço tipo CAPS, atuando de modo a responder às necessidades de cuidado das crianças e dos adolescentes, fortalecendo a atenção psicossocial.

Assim como ocorre com o atendimento de adultos, na GDPLP, existe o Ambulatório do CIAPS (Centro Integrado de Atenção Psicossocial), que atende crianças a partir de 04 anos

de idade até 17 anos 11 meses e 29 dias. Esse ambulatório também está localizado no espaço físico do Hospital Psiquiátrico São Pedro e é formado por uma equipe multidisciplinar, englobando as áreas de Psiquiatria, Psicologia, Enfermagem, Terapia Ocupacional, Serviço Social e Psicopedagogia.

O ingresso no ambulatório do CIAPS ocorre por meio da equipe de matriciamento da GDPLP, que discute os casos com a ESF e, juntos, encaminham para o acompanhamento no serviço. A equipe de ambulatório do CIAPS desempenha ações articuladas com a rede de atenção à criança e ao adolescente, trabalhando em parceria com a ESF, a Rede Partenon e a microrrede, discutidas anteriormente, envolvendo recursos como escola, projetos de assistência social, conselho tutelar, justiça e outros, conforme a necessidade frente ao cuidado em infância e adolescência. Os atendimentos são individuais e em grupo, incluindo o atendimento à família da criança e/ou do adolescente.

O atendimento de crianças e adolescentes exige um trabalho articulado em rede e intersetorial, sendo necessário ampliar os serviços especializados e reorganizar processos de trabalho dos serviços existentes para que atuem de modo a contribuir com a atenção psicossocial.

Para o atendimento de usuários de álcool e outras drogas, não havia referência de CAPS estabelecida e esse serviço também não existia no território da GDPLP. Em 2012, foi inaugurado o CAPS AD III na região abrangência da GDPLP.

Na avaliação do grupo de interesse, há uma carência de um serviço de referência para tratamento de álcool e outras drogas, como um CAPS AD, que possa acolher a pessoa que está buscando o tratamento e auxiliá-la nesse processo, do qual fazem parte as recaídas e as desistências.

*“A gente tem dificuldades se é uma situação que tu precisas internar a pessoa, que ela precisa da internação para poder conseguir pensar em algumas coisas relacionadas ao crack. A gente vai encaminhar para a Cruzeiro, a Cruzeiro vai avaliar, ver se está nas ‘últimas’ para poder priorizar essa pessoa para conseguir.[...] O médico (da ESF) se propõe a tentar, pelo menos, algum tratamento com a pessoa, sem estar internada. Ele atende usuário de crack e ele diz ‘vamos iniciar seu tratamento, vamos ver o que é possível’, mesmo a gente sabendo que as condições ideais eram, pelo menos, desintoxicar. Então falta, não tem isso.” (E2).*

*“Um problema, talvez o nosso maior problema. A gente, mais uma vez, é isso, não tem uma referência formal, organizada e que a gente saiba. [...] A gente já teve algumas situações imediatas que gente,*

*bom, ‘vamos encaminhar ao PAM3’, é uma saída, é uma forma, mas a gente sabe que não é o ideal. O que tem acontecido agora, a gente tem encaminhado para a equipe de matriciamento, com um fluxo não muito estabelecido ou não estabelecido, mas bem: chegou o paciente, pego telefone, ligo lá: ‘estou com essa situação aqui, o que eu vou fazer?’ Eles têm dito ‘vem aqui, tal dia, tal horário que a gente vai conversar’. Que resultado a gente tem disso? Eu ainda não sei; até então, a gente encaminhou uma pessoa e que a gente não teve retorno: se ficou, se não ficou, para onde foi, para onde não foi.” (E8).*

*“Isso com certeza, tinha que ter regionalizado, cada região tinha que ter um centro, sei lá, um hospital-dia, alguma coisa para isso e não tem, então fica complicado. A nossa região aqui não tem nada. A dependência química é muito grande e está tendo uma pandemia entre os jovens e não tem amparo para eles, não tem como, para onde encaminhar. Não tem continuidade, e retorna, têm todos os antigos amigos, os conhecidos, o mesmo meio, é muito complicado. Às vezes, se conseguem ir para uma fazenda, ficam um tempo lá, depois voltam e continuam com todos os mesmos problemas e não resistem, têm recaídas. Às vezes, vêm os pais aqui apavorados, porque o filho está vendendo tudo de dentro de casa ou tem agressão e todo esse problema, tem pouca estrutura, muito pouca rede. Tinha que ter mais, eles não acordaram ainda para isso.” (E9).*

Na atualidade, a expansão do consumo de drogas tem se tornado uma questão de saúde pública, sendo outro enfrentamento para a rede de atenção psicossocial, em que, assim como discutido anteriormente, não há serviços suficientes para essa especificidade. Portanto, as emergências psiquiátricas e atenção básica são os pontos da rede que recebem esses usuários para atendimento, mas essa oferta, no entanto, não tem sido suficiente frente à grande demanda e à baixa resolutividade.

Avalio que os usuários de drogas embora acolhidos na ESF, não tem outros recursos no território, o que seria de grande importância para seu tratamento, o qual exige um cuidado intensificado e direcionado, com ações voltadas à redução de danos e/ou à abstinência.

O problema do uso e abuso de álcool e outras drogas é caracterizado por sua complexidade, uma vez que é constituído por inúmeras interfaces e articulações, como biológica, farmacológica, psicológica, sociocultural, política e econômica (SCHNEIDER, 2010). Assim, é um problema de saúde pública que exige a intervenção reguladora do Estado, concretizada pela formulação e implementação de políticas públicas (ALVES, 2009).

Em 2003, no Brasil, foi lançada a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, com o objetivo de estruturar e fortalecer uma



rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, com ênfase na reabilitação e reinserção social de seus usuários (BRASIL, 2003c).

A complexidade do uso de álcool e outras drogas exige a constituição de uma rede fortalecida e diversificada, com oferta de diferentes dispositivos de atenção, em que o usuário, em parceria com os serviços de saúde, possa construir seu projeto terapêutico em consonância com seu projeto de felicidade.

Internações hospitalares com finalidade exclusiva de desintoxicação de drogas sem o planejamento de alta com a construção coletiva da rede de atenção psicossocial no território não tem sido eficientes, configurando-se em gasto da verba pública. O prazo médio da desintoxicação de drogas é de 21 dias. Após esse período, é necessário que haja a continuidade do que foi iniciado na internação hospitalar. A internação, para os casos que necessitam desse recurso, deve ser compreendida como o início do tratamento, que será continuado nos demais serviços da rede de atenção psicossocial, articulados entre si, envolvendo saúde, educação, assistência social, trabalho e emprego, entre outros. Não é possível lidar com um problema de tamanha magnitude unicamente pela via da saúde. Ações intersetoriais são imprescindíveis, bem como a garantia da oferta adequada de serviços a essa população.

Avalio que o município deve investir na construção de serviços extra-hospitalares, de base territorial, que atuem de maneira criativa e a partir da realidade que se apresenta, para que o cuidado ao usuário de substâncias psicoativas seja eficaz, efetivo e eficiente, trazendo novos sentidos à realidade desses usuários, para que encontrem outros prazeres produtores de saúde e saúde mental, e, assim, não necessitem da substância psicoativa para obterem satisfação, promovendo a atenção psicossocial no território. E, nesse sentido, o apoio do controle social é fundamental para tencionar as discussões sobre a temática e democratizar os processos decisórios em saúde, priorizando e fortalecendo as ações voltadas à construção do cuidado ao usuário de substâncias psicoativas.

Frente às discussões aqui realizadas, avalio que as equipes das ESF estudadas têm contribuído para o fortalecimento da rede no que diz respeito à atenção básica, pois buscam promover espaços de assistência, reabilitação e reinserção social na comunidade, por meio de oficinas e grupos em saúde, projetos comunitários, além dos atendimentos tradicionais, como consultas médicas e de enfermagem. Porém, a atenção especializada precisa estar mais bem equipada, com os dispositivos adequados, para garantir o acesso e a continuidade da atenção psicossocial, bem como o fortalecimento dessa proposta enquanto modelo orientador da política pública de saúde mental.

A gestão da atenção psicossocial produzida pela ESF tem sido relevante para o fortalecimento do modelo assistencial em saúde mental proposto pela reforma psiquiátrica, promovendo o cuidado no território de maneira ampliada e resolutiva aos indivíduos com transtorno psíquico, apesar das dificuldades que necessitam ser enfrentadas em conjunto com a gestão municipal de saúde.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Historicamente, o louco e a loucura permaneciam na clausura dos grandes manicômios devido à necessidade de manter as cidades limpas e em ordem, não sendo aceitável a convivência com pessoas portadoras de desajustes biológicos e sociais. A longa permanência nos manicômios resultou no aprisionamento da doença mental de difícil controle e, também, de experiências de vida e subjetividades.

Os longos anos de enclausuramento trouxeram marcas, como a falta de autonomia e cidadania, e a dependência de cuidado nos aspectos sociais, culturais, financeiros, clínicos, institucionais, os quais, acreditamos, para serem transformados, exigirão ações em movimento constante de apoio conjunto da sociedade.

Com o advento da reforma psiquiátrica brasileira, no final da década de 1970, esse cenário passou a sofrer modificações, denunciando situações de extrema violência contra o ser humano, e propondo novas formas de lidar e cuidar da loucura, nas quais o *louco* é o protagonista de todas as cenas, sujeito de sua existência. Com isso, portas foram abertas e amarras foram cortadas, oferecendo liberdade a quem conhecia somente a privação. Nascia o modo de atenção psicossocial, modelo de cuidado em saúde mental nessa nova concepção de loucura.

A atenção psicossocial, estratégia orientadora do cuidado em saúde mental, trouxe para a cena os sujeitos com transtorno psíquico com sua história de vida, sua vivência em família e comunidade, seus laços afetivos, seus vínculos e sua experiência na convivência com o transtorno mental. Assim, passou-se a falar em pessoas, sujeitos, que sofriam com um transtorno psíquico, para as quais eram necessários cuidados para além do aspecto biológico. O louco deixou de ser aquela criatura perigosa e incapaz, e passou a ser visto como um ser humano que pode estar psicologicamente em sofrimento, necessitando de um amplo aparato de cuidado clínico, social, institucional e psíquico.

Nesse contexto, os serviços até então designados para o cuidado das doenças mentais se tornaram insuficientes para tal complexidade e a atenção psicossocial se direcionou para o território, entendido como espaço de produção de vida, de estabelecimento de relações e vínculos, de circulação de pessoas o que habitam, de delimitação geográfica, e de cuidado em saúde e saúde mental.

A aproximação com o território proposta pela atenção psicossocial fez com que os serviços especializados constituintes da rede de atenção psicossocial fossem implantados

nesse local, estando próximos de seus usuários e construindo parcerias com os recursos existentes na comunidade.

A partir dessa lógica, na rede de atenção psicossocial, a atenção básica, principalmente a ESF, tornou-se lugar de oferta e acesso aos cuidados em saúde mental. Essa parceria tem sido importante e primordial ao processo de reforma psiquiátrica, pois, inserida no território e tendo como objeto de cuidado a família, a ESF tem possibilitado a aproximação, o conhecimento e a compartilhamento de experiências entre usuários e profissionais, evidenciando potencialidades e fragilidades nas ações de saúde, com vistas à desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

Nesse sentido, desenvolvi este estudo com o objetivo geral de avaliar participativamente a gestão da atenção psicossocial na ESF, na Zona Leste de Porto Alegre/RS, buscando conhecer as ações realizadas pelo coordenador da ESF e sua relação com a atenção psicossocial, e identificar as facilidades e dificuldades da ESF na produção da atenção psicossocial no território.

Para alcançar esses objetivos, utilizei os pressupostos teóricos e metodológicos da avaliação de quarta geração, pautada no paradigma construtivista em uma perspectiva responsiva, formativa e emancipatória, possibilitando a reflexão crítica sobre a atenção psicossocial na ESF a partir dos coordenadores das unidades de saúde da família, contribuindo para a ampliação das discussões nesse sentido. Destaco o aspecto formativo desta metodologia que possibilita que ao longo do processo avaliativo, com todas as informações que circulam no grupo de interesse, tanto o pesquisador/avaliador quanto os sujeitos do estudo/grupo de interesse possam reconstruir criticamente sua análise inicial sobre o objeto de estudo, com vistas ao seu aprimoramento.

Destaco, ainda, a utilização da avaliação de quarta geração como importante metodologia de avaliação, que propõe a organização do processo avaliativo a partir das demandas e interesses do grupo de interesse, ou grupo avaliado, e que, obrigatoriamente, necessita da participação ativa desse grupo para a construção dos seus resultados, dando ênfase para o processo em si e sua condução.

O processo avaliativo aponta que a coordenação da ESF deve se dar de modo participativo, mediando a construção da organização do trabalho com vistas à produção de saúde, orientado pelos princípios e pelas diretrizes da ESF e da atenção psicossocial. Assim, coordenar implica integrar a equipe na produção de saúde com o objetivo de construir projetos de felicidade, individuais e coletivos, dos sujeitos de determinado território.

A coordenação da ESF requer responsabilidade e comprometimento, pois o coordenador deve estar constantemente estimulando e incentivando a equipe a criar novas formas de produzir saúde e saúde mental no território, as quais sejam mais acolhedoras, resolutivas e coletivas, fortalecendo as diretrizes e os princípios do SUS.

O coordenador da ESF é o principal articulador dos elementos da gestão da ESF – sujeitos, processo de trabalho, poderes e políticas públicas – no cotidiano de trabalho da unidade de saúde da família, tendo a tarefa de conciliar a coordenação com a assistência. Essa conciliação foi avaliada como um nó crítico da gestão da ESF, percebida como sobrecarga de trabalho, pois é vivenciada como tensão, uma vez que, para organizar e planejar o processo de trabalho, o coordenador busca definir prioridades de maneira responsável e comprometida, envolvendo-se necessariamente em atividades burocráticas e assistenciais. Por outro lado, destaco, enquanto pesquisadora, o lado positivo de desempenhar a coordenação e a assistência de modo concomitante, entendendo que uma atividade qualifica a outra e vice-versa.

O processo avaliativo ainda apontou a necessidade de remuneração financeira do coordenador, bem como exclusividade para a realização da gestão da ESF, pois essa atividade consiste em um ato político de responsabilidade e comprometimento com a promoção do SUS enquanto sistema público de saúde, e com o fortalecimento da ESF como modelo de cuidado em saúde na atenção básica.

A autonomia do coordenador e a supervisão da ESF da GDPLP foram avaliadas pelo grupo de interesse como elementos positivos na gestão da ESF, pois contribuem na construção coletiva de processos de trabalho participativos.

Com relação à ambiência, foi destacada a falta recursos materiais e físicos, implicando em desconforto e falta de privacidade na produção de saúde, gerando dificuldade na organização do trabalho na ESF. A rotatividade e a terceirização dos profissionais, e a falta de ACS também foram avaliadas como dificuldades na gestão da ESF, interferindo na produção do cuidado em saúde e atenção psicossocial, tendo em vista a proposta de cuidado longitudinal e contínuo.

No processo avaliativo, foi evidenciado que a atenção psicossocial ocorre cotidianamente, pois as ações de saúde mental são realizadas no território das relações e de cuidado, a partir de sua realidade existencial e territorial. Nesse sentido, acolhimento e escuta são avaliados como fundamentais para dar voz ao usuário, rompendo com a lógica problema-solução. Alertam, ainda, para o aumento da demanda em atenção psicossocial, considerando as vulnerabilidades social e familiar que compõem a realidade dos territórios da maioria das ESF estudadas.

Avalio que os coordenadores das ESF têm estado atentos para a inclusão de práticas pautadas na atenção psicossocial em seu processo de trabalho, reservando espaços de atendimento e discussão sobre a gestão da atenção psicossocial em sua agenda de trabalho, assumindo sua responsabilidade frente a essa demanda.

Os dispositivos facilitadores da gestão da atenção psicossocial avaliados pelo grupo de interesse foram: NASF, apoio especializado em saúde mental, trabalho em equipe, grupos em saúde, apoio da GDPLP e existência de espaços para discussão de casos, os quais buscam construir um cuidado a partir da coletividade e do instrumental oferecido pela comunidade, qualificando e acionando os apoios existentes no território.

Dentre os dispositivos facilitadores, destacamos o trabalho em equipe e a disponibilidade dos profissionais da ESF para o acolhimento e escuta das demandas relacionadas à atenção psicossocial, permitindo afirmar que há compromisso com a construção do cuidado no território, fortalecendo a ESF como a principal porta de entrada ao sistema de saúde, bem como a primeira referência em saúde.

A intersectorialidade foi avaliada como um importante componente para a gestão da atenção psicossocial, destacando os recursos do território e a Residência Integrada em Saúde (RIS), indo além do prisma da saúde, mas compreendendo esse sujeito como ser social, cultural, político, dentre outros.

O fortalecimento e a expansão da rede de atenção foram avaliados como necessidades para consolidar a atenção psicossocial, evidenciando que a gestão municipal de saúde devia investir na implantação de novos CAPS, contemplando todas as gerências distritais com, pelo menos, um serviço especializado desse tipo, considerando que esses serviços são os agenciadores dos recursos do território para a promoção de projetos terapêuticos coletivamente construídos.

Do mesmo modo, foi avaliada a necessidade de reorganizar o atendimento à infância e adolescência, e ao usuário de drogas como estratégias de fortalecimento da rede de atenção psicossocial, buscando desenvolver projetos voltados ao enfrentamento da vulnerabilidade social e oportunizando novos espaços de cuidado no território.

Os resultados deste estudo demonstraram que a gestão da atenção psicossocial na ESF tem potencializado e promovido o cuidado em saúde mental no território, fortalecendo ações de reinserção social e desmistificação da loucura, e colocando a saúde mental na pauta das discussões e dos cuidados oferecidos pela atenção básica, confirmando a tese proposta neste estudo.

O comprometimento dos profissionais da ESF com a gestão da atenção psicossocial é, sem dúvida, elemento primordial para se alcançar resultados positivos no cuidado em saúde mental no território, promovendo espaços de encontro com os usuários, nos quais a atenção psicossocial produz novas tecnologias de cuidado, tendo relevância a fala, a escuta e o vínculo nessa construção, sem, no entanto, negar a relevância do aparato clínico.

Avalio, ainda, a necessidade de participação e responsabilização por parte do controle social como um dispositivo capaz de fortalecer o processo de transformação no cuidado em saúde mental sob a perspectiva da atenção psicossocial a partir da produção de tencionamentos e debates reflexivos com a gestão, com a comunidade e com os profissionais de saúde.

Entendo que a transformação dos saberes e das práticas ocorre no cotidiano dos profissionais de saúde, por meio de suas ações, as quais devem ser norteadas pelos princípios e pelas diretrizes da reforma psiquiátrica e da atenção psicossocial, com vistas à construção e realização de projetos de felicidade de usuários com transtornos psíquicos, sua família e sua comunidade.

Destaco a importância dos resultados desta tese para a área de enfermagem, uma vez que todos os coordenadores das ESF são enfermeiros, ou seja, estão à frente da gestão em saúde no SUS. Avalio que é importante refletir sobre isso junto à graduação, buscando saber como a gestão pública em saúde vem sendo estudada e desenvolvida no processo de formação dos enfermeiros, para que possamos ter profissionais comprometidos com os princípios e diretrizes do SUS e suas políticas de saúde.

Por fim, aponto os limites deste estudo. O primeiro deles refere-se ao fato de ter escolhido um grupo de interesse em particular – os coordenadores das ESF, construindo o processo avaliativo a partir dessa perspectiva. Certamente a inclusão de outros grupos de interesse reservariam outras discussões e enfrentamentos no processo avaliativo, a partir de outros resultados. A opção por um grupo de interesse está relacionada à logística da pesquisa, que envolve tempo e recursos financeiros.

O segundo limite, igualmente relacionado à logística da pesquisa, refere-se ao tempo de permanência em cada unidade, o que não prejudicou o direito de entrada no campo, mas não foi possível participar de alguns momentos em algumas unidades, como grupos, visitas domiciliares entre outros.

Espero que os resultados desta tese motivem a realização de novos estudos nos campos da saúde mental e da avaliação em saúde, bem como promovam a reflexão crítica dos

profissionais da ESF frente à gestão da atenção psicossocial no território, contribuindo para o fortalecimento deste modelo de cuidado em saúde mental.



## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, P. F. **O desafio da produção de indicadores para avaliação de serviços em saúde mental**: um estudo de caso do centro de atenção psicossocial Rubens Corrêa/RJ. 2002. 130 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.
- ALVES, D. S. Integralidade nas políticas de saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2006. p. 221-240.
- ALVES, D. S.; GULJOR, A. P. O cuidado em saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. 3. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2006. p. 221-240.
- ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, nov. 2009.
- AMARANTE, P. D. C. Estratégias e dimensões do campo da saúde mental e atenção psicossocial. In: \_\_\_\_\_. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 61-80.
- AMARANTE, P. D. C. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- AMARANTE, P. D. C. Loucura, cultura e subjetividade. Conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 163-185.
- AMARANTE, P. D. C. O enfoque estratégico do planejamento em saúde e saúde mental. In: \_\_\_\_\_. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 113-148.
- AMARANTE, P. D. C. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- AMARANTE, P. D. C. Reforma psiquiátrica e epistemologia. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 34-41, jan./abr. 2009.
- AMARANTE, P. D. C.; TORRE, E. H. G. Avaliação em saúde mental: da mensuração diagnóstica e psicopatológica em direção à complexidade no campo da saúde e das políticas públicas. In: PINHEIRO, R. et al (Orgs.). **Desinstitucionalização da saúde mental**: contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/LAPPIS, ABRASCO, 2007. p. 41-61.
- AMSTALDEN, A. L. F.; HOFFMANN, M. C. C. L.; MONTEIRO, T. P. M. A política de saúde mental infant-juvenil: seus percursos e desafios. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y. **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 33-45.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S. et al (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 783-836.

ANÉAS, T. V.; AYRES, J. R. C. M. Significados e sentidos das práticas de saúde: a ontologia fundamental e a reconstrução do cuidado em saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 15, n. 38, p. 651-662, jul./set. 2011.

ANGELIS, S. El método comparativo constante. **EducaRed**, 2005. Disponível em: <<http://www.educared.org.ar/infanciaenred/margarita/etapa2/mcc1.asp>>. Acesso em: 25 jul. 2008.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, set./fev. 2004a.

AYRES, J. R. C. M. Da necessidade de uma prática reflexiva sobre o cuidado: a hermenêutica como acesso ao sentido das práticas de saúde. IN: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2009. p. 127-144.

AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 122-127.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, set./dez. 2004b.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

BAPTISTA, T. W. F. O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 11-41.

BARATIERI, T.; MARCON, S. S. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 802-810, out./dez. 2011.

BARROS, R. B.; BARROS, M. E. B. Da dor ao prazer no trabalho. In: SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. **Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí: Unijuí, 2007. p. 61-72.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

BENEVIDES, D. S. et al. Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 32, p. 127-138, jan./mar. 2010.

BENITO, G. A. V. et al. Conhecimento gerencial requerido do enfermeiro no Programa Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 58, n. 6, p. 635-640, nov./dez. 2005.

BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicol., Ciênc. Prof.**, Brasília, v. 28, n. 3, p. 632-645, 2008.

BIAGOLINI, R. E. M.; SANTOS, A. S. Gerenciamento dos recursos materiais na atenção primária à saúde. In: SANTOS, A. S.; MIRANDA, S. M. (Orgs.). **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. São Paulo: Manole, 2007. p. 225-238.

BLOG GRUPO HOSPITALAR ESTADUAL. **Ambulatório Melaine Klein**. Disponível em: <<http://grupohospitalarestadual.blogspot.com.br/p/hpsp.html>>. Acesso em 03 mar. 2012.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. Artigos nº 227 a nº 230. Brasília: Senado Federal, 1988b.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 jul. 1990. Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/33/1990/8069.htmv>>. Acesso em: 15 set. 2012.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca. **Centros de Atenção Psicossocial – CAPS**. 2013. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=29797&janela](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29797&janela)>. Acesso em: 21 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica n. 27. **Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Versão preliminar. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº466**, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Educação permanente em saúde**. 2012b. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1265](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1265)>. Acesso em: 10 ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados**. 2. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrutivo do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 31 dez. 1990, p. 25694.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Gestão participativa e cogestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da II Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da Oficina de Trabalho para “Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica”**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/oficina\\_plano\\_inclusao\\_saude\\_mental\\_atencao\\_basica.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/oficina_plano_inclusao_saude_mental_atencao_basica.pdf)>. Acesso em 16 set. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental em dados 4**. Brasília: Ministério da Saúde, ano II, n. 4, 2007c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental em dados 10**. Brasília: Ministério da Saúde, ano VII, n. 10, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. **I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1988a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica**. PMA – Complementar. Rio Grande do Sul, 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABORS.def>>. Acesso em: 06 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Trabalho e redes de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Mental: Atenção básica**. 2010a. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=925#](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=925#)>. Acesso em: 04 fev. 2010.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 45, de 12 de janeiro de 2007**. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília: Gabinete do Ministro, 2007b.

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

BÜCHELE, F. et al. A interface da saúde mental na atenção básica. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 11, n. 3, p. 226-233, set./dez. 2006.

CAMATTA, M. W. **Ações voltadas para saúde mental na Estratégia Saúde da Família: intenções de equipes e expectativas de usuários e familiares**. 2010. 207f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

CAMPOS, G. W. S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2334-2344, 2010.

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

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000a.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. C. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 229-266.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2000b.

CAMPOS, G. W. S.; CHAKOUR, M.; SANTOS, R. C. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 141-144, jan./mar. 1997.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CAMPOS, R. O. et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4643-4652, 2011.

CAMURI, D.; DIMENSTEIN, M. Processos de trabalho em saúde: práticas de cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 803-813, 2010.

CARNEY, T. Fourth Generation Evaluation. **Can. J. Commun.**, Vancouver, v. 16, n. 2, 1991. Disponível em: <<http://www.cjc-online.ca/index.php/journal/article/view/612/518>>. Acesso em: 23 maio 2008.

CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B.; CORDONI JUNIOR, L. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. (Orgs.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: UEL, 2001. p. 27-59.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-77, set./fev.2005.

CECCIM, R. B. Inovação na preparação de profissionais de saúde e a novidade da graduação em saúde coletiva. **Bol. Saúde**, Porto Alegre, v. 16, n. 1, p. 9-38, 2002.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Educação Permanente em Saúde. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>>. Acesso em: 04 abr. 2009.

CECÍLIO, L. C. O. O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 345-63, mai./ago. 2007.

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

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

COIMBRA, V. C. C. et al. A saúde mental e o trabalho do enfermeiro. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 26, n. 1, p. 42-49, abr. 2005.

COLOMÉ, I. C. S. **Trabalho em equipe no Programa Saúde da Família na concepção das enfermeiras**. 2005. 97 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. **Resolução CNE/CES nº 3**, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília: Câmara de Educação Superior, 2001.

CONTANDRIOPOULOS, A. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-47.

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

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: AMARANTE, P. D. C. (Org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p. 13-44.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Intersetorialidade: exigência da clínica com crianças na atenção psicossocial. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y. **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 271-279.

CUTOLO, L. R. A.; MADEIRA, K. H. O trabalho em equipe na estratégia Saúde da Família: uma análise documental. **Arq. Catarin. Med.**, Florianópolis, v. 39, n.3, p. 79-84, 2010.

DESLANDES, S. **Avaliação**. Disponível em:

<<http://www.determinants.fiocruz.br/pps/apresentacoes/AVALIACAO-Brasilia.ppt>>. Acesso em: 25 jul. 2008.

**DICIONÁRIO Priberam da língua portuguesa**. Disponível em:

<<http://www.priberam.pt/DLPO/>>. Acesso em 04 jun. 2012.

DIMENSTEIN, M. et al. Estratégia da atenção psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1209-1226, dez. 2010.

ELIAS, P. E. et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 633-641, 2006.

FACCHINI, L. A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 669-681, 2006.

FARIA, H. P. et al. **Processo de trabalho em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG/COOPMED, 2009.

FERIGATO, S.; CARVALHO, S. R. O poder da gestão e a gestão do poder. In: CARVALHO, S. R.; BARROS, M. E.; FERIGATO, S. (Orgs.). **Conexões: saúde coletiva e políticas de subjetividades**. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 53-73.

FERNANDES, A. S.; SECLÉN-PALACIN, J. A. **Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004.

FERNANDES, L. C. L.; MACHADO, R. Z.; ANSCHAU, G. O. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1541-1552, set./out. 2009.

FERNANDES, M. C. et al. Análise da atuação do enfermeiro na gerência de unidades básicas de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 11-15, jan./fev. 2010.

FERREIRA, S. R. **Residência integrada em saúde: uma modalidade de ensino em serviço**. 2007. 117f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 489-506, set./dez. 2005.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2006. p. 459-474.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. p. 181-193.

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

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

FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 165-181, 2001.

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



GARCÍA, G. G. Las reformas sanitarias y los modelos de gestión. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 9, n. 6, p. 406-412, jun. 2001.

GUBA, E.; LINCOLN, Y. **Avaliação de quarta geração**. Campinas: Unicamp, 2011.

GUBA, E.; LINCOLN, Y. **Fourth Generation Evaluation**. Newbury Park, California: Sage Publications, 1989.

GUBA, E.; LINCOLN, Y. **Guidelines and checklist for constructivist (a.k.a. fourth generation) evaluation**. 2001. Disponível em: <[http://www.wmich.edu/evalctr/archive\\_checklists/constructivisteval.pdf](http://www.wmich.edu/evalctr/archive_checklists/constructivisteval.pdf)>. Acesso em: 05 mar. 2010.

GUIZARDI, F. L.; CAVALCANTI, F. O. L. O conceito de cogestão em saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1245-1265, dez. 2010.

INOJOSA, R. M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersectorialidade. **Cad. FUNDAP**, São Paulo, n. 22, p. 102-110, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades**. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>>. Acesso em: 28 mar. 2010.

ISAIAS, F.; FAGUNDES, S. **Guia de serviços de saúde mental – RS**. Porto Alegre, 2001.

KANTORSKI, L. P. et al. A integralidade da atenção à saúde na perspectiva da gestão no município. **Texto Contexto – Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 434-441, set. 2006.

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, out./dez. 2009b.

KANTORSKI, L. P. et al. Avaliando a política de saúde mental num CAPS: a trajetória no movimento antimanicomial. **Est. Pesq. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 10, n.1, p. 242-263, abr. 2010.

KANTORSKI, L. P. et al. Contribuições do estudo de avaliação dos centros de atenção psicossocial da região sul do Brasil. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 202-211, jan./abr. 2009a.

KANTORSKI, L. P. et al. O cuidado em saúde mental: um olhar a partir de documentos e da observação participante. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 366-371, jul./set. 2006.

LANCETTI, A. Fontes da clínica peripatética. In: \_\_\_\_\_. (Org.). **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 19-38.

LANCETTI, A. **Saúde loucura**: saúde mental e saúde da família. São Paulo: Hucitec. 2002.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 615-634.

LAY, M.; PAPADOULOS, I. An exploration of fourth generation evaluation in practice. **Evaluation**. London, v. 13, n. 4, p. 495-504, 2007. Disponível em: <<http://evi.sagepub.com>>. Acesso em: 05 mar. 2010.

LINCOLN, Y.; GUBA, E. **Naturalistic inquiry**. Newbury Park, California: Sage Publications. 1985.

LYRA, M. A. A. Desafios da saúde mental na atenção básica. **Cad. IPUB**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 24, p. 57-66, mar./abr. 2007.

MARTINS, G. A. Estudo de caso: uma reflexão sobre a aplicabilidade em pesquisas no Brasil. **Rev. Contab. Org.**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, p. 8-18, jan./abr. 2008.

MARX, K. **O Capital**. 14. ed. São Paulo: Difel, 1994.

MATTOS, R. A. Cuidado prudente para uma vida decente. IN: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005. p. 119-132.

MATTOS, S. A. F. Entre a loucura e a liberdade: a experiência de uma agente comunitária de saúde. In: LANCETTI, A. **Saúde loucura: saúde mental e saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 53-58.

MELLO, V. R. C. **Estratégias de humanização do cuidado em saúde mental: cartografando as intervenções de apoiadores institucionais**. 2009. 100f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: OPAS, 2011.

MERCADO, F. J.; BOSI, M. L. M. Avaliação não-tradicional de programas de saúde: anotações introdutórias. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Orgs.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Rio de Janeiro: Vozes, 2006. p. 11-21.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde. In: CECILIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 117-160.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007b. p. 71-112.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007a.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. **Trabalho em saúde**. 2005. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-05.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2012.

MIELKE, F. B. **Ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família**: um estudo avaliativo. 2009. 140 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

MIELKE, F. B. **O cuidado em saúde mental no entendimento dos profissionais de um CAPS**. 2007. 76f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2007.

MIELKE, F. B.; COSSETIN, A.; OLSCHOWSKY, A. O conselho local de saúde e a discussão das ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família. **Texto Contexto – Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 387-394, abr./jun. 2012.

MIELKE, F. B.; OLSCHOWSKY, A. Saúde mental na Estratégia Saúde da família: a avaliação do apoio matricial. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 900-907, dez. 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MISHIMA, S. M. **A gerência de serviços de atenção primária à saúde como instrumento para reorganização da assistência à saúde** – o caso do Programa de Saúde da Família. 2003. 153f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

MUNARI, D. B. et al. Saúde mental no contexto da atenção básica: potencialidades, limitações, desafios do Programa Saúde da Família. **Rev. Eletr. Enferm.**, Goiânia, v. 10, n. 3, p. 784-795, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a24.htm>>. Acesso em: 24 abr. 2012.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 92-96, 2010.

NOGUEIRA, F. C. P. et al. Implantação de um conselho local de saúde: desafios da prática do controle social. **Rev. Baiana Saúde Pública**, Salvador, v. 32, n. 1, p. 104-110, jan./abr. 2008.

NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2375-2384, out. 2007.

OLIVEIRA, A. G. B. Trabalho e cuidado no contexto da atenção psicossocial: algumas reflexões. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 694-702, dez. 2007.

OLIVEIRA, F. M. **Território da vida** – um recurso para a transformação das relações entre sociedade e loucura. 2004. 125f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

OLIVEIRA, J. A.; TEIXEIRA, S. F. **(Im)Previdência social**: 60 anos de história da previdência no Brasil. 2. ed. Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: Abrasco, 1989.

OLIVEIRA, L. M. L.; SILVA, F.; TUNIN, A. Acolhimento em saúde: reorganização do processo de trabalho e a qualidade do atendimento. **Anais dos resumos ampliados do VI Seminário do Projeto Integralidade**. Rio de Janeiro, 2002. p. 111-117.

OLSCHOWSKY, A. et al. **Avaliação da saúde mental na estratégia saúde da família – MENTAL-ESF**. Relatório de pesquisa. Porto Alegre, 2011.

OLSCHOWSKY, A. et al. Avaliação de um centro de atenção psicossocial: a realidade em Foz do Iguaçu. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 781-787, dez. 2009.

OLSCHOWSKY, A. **O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental**: análise da pós-graduação “Lato sensu”. 2001. 233f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escolas de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

OLSCHOWSKY, A. **Integração docente-assistencial**: um estudo de caso. 1996. 138f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola da Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

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. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, maio, 2006.

PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.). **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. p. 473-487.

PAIM, J. S. Avaliação em saúde: uma prática em construção no Brasil. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (Orgs.). **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 9-10.

PASSOS, J. P.; CIOSAK, S. I. A concepção dos enfermeiros no processo gerencial em Unidade Básica de Saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 464-468, dez. 2006.

PATTON, M. Q. **Qualitative research and evaluation methods**. 3. ed. Thousand Oaks, EUA: Sage Publications. 2002.

PAULIN, L. F.; TURATO, E. R. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **Hist. Ciênc. Saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 241-58, mai./ago. 2004.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. 1998. 254 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

PEREIRA, A. A. Saúde mental para médicos e enfermeiros que atuam no Programa de Saúde da Família: uma contribuição sobre o processo de formação em serviço. **Cad. IPUB**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 24, p. 13-33, mar./abr. 2007.

PERES, C. R. F. B. et al. O agente comunitário de saúde frente ao processo de trabalho em equipe: facilidades e dificuldades. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 905-911, ago. 2011.

PINHEIRO, R.; GULJOR, A. P.; SILVA JUNIOR, A. G. Necessidades e práticas na desinstitucionalização da clientela de longa permanência institucional: uma proposta de avaliação da relação entre demanda e oferta de cuidado. In: PINHEIRO, R. et al (Orgs.). **Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos**. Rio de Janeiro: Cepesc, IMS/Lappis, Abrasco, 2007. p.13-40.

PITTA, A. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. **Decreto nº 17.131, de 1º de julho de 2011**. Aprova o Estatuto do Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF) e regulamenta a Lei nº 11.062, de 6 de abril de 2011. Disponível em: <<http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cgi-bin/nph-brs?s1=000031785.DOCN.&l=20&u=%2Fnetahtml%2Fsirel%2Fsimples.html&p=1&r=1&f=G&d=atos&SECT1=TEXT>> . Acesso em: 05 maio 2012.

QUINDERÉ, P. H. D. et al. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, [periódico na internet, no prelo]. [cerca de 15 p.]. 2012. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>>. Acesso em: 01 set. 2012.

RABELO, J. B. A intersetorialidade da política de saúde e os reflexos no desenvolvimento das ações de saúde mental. In: XI CONGRESSO LUSO-AFRO-BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, 11, 2011, Salvador. **Anais eletrônicos XI Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais**, Salvador, Universidade Federal da Bahia, 2011.

REIS, C. C. L.; HORTALE, V. A. Programa Saúde da Família: supervisão ou “convisão”? Estudo de caso em município de médio porte. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 492-501, mar./abr. 2004.

RHS. Rede HumanizaSUS. Rede de colaboração para a humanização da gestão e da atenção no SUS. Glossário. **Intersetorialidade**. Disponível em: <<http://www.redehumanizasus.net/glossary/term/121>>. Acesso em: 05 abr. 2013.

RIBEIRO, W. S. et al. Exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento: uma revisão da literatura. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 31, supl. 2, p. 49-57, 2009.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. A contribuição da saúde mental para o desenvolvimento do PSF. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 56, n. 3, p. 230-235, mai./jun. 2003.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 17-60.

SANDINI, E. L. L. **O ambulatório de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um estudo no município de Taubaté – SP**. 2003. 156f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

SANTANA, J. C. B. et al. Agente comunitário de saúde: percepções na estratégia saúde da família. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 14, n. 4, p. 645-652, out./dez. 2009.

SANTANA, J. P. A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta. In: II Conferência Nacional de Recursos Humanos de Saúde. **Painel Gestão de Recursos Humanos**. Brasília, 1993. Disponível em: <[http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos\\_apoio/pub04U3T6.pdf](http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub04U3T6.pdf)>. Acesso em: 16 abr. 2009.

SANTOS, A. S. Reflexos da história das políticas públicas e de saúde e gestão em atenção primária: desdobramentos para a enfermagem. In: SANTOS, A. S.; MIRANDA, S. M. **A Enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. São Paulo: Manole, 2007. p. 41-62.

SANTOS, A. S.; MIRANDA, S. M. **A Enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. São Paulo: Manole, 2007.

SANTOS, M. **Território e sociedade**. Entrevista com Milton Santos. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2007.

SANTOS, Y. F.; OLIVEIRA, I. M. F. F.; YAMAMOTO, O. H. O ambulatório de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica em Natal, RN. **Psicol. Argum.**, Curitiba, v. 27, n. 59, p. 313-322, out./dez. 2009.

SARACENO, B.; FRATTURA, L.; BERTOLOTE, J. M. Evaluation of psychiatric services: hard and soft indicators. In: WHO (Org.). **Innovative approaches in service evaluation: consumer contribution to qualitative evaluation soft indicators**. Geneva, WHO, 1993. p. 35-52.

SARRETA, F. O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

SCARCELLI, I. R.; ALENCAR, S. L. S. Saúde mental e saúde coletiva: intersectorialidade e participação em debate. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Florianópolis, v.1, n. 1, p. 67-76, jan./abr. 2009.

SCHERER, M. D. A.; MARINO, R. S. A.; RAMOS, F. R. S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 53-66, fev. 2005.

SCHNEIDER, A. R. S. A rede de atenção em saúde mental: a importância da interação entre a atenção primária e os serviços de saúde mental. **Rev. Ciênc. Saúde**, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 78-84, jul./dez. 2009.

SCHNEIDER, D. R. Horizonte de racionalidade acerca da dependência de drogas nos serviços de saúde: implicações para o tratamento. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n. 3, p. 687-698, maio, 2010.

SCHNEIDER, J. F. et al. Utilização da avaliação de quarta geração em um centro de atenção psicossocial. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 30, n. 1, p. 131-135, mar. 2009.

SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B. Processo de trabalho e avaliação de serviços em saúde. **Cad. FUNDAP**, São Paulo, n. 19, p. 106-121, 1996.

SECLLEN-PALACIN, J. A. Enfoque da saúde da família e seu potencial de contribuição no alcance dos objetivos de desenvolvimento do milênio. In: FERNANDES, A. S.; SECLLEN-PALACIN, J. A. (Orgs.). **Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar**: caso Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004. p. 15-36.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE – SMSPA. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. 2010.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE – SMSPA. **Programação Anual de Saúde – PAS 2013**. 2012.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE – SMSPA. **Site da Prefeitura de Porto Alegre**. Secretaria Municipal de Saúde. 2011. Disponível em: <<http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/>>. Acesso em: 15/02/12.

SILVA, A. et al. Apoio matricial em saúde mental na atenção primária da Gerência Distrital Partenon/Lomba do Pinheiro. In: **2ª Expotec**: mostra de trabalhos e projetos dos técnicos de nível superior da Prefeitura de Porto Alegre. Câmara Municipal de Porto Alegre, 2010. p. 09-10.

SILVA JUNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Cepesc/UERJ, IMS, Abrasco, 2006. p. 241-257.

SILVA, M. B. B. Atenção psicossocial e gestão de populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 127-150, jan./jun. 2005.

SOUSA, M. F. O Programa de Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 2, p. 153-158, mar./abr. 2008.

SOUZA, L. E. P. F. O SUS necessário e o SUS possível: estratégias de gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 911-918, maio/jun. 2009.

SOUZA, M. J. L. O território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento. In: GOMES, P. C.; CORREA, R. L.; CASTRO, I. (Orgs.). **Geografia**: conceitos e temas. 4. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002. p. 77-116.

SOUZA, R. F.; ABRAHÃO, A. L. Reflexão sobre o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF). **Rev. Labor**, Fortaleza, v. 1, n. 3, p. 1-15, 2010.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TANAKA, O. Y.; LAURIDSEN-RIBEIRO, E. Desafio para a atenção básica: incorporação da assistência em saúde mental. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1845-1853, set. 2006.

TANAKA, O. Y.; LAURIDSEN-RIBEIRO, E. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 477-486, 2009.

TEIXEIRA JUNIOR, S. **Trajetórias assistenciais de usuários com transtornos psíquicos na rede de saúde do município de Porto Alegre**. 2010. 131f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

VANDERLEI, M. I. G. **O gerenciamento na Estratégia Saúde da Família: o processo de trabalho dos gestores e gerentes municipais de saúde no município do Estado do Maranhão**. 2005. 245f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

VANDERLEI, M. I. G.; ALMEIDA, M. C. P. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia saúde da família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 443-453, 2007.

VECINA NETO, G.; REINHARDT FILHO, W. **Gestão de recursos materiais e de medicamentos**. Vol. 12. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

VILASBÔAS, A. L. Q. Residência Multiprofissional em Saúde da Família: a experiência da parceria entre o Instituto de Saúde Coletiva e a Escola Estadual de Saúde Pública na Bahia. In: BRASIL (Org.). **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 47-60.

WEIRICH, C. F. et al. O trabalho gerencial do enfermeiro na Rede Básica de Saúde. **Texto Contexto – Enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 249-257, jun. 2009.

WETZEL, C. **Avaliação de serviço em saúde mental: a construção de um processo participativo**. 2005. 290f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

WETZEL, C.; KANTORSKI, L. P. Avaliação de serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. **Texto Contexto – Enferm.**, Florianópolis, v. 13, n. 4, p. 593-598, out./dez. 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Integrating mental health into primary care: a global perspective**. 2008.

XIMENES NETO, F. R. G.; SAMPAIO, J. J. C. Gerentes do território na Estratégia Saúde da Família: análise e perfil de necessidades de qualificação. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 6, p. 687-695, nov./dez. 2007.

XIMENES NETO, F. R. G.; SAMPAIO, J. J. C. Processo de ascensão ao cargo e as facilidades e dificuldades no gerenciamento do território na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 36-45, jan./fev. 2008.

YASUI, S. A atenção psicossocial e os desafios do contemporâneo: um outro mundo é possível. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 109-118, jan./abr. 2009.



YASUI, S. **Rupturas e encontros**: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. 2006. 208f. Tese (Doutorado em Ciências na Área da Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de saúde mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/80, p. 27-37, jan./dez. 2008.

ZAMBENEDETTI, G.; PERRONE, C. M. O processo de construção de uma rede de atenção em saúde mental: desafios e potencialidades no processo de reforma psiquiátrica. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 277-293, 2008.

ZIMERMAN, D. E. Como agem os grupos terapêuticos? In: ZIMERMAN, D. E; OSORIO, L. C. (Orgs.). **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artmed, 1997. p. 119-126.

## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa: **Avaliação da Gestão da Estratégia de Atenção Psicossocial na Estratégia Saúde da Família**

O presente estudo tem o objetivo de avaliar a gestão da Estratégia de Atenção Psicossocial na Estratégia Saúde da Família, na zona leste do município de Porto Alegre/RS. Trata-se de uma pesquisa avaliativa qualitativa, de caráter participativo, pautada no paradigma construtivista.

A coleta dos dados será realizada por meio de observação da dinâmica do trabalho da unidade de saúde da família e entrevista individual com o coordenador da ESF. As entrevistas serão gravadas e transcritas na íntegra. Após a coleta e pré-análise dos dados, os participantes serão convidados para um encontro de negociação dos dados obtidos. É assegurado ao participante, através deste termo, que a participação no estudo é voluntária, o anonimato das informações, o direito de desistir a qualquer momento do estudo, o direito de acesso aos dados em qualquer momento do estudo e recebimento de esclarecimentos referentes ao estudo, em conformidade com a Resolução nº196/1996, do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes do estudo não receberão nenhum benefício em valor, bem como não terão nenhum custo por sua participação.

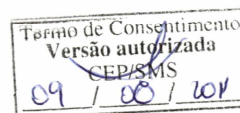
Caso tenha dúvidas sobre este estudo posso contatar o (a) pesquisador(a) responsável Prof<sup>ª</sup>. Agnes Olschowsky (pesquisadora responsável): (51) 9653.8685 e Fernanda Barreto Mielke (pesquisadora): (51) 8111.8322, e com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre pelo telefone (51) 32895517 / 91441379.

Porto Alegre, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2011

Assinatura do responsável:

Assinatura dos acadêmicos:

Assinatura da orientadora:



Observação: o presente documento, baseado no item IV das Diretrizes e Normas Regulamentadoras para a Pesquisa em Saúde, do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 196/96), será assinado em duas vias, de igual teor, ficando uma via em poder do participante e a outra com o (a) pesquisador(a) responsável.

Rubrica Sujeito de Pesquisa	Rubrica Pesquisador Responsável	Data	TCLE - versão

**APÊNDICE B – Instrumento de Pesquisa****Roteiro da observação**

Unidade observada: \_\_\_\_\_

Data da observação: \_\_\_\_\_

Hora de início: \_\_\_\_\_ Hora de término: \_\_\_\_\_

Descrição da unidade:

Descrição das atividades da ESF:

Descrição de eventos:

Anotações do pesquisador:

## APÊNDICE C – Instrumento de Pesquisa

### Roteiro da entrevista

#### A. Dados de identificação

Formação: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) M ( ) F

Tempo de serviço na USF: \_\_\_\_\_

Tempo de serviço como coordenador na USF: \_\_\_\_\_

#### B. Questões norteadoras

1. Fale sobre o seu trabalho de coordenação desenvolvido nesta unidade de saúde da família.
2. Fale sobre a gestão da estratégia de atenção psicossocial nesta ESF.
3. Fale sobre as facilidades para desenvolver a gestão da estratégia de atenção psicossocial nesta ESF.
4. Fale sobre as dificuldades para desenvolver a gestão da estratégia de atenção psicossocial nesta ESF.

## **APÊNDICE D – Apresentação do Projeto de Tese**

### **Documento elaborado para apresentação do projeto de tese aos coordenadores das ESF da GDPLP**

Título: Avaliação da Gestão da Estratégia Atenção Psicossocial na Estratégia Saúde da Família

Fernanda Barreto Mielke/ Agnes Olschowsky

Este estudo trata-se de uma tese de doutorado, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFRGS, que tem o objetivo de avaliar a gestão da estratégia de atenção psicossocial na estratégia saúde da família, na zona leste do município de Porto Alegre/RS. Os objetivos específicos estão concentrados em conhecer as atribuições do coordenador da ESF relacionadas à gestão da estratégia de atenção psicossocial e identificar as facilidades e dificuldades na gestão da estratégia de atenção psicossocial na ESF. A metodologia utilizada será a Avaliação de Quarta Geração, que propõe a participação e a construção conjunta do resultado da avaliação. As demandas do grupo de interesse, que são os sujeitos do estudo, são trazidas para a roda e são a base para a realização da avaliação. É, portanto, uma avaliação construtivista e participativa. Os sujeitos do estudo, ou o grupo de interesse escolhido para esse estudo são os coordenadores das unidades de saúde da família, pois ao mesmo tempo em que assumem a função de coordenadores da unidade também são profissionais da equipe. Assim, atuam na micro e na macro-gestão em saúde, sendo o elo de ligação entre a equipe de saúde da família (micro-gestão) e gerência distrital (macro-gestão). Para a coleta dos dados, serão utilizadas as técnicas de observação da unidade e entrevista individual. Haverá um momento de negociação dos dados obtidos no estudo, previsto pela metodologia, com a participação de todos os envolvidos na pesquisa, para a posterior produção do relatório final de pesquisa. A análise dos dados será feita pelo método comparativo constante. Todos os participantes darão anuência de sua participação através do termo de consentimento livre e esclarecido, conforme legislação vigente. Os participantes não terão custos nem receberão valores pela sua participação. Todas as etapas da pesquisa serão previamente combinadas com os participantes.

Contatos:

Fernanda – 51 81 11 83 22

fbmielke@gmail.com

**ANEXO – Parecer Consubstanciado**  
**Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre**



**Prefeitura Municipal de Porto Alegre**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Comitê de Ética em Pesquisa**

**PARECER CONSUBSTANCIADO**

**Pesquisador (a) Responsável:** Agnes Olschowsky

**Registro no CEP:** 667 **Processo N°.** 001.031188.11.7

**Instituição onde será desenvolvido:** Secretaria Municipal de Saúde – ESF Ernesto Araújo, ESF Esmeralda, ESF Herdeiros, ESF Lomba do Pinheiro, ESF Maria da Conceição, ESF Morro da Cruz, ESF Panorama, ESF Pitoresca, ESF Santa Helena, ESF Santo Alfredo, ESF Vila São Pedro e ESF Vila Viçosa.

**Utilização:** TCLE

**Situação:** APROVADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre analisou o processo N 001.031188.11.7, referente ao projeto de pesquisa: “**Avaliação da gestão da Estratégia de Atenção Psicossocial na Estratégia Saúde da Família**”, tendo como pesquisador responsável Agnes Olschowsky cujo objetivo é “avaliar a gestão da Estratégia de Atenção Psicossocial na Estratégia Saúde da Família, na zona leste do município de Porto Alegre/RS. Específicos: -Conhecer as atribuições do coordenador da ESF relacionadas à gestão da EAPS; -Identificar as facilidades e as dificuldades na gestão da EAPS na ESF”.

Assim, o projeto preenche os requisitos fundamentais das resoluções. O Comitê de Ética em Pesquisa segue os preceitos das resoluções CNS 196/96, 251/97 e 292/99, sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde / Conselho Nacional de Ética em Pesquisa / Agência nacional de Vigilância Sanitária. Em conformidade com os requisitos éticos, classificamos o presente protocolo como APROVADO.

O Comitê de Ética em Pesquisa, solicita o atendimento aos itens abaixo:

1. Enviar primeiro relatório parcial em seis meses a contar desta data e a apresentação do trabalho em CD;
2. Informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido;
3. Comunicar qualquer alteração no projeto e no TCLE;
4. Entregar junto com o relatório, todos os TCLE assinados pelos sujeitos de pesquisas e a apresentação do trabalho.
5. Após o término desta pesquisa, o pesquisador responsável deverá apresentar os resultados junto à equipe da unidade a qual fez a coleta de dados e/ou entrevista, inclusive para o Conselho Local da Unidade de Saúde.

Porto Alegre, 09/08/2011.

Elen Maria Borba  
 Coordenadora do CEP