

**FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL**

**CINARA DEBASTIANI**

**UM LUGAR AO SOL ENCONTRO DA  
SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA**

**Porto Alegre  
2008**

CINARA DEBASTIANI

**UM LUGAR AO SOL ENCONTRO DA  
SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação de Mestrado apresentada como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Isabel Barros Bellini

Porto Alegre

2008

## Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

D286u Debastiani, Cinara

Um lugar ao sol: encontro da saúde mental e atenção básica. / Cinara Debastiani. – Porto Alegre, 2008. 63 f.

Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, PUCRS.

Orientação: Profa. Dra. Maria Isabel Barros Bellini.

1. Serviço Social – Rio Grande do Sul.
  2. Saúde Pública – Rio Grande do Sul.
  3. Saúde Mental.
  4. Política de Saúde.
  5. Saúde Coletiva.
- I. Bellini, Maria Isabel Barros. II. Título.

Ficha elaborada pela bibliotecária Cíntia Borges Greff CRB 10/1437

CINARA DEBASTIANI

## **UM LUGAR AO SOL ENCONTRO DA SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação de Mestrado apresentada como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovada em: 28 de março de 2008

Banca Examinadora:

---

Orientadora: Profa. Dra. Maria Isabel Barros Bellini  
PUCRS

---

Profa. Dra. Beatriz Aginski  
Coordenadora do Programa de  
Pós-Graduação em Serviço Social

---

Professora Doutora Gleny Guimarães  
PUCRS

---

Professora Doutora Luiza Helena Dalpiaz  
Centro Universitário Metodista (IPA)

*“Aos afetos de alma”.*

## *AGRADECIMENTOS*

*Agradeço a todas as pessoas amigas e colegas de mestrado que estiveram envolvidas neste processo de construção do conhecimento, pelo apoio, parceria, impulso e confiança no potencial.*

*Estes seres iluminados que fazem parte da minha trajetória de vida e que acompanharam mais próximas ou há distância o desenrolar da busca pela evolução pessoal e profissional.*

*Em especial à Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, através da Faculdade de Serviço Social, ao CNPq e a CAPES pelo investimento na mestranda, possibilitando a realização de um sonho, que sem o incentivo, através da bolsa, talvez não pudesse se realizar tão cedo.*

*Aos mestres que estiveram guiando os possíveis rumos para esta história, desde a graduação até a contemplação dessas andanças pela arte de ser um pesquisador e educador. Duas posições tão importantes e desafiantes que colocam em cheque a implicação profissional.*

*Ao Todo Poderoso e à Minha Família Nuclear e Extensa, sem os quais nada teria razão de ser. Obrigada pela luta conjunta e pela luz que dia após dia permaneceu ativando a arte da existência.*

*“A mente humana é como um grande teatro. Seu lugar não é na platéia, mas no palco, brilhando na sua inteligência, alegrando-se com suas vitórias, aprendendo com suas derrotas e treinando a cada dia para ser o autor da sua história, o líder de si mesmo”.*

Augusto Cury

## RESUMO

Esta dissertação tem como tema o Modelo de Vigilância da Saúde Mental, como um dispositivo para a atenção básica em saúde. Sua construção está em consonância com os pressupostos da Reforma Sanitária Brasileira e Reforma Psiquiátrica, que delineiam a importância do cuidado em saúde mental vinculado ao contexto de pertencimento do usuário, ou seja, sua comunidade, enquanto estratégia para a desospitalização. Diante disso, o trabalho se fundamenta na análise institucional para demonstrar a coexistência entre os modos de gestão instituintes e instituídos, em que se preconiza a noção de saúde, de potência de vida, em detrimento da priorização às condições de doença. Utilizando-se da pesquisa intervenção, aponta o reconhecimento da potência da coletividade, enquanto agente da transformação para o alcance da integralidade e universalidade da atenção. Aponta-se uma forma de trabalhar na política pública de saúde a partir dos dados reais do território de abrangência do serviço, permitindo maior vínculo entre as necessidades da população usuária, com as atividades programáticas e de livre demanda ofertadas de acordo com ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde.

**Palavras-chave:** Modelo de Vigilância. Saúde Mental. Potência. Coletivo.

## **ABSTRACT**

This dissertation aims to issue the Monitoring Model of Mental Health, as a basic attention device for health care. Its construction is in accordance with the assumptions of the Brazilian Sanitary Reform and the Psychiatric Reform, which outline the importance of care in mental health tied with the context of the user belonging, that is, his community, once strategic for the non-hospitalization. Before this, this research has been based on the institutional analysis for demonstrating the coexistence between the modes of institutions and the instituted management, in which the concept of health, and the potential for life have been advocated, because of the prioritization for the disease conditions. By utilizing the intervention research, it guides to the potential recognition of the collectivity, while being an agent of transformation for the integrality achievement and attention universality. It indicates a way of working in the health public policy of the actual data from the territory of the service covering, allowing a greater bond among the user population needs, with programmatic activities and of free demanding offered according to the prevention actions, promotion and health recovery.

**Key Words:** Monitoring Model. Mental Health. Potential. Collective.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Diferenciação entre os modelos de atenção em saúde.....	36
Quadro 2 – Tensões e Potências do Modelo de Vigilância da Saúde .....	45

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>2 UM RAIOS DE SOL: O CLAREAR DA ANÁLISE INSTITUCIONAL</b> .....	14
2.1 ANÁLISE INSTITUCIONAL .....	15
2.2 PESQUISA INTERVENÇÃO .....	18
<b>3 ENCONTRO DA SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA</b> .....	21
<b>4 MODELO DE VIGILÂNCIA DA SAÚDE</b> .....	30
<b>5 A POTÊNCIA: O TRABALHO COLETIVO PARA O COLETIVO</b> .....	40
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	52
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	54
<b>APÊNDICES</b> .....	58
APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista .....	59
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre esclarecido .....	60
<b>ANEXOS</b> .....	61
ANEXO A - Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa .....	62

## **LISTA DE SIGLAS**

- CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
- PSF - Programa Saúde da Família
- SAS - Serviço de Atenção em Saúde
- SUS - Sistema Único de Saúde
- UBS - Unidade Básica de Saúde

## 1 INTRODUÇÃO

Entendendo como fundamental para a atividade profissional a permanente construção do conhecimento, apresenta-se esta dissertação, com o intuito de provocar o questionamento das práticas instituídas, possibilitando a construção de potencialidades aplicáveis à realidade cotidiana do trabalho na área das políticas sociais.

Seu enfoque vincula-se à política de saúde brasileira, mais especificamente voltada para a atenção básica, considerada por vários autores como a porta de entrada para os serviços de saúde. Diante do contexto amplo, que corresponde à área da saúde, elencou-se como foco de intervenção e análise o processo de gestão das formas de atendimento à demanda em saúde mental na atenção básica.

Dessa forma, a questão que norteia a pesquisa diz respeito à *possibilidade do Modelo de Vigilância da Saúde ser dispositivo para a interface saúde mental e atenção básica*. Para isso, elencou-se enquanto campo de estudo uma Unidade Básica de Saúde, do município de Porto Alegre, vinculada à formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde – SUS.

O segundo capítulo apresenta o processo de construção da dissertação, associado à metodologia norteadora, que se refere à pesquisa-intervenção. Dessa forma, as categorias de análise se apresentam desde o início do texto, mantendo-se a formatação através de capítulos, apenas para clarear o entendimento do leitor, uma vez que as temáticas se atravessam e entrecruzam. A metodologia de pesquisa alinha-se à Análise Institucional, que permite analisar as instituições através das relações que se estabelecem, sem impor limites entre a teoria e o trabalho de campo. Dessa forma, incentiva a implicação do pesquisador no processo, considerando-o como parte do mesmo. Salaria a implicação, pois desconsidera a neutralidade, uma vez que o analista é elemento do campo.

Diante disso, elencam-se como sujeitos da pesquisa os coordenadores e a equipe de trabalho da UBS, a fim de permitir a compreensão da dinâmica interventiva. Entende-se a importância de intervir junto à equipe de saúde e ao local de trabalho, tendo em vista a necessidade de identificação do processo de autogestão e auto-análise, que se manifesta entre os profissionais de saúde, no

contexto institucional. Assim, como se trata de uma pesquisa de cunho qualitativo trabalha-se com a saturação e recorrência dos dados.

Tendo como ponto de partida os modelos de atenção em saúde, identifica-se uma concepção de saúde ampliada, que está conectada diretamente com o projeto ético-político da profissão, visto o compromisso, da categoria dos assistentes sociais, com a qualidade dos serviços prestados à população, bem como com a garantia da efetivação dos direitos humanos e sociais dos sujeitos. No entanto, considera-se a necessidade de um trabalho multiprofissional e a interface entre as políticas sociais para a efetivação dos princípios do SUS, como também, para a garantia da integralidade no atendimento à demanda em saúde mental.

Identifica-se no terceiro capítulo, portanto, que a área temática saúde mental ganha relevância no campo da atenção básica em saúde pública, no que se refere, entre outros fatores, às formas de cuidado à saúde, visto ser um locus de potencialidades para trabalhar a saúde mental, não apenas sob o aspecto individual, mas sim, enquanto processo coletivo, envolvendo a família, o território, a rede. Assim, entendendo-se que saúde está ligada ao modo de ser, viver e se expressar dos sujeitos, bem como aos fatores imanentes da condição humana (habitação, educação, cultura, trabalho e renda, entre outros), não pode ser trabalhada sem a conexão com as demais políticas sociais, nas diferentes instâncias de atuação, ou seja, nível federal, estadual e municipal, compondo, portanto uma atenção e um planejamento em saúde mental interligado.

É, portanto, a partir do desejo de efetuar um trabalho calcado na ética e no agir político, que se discute esta temática no intuito de repensar realidades e práticas, como refere Foucault (1998, p. 15) ao tratar do que ele entendia como trabalho do intelectual:

*[...] El trabajo de un intelectual 'no consiste en moldear la voluntad política de los demás', dirá, sino en "reinterrogar las evidencias y los postulados, sacudir los hábitos adquiridos, las maneras de actuar y pensar, disipar las familiaridades admitidas, retomar la medida de las reglas e instituciones y, a partir de esta reproblematición (en la que desempeña su oficio específico de intelectual), participar en la formación de una voluntad política (en la que tiene que desempeñar su papel de ciudadano).*

A partir disso, pode-se declarar o desejo de investir no fazer profissional que possibilite unir a teoria e a prática, através de um movimento de estudo, desvelamento, descobertas e construções, que considere as transformações que o mundo contemporâneo atravessa, a fim de não permitir a apatia, a falta de sentido no trabalho, mas sim, a busca pela articulação entre vontade e ética, efetivando movimentos desinstitucionalizantes.

O quarto capítulo “Modelo de Vigilância da Saúde” pontua a atualidade do tema, articulando-o ao Pacto pela Saúde, que norteia as ações da política de saúde no Brasil, a partir de 2006, fazendo ponte com a relevância da saúde coletiva nos processos de trabalho do Sistema Único de Saúde.

Para Silva (2005, p. 6):

Pensar na interface saúde mental e atenção básica significa levar em conta a intersubjetividade entre os profissionais da equipe, a intersubjetividade entre profissional e usuários e, ainda, a intersubjetividade do próprio usuário enquanto sujeito da experiência vivida.

Trata-se, portanto, de um tema atual, que vem ao encontro da política de saúde mental brasileira, alicerçada nas reformas sanitária e psiquiátrica, em que se preconiza a noção de saúde, de potência de vida, em detrimento da priorização às condições de doença. É política de Estado e, portanto, dispositivo para se pensar a saúde de forma integral, isto é, compreender as questões que estão intimamente relacionadas ao processo de saúde das pessoas, tendo em vista que a saúde mental não está à parte da saúde física, ao contrário, permeia todas as expressões do ser humano.

## 2 UM RAIOS DE SOL: O CLAREAR DA ANÁLISE INSTITUCIONAL

*“Cada vez que tentei fazer um trabalho teórico, foi a partir de elementos de minha própria experiência: sempre em relação com processos que eu via se desenvolverem em torno de mim”*

FOUCAULT (1994).

O trabalho em campo é algo que retroalimenta, que dá energia, vigor. Possibilita a reafirmação da escolha pela profissão, pois é no contexto social e no contato com as pessoas que se percebe a potência das relações humanas e sociais. Relações mantidas cotidianamente, mas que dependerão da forma de tratamento para serem dispositivos ou alienantes. Dispositivo, conforme Barembliitt (2002, p. 135), trata-se de uma montagem ou artifício produtor de inovações que gera acontecimentos e devires, atualiza virtualidades e inventa o novo radical. [...] Os dispositivos, geradores da diferença absoluta, produzem realidades alternativas e revolucionárias que transformam o horizonte considerado do real, do possível e do impossível.

Relações são consideradas dispositivos quando impulsionam o querer mais, a não acomodação, o despertar de novos horizontes, a constante estréia no palco da vida. A possibilidade de visualizar a mesma realidade, porém de maneira distinta. De perceber que nada é novo, mas sim, seu uso ocorre de maneira distinta, sob nova roupagem, parecendo uma “criação”. As questões estão aí, soltas no universo, basta uma idéia para a sua operacionalização. O dispositivo cria condições de análise social, que podem ou não constituir práticas instituintes. É, portanto, um conjunto de procedimentos que na idéia da arte vão surgindo para produzir ou não a diferença.

O desejo do profissional em não se alienar é fundamental, visto que o sistema pode alienar, mas já não há alienistas! Hoje, pode-se ter autonomia sobre pensamentos, ações, desejos, concepções. Porém, dentro das regras definidas socialmente. Torna-se necessária a implicação diária como uma “utopia”, que pode se transformar em uma “ponte” para a realização. Assim, aparece a mensagem de que tudo vale a pena, desde que se tenha desejo de prosseguir no caminho mesmo que este pareça pedregoso, observando e seguindo o exemplo do movimento das águas, que passam tranqüilas sob os obstáculos, encontrando uma maneira de

chegar ao final do percurso. Assim, falar em implicação é ver-se envolvido totalmente com determinada situação ou contexto, manifestar comprometimento, motivação e participar ativamente no desvelamento da realidade escondida na névoa do aparente. Dessa forma, entende-se a implicação como pró-ativa, isto é, realiza-se um trabalho com o objetivo de criar condições para que as pessoas possam se enxergar, se encontrar, refletir, pois ninguém conscientiza ninguém.

Esse constante desejo por produção, evolução, amplitude de potencialidades remete ao trabalho em políticas públicas, uma vez que a dinâmica que envolve essa atividade pode ser lida por meio de mensagens concretas e subjetivas. Pesquisar, portanto este campo, repleto de informações exige do profissional um entendimento sobre si mesmo, para daí compreender seu entorno. Com isso, apresenta-se a escolha teórica deste processo, que retrata, mas não enclausura o movimento de busca pelo conhecimento, uma vez que permite repensar a relação entre o sujeito singular e o sujeito coletivo.

## 2.1 ANÁLISE INSTITUCIONAL

A análise institucional é uma das escolas do Movimento Institucionalista, que surge da crítica aos movimentos revolucionários, tendo como fundadores George Lapassade, René Lourau e Félix Guattari. Vem sendo introduzida no Brasil desde a década de 1970 inscrevendo-se, conforme Hess (2006, p. 21), como “uma reflexão nova [...] acerca das instituições, situado no cruzamento de várias correntes: a filosofia do direito, o marxismo, a sociologia, a psicanálise e a psicossociologia”.

Trabalhar com a noção de instituição exige o entendimento de seu conceito, que está vinculado a categorias inscritas na sociedade e aceitas para o fluxo da regulação social, política, econômica e pessoal. Hegel, em Altoé (2006, p. 49), considera instituições como “algo que há de virtualmente universal nos interesses particulares”. Esta fala traduz o que de fato elas representam, ou seja, é necessário tornar um corpo comum para que haja compreensão entre os sujeitos. As instituições constituem estes corpos, representadas através de instâncias como o Estado.

“A análise institucional é um método de intervenção que consiste em analisar as relações que as múltiplas partes presentes no jogo social mantêm com o sistema manifesto e oculto das instituições” (HESS, 2006, p. 23).

Este método de intervenção vai buscar seu foco nas coletividades, nas comunidades, no jogo social das instituições. Há uma transferência e uma valorização de poder-saber neste processo, uma vez que o coletivo é tratado enquanto potencialidade: reconhecendo seu saber acerca de suas problemáticas para a construção de mudanças, no foco evidenciado. Aqui aparece sua ligação com a saúde coletiva, uma vez que busca atuar no que é comum aos grupos, priorizando-o em detrimento de uma abordagem individual. Conecta-se também com o modelo de vigilância da saúde por meio desta categoria.

Trata-se de um constante questionamento acerca do instituído, exigindo a constante análise de implicação sobre os acontecimentos que disparam no cotidiano das instituições, ou seja, das coletividades.

Conforme Altoé (2004, p. 47):

Por instituinte entenderemos, ao mesmo tempo, a contestação, a capacidade de inovação e, em geral, a prática política como significante da prática social. No instituído colocaremos não só a ordem estabelecida, os valores, modos de representação e de organização considerados normais, como igualmente os procedimentos habituais de previsão (econômica, social e política).

É importante salientar que ambos, instituído e instituinte, convivem no mesmo espaço. Manifestam-se e articulam-se no movimento institucional. Neste sentido, para considerar algo como instituído pode-se dizer que esta foi aceita por um coletivo que aderiu e confirmou a idéia. Portanto, chama-se de instituído às regras, convenções e costumes que estão disseminados na sociedade. Já o instituinte busca romper com a alienação, ou seja, traz a importância do questionamento. Podem-se perceber estes dois conceitos aproximando-os à área da saúde, em que o SUS poderia ser entendido como instituído e o modelo de vigilância da saúde mental como instituinte.

A partir da análise institucional, abre-se outra forma de compreender a noção de instituição, para além da relação com o sujeito, ou seja, representa um campo de tensões entre sujeito, Estado e práticas sociais, que de fato constituem-se enquanto instituições. Todavia, não perde de vista o sujeito, visto que é a partir do olhar sobre si que se pode buscar o coletivo.

Neste sentido, se propõe a promover processos auto-analíticos e autogestivos. Barembliit (2002, p. 17) apresenta um conceito sobre auto-análise

A auto-análise consiste em que as comunidades mesmas, como protagonistas de seus problemas, necessidades, interesses, desejos e demandas, possam enunciar, compreender, adquirir ou readquirir um pensamento e um vocabulário próprio que lhes permita saber acerca de sua vida, ou seja, não se trata de alguém que venha de fora ou de cima para dizer-lhes quem são, o que podem, o que sabem, o que devem pedir e o que podem ou vão conseguir. Este processo de auto-análise das comunidades se articula, se institucionaliza, se organiza para construir dispositivos necessários para produzir, ela mesma, ou para conseguir os recursos de que precisa para a manutenção e o melhoramento de sua vida sobre a terra.

O processo de auto-análise quando verificado nas instituições demonstra uma postura política pela busca do autoconhecimento, permanente monitoramento de suas ações e avaliação. Fato que permite o trânsito entre vertentes instituídas e instituintes.

Outro aspecto fundamental relaciona-se ao processo analítico de autogestão, muito difundido pela análise institucional, uma vez que os processos avaliativos se dão por meio de movimentos coletivos. Assim,

a autogestão é, ao mesmo tempo, o processo e o resultado da organização independente que os coletivos se dão para agenciar sua vida. As comunidades instituem-se, organizam-se e se estabelecem de maneira livre e originais, dando-se dispositivos necessários para gerenciar suas condições e modos de existência. [...] essas diferenças podem implicar hierarquias, mas as mesmas não envolvem escalas de poder. Os conhecimentos essenciais são compartilhados e as decisões importantes tomadas coletivamente (BAREMBLITT, 2002, p.139).

Poder olhar para dentro da instituição, abre a possibilidade de se reconhecer como coletivo implicado na instituição que lhe dá a palavra, isto é, perceber-se com integrante desse campo. Este entendimento permite o encontro com a alma do pesquisador, seus desejos, aspirações, vontades. Traduzir essas questões para o cotidiano é utilizar uma metodologia de trabalho criativa, inovadora, ou seja, trabalhar com o lúdico, com a magia em contexto de intensas transformações e exigências como o trabalho em UBS.

A partir disso, compreende-se que a instituição não é forte em si mesma, precisa da potência exterior para obter força, para se abastecer. Pode-se dizer que não sobrevive sem alterações na organização das ações. Por conseguinte, manter-se ligado a único modelo de gestão leva à estagnação, à burocratização, ao olhar apenas para o instituído. É necessário, então, manter a chama acesa, constituir uma dinâmica instituinte de ação, observando a possibilidade de coexistência entre os modos de gestão.

## 2.2 PESQUISA INTERVENÇÃO

A corrente da Análise Institucional Socioanalítica, possibilitará a formulação da pesquisa-intervenção com a perspectiva de interrogar os múltiplos sentidos cristalizados nas instituições.

A pesquisa intervenção consiste em uma tendência das pesquisas participativas, que busca investigar a vida das coletividades na sua diversidade qualitativa, assumindo uma intervenção de caráter socioanalítico (AGUIAR, 2003, p. 30).

Através da promoção da análise do cotidiano, visa refletir sobre os sentidos cristalizados nas instituições, ampliando e reformulando aspectos que estão postos como verdade e possibilitar que os atores sociais reflitam sobre os efeitos das práticas coletivas que (re)produzem. Trata de produzir evidências que dêem visibilidade ao jogo de poder encontrado no campo de investigação. Tal metodologia

está baseada numa argüição que desmancha os territórios constituídos e convoca a criação de outras instituições Benevides& Passos (1998).

Representa uma crítica à política positivista de pesquisa: trata-se, agora, não de uma metodologia com justificativas epistemológicas e, sim, de um dispositivo de intervenção no qual se afirma o ato político que toda investigação constitui. Isso porque na pesquisa-intervenção acentua-se todo o tempo o vínculo entre a gênese teórica e a gênese social dos conceitos, o que é negado implícita ou explicitamente nas versões positivistas tecnológicas de pesquisa (RODRIGUES; SOUZA, 1987, p. 31).

O procedimento de aproximação com o campo inclui, sempre, a permanente análise de implicação do pesquisador, que consiste na análise do impacto que, as cenas vividas/observadas durante a pesquisa, têm sobre a história do pesquisador, além de explicitar seu lugar de saber e poder em relação ao campo de investigação. Estar implicado significa assumir uma posição paradoxal, isto é, ao invés da mutualidade há a integralidade. É preciso objetivar-se em relação à posição que ocupa enquanto pesquisador, para reconhecer-se parte e ao mesmo tempo criar distância para chegar à análise. O fundamental é trabalhar com os sujeitos para que eles descubram sua essência, desencadeando o saber do outro, não afirmando o saber do pesquisador.

A intervenção orienta-se no sentido de construir ou utilizar-se de analisadores - eventos ou acontecimentos que trazem à tona dimensões do campo pesquisado dificilmente exploradas. Os analisadores são temáticas que emergem nos grupos, e nas entrevistas e que estão relacionadas aos objetivos da pesquisa. Sempre que estas temáticas vierem à tona, serão devidamente registradas e analisadas com base no referencial teórico que orienta esta pesquisa.

“Pesquisa é, assim, ação, construção, transformação coletiva, análise das forças sócio-históricas e políticas que atuam nas situações e das próprias implicações, inclusive dos referenciais de análise” (AGUIAR; ROCHA, 1997, p. 97).

A forma de tratamento dos achados preconiza a interlocução continuada pesquisador - público alvo - campo de pesquisa. Neste sentido, a pesquisa não restringe a análise dos achados ao momento de elaboração dos relatórios finais e sistematização formal das informações. Através da permanente análise de implicação e da utilização dos dispositivos analisadores que emergirem serão

formuladas novas questões, que tragam para o campo de análise a reflexão dos participantes (gestores e profissionais das equipes de saúde) acerca de suas relações com a saúde mental e formas de organização do atendimento a ela associadas.

A análise de implicação, segundo Benevides e Passos (1998), consiste na análise do lugar que ocupa o pesquisador, daquele que ele busca ocupar e do que lhe é designado ocupar, enquanto especialista, durante a pesquisa. Isso possibilita que o pesquisador consiga ter um entendimento mais amplo do campo a ser estudado sem precisar estar isento de participar dele durante a pesquisa.

A análise institucional vai nos falar do intelectual implicado, definido como aquele que analisa as implicações de suas pertencas e referências institucionais, analisando, também, o lugar que ocupa na divisão social do trabalho, da qual é legitimador. Portanto, analisa-se o lugar que se ocupa nas relações sociais em geral e, não apenas no âmbito da intervenção que está sendo realizada: os diferentes lugares que se ocupa no cotidiano e em outros locais da vida profissional; em suma, na história (COIMBRA, 1995, p. 52-80).

Assim, o procedimento de análise dos achados na pesquisa intervenção, acontece a todo o momento, podendo ser identificados alguns procedimentos chave: como se baseia na análise de implicação, vai se nortear pelo instrumento do diário de campo, que apresenta todas as singularizações e percepções do pesquisador sobre as instituições pesquisadas, como também, os analisadores que emergiram no momento em que efetuava a técnica de coleta. Conforme Simone Paulon (2005, p. 6), “ao operar no plano dos acontecimentos, a intervenção deve aguardar sempre a possibilidade do ineditismo da experiência humana e, o pesquisador a disposição para acompanhá-la e surpreender-se com ela”.

Através da *organização do material*, estes achados são transcritos na íntegra - inicialmente sem qualquer alteração, não se utilizando, na etapa, das regras da língua portuguesa escrita - e após, organizados conforme os analisadores correspondentes, que já fazem parte do corpus do projeto e/ou, constituir novos, tendo em vista a possibilidade de aparecimento de enfoques importantes, como também, a refutação de analisadores já elencados.

### 3 ENCONTRO DA SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA

*Uma jovem que se encantou com um vendedor de sonhos que contagiou pessoas mutiladas que reconstruíram suas vidas e que, apesar de todas as suas limitações, aprenderam a dançar a valsa da vida com a mente livre, sem medo de ser o que são e sem medo do amanhã*

CURY (2005).

O Serviço Social, conforme Campos (1991) está ligado às práticas sanitaristas, no Brasil, desde o início do processo de industrialização, em que houve o aumento da população urbana, decorrente do êxodo rural. A ocupação do espaço urbano obedeceu mais à lógica da especulação imobiliária, da invasão desordenada de imensos contingentes migratórios expulsos do campo e dos estados mais pobres, inviabilizando a preservação de condições sanitárias adequadas. As políticas de saneamento obedeciam mais aos ditames do mercado financeiro do que aos riscos e danos à saúde, oriundos da ausência das condições básicas de saneamento.

De acordo com Carvalho (2004), essa migração para as cidades trouxe como reflexo o acirramento de algumas expressões da questão social. Grande parte das pessoas, nesse período, vivia em condições inadequadas, principalmente, de habitação, com falta de saneamento (água, luz, entre outros). Isso aumentava os problemas de saúde da população, inicialmente tratados de maneira higienista, atuando na doença existente. Neste período, as doenças referentes à saúde mental aparecem com maior intensidade, visto serem conseqüência da desigualdade, verificada na questão social. Além disso, a saúde estava longe de constituir-se enquanto direito da população, uma vez que o sujeito não era compreendido como um cidadão. É importante salientar que a escolha das doenças a serem atacadas seguia critérios econômicos, relacionados ao controle sanitário dos centros de exportação.

A questão que marca a transformação dessa conjuntura é o processo de redemocratização do país, que teve início com a legitimação proporcionada pela aprovação da Constituição Federal de 1988, qualificando legalmente a Seguridade Social e impulsionando transformações na relação entre o Estado e Sociedade Civil

frente às políticas públicas.

Todavia, apesar do avanço iniciado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o país passa a ter como gerenciador um Estado de intervenção mínima, retrocedendo no processo democratizante instituído com a Constituição Cidadã. Esse evento influencia significativamente o processo de configuração da interface entre as políticas sociais, já que desorganiza os movimentos integralizadores iniciados no processo de decisão compartilhada previsto na Constituição.

Conforme Carvalho (2004, p. 1),

o SUS não foi, portanto, obra do acaso. Tampouco representou um simples arranjo conjuntural do sistema. Sua concepção representou uma verdadeira revolução na história da saúde pública brasileira, ao incorporar princípios como universalidade, equidade, integralidade, descentralização e controle social. Com o SUS o acesso aos serviços de saúde deixou de ser privilégio do segurado, sendo estendido a qualquer cidadão, independente de sua condição de contribuinte da Previdência Social.

O SUS, portanto, assume espaço de destaque no palco das políticas sociais, em que identifica-se uma intensa vontade de fazer diferente, de potencializar uma população marcada pela marginalização, discriminação e pela exploração, constituindo um dos melhores programas de saúde pública do mundo, através do qual se tem acesso às três esferas sanitárias: atenção primária, secundária e terciária. A atenção primária é composta pelos serviços realizados em comunidades, através de Unidades Básicas de Saúde e Programas de Saúde da Família; a atenção secundária refere-se aos serviços de emergência e/ou especializados, como os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS); e a atenção terciária corresponde aos serviços com maior tecnologia, ou seja, os hospitais. Todavia, sabe-se que muito desse sistema ainda não saiu do papel, necessitando de maior financiamento para sua consecução.

É neste contexto, de reforma sanitária que se agrega a importância de entendimento do processo de reforma psiquiátrica, tendo em vista a compreensão do contexto em que está inserida a política de saúde mental, na atualidade.

A reforma trouxe ao debate científico da psiquiatria e da saúde mental o tema inóspito da organização dos serviços de saúde, saúde pública, acessibilidade, garantia da qualidade da atenção para toda a população. Aos poucos a dimensão de política pública começa a agregar valor ao ensino e à pesquisa, clínica e epidemiológica, no campo da saúde mental (MELLO, 2007, p. 78).

No Brasil, a reforma psiquiátrica surge principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, fundada na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas. Foi inspirada pela experiência de desinstitucionalização européias e pelas comunidades terapêuticas norte-americanas e argentinas.

Segundo Paulon (2003), o Estado do Rio Grande do Sul foi o primeiro na aprovação da Lei que regulamentou a Reforma Psiquiátrica há 15 anos (Lei n.º 9716/92, conforme Rio Grande do Sul, 1992) e serviu de inspiração para a legislação federal que foi aprovada oito anos mais tarde. Durante a década de oitenta, a criação do Fórum Gaúcho de Saúde Mental, instância do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, representou um importante articulador e mobilizador das forças sociais na luta pelos direitos e atenção qualificada aos portadores de sofrimento psíquico.

Na década de 1990, com a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, definiram-se marcos conceituais que provocaram modificações na atenção integral à saúde mental: propôs-se um conjunto de dispositivos sanitários e socioculturais que partem de uma visão integrada das várias dimensões da vida do sujeito, em diferentes e múltiplos âmbitos de intervenção (educativo, assistencial e de reabilitação).

Alguns princípios gerais norteadores da reforma vêm-se implementando, neste Estado desde a década de 1980, veja-se alguns exemplos: regionalização da assistência, priorização dos pacientes graves; criação de novos dispositivos na assistência, através da implantação dos Serviços Substitutivos (ambulatórios com Equipes de Saúde Mental, os ambulatórios especializados em Saúde Mental, os Centros de atenção Psicossocial- CAPS, Hospitais-Dia, os Serviços de Urgência e Emergência em saúde mental, os leitos ou unidades psiquiátricas em Hospitais Gerais e os serviços residenciais terapêuticos), mudança de uma política isolada para políticas grupalizadas, coletivas; ações voltadas para a inclusão dos usuários

no social com esforços voltados para a conquista da cidadania e para a construção das redes de acolhimento.

Todas estas alternativas concorrem para a superação do modelo hospitalocêntrico, primeiro passo para a desospitalização, mas não dão conta de um processo mais profundo, lento e difícil que se refere à desinstitucionalização das práticas tradicionais associadas aos modos de olhar, conceber e cuidar a doença mental.

Estas questões remetem a uma reflexão mais ampliada acerca da saúde coletiva, pois ressalta alguns desafios a serem potencializados para a constituição de uma atenção em saúde pública, que realmente esteja em acordo com os princípios de integralidade e universalidade. O movimento de reforma foi lançado, a intenção de desenvolver um trabalho diante dos direitos humanos e sociais das pessoas com sofrimento psíquico se delineou, todavia a forma de organização dos serviços permaneceu na lógica individual, o que compromete a visão de integralidade. Toda essa revisão buscou aproximar o usuário dos serviços existentes em sua comunidade, amparados na Lei 10.216 que:

Redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Ainda assim, a promulgação da Lei 10.216 impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil (MELLO, 2007, p. 42).

Diante disso, percebe-se o início de um movimento instituinte de atenção em saúde com base na atenção básica, fundamentando e dando corpo às propostas do Sistema Único de Saúde. Assim, uma medida concreta da Reforma Sanitária foi a criação das Unidades Básicas de Saúde, que vieram atender às necessidades da população no sentido de uma maior aproximação com sua realidade e com suas demandas (TIETZMANN; COLS, 2004). Buscam efetivar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, por meio do contato direto com a população em seu território, estimulando e impulsionando o controle social. Diante disso, são entendidas de acordo com Misoczky (2002, p. 55) como:

Espaços institucionais e comunitários de efetivação de acolhida, da clínica e da vigilância à saúde com vínculo, resolubilidade, responsabilização e controle social, de importância estratégica na rede de atenção integral à saúde.

As unidades básicas de saúde tornaram-se um instrumento valioso para o atendimento às demandas em saúde mental, devido entre outros fatores à proximidade com a comunidade, ou seja, à vinculação ao território-cidade, categoria fundamental para o processo de ampliação do cuidado do portador de sofrimento psíquico. Isto porque, permite a utilização dos dispositivos coletivos, presentes na comunidade, enquanto potencializadores da produção de saúde, uma vez que se aliam aos preceitos da reforma psiquiátrica de inserção desses sujeitos no convívio social.

A rede básica é considerada, portanto, a porta de entrada para o sistema de saúde no país, então, identifica-se como pressuposto de intervenção a garantia de acesso aos serviços a toda a população, introduzindo-se, portanto, a universalidade, revertendo o modelo médico-centrado, através do processo integralizante de acolhida. Cria-se uma relação humanizada, estreitando vínculos entre usuário e equipe, promovendo a responsabilização técnica, conforme sua atribuição no atendimento. Isto é, torna-se a equipe responsável pelo usuário, não só na acolhida, como na resolução de seu problema, encaminhando-o, quando necessário, para outras entidades e serviços no próprio município. Assim, concordando com Starfield (2002, p. 02):

É o nível básico de atenção que responde aos problemas mais comuns da comunidade ao oferecer serviços preventivos, curativo e reabilitadores para maximizar a saúde e o bem-estar. Integra a atenção quando existe mais de um problema e lida com o contexto no qual existe a enfermidade, influenciando as respostas das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza a distribuição de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionando-os para a promoção, manutenção e melhora da saúde.

É através da atenção em saúde na rede básica que se pode ampliar o vínculo com a população usuária do SUS, como também, identificar, por meio do trabalho direto em território, as verdadeiras necessidades em saúde de determinada área

adstrita. Neste sentido, percebendo que o campo da saúde mental está passando por transformações, tanto conceituais como operacionais, entende-se que:

A incorporação das ações de saúde mental na atenção básica a essa rede diversificada de serviços, contribuirá para alavancar esse novo modelo, oferecendo melhor cobertura assistencial aos agravos mentais e maior potencial de reabilitação psicossocial para os usuários do SUS (STARFIELD, 2002, p. 03).

Diante disso, conhecer o território e trabalhar sobre as questões observadas a respeito dos indicadores de saúde da comunidade em questão, torna-se, então, uma necessidade para os profissionais que atuam na atenção primária, visto que é no território que se encontram vários focos promotores de problemas de saúde. Além disso, sua realização como uma das ferramentas para aproximação com a necessidade do usuário, corresponde a uma ação potencializadora de estratégias de enfrentamento às situações cotidianas de saúde, uma vez que possibilita maior vinculação com o usuário, bem como reconhecimento de sua situação de vida.

*Tem instrumentos que ajudam: a coisa do território, dos dados ajudam como analisador no processo de trabalho, qual é a nossa resolutividade, de que a gente tá dando conta disso, mas eu acho que não dão conta de estar trabalhando a questão das possibilidades das pessoas se integrarem à saúde, ele sozinho não dá conta (Saturno<sup>1</sup>).*

Atuar nessa lógica reforça o compromisso social dos trabalhadores em saúde, de perceberem os usuários e a coletividade de modo abrangente, integral e totalizante, promovendo o direito das pessoas serem atendidas como um todo, ou seja, serem vistas em suas necessidades, apresentadas num contexto subjetivo, onde aparecem singularidades e particularidades de cada comunidade e do sujeito requisitante deste serviço. Todavia, ainda se encontram resistências em trabalhar com “saúde mental” nas UBS, pois considera não ser este o espaço propício para a

---

<sup>1</sup> É importante referir que será mantido o anonimato dos sujeitos envolvidos na pesquisa, utilizando-se como codinomes os astros do sistema solar, a fim de respeitar as questões éticas.

vinculação do usuário. Vê-se, dessa forma, um constante encaminhamento ao nível secundário, que por sua vez também está sofrendo desmonte, na atualidade.

Neste contexto adverso, onde o desejo de efetivar a política de saúde mental é barrado por uma lógica de retorno aos hospitais, torna-se fundamental ter um olhar mais amplo sobre a situação de saúde da comunidade faz com que se entenda o território (comunidade, UBS, residência) como algo produtor e reprodutor de uma dinâmica social, onde fluem as relações sociais, políticas, econômicas e culturais, que demarcam o perfil da população e suas características para a promoção de mudança. O território está em constante transformação e através do trabalho desenvolvido nos serviços de saúde, poder-se-á medir o impacto que produzem.

No entendimento de Silveira (2003), um dos desafios emergentes do movimento da Reforma Psiquiátrica é a reconquista do espaço da cidade para pactuação social. Esse espaço pode ser compreendido como estratégia agenciadora de novos vínculos, novas significações, na rede de contratualidade do sujeito em seu existir. Os espaços de atenção à saúde, existentes na atenção básica do sistema público de saúde, estão inseridos de modo privilegiado nas comunidades.

Diante disso, verifica-se a possibilidade de maior acompanhamento do paciente em lócus, isto é, no seu território, ambiente em que convive com familiares, em que mantém vínculos amigáveis, ou seja, no seu local de pertencimento, porém com o cuidado de não excluí-lo da circulação pela cidade, movimento importante na retomada de sua singularidade. Além disso, o trabalho próximo à comunidade permite maior vinculação do serviço de saúde com o usuário, bem como do usuário com a rede externa, ou seja, com os vários serviços presentes naquele território, como também com os espaços da cidade, na qual pode circular.

Assim, visualiza-se a atenção primária como um processo de participação coletiva, em que todos os sujeitos que fazem parte de um grupo social têm o direito de participar, opinar e também de decidir, evidenciando e/ou construindo caminhos reais para as diversas questões que perpassam o coletivo, promovendo a saúde com qualidade. O trabalho neste enfoque, portanto, prevê a construção de políticas sociais articuladas, trazendo para o espaço público, de atuação profissional e de vivência social, a possibilidade de efetivar movimentos organizados e coletivos quanto às necessidades de ampliação da proteção social, através do Estado, utilizando-se para isso dos fóruns e espaços socialmente constituídos, que legitimem essas demandas, ou seja, participação nos conselhos e demais espaços de

discussão e deliberação em prol das respostas às transformações que atravessam o mundo contemporâneo.

*Mostra bem esse paradigma que a gente tá vivendo a respeito da saúde mental, por exemplo, eu com uma população de 16 mil pessoas, quem disse que esses dados epidemiológicos, da Ficha A, ou das entrevistas são melhores indicadores pra demonstrar o que a gente pode fazer. Talvez seja da gente fazer um levantamento das necessidades da comunidade, talvez a gente possa organizar a comunidade, responsabilizar o usuário e contar com eles quais são as problemáticas em saúde mental, o que eles entendem por saúde mental, se eles sofrem de alguma questão de saúde mental, o que eles percebem dos colegas, dos vizinhos. Esse tipo de levantamento pode ser mais interessante do que apenas os dados quantitativos (Urano).*

Neste sentido, pontua-se o trabalho em saúde mental, vinculado ao modelo de vigilância da saúde, por se compreender que através deste trabalho desenvolve-se um movimento de resistência ao instituído na sociedade como um todo. A história da loucura não tem início no Brasil e por isso traz reflexos mundiais na forma de lidar com o sofrimento psíquico. Dessa forma, se entende que as transformações societárias, no que se refere à saúde mental, trouxeram avanços, pois elencaram outras formas de atender e de lidar com a loucura. Atualmente, com a desinstitucionalização busca-se a reintegração do usuário com sofrimento psíquico na comunidade, vislumbrando-se a superação do modelo centrado no hospital psiquiátrico.

Então, passou-se a perceber o sofrimento psíquico como expressão da questão social, pois está intimamente relacionado com a desigualdade social manifesta na sociedade brasileira. Desigualdade de oportunidades, de ofertas de emprego, de capacitações, de possibilidades de inserção em escolas regulares, ou seja, condições socioeconômicas adversas. Esta vai causando um descrédito do sujeito, uma baixa de auto-estima, que culmina com um fenômeno de escala mundial: a depressão. Depressão que conforme Mello (2007) chega a uma prevalência de até 36,8% em pessoas adultas.

Verifica-se, então, que o Modelo de Vigilância da Saúde está em consonância com a reforma sanitária, uma vez que preconiza trabalhar com algumas questões intimamente relacionadas a esse modelo:

Construção de um novo modelo de gestão; articulação ensino-pesquisa-assistência; busca da democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde; atendimento humanizado; estratégias de interação da instituição de saúde com a comunidade; interdisciplinaridade; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã (MATOS, 2003, p. 35).

Isto significa utilizar um tipo de organização dos serviços de saúde, contemplando os aspectos epidemiológicos, no processo de planejamento e execução das ações, ou seja, conhecer e elencar os problemas de saúde mais presente, para definir prioridades, conforme as reais necessidades da comunidade, contemplando, dessa forma, as atividades possíveis de realizar de acordo com as potencialidades do serviço de saúde.

## 4 MODELO DE VIGILÂNCIA DA SAÚDE

*“Sujeitos individuais ou coletivos têm diante de si um campo de possibilidades de diversas condutas, diversas reações e diversos modos de comportamento podem acontecer”.*

FOUCAULT *apud* DREYFUS (1995).

A forma de gestão da política de saúde brasileira avançou muito nesses quase 20 anos de trajetória. Todavia, algumas tensões permanecem e vem sendo apontadas cotidianamente do contexto de trabalho profissional.

Questões que necessitam de ampliação de sua voz, ou seja, precisam ganhar âmbitos maiores, a fim de receberem uma propícia tomada de decisões, de modo a tornarem-se desafios e não apenas tensões. Sabe-se que os pontos tensores são importantes para a promoção de alterações na forma de lidar e agir com determinada situação, portanto, apresenta potência para a equipe que está envolvida na mesma. Por outro lado, é interessante salientar, que isso dependerá da maneira como se compreende a questão, isto é, a visão de mundo, ou a leitura da realidade, com seu definido entendimento, nortearão a análise situacional.

Diante disso, ressalta-se que algumas das tensões, ou alguns pontos que necessitam ser implementados no SUS, não deveriam apenas ser vistos como algo que “ficou no papel”, mas que com o passar dos anos e com as alterações na realidade social do país, necessitam de novas formas ou (re) formatação das práticas existentes, a fim de aproximar-se das necessidades de uma população marcada pela desigualdade social, deflagrada pelas transformações societárias.

Apesar dessa marca de exclusão social, de desemprego, de desigualdade de renda e acesso, o país apresenta um Sistema Único de Saúde que é modelo para países desenvolvidos. Sistema que vem sendo pensado e projetado para alcançar seus objetivos primários de descentralização, universalidade, equidade, entre outros, visto o *Pacto pela Saúde*, divulgado através da Portaria n.º 399, em 2006, salientando que:

Ao longo de sua história houve muitos avanços e também desafios permanentes a superar. Isso tem exigido, dos gestores do SUS, um movimento constante de mudanças, pela via das reformas incrementais. Contudo, esse modelo parece ter se esgotado, de um lado, pela dificuldade de imporem-se normas gerais a um país tão grande e desigual; de outro, pela sua fixação em conteúdos normativos de caráter técnico-processual, tratados, em geral, com detalhamento excessivo e enorme complexidade.

A partir disso, evidencia-se que os gestores estão articulados e projetando uma atenção diferenciada, na medida em que estabelecem

[...] ênfase nas necessidades de saúde da população e que implicará o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS,<sup>2</sup>

de maneira a atender as prerrogativas da saúde pública brasileira, estabelecendo metas para as esferas de atuação, impulsionando o movimento de monitoramento e avaliação do sistema como um todo, denotando sua ampliação.

Um ponto relevante apontado por Mello (2007, p. 32) corresponde ao processo de municipalização, que trouxe significativas alterações no campo da saúde pública,

a maioria dos municípios brasileiros são os gestores diretos dos serviços de saúde [...] respondendo pelo planejamento e pela execução de ações de saúde, de acordo com a competência tecnológica que possuem, ficando par a esfera estadual federal o apoio técnico e operacional. [...] o SUS conseguiu aumentar sua consistência, ampliando o acesso da população aos serviços de saúde.

Há, portanto, forte investimento na saúde pública, principalmente no que concerne à saúde coletiva, com ênfase na atenção primária, já trabalhada anteriormente nesta dissertação. O que se diferencia são as áreas elencadas para potencialização do sistema, conforme o Pacto pela Saúde

---

<sup>2</sup> Portaria n.º 399 de fevereiro de 2006, Pacto Pela Saúde.

[...] promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas e ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social.

Isto se aproxima do modelo de vigilância da saúde, a partir do momento em que considera fundamental a atuação frente ao coletivo, transformando a lógica do atendimento individual, por meio de assistência vinculada à doença, passando a promover impacto sobre as necessidades da população correspondente a definido serviço de saúde. Trata-se de trabalhar por meio do levantamento de indicadores epidemiológicos de saúde, que referem as deficiências locais, por conseguinte, as áreas prioritárias de intervenção coletiva.

*A gente trabalha com uma população muito grande, 16 mil pessoas. E pra fazer a vigilância em saúde mental tem sido bem difícil: a gente já se reuniu muitas vezes, já pensou em vários dispositivos pra tá otimizando isso; fez uma ficha pra nos embasar a entrevistar as pessoas, que pelos dados do território, apresentavam alguma problemática da vigilância em saúde mental. Só que daí veio vários questionamentos, por exemplo, o que eu faço quando eu vou entrevistar essas pessoas, para estar conhecendo elas, por exemplo, se essas pessoas apresentam transtornos severos e persistentes. A gente conversa com elas, elas se abrem, elas falam, se colocam e aí a gente vai deixar esses milhos aonde. Vai deixar eles estourarem sozinhos (Plutão).*

Todavia, apesar do norte oferecido pelo modelo as equipes de saúde ainda se sentem desamparadas para lidar com o resultado do processo de aproximação com a realidade dos usuários. Enquanto trabalham com a livre-demanda, têm maior noção do que estão ofertando, pois as ações são planejadas sobre os dados que consideram relevantes. Porém, quando buscam os indicadores de saúde local, através do contato com o usuário, percebem-se com dificuldade para atuar no coletivo.

Ao se falar em coletivo, compreende-se, também, a articulação com rede de serviços, ou seja, a interface entre as políticas sociais, pois não se atinge a integralidade na atenção em saúde, se desconsiderar o todo que representa o ser social, portanto, suas demais prioridades para atingir níveis de saúde e não de adoecimento, ou precarização de atendimentos. Assim, a comunicação entre os serviços e, principalmente entre a rede local, deve ser uma constante, a fim de evitar

atendimentos múltiplos para a mesma situação. Ganha-se força e visibilidade quando se trabalha, com determinada questão, interdisciplinarmente e intersecretarias, uma vez que os recursos financeiros e humanos são otimizados.

A interdisciplinaridade apresenta uma maneira de se potencializar o cuidado integral ao sujeito, visto que cada profissional traça sua especificidade unindo-a aos demais, a fim de compreender e organizar um plano de atenção para determinado sujeito. Nesse processo, de escuta ampliada e composição de saberes, identifica-se que a problemática apresentada não faz parte apenas daquele “ser”, mas sim, apresenta-se como um espelho da realidade do coletivo a que pertence. Este tipo de intervenção potencializa o conceito de saúde.

Terris (1992, p. 96) considera a saúde como “a arte e ciência de prevenir a doença e a incapacidade, de prolongar a vida e de promover a saúde física e mental mediante os esforços organizados da comunidade”. Pode-se perceber que vários autores referem a potência na comunidade. Assim, visualiza-se a coerência com o modelo de vigilância da saúde, visto sua profunda vinculação á comunidade, portanto, á coletividade.

Saúde Coletiva pode ser compreendida como campo científico, onde se produzem saberes e conhecimentos acerca do objeto ‘saúde’ e onde operam distintas disciplinas que o contemplam sob vários ângulos; e como âmbito de prática, onde se realizam ações em diferentes organizações e instituições, por diversos agentes (especializados ou não), dentro e fora do espaço convencionalmente reconhecido como ‘setor saúde’ (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998, p. 72).

Portanto, a utilização da vigilância da saúde como uma das correntes da saúde coletiva denota a busca pela articulação entre a epidemiologia crítica, que traz a importância dos conceitos de rede, território e autonomia do sujeito, para a construção de uma rede de atendimento calcada na garantia do direito de cidadania. O termo cidadania, tem importância fundamental neste trabalho, uma vez que o público da saúde mental tem uma marca de exclusão e desigualdade no acesso aos direitos. Questão que vem sendo alterada ao passar dos anos, mas que ainda aparece cindida, no momento em que se discute saúde mental como algo separado do termo “saúde”.

*A gente tem indicadores que servem sobre a doença e não sobre a saúde. Isso é um nó. Não que por isso, não pode totalizar e ver que um modelo de atenção à saúde é a solução. Ah, o objetivo é a promoção e a prevenção e aí a gente vai criar indicadores, mas a gente parte do número de hipertensos que tem e, às vezes não consegue dar esse pulo, de sair dessa lógica e partir pra outra lógica que é a proposta do modelo (Júpter).*

Assim, a vigilância da saúde permite a utilização de uma estratégia de organização de atenção à saúde, vinculando um conjunto heterogêneo de políticas e práticas, propondo um modelo de saúde baseado na epidemiologia, na sociologia e no planejamento estratégico. Com isso, identifica-se sua proximidade com o serviço social, pois este está intimamente relacionado ao contexto social e, por conseguinte, às suas transformações e necessidades. Traz seu olhar amplo sobre a sociedade, contribuindo para a aproximação às necessidades coletivas, que se configuram como fundamentais para o novo plano de atuação em saúde.

Mais uma vez, a visão generalista sobre as expressões da questão social auxilia este profissional na composição das equipes multiprofissionais, pois traz a realidade da comunidade como fundamental para a organização do serviço. Vincula sua atuação na comunidade como potência para o impacto desejado, visto o uso de dados reais acerca do contexto local.

Dessa forma, percebe-se nos diferentes espaços em que se discute e formulam propostas para o SUS, que a atenção primária é compreendida como estratégia para atingir os objetivos previstos na legislação. Para isso, intensifica o trabalho através das unidades básicas de saúde, bem como do Programa de Saúde da Família – PSF. O diferencial do PSF está, na medida em que dispõe em seu quadro funcional de agentes comunitários de saúde, que fazem a ponte direta entre comunidade e serviço.

Este tipo de organização tem auxiliado a política de saúde mental, pois a partir da Reforma Psiquiátrica buscou-se intensificar as ações fora do âmbito hospitalar. Aparece, assim, os níveis primários e secundários como propostas para um atendimento vinculado ao contexto do usuário, em que prioriza-se o contato com os familiares, com a cidade, com a rede, configurando não mais seu afastamento, mas sim, sua inclusão qualificada.

De acordo com Mello (2007, p. 57):

A construção de uma rede comunitária de cuidados é fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. [...] A rede de atenção à saúde mental do SUS define-se assim como de base comunitária. É, portanto, fundamento para a construção desta rede a presença de um movimento permanente, direcionado para os outros espaços da cidade, em busca da emancipação das pessoas com transtornos mentais.

Portanto, aparece novamente a importância do território e sua utilização como estratégia de intervenção em saúde mental, impulsionando que a pessoa com sofrimento psíquico possa usufruir do espaço da cidade como potência para a sua saúde. Desvinculando do enclausuramento. O território é dessa forma:

Designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária. [...] trabalhar no território não equivale a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os componentes, os saberes e as forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns (MELLO, 2007, p. 58).

Neste sentido, entende-se o recurso ao modelo de vigilância da saúde, como uma proposta intensa na organização do atendimento em saúde mental vinculado à atenção básica, pois se articula às prerrogativas de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Discutir saúde neste enfoque convoca o profissional para participar na organização do serviço a partir das necessidades reais da população, por meio do envolvimento do usuário no processo de construção do serviço de saúde, utilizando-se da epidemiologia como elemento para o planejamento e gestão da saúde.

Um de seus diferenciais está no fato de considerar não apenas números para compor sua atuação, mas sim, vincular dados quantitativos para propor ações que assumam caráter qualitativo, ou seja, desprende-se o trabalho ao controle exclusivo de doenças, para compor uma ação anterior a existência da doença. Trabalha-se, portanto, na contramão da lógica instituída de atenção em saúde. Prioriza-se a prevenção aos agravos e não o tratamento aos condicionantes. O modelo propõe busca pela garantia da saúde da população, trabalhando com a promoção da saúde e a prevenção de doenças, por meio de uma ação voltada para o coletivo, com ênfase no território e seus pontos de risco. Convoca o usuário a pensar sobre sua

vida e a responsabilizar-se por ela, compondo com o serviço um planejamento para a atenção em saúde, correspondente ao cuidado necessário à comunidade.

Para ilustrar a diferenciação entre os modelos de atenção em saúde, utiliza-se um quadro proposto por Teixeira.

MODELO	SUJEITO	OBJETO	MEIOS DE TRABALHO	FORMAS DE ORGANIZAÇÃO
Modelo médico-assistencial privatista	Médico especialização; complementariedade (paramédicos)	Doença (patologia e outras); Doentes (clínica e cirurgia)	Tecnologia médica (indivíduo)	Rede de serviços de saúde; Hospital
Modelo sanitarista	Sanitarista auxiliares	Modos de transmissão; Fatores de Risco	Tecnologia sanitária	Campanhas sanitárias; Programas especiais; Sistemas de vigilância epidemiológica e sanitária
Vigilância da Saúde	Equipe de Saúde População (cidadãos)	Danos, riscos, necessidades e determinantes dos modos de vida e saúde (condições de vida e trabalho)	Tecnologias de comunicação social, de planejamento e programação local situacional e tecnologias médico-sanitárias	Políticas públicas saudáveis <sup>3</sup> ; Ações intersetoriais -intervenções específicas (promoção, prevenção e recuperação) -operações sobre problemas e grupos populacionais

Quadro 1 – Diferenciação entre os modelos de atenção em saúde

Fonte: Teixeira (1998, p. 10).

Este quadro possibilita a visualização da diferenciação entre as formas de intervenção em saúde, mostrando que a vigilância da saúde apresenta um ‘plus’ em termos de possibilidades de modelos em saúde pública, pois pressupõe ações coletivas não vinculadas exclusivamente à doença. Mostra, portanto, a identificação de controle de danos, riscos e das causas. Atuando, dessa forma, em aspecto global da situação. Foi concebida, conforme Paim (2000, p. 576) “para orientar intervenções sobre o coletivo – ambientes, populações e o social como campo estruturado de práticas”. Trata-se de um dispositivo que apresenta uma leitura do instituído, não o nega, mas propõe uma mudança, já que corresponde a um movimento de constante construção, avaliação e proposição, apontando nova forma de gestão do cuidado.

<sup>3</sup> Termo definido por Teixeira, mas não compactuado pela autora, uma vez que políticas públicas são instrumentos para a garantia da efetivação dos direitos sociais.

Propõe, então, a combinação de três tipos de ações: a promoção da saúde, a prevenção de enfermidades/acidentes e a atenção curativa ou reabilitação. A promoção da saúde, entendida enquanto ações dirigidas ao meio ambiente físico e aos estilos de vida, ou seja, vinculada às condições de saúde da coletividade. Preconiza o atendimento dos fatores que contribuem para ampliar o acúmulo de qualidade de vida, no sentido mais amplo, do conforto, do bem-estar, da satisfação das necessidades básicas, não só na esfera econômica, mas nas esferas psicossocial e cultural.

A promoção da saúde tem como alicerce principal a participação do usuário em conjunto com os trabalhadores em saúde, entendendo que só há mudança se a construção for coletiva. Isso reforça o empenho profissional em promover a participação popular, por meio dos diversos fóruns, com vista à efetivação do controle social. Todavia este é um dos entraves das políticas sociais, uma vez que a efetivação do controle social representa reflexo da lógica individualista de atenção, ou seja, se o atendimento é voltado para o indivíduo e não para o coletivo, já aí se mostra a busca por um comportamento singular. Quando se fala em participação popular predispõe-se um coletivo pensando, planejando, propondo e fiscalizando a política de saúde de seu distrito e município, por exemplo. Porém, esse encontro coletivo é que está se apresentando como ponto tênue na sociedade.

No que se refere à prevenção de doenças e/ou acidentes, percebe-se que este tipo de atuação é preconizado na atenção primária, já que se organiza como modo de olhar e estruturar intervenções que procuram antecipar-se a esses eventos, atuando sobre problemas específicos ou sobre um grupo deles, de modo a alcançar indivíduos ou grupos em risco de adoecer ou se acidentar. Tais intervenções podem estar focalizadas para indivíduos, grupos sociais ou para a sociedade em geral, precipitando-se ao evento da instalação da doença.

A atenção curativa ou ações de recuperação estão dirigidas à cura ou ao cuidado dos usuários para o prolongamento da vida, para a diminuição do sofrimento e para a reabilitação de seqüelas. Embora dirigida fundamentalmente aos indivíduos pode também estar orientada a grupos humanos. Esta prática obedece a necessidades contundentes dos seus demandantes e deve ser promovida de forma adequada e oportuna como parte dos direitos de cidadania. A disponibilidade de atenção curativa é fator de estabilização psicossocial de uma população, o que contribui para o incremento da qualidade de vida. O diferencial dessa forma de

atenção é o tipo de olhar dado em cada situação, ou seja, se remete apenas à doença, ou se identifica outros fatores vinculados.

A sua operacionalização tem recorrido aos seguintes passos: microlocalização dos problemas de saúde; intervenção no âmbito populacional pautada no saber epidemiológico; apropriação de informações acerca do território-processo; utilização da geografia crítica e do planejamento e programação local (MENDES, 1993, p. 7- 9).

Este tipo de ação possibilita o planejamento das atividades de acordo com as reais necessidades da região e dos usuários, pois parte do conhecimento do território, das vivências e expressões da questão social, para organizar um plano de ação, calcado em indicadores que nortearão o trabalho a ser desenvolvido, permitindo medir o impacto desta atuação e qualificar o atendimento prestado à população.

O entendimento de que a vigilância da saúde promove um diferencial é apresentado também no Pacto pela Saúde, que considera fundamental o compartilhamento entre as ações de atenção básica e de vigilância em saúde. Supondo um compartilhamento entre as responsabilidades destes aspectos no município, referindo que “todos os municípios se responsabilizam pela atenção básica e pelas ações básicas de vigilância em saúde”.

Neste sentido, salientam-se as dimensões técnicas da vigilância da saúde, que são compartilhadas pelas três dimensões do Pacto, pois se direcionam à integralidade, à intersetorialidade, à efetividade e à equidade. Outro avanço aparece em relação ao financiamento que:

*Deve consolidar a reversão do modelo de pagamento por procedimento, oferecendo cobertura para o custeio de ações coletivas visando garantir o controle de riscos sanitários inerentes ao objeto de ação, avançando em ações de regulação, controle e avaliação de produtos e serviços associados ao conjunto das atividades.*

Este ponto demonstra um novo olhar para a saúde pública, pois considera de fato a importância do trabalho calcado na coletividade, apresentando propostas

alternativas que podem ser trabalhadas sob as necessidades em saúde, por meio de ações programáticas e não apenas espontâneas, ou de livre-demanda.

*Ai que está a busca do instituinte. Talvez a gente parta de uma ferramenta que tem já um viés instituído, um viés da coisa, mas que na realidade a gente não precisa se prender. A gente fica levantando dados, planeja, mas às vezes não se dá conta de coisas instituintes que estão no cotidiano, de como passa pelo acolhimento, de como a gente faz essa clínica ampliada, esse atendimento, de como a gente organiza a gestão no processo de trabalho pra poder dar conta da saúde mental, pra poder dar conta da integralidade, que são outras propostas que acho que não estão dentro desse modelo instituído de atenção. Uma coisa não tem que excluir a outra, tem que complementar (Marte).*

O modelo de vigilância da saúde pode ser considerado, então um dispositivo para o alcance de um trabalho que potencializa os avanços da política de saúde mental. Porém, um aspecto fundamental é o entendimento da equipe de saúde a respeito da dinâmica que vem desenvolvendo, isto é, se considera estar direcionando suas atividades para um trabalho instituinte, operando uma auto-análise, ou se aceita o modelo pré-estabelecido e o desenvolve. Além disso, conforme Mello (2007, p. 43) “o processo de desinstitucionalização pressupõe transformações culturais e subjetivas na sociedade e depende da pactuação das três esferas de governo”.

Todavia, o modelo de vigilância concorre com outros modelos de gestão em saúde, que caracterizam a atual organização da sociedade, visto o enfraquecimento dos movimentos sociais, que traduziam a luta de um coletivo; o culto ao dito popular “o mundo é para os vivos”, fazendo referência ao poder dos mais fortes e espertos. Diante disso, compreende-se que o modelo apresenta uma proposta inovadora para o SUS, mas esta ainda esbarra na perpetuação ao modelo em vigor.

## 5 A POTÊNCIA: O TRABALHO COLETIVO PARA O COLETIVO

*Existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes, atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudáveis. Poderíamos dizer que todo problema de saúde é também - e sempre - de saúde mental, e que toda saúde mental é também - e sempre - produção de saúde. Neste sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a Atenção Básica*

MELLO (2007).

O campo de pesquisa apresentou sua vinculação ao modelo de vigilância há cinco anos. Atuando mais fortemente nas áreas da saúde da mulher, saúde do adulto, imunizações e saúde da criança. Quanto à área da saúde mental, vem construindo um trabalho, através de representantes da saúde mental: compostos por dois profissionais de cada unidade básica de saúde, assessorados por um membro do Serviço de Atenção em Saúde – SAS. Estes se encontram periodicamente para discutir a proposta de construção da vigilância em saúde mental, colocando-a em prática na dinâmica de trabalho das UBS.

*Tem um grupo de trabalho, que existe há um tempo e é formado por psicologia, serviço social e psiquiatria. Tendo dois representantes por UBS. E este grupo tirou prioridades em saúde mental, que seriam transtornos graves e persistentes, álcool e outras drogas e violência doméstica. Então as três prioridades, que a gente foi pensar, de atendimento. Esse grupo vinha construindo um trabalho em vigilância em saúde mental. Teve alguns percalços, chegou a se construir um instrumento, que se pensou: priorizar o atendimento em saúde mental, dos transtornos severos e persistentes. Porque a gente viu que não poderia atacar todas as áreas, se priorizaria uma, se pensou em priorizar esta. E aí se construiu um instrumento piloto, para poder ver se aquela pessoa tinha um transtorno grave e persistente (Lua).*

O fato de se buscar desenvolver um trabalho a partir da vigilância surgiu como proposta para atender a demanda que estava saindo do nível terciário, com o advento da Reforma Psiquiátrica, fazendo com que a rede básica se instrumentalizasse para atender à população que chegaria às UBS's.

A Lei Federal 10.216 direciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios (MELLO, 2007, p. 41).

No processo de aproximação com a realidade do campo de pesquisa a utilização de dois instrumentais foi intensamente relevante: a observação participante e o grupo focal. O movimento de observação participante foi rico, pois pode-se identificar no local trabalhado a presença do modelo de vigilância da saúde. Isto pode ser percebido, desde a organização dos murais, da escala de atendimento, como também, pela forma de acolhimento desempenhada na UBS. Auxiliou também, no sentido de que as situações são dadas o tempo todo, não necessitando de um momento específico para sua absorção. Nos momentos que antecediam o início dos grupos, a observação da equipe foi importante para o entendimento dos pontos tensores apresentados pelo grupo. Na observação aparece aquilo que não é dito formalmente, mas que para a pesquisa é fundamental.

Um dos dispositivos utilizados foi o grupo focal desenvolvido com a equipe de trabalho da UBS para discussão acerca do Modelo de Vigilância em Saúde. Foi escolhida esta ferramenta, uma vez que corresponde a uma técnica utilizada com um grupo de pessoas, com a finalidade de trabalhar alguma temática previamente escolhida, a fim de manter o foco.

Aconteceram quatro encontros com a equipe da UBS, divididos em duas tardes e duas manhãs, a fim de otimizar a participação de toda a equipe. Infelizmente, nem todos puderam participar dos quatro momentos, situação avaliada pela equipe como um fator de tensão, já que a mesma não conseguiu se organizar, mesmo com antecedência, para encerrar o atendimento antes do início do grupo. Os temas para os encontros foram definidos conforme as questões norteadoras do projeto de pesquisa. Partindo do entendimento do grupo acerca do modelo de vigilância da saúde e sua utilização. A combinação para os demais se desenvolveu a partir da construção grupal de cada encontro.

Assim, no segundo encontro foram trabalhadas as tensões e potências na utilização do modelo. A partir disso, o terceiro encontro centrou-se na forma como a equipe age frente aos “modelos” presentes no cotidiano de trabalho. O último encontro foi um delineamento do processo, pois não se pode falar em fechamento

do mesmo, visto que se trabalha com coletivos instituintes, portanto, a partir daquele momento as discussões travadas poderiam ter eco no processo de trabalho da equipe.

Outro processo que permitiu a conexão entre o coletivo foram as entrevistas realizadas com os coordenadores da unidade básica de saúde, isoladamente e em ambientes distintos. Isto propiciou a identificação de sintonia entre os mesmos, apesar de configurarem áreas distintas de conhecimento. Escolheu-se este tipo de entrevista, por compreender que a mesma possibilita maior flexibilidade no momento de sua execução, uma vez que permite que outras questões sejam trazidas em pauta, além das que já constavam no roteiro (apêndice do projeto). Dessa forma, o entrevistador pode questionar o que não entendeu, ou não ficou claro, ao efetuar a pergunta ao entrevistado, permitindo aprofundar aspectos sobre o tema em questão, com base nas respostas, desvendando novas dimensões antes não identificadas, com base na exposição do sujeito entrevistado. Além disso, o entrevistado sente-se mais a vontade para falar conforme seu entendimento acerca da temática abordada em cada questão, não ficando preso às questões pré-definidas, com menor possibilidade de ampliação ou avanço no que se refere a pergunta.

Por sua vez, o diário de campo foi um instrumental muito utilizado pela pesquisadora em todo o momento. Auxiliou na escrita daquilo que não poderia ser dito, daquilo que só a linguagem corporal representava e que poderia passar despercebido por alguns. Potente recurso para reflexão no ato, ou seja, nada podia escapar, nem mesmo um pensamento. Visto ser um instrumento de produção analítica onde as implicações do pesquisador estabeleçam uma dialógica com os fatos observados, de modo a contemplar os objetivos da presente pesquisa. O diário de campo acompanha o pesquisador em todos os momentos, sendo um importante aliado, pois possibilita a escrita acerca das observações efetuadas, das questões que lhe incomodaram, seus sentimentos. Trata-se, portanto, de um instrumento pessoal do pesquisador, que compõe os subsídios necessários para a efetuação da análise dos achados, por meio das informações anotadas.

Assim, dados dos achados denotam que mesmo com a busca por manter encontros mensais para organização do serviço, a equipe salienta que este não é, ainda, um espaço compreendido por todos como promotor de construção de um plano em comum para a UBS. Apresentam, ainda, a fragmentação com os gestores,

uma vez que não participam das reuniões, apenas efetuam encontros com os coordenadores das UBS.

*“[...] é uma equipe com diferenças, sendo necessário ter jogo de cintura”* (Saturno).

*“[...] como você vai planejar ações para a UBS sem que a equipe com um todo participe!”* (Mercúrio).

Este fato demonstra a necessidade, diante da legislação, de que os serviços se organizassem para atender um público, que quase não circulava pelos serviços de atenção básica, possibilitando o trânsito entre os níveis de complexidade. Todavia, este movimento ainda não está completamente estruturado, pois a rede de atenção não dispõe de um percurso definido para o fluxo de informações sobre este tipo de paciente.

*“[...] a gente não tem acesso às notas de alta, então têm pessoas que internaram que a gente não fica sabendo e pessoas que internam de novo e nunca passam na UBS. Porque a gente podia fazer um caminho”* (Lua).

Um problema da rede de atendimento é a precariedade da comunicação entre os serviços, que afeta o trânsito de informações e conseqüentemente o atendimento integral ao usuário. O sistema de referência e contra-referência funciona muito pouco. Em se tratando de saúde mental, o índice diminui mais ainda, pois a comunicação acontece mais fortemente entre os níveis secundário e terciário.

A partir dessa fala visualiza-se um dos analisadores, que corresponde à comunicação. A comunicação é tratada como analisador porque corresponde a uma ação, isto é como analisador não é tema, mas sim uma situação da prática em que a instituição fala através de alguns indícios. Sendo um instrumento essencial para o planejamento do atendimento tanto na UBS, como em relação à rede. Outras falas denotam este ponto:

*“[...] este é o nosso nó crítico”* (Vênus).

*“[...] o desejo de que toda a equipe participe, mas quando estão todos juntos ninguém quer falar”* (Urano).

A questão da comunicação apareceu em todos os momentos da pesquisa aparecendo como um item a ser trabalhado cotidianamente. Há uma tentativa de promoção de circulação das idéias, efetivada através dos encontros mensais: nas reuniões de planejamento. Estas reuniões acontecem fora do ambiente da UBS, na

tentativa de evitar atravessadores, que no ambiente diário poderiam sofrer influência (telefonemas, procura de usuários, entre outros).

É marcada pelas diferentes visões sobre a vinculação com o campo de trabalho. Isso se traduz na implicação de cada profissional com o coletivo institucional, bem como com seu desejo individual. Diferenciação de pensamentos e interesses dos profissionais que compõe a equipe, permitindo um distanciamento de objetivos de atuação em saúde, isso devido à falta de direcionamento da gestão do serviço.

*“[...] é um desafio trabalhar em equipe” (Sol).*

*[...] a gente tem esses percalços. Tem a proposta na equipe, da gente estar discutindo mais a questão da saúde mental, tem o desejo, tem a percepção de que ela é de todos, mas ainda a gente não conseguiu fazer um plano de trabalho conjunto, com todo mundo. Acho que tem que vir algo mais da gestão. Nesse momento nosso grupo de trabalho em saúde mental tá um pouco desarticulado também, devido há algumas trocas de profissionais, alguns profissionais terem que assumir mais de uma UBS. A gente acaba paralisando algumas coisas (Lua).*

Outro fator refere-se à autonomia, inferida nos diferentes momentos, tanto como fator positivo, como de tensão, pois como se trata de um espaço de formação profissional é incentivado aos residentes que proponham atividades, remodelam o atendimento. Porém, como eles mudam a cada ano, a equipe não sente uma continuidade, uma vez que não conseguem absorver pra a equipe fixa as ações iniciadas pelos residentes. Este ponto foi trabalhado, também em relação à saúde mental, que durante um período teve maior investimento na UBS.

A questão da autonomia se manifesta, também, em relação a gestão dos serviços de saúde, que não está completamente envolvida com o modelo de vigilância da saúde. Daí aparece a questão da governabilidade como, ao mesmo tempo, atravessador e possibilidade, isto porque há a abertura para a equipe organizar seu plano de ação em saúde, porém, ainda, sem o respaldo da direção. Estes aspectos podem ser visualizados, através da tabela, que reflete algumas tensões e potências a partir do entendimento do modelo de vigilância:

TENSÕES	POTÊNCIAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- constante troca de profissionais;</li> <li>- inexistência de ações programáticas;</li> <li>- não tradução da demanda, por não apresentar possibilidade de acolhida;</li> <li>- o PA (pronto atendimento) é específico para a doença;</li> <li>- grande demanda, pouca oferta de serviços;</li> <li>- sofrimento no trabalho;</li> <li>- indefinição de projetos de saúde;</li> <li>- dificuldade de envolvimento nas ações pelos profissionais fixos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- discussão da clínica ampliada;</li> <li>- movimento de acolhida à demanda em saúde mental;</li> <li>- valorização da demanda espontânea;</li> <li>- construção de planejamento estratégico;</li> <li>- roda de educação permanente;</li> <li>- interconsultas;</li> <li>- reuniões de planejamento;</li> <li>- governabilidade na equipe sobre situações definidas.</li> </ul>

Quadro 2 – Tensões e Potências do Modelo de Vigilância da Saúde

Fonte: Elaborado pela autora.

Houve o questionamento sobre o porquê de não haver sido dada continuidade em relação ao modelo de vigilância em saúde mental, já que havia a construção de uma proposta para esta área temática, a que responderam em sua totalidade, na dificuldade de atender a demanda. Demanda expressiva, pois representa em torno de 16 mil pessoas a área de abrangência da UBS, referindo que com as atividades desenvolvidas não era possível atender a todos, da forma preconizada.

Compreendeu-se que a equipe sentia medo em ampliar a visão, configurado em uma das falas: “[...] medo de começar e não dar conta” (Júpter), pois sua lógica de atendimento ainda permanece vinculada ao aspecto individual, planejando ações pontuais para cada usuário, distanciando-se do coletivo.

*[...] e sem vigilância eu não acredito que a gente vá dar conta. A gente nunca vai dar conta. E pra gente fazer vigilância a gente tem que abrir mão de só atender a demanda. É essa a nossa discussão no Posto. Porque a vigilância tem as questões da livre-demanda e tem as ações programáticas. E, assim, pra gente fazer ações programáticas a gente tem diminuir nosso espaço da livre-demanda. Mas a gente não conseguiu chegar nas ações programáticas. Em saúde mental a gente não parou, ainda, especificamente, na UBS, pra pensar. A gente pensou sobre a Saúde do Adulto, mas não conseguiu botar em prática. A gente fez todo um esquema, de um plano de trabalho, de agenda, de grupo, de consulta terapêutica, só que não conseguiu botar em prática. E agora a gente tá tentando entender porquê que a gente não conseguiu, o quê que a gente vai poder pedir pra cada profissional, o que cada um pode se comprometer... que tem realidades de profissionais diferentes lá dentro. Tem gente que entende que só tá lá pra fazer ensino, outros que só tão lá pra trabalhar na assistência. O campo tem uma multiplicidade de profissionais, papéis diferentes. E a gente tá tentando ver como a gente pode compor isso e pensar em alguma ação de vigilância pra poder ser mais efetivo (Lua).*

Nos momentos em grupo se percebe a socialização de conhecimentos já adquiridos por parte do grupo, com os demais, num movimento abstrato, isto é, quase que automático. Processo institucionalizado. É este clima de “não é assim” que instigava.

No contexto de trabalho da UBS identifica-se ênfase dada área médica. Este fato é trazido para discussão, pois é dada a procura na atenção primária pelo profissional da medicina, além disso, muitos modelos são constituídos a partir dos condicionantes médicos, que são criados para “serem lógicos e objetivos [...] sem habilidades para lidar com o território da emoção” (CURY, 2005, p. 11). Temática fundamental para a política de saúde, tanto em termos de saúde mental, quanto em política de humanização.

“Pouco a pouco os pacientes deixavam sua condição de seres humanos únicos, para se tornarem órgãos doentes, que precisavam se submeter a exames e não ao diálogo” (CURY, 2005, p. 11).

A escolha por trabalhar com serviços da atenção básica é fruto do entendimento de que grande parte das questões envolvendo saúde mental podem ser atendidas fora do âmbito especializado de atenção, visualizando o contato direto com a comunidade e o espaço de pertencimento do sujeito, enquanto dispositivos para o atendimento integralizador em saúde, pois conforme o Plano de Saúde Mental (2005, p. 56):

Tendo em vista que a atenção básica é a porta de entrada no sistema de saúde e que sabidamente uma considerável parcela da população usuária do SUS apresenta, direta ou indiretamente, queixas relacionadas com problemas psicológicos e/ou psicossociais, associados ou não a transtornos mentais, intervenções no intuito de maior qualificação no atendimento já seriam justificáveis. Entretanto, além dos indicativos de prevalência supracitados já no nível da atenção primária, há pesquisas que afirmam que até 85% da demanda de saúde é passível de resolução nos equipamentos de atenção primária em saúde.

Este dado demonstra a importância da atuação em saúde na atenção primária, tendo em vista a possibilidade de maior acompanhamento do paciente em lócus, isto é, no seu território, ambiente em que convive com familiares, em que mantém vínculos amigáveis, ou seja, no seu local de pertencimento. Porém, com o cuidado de não excluí-lo da circulação pela cidade, movimento importante na

retomada de sua singularidade. Além disso, o trabalho próximo à comunidade permite maior vinculação do serviço de saúde com usuário, bem como do usuário com a rede externa, ou seja, com os vários serviços presentes naquele território, como também com os espaços da cidade, na qual pode circular.

[...] estudos epidemiológicos apontam que cerca de 20% de todos os pacientes atendidos por profissionais de atenção primária tem um ou mais transtornos mentais. Uma em quatro famílias provavelmente tem no mínimo um membro com transtorno mental ou do comportamento (PLANO DE SAÚDE MENTAL, 2005, p. 63).

Esse dado salienta a importância de efetuar-se um trabalho que aproxime o usuário da atenção básica em saúde, possibilitando um atendimento primário que dê conta das situações de saúde mental - pois a mesma não está dissociada do sujeito, ao contrário faz parte dele e é produzida através de sua relação com o ambiente, isto é, por meio de suas relações familiares e de seu envolvimento com o contexto social - nessa esfera de cuidado, podendo, então efetuar interface com os demais níveis de atenção. O termo cuidado, concordando com Alves (2001, p. 168), é utilizado por considerá-lo mais adequado do que “tratar”, uma vez que incorpora várias situações/problemas a serem superados, negando critérios habituais de seleção e/ou exclusão.

Identifica-se, então, a possibilidade de intervenção do assistente social, neste locus, visto a compreensão da existência de sofrimento psíquico como uma das expressões da questão social. Portanto, sua inserção nas equipes de atenção primária, compõe a construção de um trabalho envolvendo as redes sociais.

Assim, conforme o planejamento municipal para o trabalho em saúde mental, no período de 2005-2008, impõem-se a utilização do “Modelo de Vigilância da Saúde”, uma vez que este prevê a identificação do fluxo da demanda, a fim de instrumentalizar as unidades de atenção básica de saúde e qualificá-las no atendimento à mesma, preconizando um atendimento resolutivo nos diferentes níveis de competência, a pacientes com transtornos mentais, que procuram o serviço ou são encaminhados por outras instituições. A partir deste fato, evidencia-se a ênfase na atenção básica, buscando-se um trabalho calcado em indicadores/operadores, em ações que ultrapassem a livre demanda, sendo

planejados conforme o princípio da territorialidade e das efetivas necessidades apresentadas na comunidade em questão.

O trabalho através do território, considerando o mesmo enquanto processo social de mudança das práticas sanitárias no SUS, como refere Mendes (1999, p. 11) permite a intervenção na realidade local, a partir das necessidades da comunidade. A partir disso, pode-se traçar um planejamento calcado em dados de saúde reais, que manifestam os pontos vulneráveis do referido território. Assim, é possível desenvolver as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde, porém não agindo empiricamente, mas sim, conforme os indicadores do território, que podem ser trabalhados conjuntamente com a comunidade, envolvendo-os ao serviço de saúde. Diante disso, é possível, concordando com Mendes (1999, p. 16): “[...] propor um método de planejamento e programação local com a análise da situação de saúde, desenho do objetivo e da estratégia de ação e organização da gestão estratégica”.

O diferencial trazido a partir da territorialização se dá no momento em que se conhecem todos os pontos de risco, tensão e potencialidades da área de abrangência da UBS. Fator que impulsiona a organização das atividades em ações programáticas, diminuindo o atendimento às necessidades individuais, propondo uma intervenção coletiva, já que se parte de realidade em comum.

O trabalho com saúde mental, na atenção básica, demonstra diferente maneira de pensar e conviver com a loucura, uma vez que utiliza uma forma de lidar com questões anteriormente excluídas do convívio em sociedade, em que se isolava o que era considerado diferente, ao invés de perceber e trabalhar com suas potencialidades. Concebia-se o sujeito como incapaz e, a ele era delegado o esquecimento em um manicômio. Assim, tornava-se mais fácil o atendimento à loucura, pois se direcionava para os especialistas este tipo de trabalho, normalmente vinculado a um serviço terciário, isto é, de abrigamento.

É, portanto, a partir do momento em que se nega o isolamento e vincula-se a noção de cuidado em saúde mental, que se passa a oferecer um atendimento integral ao portador de sofrimento psíquico, potencializando-se, dessa forma a premência da acessibilidade. Conforme Sales (2000, p. 171) “desde 1991, os regulamentos da Política Nacional de Saúde Mental - Portarias n.º 189/91 e 224/92- definem claramente a integralidade como componente obrigatório dessa política”.

Sinaliza-se com isso, que os serviços de saúde presentes na comunidade se encontram em concordância com os preceitos da Política de Saúde Mental, visto que atendem aos princípios norteadores do SUS e, concordando com Sales (2001, p. 171),

se estes são comunitários, se inserem em determinada cultura, em território definido, com seus problemas e suas potencialidades, arena onde as 'crises' devem ser enfrentadas, resultado que são, geralmente, de fatores do indivíduo, de sua família, eventualmente de seu trabalho e, seguramente de seu meio social.

Diante disso, evidencia-se, novamente a potencialidade do trabalho comunitário, enquanto um dispositivo para promover rupturas nas formas instituídas de atendimento ao portador de sofrimento psíquico, quando utiliza e inclui em seu plano de atendimento (planejamento conforme o Modelo da Vigilância em Saúde) não apenas o usuário, mas sua família e seu território.

Todavia, quando se fala em atenção em saúde, em outras formas de pensar e planejar o atendimento à população, com vistas a efetivar o que está garantido através das leis que regulamentam as políticas sociais, deve-se pensar no movimento que se trava no contato entre profissionais e usuários. Isto porque, o movimento efetuado pelos usuários é um analisador importante a ser considerado “para que as trajetórias dos sujeitos, suas estratégias e táticas de cuidado e cura possam ganhar sentido junto à lógica das práticas de saúde dominante” (ACIOLI, 2001, p. 20). Assim, como diz Foucault (1997, p. 130) “é preciso dar ao indivíduo as armas e a coragem que lhes permitirão lutar durante toda a sua vida”.

Neste sentido, trabalhar a partir do eixo de pesquisa “Gestão de Políticas Sociais”, mostra-se uma tarefa instigante e desafiadora, tendo em vista a disputa, na sociedade, entre dois projetos diferenciados: o neoliberal, que se coloca a favor de um modelo individualista, privatista, através de uma proposta de saúde básica para população e; o projeto de reforma sanitária, que pressupõe uma concepção ampliada de saúde e a intervenção do Estado na prestação dos serviços públicos.

Verifica-se, então, que o Modelo de Vigilância em Saúde alinha-se à reforma sanitária, uma vez que preconiza trabalhar com algumas questões intimamente relacionadas a esse modelo:

Construção de um novo modelo de gestão; articulação ensino-pesquisa-assistência; busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde; atendimento humanizado; estratégias de interação da instituição de saúde com a comunidade; interdisciplinaridade; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã (MATOS, 2003, p. 46).

Diante desse contexto, torna-se eminente necessidade de alteração da forma de conceber a saúde pública, abandonando-se o atendimento individual, o planejamento fragmentado, incorporando uma forma de gestão que dê conta do coletivo, que funcione articuladamente, formando de fato uma rede de atendimento aos usuários, por meio dos serviços de saúde, como também, através da vinculação com outras políticas sociais.

Esse modo de gerir/gestar saúde mobiliza o sistema a romper com lógicas instituídas, ou seja, deixar apenas de atender à demanda espontânea, sem um planejamento que justifique a necessidade de efetuar tal procedimento, já que o trabalho realizado isoladamente, isto é, individualizado/fragmentado, permite a construção de um sistema que,

produz baixo impacto sobre os índices de saúde e tende a apresentar custos crescentes, o que pode resultar na inviabilização do caráter público e na indução à privatização. É bom lembrar que os sistemas privados são, principalmente, sistemas de atendimento à demanda, e se baseiam em responder à procura de pacientes individuais, o que representa fatores de maior lucratividade (MÓDULO 06, 2004, p. 38).

A partir disso, pode-se verificar algumas das possíveis vantagens ao se utilizar o Modelo de Vigilância em Saúde, quais sejam: racionalização dos recursos de saúde mental da rede de saúde; atendimento resolutivo da demanda nos diferentes níveis de complexidade; sistematização de informações, de forma a gerar um banco de dados do qual possa ser analisada prevalência de transtornos mentais, prevalência de uso de psicofármacos, entre outros fatores; sistematizar as avaliações de serviços de saúde mental.

*E poder tá vendo o que aquelas pessoas podem buscar para suas vidas, no entendimento de cada um da sua situação. Aquilo ali é de todo mundo, todo mundo passa por sofrimento, o que é loucura. Não vejo que seja um grupo que está institucionalizado, acho que ele tá em movimento (Lua).*

Isso significa utilizar um tipo de organização dos serviços de saúde, contemplando os aspectos epidemiológicos, no processo de planejamento e execução das ações, ou seja, conhecer e elencar os problemas de saúde mais presentes, para definir prioridades, conforme as reais necessidades da comunidade, contemplando, dessa forma as atividades possíveis de realizar de acordo com as potencialidades do serviço de saúde.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ansiedade tomava conta do corpo como um todo. Muitos pensamentos, desejos, medos, curiosidades se misturavam. O caminhar pelo corredor desconhecido, juntamente com outros profissionais que ali se reuniam em busca de conhecimento em meio ao trabalho, impulsionava a imaginação.

O processo de pesquisa trouxe entre outros fatores relevantes ao projeto, o desejo de aprofundar conhecimentos em saúde mental, por meio de um trabalho envolvendo gestão em saúde. Trouxe também e, principalmente, o movimento, o desconforto, as indagações. Diante disso, em algum lugar tinha que buscar o conforto das respostas [...] e aí a eleição do lugar. Para isso, elencou-se como campo de pesquisa serviço de saúde de atenção básica, no município de Porto Alegre, que trabalha com o “Modelo de Vigilância da Saúde”.

Denota-se que a pesquisa conseguiu responder à indagação inicial frente à possibilidade do modelo de vigilância da saúde ser dispositivo para a interface atenção básica e saúde mental. Todavia, ele não é o único dispositivo possível de ser utilizado para se alcançar o que preconiza a Política de Saúde Mental. Seu diferencial se apresenta no conjunto de ações que predispõe, a fim de alcançar a promoção da saúde, através das necessidades do coletivo que representam.

Se a principal preocupação fosse afirmar ou refutar tal indagação, a resposta “sim” bastaria, porém não é esta a intenção deste estudo. Ao contrário, pois a partir da utilização do referencial metodológico torna-se improvável a aceitação meramente de uma afirmativa, já que “não existem verdades instituídas”, conforme ditos de Foucault. Isto porque, esta resposta serviria apenas por um período de tempo, não trazendo elementos para a compreensão de sua conquista.

Buscou-se, portanto, trazer o desenvolvimento da análise durante todo o “corpo” do trabalho. Essa construção aconteceu por entender-se que tudo está conectado, tem ligação entre si. Dessa forma, visualiza-se o percurso instituinte do estudo. Ponto marcado pela auto-gestão e auto-análise, que acontecem todo o tempo.

A implicação da pesquisadora com o produto do trabalho, fez com que ocorresse a aproximação com a temática e com o campo de estudo. Sua inserção teve impacto, na medida em que disparou o questionamento do movimento do trabalho desenvolvido. Projetou a dúvida, a contestação, a visualização e

entendimento acerca da dinâmica que vinham desenvolvendo, que os amarrava à demanda, à numerosa população adstrita.

A partir da abertura para a fala, a reflexão acerca das práticas manifestas, o grupo pode identificar que se permitia aprisionar à demanda, uma vez que não a compreendia como um coletivo. Dessa forma, tornava-se difícil propor ações programáticas, visto o empenho diante da livre-demanda, que os deixava sem fôlego para constituir outros espaços.

Como visto no desenvolvimento da dissertação, esse não é um aspecto presente apenas no serviço pesquisado, mas reflexo de um modelo instituído de atenção em saúde, que ainda manifesta-se com cunho individualista. Com pouco contato e articulação entre os serviços que compõe a rede e os próprios espaços da cidade, que podem ser promotores de saúde. Apresenta-se o movimento instituinte de luta por um novo modo de gestão no SUS, mas que enfrenta o desmonte das práticas e políticas instituídas.

A constituição de um modo de atenção em saúde mental ocorre, então, com o entrelaçamento de posturas dos gestores, profissionais e usuários, que juntos projetam o cuidado voltado à garantia da autonomia, do pertencimento, da circulação, da integralidade, universalidade e equidade. A partir disso, potencializando a participação coletiva, a potência de vida, de cidadania.

O encontro da saúde mental e atenção básica se dá em um lugar ao sol, pois este é um representante de potência, de força, de poder. Potência em priorizar que o usuário com sofrimento psíquico possa sentir-se pertencente a uma rede que está em seu território, em seu espaço de convivência, não mais deslocado, isolado, excluído.

A partir do estudo, avaliou-se que é possível desenvolver o modelo de vigilância em saúde mental como uma possibilidade de atuação na atenção primária. Mostrou que as ferramentas estão dadas, ocultas sob o manto do aparente, mas que pode tornar-se aspecto para reorganização do serviço, diminuindo, também, a ansiedade dos profissionais com a resolutividade do serviço, diante de um contexto adverso.

A vigilância pode ocorrer com o movimento de encontro do objetivo desejado para o trabalho, pensando-se nas propostas de desinstitucionalização e na idéia de que todos os sujeitos são portadores de direitos, os quais devem ser preservados e garantidos, através de políticas públicas integradas, que produzam efeito na vida destes.

## REFERÊNCIAS

ACIOLI, Sonia. Os sentidos das práticas voltadas para saúde e doença: maneiras de fazer de grupos da sociedade civil. In: PINHEIRO & MATTOS (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

ALTOÉ, Sônia (Org.). René Lourau: analista em tempo integral. In: HESS, Remi. **O movimento da obra de René Lorau (1933-2000)**. São Paulo: Hucitec, 2004.

ALVES, Domingos Sávio. Integralidade nas Políticas de Saúde Mental. In: PINHEIRO & MATTOS (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

ASSOCIAÇÃO Brasileira de Normas Técnicas. **NRB 14724**: Trabalhos acadêmicos - apresentação. Porto Alegre, 2005.

BAREMBLIT, Gregório. **Compêndio de Análise Institucional e outras correntes**. 5. ed. Belo Horizonte - MG: Instituto Felix Guattari, 2002.

BARROS, Regina D. Benevides de; PASSOS, E. Transdisciplinaridade e Clínica. **Mímeo**. Niterói/RJ, 1998.

BUSNELLO, E. **A integração da saúde mental num sistema de saúde comunitária**. Tese destinada à habilitação a Livre-Docência em Psiquiatria junto ao Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Medicina do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 1976.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1991.

CARVALHO, Nilson Maestri. **Breve história da saúde brasileira no século XX**. Texto utilizado no I Curso de Educação em Saúde Pública voltado para a formação de preceptores. Santa Maria, 2004.

CETOLIN, Sirlei Fávero. **O SUS como possibilidade social de construção da cidadania**. Santa Catarina: Universidade do Oeste de Santa Catarina – UNOESC – Campus São Miguel do Oeste, 2004.

COIMBRA, Cecília. Os caminhos de Lapassade e da análise institucional. **Revista do Departamento de Psicologia da UFF**, v. 7, n. 1, p. 52-80, 1995.

CURY, Augusto Jorge. **O futuro da humanidade**: a saga de um pensador. Rio de Janeiro: Sextante, 2005.

DEBASTIANI, Cinara; LOPES, Oswaldina Mesquita. **Entendendo a subjetividade dos sujeitos sociais no contexto de trabalho de uma Unidade Básica de Saúde**. Porto Alegre: Centro de Saúde Escola Murialdo B; Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, 2004.

DREYFUS, Hubert L. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica (para além do estruturalismo e da hermenêutica)**. Tradução de Vera Porto Carrero. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

FOCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France (1975-1976). Tradução Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

\_\_\_\_\_. **Saber y verdad. Genealogia del poder**. Edición, traducción y prólogo. Julia Varela y Fernando Avarez – Úria. Las Ediciones de La Piqueta. Madrid – Espana, 1998.

\_\_\_\_\_. “Est-il donc important de penser? Em Dists et Écrits, vol IV. Paris: Gallimard, 1994. In: **Foucault e a Psicologia**, 2005.

\_\_\_\_\_. **Resumo dos cursos do Collège de France 1970-1982**. Tradução por Andrea Daher. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

FRIGOTTO, Gaudêncio. O enfoque da dialética materialista histórica na pesquisa educacional. In: **Fazenda, Ivani**. Metodologia de Pesquisa Educacional. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1994.

GOOD, William, HATT, Paul K. **Métodos em pesquisa social**. São Paulo: Nacional, 1973.

GUARESCHI, Neuza M. F. (Org.) **Foucault e a Psicologia**. Porto Alegre: ABRAPSO SUL, 2005.

KUDE, V. M. M. Como se faz pesquisa qualitativa em psicologia. **Revista de Psicologia**, v. 28, n.1, p. 9-34, 1997.

L'ABBATE, Solange. **A análise institucional e a saúde coletiva**. Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. São Paulo, 2001.

MARTINELLI, Maria Lúcia (Coord.). O uso de abordagens qualitativas na pesquisa em Serviço Social. NEPI – **Caderno n. 1**. São Paulo: PUCSP, 1994.

MATOS, Maurílio Castro de. O debate do Serviço Social na saúde nos anos 90. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, ano XXIV, n. 74, jul. 2003.

MAY, Tim. **Pesquisa Social: questões, métodos e processos**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MELLO, Marcelo Feijó de; MELLO, Andréa de Abreu Feijó de; KOHN, Robert (Org.). **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1999.

\_\_\_\_\_. **A vigilância à saúde no distrito sanitário**. Brasília: OPAS/OMS, 1993.

MINAYO, M. C. de Souza. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

MÓDULO 6: Modelos de Atenção à Saúde: Fundamentos e Conceitos. In: **Gestão em Saúde: Planejamento da Atenção à Saúde**. Unidade II. Brasília: FIOCRUZ; Universidade de Brasília; FINATEC, 2004. p. 38).

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro, 2000.

\_\_\_\_\_; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? In: **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v. 32, n. 4, ago. 1998.

PAULON, Simone M. A análise de implicação como ferramenta na pesquisa-intervenção. **Revista Psicologia & Sociedade**, v. 17, n. 3, 2005.

PINHEIRO, Roseli; MATTOS, Ruben Araújo de. Construção Social da Demanda em saúde e a Integralidade: Emancipação, Necessidade e Poder. In: PINHEIRO, Roseli; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2005.

PLANEJAMENTO da atenção em saúde. **Gestão em saúde: curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais – Programa de educação à distância**. Unidade II. Rio de Janeiro: Fiocruz e Universidade de Brasília, 1998.

PLANO de Saúde Mental. Assessoria de Planejamento Coordenação da Política de Saúde Mental. Porto Alegre, 2005.

PORTARIA nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006: Pacto pela Saúde 2006.

PRATES, Jane. O planejamento da pesquisa social. **Revista Temporalis**. Porto Alegre: ABEPSS, n. 7, 2003.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3 ed. rev. ampl. São Paulo: Atlas, 1999.

ROCHA, Marisa Lopes da; AGUIAR, Katia Faria de. **Pesquisa intervenção e a produção de novas análises**. São Paulo, 2003

SILVA, Patrícia Ligocki (Org.). **A interface saúde mental e atenção básica**. Texto encaminhado para publicação no Boletim da Saúde da Escola de Saúde Pública/SES/RS, 2005.

STARFIELD, Barbara. **O que é atenção primária?** Texto traduzido por Ananyr Fajardo. Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre, 2002.

VÍCTORA, Ceres Gomes (Org.). **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista

- 1) Organização o atendimento em saúde mental no serviço
- 2) Categorias profissionais componentes da equipe de saúde mental
- 3) Atendimento oferecido
- 4) Aproximação com o modelo de vigilância da saúde
- 5) Reconhecimento de ações de prevenção, promoção e recuperação
- 6) Utilização do modelo na Unidade Básica de Saúde
- 7) O modelo de vigilância da saúde se constitui em dispositivo para a atenção em saúde mental na atenção básica
- 8) Necessidades e tensões na utilização do modelo

## APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

#### Título da Pesquisa: MODELO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

1. **Justificativa e Objetivos da Pesquisa:** A escolha por trabalhar com serviços da atenção básica é fruto do entendimento de que grande parte das questões envolvendo saúde mental, podem ser atendidas fora do âmbito especializado de atenção, visualizando o contato direto com a comunidade e o espaço de pertencimento do sujeito, enquanto dispositivos para o atendimento integralizador em saúde. Dessa forma, esta pesquisa objetiva "Investigar a aplicabilidade do modelo de vigilância da saúde, como um dispositivo para a interface atenção básica e saúde mental, junto às Unidades Básicas de Saúde de Porto Alegre, a fim de consolidar um modelo de gestão em saúde coletiva".
2. **Procedimentos a serem utilizados:** Os meios utilizados para a realização da pesquisa serão grupos focais e entrevistas. Após a coleta dos dados, o material será analisado e, posteriormente, apresentado seu resultado de maneira a garantir aos participantes que não correrão qualquer tipo de risco, dano ou transtorno dele decorrente. Todas as minhas dúvidas poderão ser esclarecidas com clareza e poderá ser solicitado outros esclarecimentos, a qualquer momento, bem como haverá liberdade de retirar o consentimento de participação, sem necessidade de justificar tal decisão.

Eu....., fui informado dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito do tratamento dos dados obtidos e esclareci minhas dúvidas. Sei que poderei, em qualquer momento, solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu o desejar. A Dr.<sup>a</sup> Maria Isabel Barros Bellini (pesquisadora responsável) e a mestranda Cinara Debastiani certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa referentes à minha participação serão confidenciais, bem como terei liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa, face a estas informações. Caso tiver novas perguntas sobre a pesquisa, posso chamar Cinara Debastiani (pesquisadora) através do telefone (51) 98090785. Para qualquer pergunta sobre os meus direitos como participante deste estudo posso chamar a Dr.<sup>a</sup> Maria Isabel Barros Bellini pelo telefone (51) 99794964. Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante ou responsável

*Cinara Debastiani*      \_\_\_/\_\_\_/2007

Pesquisadoras  
Cinara Debastiani  
Maria Isabel Barros Bellini

**ANEXOS**

## ANEXO A - Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Ofício 0654/07-CEP

Porto Alegre, 18 de junho de 2007

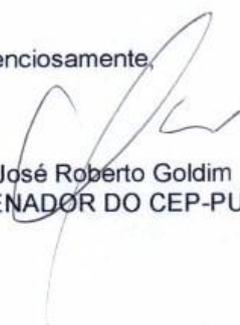
Senhor(a) Pesquisador(a):

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS  
apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa, registro CEP 07/03689, intitulado:  
“**Modelo de vigilância em saúde mental, um possível dispositivo?**”.

Sua investigação está autorizada a partir da  
presente data.

Relatórios parciais e final da pesquisa devem ser  
entregues a este CEP.

Atenciosamente,

  
Prof. Dr. José Roberto Goldim  
COORDENADOR DO CEP-PUCRS

Ilmo(a) Sr(a)  
Profa Maria Isabel Barros Bellini  
N/Universidade

**PUCRS**

Campus Central  
Av. Ipiranga, 6690 – 3º andar – CEP: 90610-000  
Sala 314 – Fone Fax: (51) 3320-3345  
E-mail: [cep@pucrs.br](mailto:cep@pucrs.br)  
[www.pucrs.br/prppg/cep](http://www.pucrs.br/prppg/cep)



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO DE PESQUISA

Senhor(a) Pesquisador(a):

É dever do CEP acompanhar e zelar pela realização da pesquisa da forma como foi aprovada, solicitando relatórios aos pesquisadores. De acordo com o item VII.13.d., da Resolução CNS 196/96, tais relatórios deverão ser anuais (parciais ou finais, em função da duração da pesquisa). Nos trabalhos sobre "Fármacos, medicamentos, vacinas e testes diagnósticos novos ou não registrados no país" (área temática especial número 03), os relatórios deverão ser semestrais (Resolução CNS 251/97, item V.1.c). Portanto, solicitamos a Vossa Senhoria encaminhar ao CEP, relatório de sua pesquisa conforme situação da pesquisa acima discriminada.

<b>Título do Projeto:</b>  <p style="text-align: center;">"Modelo de vigilância em saúde mental, um possível dispositivo?"</p> <p style="text-align: center;">"</p>	
<b>Pesquisador: Profa Maria Isabel Barros Bellini</b>	
<b>Aprovação : 18/06/2007</b> <span style="float: right;"><b>Aprovação CONEP: data:</b></span>	
<b>Relatórios Entregues: 18/12/2007</b>	
<b>Relatório(s) do pesquisador responsável previsto(s) para:</b>	
Data: <span style="margin-left: 100px;">data:</span>	
Relatório 1: data:	Relatório 3: data:
Relatório 2: data:	Relatório 4: data:
<b>Tipo de Pesquisa:</b> <span style="float: right;">SIM NÃO</span>	
Residente: <input type="checkbox"/>	Projeto multicêntrico: <input type="checkbox"/> Fase: <input type="checkbox"/>
Doutorado: <input type="checkbox"/>	Nacional: <input type="checkbox"/> Mestrado: <input type="checkbox"/>
	Internacional: <input type="checkbox"/> Trabalho conclusão: <input type="checkbox"/>
<b>1. Situação atual do projeto</b> Não iniciado <input type="checkbox"/> retirado data: Em execução: <input type="checkbox"/> Data início: <span style="margin-left: 100px;">Data término:</span> Interrompido temporariamente data: Encerrado data:	<b>2. Nº de pessoas pesquisadas:</b> Pessoas Previstas: Pessoas incluídas: Pessoas em outras Instituições: <b>3. Nº de participantes excluídos:</b> <b>4. Eventos adversos graves:</b> No centro: <input type="checkbox"/> em outros centros: <input type="checkbox"/>
<b>5. Recursos financeiros necessários:</b> Ainda não disponíveis <input type="checkbox"/> Já disponíveis <input type="checkbox"/> Insuficientes <input type="checkbox"/>	
<b>6. Resultado total (local)</b>	
<b>7. Observações:</b>	
<b>8. Parecer CEP:</b>	

Obs: Confira e atualize os dados acima, referentes ao seu Projeto de Pesquisa, e encaminhe nesta mesma folha para o CEP.

Ass. Pesquisador

**PUCRS**

**Campus Central**  
 Av. Ipiranga, 6690 - 3º andar - CEP: 90610-000  
 Fone/Fax: (51) 3320-3345  
 E-mail: [cep@pucrs.br](mailto:cep@pucrs.br)  
[www.pucrs.br/prppg/cep](http://www.pucrs.br/prppg/cep)