



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**MARCELLE PAIANO**

**PROCESSO DE AVALIAÇÃO DE QUARTA GERAÇÃO EM UM AMBULATÓRIO  
DE SAÚDE MENTAL: PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS**

**MARINGÁ  
2013**

**MARCELLE PAIANO**

**PROCESSO DE AVALIAÇÃO DE QUARTA GERAÇÃO EM UM AMBULATÓRIO  
DE SAÚDE MENTAL: PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS**

Tese apresentada ao Programa de Pós graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

**Área de Concentração:** O Cuidado à Saúde nos Diferentes Ciclos da vida

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sonia Silva Marcon

**MARINGÁ  
2013**

**Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)**  
**(Biblioteca Central - UEM, Maringá – PR., Brasil)**

Paiano, Marcelle  
P142p      Processo de avaliação de quarta geração em um  
            ambulatório de saúde mental: perspectiva dos  
            profissionais/ . -- Maringá, 2013.  
            149 f. il. : figs.

            Orientador: Prof.a. Dr.a. Sonia Silva Marcon.  
            Tese (doutorado) - Universidade Estadual de  
            Maringá, Centro de Ciências da Saúde, Programa de  
            Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.

            1. Avaliação em saúde. 2. Serviços de saúde  
            mental. 3. Saúde mental. 4. Enfermagem. I. Marcon,  
            Sonia Silva, orient. II. Universidade Estadual de  
            Maringá. Centro de Ciências da Saúde. Programa de  
            Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDD 22. ED.610.734

JLM-001050

**MARCELLE PAIANO**

**PROCESSO DE AVALIAÇÃO DE QUARTA GERAÇÃO EM UM AMBULATÓRIO  
DE SAÚDE MENTAL: PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS**

Aprovado em:

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sonia Silva Marcon (Orientadora)  
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Luciane Prado Kantorski  
Universidade Federal de Pelotas (UFPEL)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mariluci Alves Maftum  
Universidade Federal do Paraná (UFPR)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria do Carmo Lourenço Haddad  
Universidade Estadual de Londrina (UEL)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Catarina Aparecida Sales  
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

### **Dedico este trabalho**

A minha filha Rafaella, razão da minha vida;  
Ao meu marido, motivo da minha vitória;  
Aos meus pais, fonte da minha força!

## AGRADECIMENTOS

A Deus!

Aos meus pais, meus heróis, que sempre estiveram ao meu lado para me apoiar, me ajudar, deixando de realizar suas próprias atividades, para que eu pudesse realizar as minhas. Tudo o que consegui, é graças a vocês!

Ao meu marido, que durante toda a trajetória do doutorado esteve ao meu lado, cuidando de nossa filha, cuidando de mim e me apoiando em tantos momentos difíceis que passamos. Este trabalho é seu também!

A minha filha Rafaella, que nasceu e cresceu durante o doutorado, minha pequena guerreira, que lutou tanto para nascer e agora está entre nós. Te agradeço por me mostrar que as coisas que realmente importam, são as coisas simples da vida, como um sorriso, um olhar, um gesto, um carinho. Você, do jeitinho que Deus te fez, é um exemplo pra mim. Te admiro e te amo infinitamente!

A minha querida Maria Angélica Pagliarini Waidman (*in memoriam*) que esteve comigo desde o início, quando ainda fazia faculdade e depois durante o período de professora colaboradora de saúde mental. Sempre acreditou em mim, e me incentivou a fazer o doutorado, me dando esperanças para que futuramente, quem sabe, sermos colegas de trabalho. Infelizmente o destino não permitiu concretizar este sonho, mas tenho certeza que estaria orgulhosa do resultado deste trabalho. Você foi e sempre será um exemplo para mim!

As minhas amigas Aline e Regina, que sempre estiveram por perto, para oferecer um ombro amigo quando precisei. Obrigada por tudo!

Aos profissionais do ambulatório de saúde mental, pela acolhida e pela amizade conquistada. Foi um prazer estar com vocês durante este período.

A professora Sonia Silva Marcon, que me acolheu com o curso de doutorado em andamento e me acompanhou até o fim! Obrigada pela paciência e pelo carinho!

À todos os professores, colegas e funcionários da Universidade Estadual de Maringá, muito obrigada pelo apoio e pela oportunidade de me aproximar ainda mais do universo da pesquisa.

Aos meus colegas de trabalho da Unidade Básica, por entenderem as minhas ausências.

E a todos que de forma direta ou indireta contribuíram para a realização deste trabalho.

Muito obrigada!

“Não sabendo que era impossível, ele foi lá e fez”.

(Jean Cocteau)



PAIANO, M. **Processo de avaliação de quarta geração em um ambulatório de saúde mental: perspectiva dos profissionais**. 149 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Universidade Estadual de Maringá. Orientadora: Sonia Silva Marcon. Maringá, 2013.

## RESUMO

A rede de serviços em saúde mental é constituída por vários dispositivos assistenciais que possibilitam a atenção psicossocial aos pacientes com transtornos mentais. O ambulatório especializado em saúde mental, um dos componentes desta rede, constituiu o local do estudo. O objeto de investigação constituiu-se na avaliação do ambulatório de saúde mental, e teve como objetivo geral avaliar o serviço na perspectiva dos profissionais que nele atuam. Trata-se de um estudo avaliativo de abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, que utilizou os pressupostos metodológicos da Avaliação de Quarta Geração. Os informantes foram 12 profissionais que atuam no ambulatório de saúde mental de um município do Noroeste do Paraná. Os dados foram coletados nos meses de fevereiro e março de 2013 por meio de observação não participante (80 horas), entrevistas abertas individuais e uma sessão de negociação com o grupo de interesse (160 horas). Os dados foram analisados por meio do Método Comparativo Constante. Durante a sessão de negociação houve consenso entre os participantes sobre algumas potencialidades do ambulatório relacionadas ao acolhimento, vínculo e comprometimento da equipe, ao suporte oferecido à rede de atenção em saúde por meio da equipe multiprofissional, e aos projetos realizados e parcerias existentes com outras instituições a fim de promover a reinserção social dos pacientes. Por outro lado, foram apontados alguns aspectos do serviço que precisa ser melhorado, como por exemplo, a estrutura organizacional, especialmente em relação à forma de acesso, estrutura física e a presença de extensa fila de espera por atendimento. Também foi destacado o desconhecimento que existe por parte dos profissionais em geral sobre o funcionamento da rede de saúde mental e das atividades por ela realizadas, a rotatividade dos profissionais e em especial dos médicos, a deficiência na capacitação e educação permanente e desvalorização profissional. Como propostas de melhorias para o serviço, os profissionais acreditam ser necessário repensar o processo de trabalho ambulatorial por meio de reformulação do acolhimento aos usuários, investir nos atendimentos em grupos e na Atenção básica como porta de entrada e ainda aprimorar a articulação entre os serviços de saúde mental. Dessa maneira, conclui-se que o serviço ambulatorial da maneira que está instituído deva ser superado, e para isso é necessário rever suas funções, a fim de construir novas relações com os demais dispositivos da rede, aprimorar as atividades psicossociais, bem como investir no modelo de cuidado de base territorial.

**Palavras-chave:** Avaliação em saúde. Serviços de saúde mental. Saúde mental. Enfermagem.

PAIANO, M. **Process of fourth generation evaluation in an outpatient mental health: the professionals' perspective.** 149 f. Thesis (Ph.D. in Nursing)–State University of Maringá. Supervisor: Sonia Silva Marcon. Maringá, 2013.

## ABSTRACT

The network of services in mental health care consists of several caring devices that enable the psychosocial care of patients with mental disorders. The outpatient clinic which is specialized in mental health, one of the components of this network, was the research site. The object of investigation consisted in the evaluation of mental health outpatient clinic, and the main objective is to evaluate the service from the perspective of the professionals who work in it. This is an evaluative study of qualitative approach, a case study, which used the methodological assumptions of the Fourth Generation Evaluation. The informants were 12 professionals who have worked in mental health outpatient clinic in a city in northwestern of Paraná. Data were collected in February and March of 2013 by non-participant observation (80 hours), individual open interviews and a negotiating session with the group of interest (160 hours). Data were analyzed using the Constant Comparative Method. During the trading session there was consensus among participants on some potentialities related to the host, bonding and commitment of staff, the support offered to the health care system through outpatient multidisciplinary team, and the projects undertaken and existing partnerships with other institutions to promote the social reintegration of patients. On the other hand, we have realized some aspects of the service that needs to be improved, such as the organizational structure, especially in relation to how to access physical structure and the presence of extensive waiting list for treatment. They also highlighted the ignorance that exists among professionals in general about the operation of the mental health system and the activities conducted by it, the turnover of professionals - especially physicians, deficiency in training and continuing education, and professional devaluation. As proposals for improvements to the service, the professionals believe to be necessary to rethink the process of outpatient work by redesigning the host users, investing in assistance in groups and in Primary Care as a gateway and still enhancing the links between the mental health services. Thus, it is concluded that the outpatient service, in the way it has been constituted, must be overcome, and it is necessary to review its functions in order to build new relationships with other network devices, to enhance the psychosocial activities, as well as investing in care model of territorial base.

**Keywords:** Health evaluation. Mental Health Services. Mental Health. Nursing.

PAIANO, M. **Proceso de evaluación de cuarta generación en un ambulatorio de salud mental: perspectiva de los profesionales.** 149 f. Tesis (Doctorado en Enfermería)-Universidad Estatal de Maringá, Maringá, 2013.

## RESUMEN

La red de servicios en salud mental es constituida por varios dispositivos asistenciales que posibilitan la atención psicosocial a los pacientes con trastornos mentales. El ambulatorio especializado en salud mental, uno de los componentes de esta red, constituye el local del estudio. El objeto de investigación se constituyó en la evaluación del ambulatorio de salud mental, y tuvo como objetivo general evaluar el servicio en la perspectiva de los profesionales que en él actúan. Se trata de un estudio evaluativo de abordaje cualitativo, del tipo estudio de caso, que utilizó los presupuestos metodológicos de la Evaluación de Cuarta Generación. Los informantes fueron 12 profesionales del ambulatorio de salud mental de un municipio del Noroeste de Paraná. Los datos fueron recolectados en los meses de febrero y marzo de 2013 por medio de observación no participante (80 horas), entrevistas abiertas y grabadas con los profesionales y una sesión de negociación con el grupo de interés (160 horas). Los datos fueron analizados utilizando el Método Comparativo Constante. Durante la sesión de negociación hubo consenso entre los participantes sobre algunas potencialidades del ambulatorio relacionadas al acogimiento, vínculo y comprometimiento del equipo, al soporte ofrecido a la red de atención en salud por medio del equipo multiprofesional, y a los proyectos realizados y sociedades existentes con otras instituciones a fin de promover la reinserción social de los pacientes. No obstante, fueron levantados algunos aspectos a ser mejorados en el servicio, como por ejemplo, la estructura organizacional, especialmente en relación a la forma de acceso, estructura física y presencia de extensa cola de espera por atención. También fue destacado entre los participantes el desconocimiento del funcionamiento de la red de salud mental y de las actividades realizadas, rotatividad médica, deficiencia en la capacitación y educación permanente y desvalorización profesional. Como propuestas de mejorías para el servicio, los profesionales creen ser necesario repensar el proceso de trabajo ambulatorio por medio de una reformulación del acogimiento a los usuarios, invertir en las atenciones en grupos y en la Atención básica como primera puerta de acceso y perfeccionar la articulación entre los servicios de salud mental. De esta manera, se concluye que el servicio ambulatorio de la manera que está instituido deba ser superado, y para esto es necesario rever sus funciones, a fin de construir nuevas relaciones con los demás dispositivos de la red, perfeccionar las actividades psicosociales, así como invertir en el modelo de cuidado de base territorial.

**Palabras clave:** Evaluación en salud. Servicios de salud mental. Salud mental. Enfermería.

## LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
APAC	Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade
ASM	Ambulatório de Saúde Mental
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CECAPS	Centro de Capacitação Permanente em Saúde
CISAM	Centro Integrado de Saúde Mental
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
COPEP	Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
COSAM	Coordenação de Saúde Mental do Ministério de Saúde
EAP	Estratégia de Atenção Psicossocial
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
LC	Linha de Cuidado
MS	Ministério da Saúde
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossociais
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Normas Operacionais da Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNASH	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PNH	Programa Nacional de Humanização
PSF	Programa Saúde da Família
PTM	Pessoa com Transtorno Mental
RPQ	Reivindicações, Preocupações e Questões
SAI	Sistema de Informações Ambulatoriais
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEM	Universidade Estadual de Maringá
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UPHG	Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Circulo Hermenêutico.....	46
Figura 2 - Fluxograma de atendimento da Rede de Saúde Mental do Município de Maringá-Paraná, 2013.....	53
Quadro 1 - Construções do Círculo Hermenêutico Dialético da equipe.....	58

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	15
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	18
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	23
2.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	23
2.2 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS.....	33
2.3 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS NO BRASIL.....	36
2.4 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL.....	38
<b>3 REFERENCIAL METODOLÓGICO</b> .....	42
3.1 METODOLOGIA CONSTRUTIVISTA.....	42
3.2 AVALIAÇÃO DE QUARTA GERAÇÃO.....	42
3.3 PROCESSO HERMENÊUTICO-DIALÉTICO.....	45
3.4 APLICAÇÃO PRÁTICA.....	46
<b>4 OBJETIVOS</b> .....	50
4.1 OBJETIVO GERAL.....	50
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	50
<b>5 PERCURSO METODOLOGICO</b> .....	51
5.1 O CAMPO.....	52
<b>5.1.1 Local de estudo</b> .....	52
<b>5.1.2 Coleta de dados</b> .....	55
<b>5.1.3 Etapas do trabalho em campo</b> .....	56
5.2 ANÁLISE DOS DADOS.....	60
<b>6 ASPECTOS ÉTICOS</b> .....	62
<b>7 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	63
7.1 ARTIGO 1: O AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL NA PERSPECTIVA DE SEUS PROFISSIONAIS.....	64
7.2 ARTIGO 2: AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL: FRAGILIDADES APONTADAS POR PROFISSIONAIS.....	83
7.3 ARTIGO 3: ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL: PROPOSTAS DE MELHORIAS PELOS PROFISSIONAIS DE UM AMBULATÓRIO.....	102
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	122

<b>9 IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA O ENSINO, A PESQUISA E A PRÁTICA DA ENFERMAGEM.....</b>	<b>126</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>128</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>139</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>146</b>

## APRESENTAÇÃO

Meu primeiro contato com pessoas com transtorno mental, fora do ambiente hospitalar, aconteceu durante o período em que fui professora colaboradora da Universidade Estadual de Maringá, na disciplina de Saúde Mental, quando era responsável pelo estágio dessa disciplina, realizada em uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Durante esse período, foi possível observar algumas características das pessoas que eram acompanhadas por meio de visitas domiciliares, realizadas pelos acadêmicos, bem como o atendimento ofertado para aquelas que procuravam a UBS.

Na ocasião, percebi que as pessoas com transtorno mental, acompanhadas pelos acadêmicos, não recebiam acompanhamento por outro serviço, a não ser as visitas domiciliares, realizadas esporadicamente, conforme o cronograma de aulas da universidade.

Diante disso, interessei-me em conhecer outros serviços de saúde mental disponíveis no município e o ambulatório de saúde mental foi um dos locais que me chamou a atenção, por realizar todas as consultas de psiquiatria, disponibilizar consultas de psicologia, enfermagem, entre outras, e fazer a dispensação de medicamentos psicotrópicos para todos os pacientes com transtorno mental do município.

Porém, a ausência de serviços extra-hospitalares que acompanhasse, de fato, os pacientes com transtorno mental, sempre me incomodou, pois essa clientela ficava, na maior parte do tempo, desassistida de cuidados, tendo como único vínculo a UBS.

Mediante tal constatação, surgiram algumas perguntas, como: Qual é o critério utilizado para encaminhar pacientes com transtorno mental da UBS para o ambulatório? O ambulatório consegue resolver todos os casos encaminhados? Há um acompanhamento do paciente pela equipe de saúde da família em conjunto com o ambulatório? Os serviços envolvidos no cuidado ao paciente com transtorno mental trabalham de forma integrada?

Depois de vencido o meu contrato como professora colaboradora, fui trabalhar como enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF) nesse mesmo município. Constatei que na área de abrangência de minha equipe da ESF, muitas



peças fazem uso de medicamentos psicotrópicos e diversas delas sofrem de algum tipo de transtorno mental. Nesses casos, quando o paciente utiliza esses medicamentos a conduta da UBS é agendar uma consulta com o médico clínico geral e, se necessário, o paciente é encaminhado ao ambulatório de saúde mental, para avaliação com o psiquiatra.

O que ocorre, é que existem muitos encaminhamentos das UBS para o ambulatório, gerando uma enorme fila de espera de pacientes aguardando a primeira avaliação com o psiquiatra. Além disso, quando o paciente é atendido no ambulatório, as informações não são repassadas para a equipe da ESF, comprometendo o acompanhamento do paciente pela equipe.

Diante dessa situação, surgiram novas inquietações sobre o papel do ambulatório de saúde mental, dentro da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Desta forma, com a oportunidade de cursar o doutorado, optei por desenvolver um estudo no serviço ambulatorial. Sendo assim, esta pesquisa tem como objeto de investigação a avaliação do serviço ambulatorial de saúde mental, por entender que assim seria possível responder às minhas inquietações.

Na primeira parte deste estudo, apresento a introdução, incluindo a questão de pesquisa e os pressupostos, o referencial teórico, abordando o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, a avaliação dos serviços de saúde e dos serviços de saúde mental, os tipos de avaliação e a avaliação de quarta geração, o enfoque responsivo, a metodologia construtivista e o processo hermenêutico dialético. Na sequência, descrevo o objetivo geral e os específicos e o caminho teórico-metodológico.

Na segunda parte, são apresentados os resultados do estudo, na forma de três artigos. O primeiro intitulado “O ambulatório de saúde mental na perspectiva de seus profissionais” propôs-se identificar as potencialidades de um serviço ambulatorial de saúde mental na perspectiva dos profissionais.

O segundo artigo, “Ambulatório de saúde mental: fragilidades apontadas por profissionais”, pretendeu identificar as fragilidades de um serviço ambulatorial de saúde mental na perspectiva dos profissionais. E por fim, o terceiro artigo “Assistência em saúde mental: propostas de melhorias pelos profissionais de um ambulatório” objetivou apontar sugestões de melhorias na assistência ofertada pela

Rede de Atenção Psicossocial na perspectiva dos profissionais de um ambulatório de saúde mental.

Nas considerações finais, apresento uma reflexão sobre a função do ambulatório de saúde mental dentro da RAPS, é destacada a importância de suas ações de cuidado que mesmo em vias de se extinguir, quer sejam positivas ou negativas, no sentido de contribuir para a construção e organização da assistência em saúde mental com qualidade.

## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil a implantação dos serviços substitutivos na área de Saúde Mental, intensificou-se a partir do início dos anos de 1990 quando foram aprovadas as portarias n. 189/91 e n. 224/92 do Ministério da Saúde (MS), as quais iniciaram uma possibilidade, até então inexistente, no Sistema Único de Saúde (SUS): a de financiar programas de assistência hospitalar para as pessoas com transtorno mental (PTM) e seus familiares, tais como programas de orientação, lares abrigados, Núcleos de Atenção Psicossociais (NAPS), Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), ambulatórios, leitos psiquiátricos em hospital geral, centro de saúde entre outros.

A Portaria n. 224/1992 do MS, por exemplo, delimitou as normas para o atendimento ambulatorial englobando as Unidades Básicas, Centro de Saúde, Ambulatórios e as normas para o atendimento hospitalar através do hospital dia, serviço de urgência psiquiátrica em hospital geral, leito ou unidade psiquiátrica em hospital geral e o hospital especializado em psiquiatria (BRASIL, 1992). Todos esses serviços seguem a lógica da descentralização e territorialização do atendimento em saúde e o modelo psicossocial, que se preocupa não apenas com o diagnóstico e cura da doença, mas que cuida do paciente como indivíduo e cidadão (GUEDES; KANTORSKI; PEREIRA et al., 2010).

A implementação de uma nova lógica de cuidados as pessoas com transtornos mentais implica a superação do modo asilar e a implementação do modelo de atenção psicossocial. Tal modelo paradigmático vem evidenciando mudanças, avançando na construção de uma diversidade de dispositivos territoriais de atenção e cuidado, baseado na “integralidade das problemáticas de saúde e na ação territorializada sobre elas” (SEVERO; DIMENSTEIN, 2011).

Contudo, cabe salientar que a promulgação de leis e portarias não garante a efetivação da assistência, pois nem todos os serviços substitutivos previstos foram implantados na prática. Concorre para esse fato, a falta de profissionais qualificados para o trabalho e de preparo adequado das famílias e comunidades para o convívio com as pessoas com transtornos mentais, além de que os recursos financeiros investidos nestes serviços permanecem insuficientes (VIDAL; BANDEIRA; GONTIJO, 2008).

Sobre a importância dos serviços ambulatoriais, a Coordenação Geral de Saúde Mental do MS, em 2007, ressaltou que em se tratando dos ambulatórios, eles são especialmente necessários em municípios maiores, pois possuem maior demanda de atenção às pessoas com transtornos em geral. Nesses locais, junto a uma rede efetiva de CAPS, os ambulatórios existentes poderiam servir de suporte para o atendimento de pessoas acometidas por transtornos menos graves, buscando a articulação com as equipes da atenção básica em cada território (BRASIL, 2007a).

Visando aprimorar o modelo vigente, a portaria n. 3088 de 2011 do Ministério da Saúde institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para a pessoa com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (BRASIL, 2011a).

De acordo com essa portaria os componentes da rede psicossocial são: 1) Atenção Básica em Saúde; 2) Atenção Psicossocial Especializada; 3) Atenção de Urgência e Emergência; 4) Atenção Residencial de Caráter Transitório; 5) Atenção Hospitalar com enfermagem especializada em hospital geral; 6) Estratégias de Desinstitucionalização e 7) Reabilitação Psicossocial com iniciativas de geração de trabalho e renda (BRASIL, 2011a).

Apesar da reorganização dos serviços de saúde mental propostos pela RAPS, na prática, os ambulatórios ainda continuam sendo referência para inúmeras consultas em psiquiatria e Psicologia, no entanto, apresentam problemas como a pouca resolutividade e a baixa articulação com a rede de saúde mental (BRASIL, 2006a).

Vários autores já questionaram a eficácia dos ambulatórios de saúde mental (SEVERO; DIMENSTEIN, 2011; LUZIO; L'ABBATE, 2009; DIMENSTEIN; SALES; GALVAO et al., 2010; AZEVEDO; DIMENSTEIN, 2008). Severo e Dimenstein (2011), por exemplo descrevem que o serviço ambulatorial pode ocultar processos de cronificação, ou de cronicidade, de três diferentes formas: 1) por assumir funções que deveriam ser realizadas por outros dispositivos da rede de saúde mental; 2) por dificultar que os CAPS produzam ações territoriais e possam ser ordenadores da rede e, 3) por seguir uma lógica de trabalho e gestão em saúde mental, fora do modelo psicossocial.

Dessa forma, os ambulatórios, como estão estruturados, vêm suprindo precariamente as necessidades de assistência, de suporte social e assessoramento às famílias, sendo que essas pessoas poderiam estar vinculadas às equipes de saúde da família, às unidades de atenção básica, com retaguarda dos CAPS em caso de necessidade e/ou crise. Por essa razão, esses usuários necessitam circular em outras redes que possam dar suporte às suas diversas necessidades de saúde e socialização (DIMENSTEIN; SALES; GALVÃO; SEVERO, 2010).

A partir da percepção de que os ambulatórios estão historicamente ligados a uma lógica de atendimento centrada no saber psiquiátrico, se faz necessário analisar as características dos ambulatórios frente ao modelo de reforma psiquiátrica atual e na perspectiva da rede de atenção psicossocial (SEVERO; DIMENSTEIN, 2011).

Diante do exposto, salienta-se a importância da avaliação dos serviços de saúde mental, para melhorar a assistência prestada às pessoas com transtorno mental. Nesse sentido, o próprio MS tem como proposta avaliar os serviços e isso já vem ocorrendo, com a avaliação contínua de todos os hospitais psiquiátricos, por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares e do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS, além da avaliação dos CAPS por meio do Programa Nacional de Avaliação de CAPS.

Ademais, o último programa foi criado especificamente com o objetivo de levantar informações sobre esse serviço, possibilitando a caracterização dos CAPS, o acompanhamento, a estimativa de qualidade da assistência prestada e a proposição de indicadores (BRASIL, 2007b).

Observa-se uma grande diversidade de abordagens e modalidades classificatórias no campo da avaliação em saúde mental, tendo em vista seu interesse prático de acordo com o momento, com a função, com a procedência dos avaliadores e com os aspectos do programa que são objeto da avaliação (KANTORSKI; WETZEL; OLSCHOWSKY et al., 2009a).

A avaliação, portanto, é entendida como um instrumento potencial para a efetivação de práticas e saberes psicossociais, no contexto da mudança de paradigma em saúde mental. Isso implica acompanhar a construção dos serviços,

para que os princípios da Reforma Psiquiátrica sejam atendidos. Dada a importância de estabelecer processos avaliativos, é preciso considerar os atores envolvidos com a saúde mental, quais sejam usuários, familiares e profissionais do serviço (SILVA; MELO; ESPERIDIÃO, 2012).

Nessa direção, Guba e Lincoln (2011), na intenção de definir uma abordagem emergente e madura do processo avaliativo, propõe uma nova forma de avaliação denominada de avaliação de quarta geração. Essa avaliação transpõe as gerações previamente existentes, centradas na mensuração, na descrição e no juízo de valor, para abarcar um novo nível em que a principal dinâmica é a negociação entre os grupos de interesse.

De acordo com Kantorski, Wetzel, Olschowsky et al. (2009a), uma metodologia participativa permite um controle do processo e dos resultados da avaliação compartilhados pelos avaliadores e pelos grupos de interesse. Isso acaba por aumentar a possibilidade e o compromisso de utilização desses resultados, com vistas à transformação, o que, no campo da saúde mental, exige que um processo avaliativo de quarta geração esteja atrelado, ética e politicamente, à consolidação da transformação do modelo de atenção.

Outros estudos também descrevem que a pesquisa avaliativa, com esse modelo metodológico, possibilita a todos os envolvidos (usuários, familiares e equipe) a oportunidade de participar do processo (FURTADO, 2001; HECK; BIELEMANN; CEOLIN et al., 2008; OLSCHOWSKY; GLANZNER; MIELKE et al., 2009; KANTORSKI; WETZEL; OLSCHOWSKY et al., 2009a; BIELEMANN; KANTORSKI; BORGES et al., 2009; SCHNEIDER; CAMATTA; NASI et al., 2009).

Partindo-se dessa concepção para fundamentar a construção do objeto desta investigação, entra-se em um campo complexo: a avaliação de um serviço que atualmente vem sendo questionado em relação à sua eficácia. Sendo assim, a proposta de avaliação deste estudo centra-se nos profissionais, através das suas perspectivas, em relação ao serviço ambulatorial. Para isso, leva-se em conta a complexidade e a diversidade das práticas desenvolvidas pelos sujeitos, principalmente por estarem vivenciando um período de transição perante às novas Legislações em Saúde Mental.

Posto isto, temos como pressuposto do estudo que o **ambulatório é um serviço com potencialidades e fragilidades relacionadas ao atendimento das**

**peças com transtornos mentais. Porém, suas fragilidades relacionadas ao atendimento dessas pessoas, reforçam a necessidade de o serviço ser superado por outros dispositivos dentro da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).**

Diante do exposto, entende-se que conhecer a opinião dos profissionais que atuam em um ambulatório de saúde mental é fundamental, quando se pretende destacar as potencialidades e fragilidades desse serviço e oferecer subsídios para o aprimoramento da organização dos pontos de atenção da RAPS.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA

Pode-se afirmar que um ciclo histórico da saúde pública no Brasil se concluiu com a aprovação pelo Congresso Nacional e sanção pelo presidente da República, em 6 de abril de 2001, da Lei n. 10.216, para promover a reestruturação da assistência psiquiátrica no país. Tal ciclo teve início com a aprovação do projeto de lei do deputado Paulo Delgado, pela Câmara Federal, em 1989, posteriormente encaminhado para apreciação do Senado, recebendo então várias emendas e substitutivos. A aprovação representou apenas a legalização institucional de um movimento que avançou de forma vigorosa desde o final dos anos 1970 e durante toda a década de 1980, naquilo que se denominou Reforma Psiquiátrica (PAULIN; TURATO, 2004).

Um dos precursores dessas mudanças ocorridas na saúde mental foi Franco Basaglia, psiquiatra italiano, cujas experiências na década de 1960 levaram à promulgação da Lei 180, que orientou a reforma psiquiátrica naquele país. Basaglia era considerado um líder carismático e ficou conhecido a partir de seu trabalho em Gorizia e depois em Trieste, transformando em comunitária, a assistência manicomial. Ele visitou o Brasil, no fim do regime militar, ocasião que angariou simpatizantes (GENTIL, 1999).

Juntamente com seus seguidores, defendeu a dimensão médico-clínica do fenômeno da loucura, destacando os diversos segmentos envolvidos na saúde mental, quais sejam: família, usuários, sociedade civil, governo e prestadores de serviço (GENTIL, 1999).

Na década de 1970, teve início em vários países, o Movimento da reforma psiquiátrica, a partir do questionamento dos saberes e práticas psiquiátricas e do hospital psiquiátrico como local de tratamento. Esse movimento tinha o objetivo de abolir a reclusão e promover a liberdade com responsabilidade das pessoas com transtorno mental (PTM), envolvendo a diminuição de leitos nos hospitais psiquiátricos e desenvolvimento de uma rede de serviços psiquiátricos na comunidade, composta de equipes interdisciplinares, capazes de responder às demandas dos pacientes e seus familiares (ANTUNES; QUEIROZ, 2007).



No Brasil, para se compreender a política de assistência psiquiátrica na década de 1970, faz-se necessário retornar a 1946, quando da promulgação do decreto-lei n. 8550/46 que autorizava o Ministério da Educação e Saúde a intensificar a assistência psiquiátrica no território nacional. Após a criação desse decreto-lei houve um aumento de 80,7% dos leitos psiquiátricos do país, em virtude da autorização de convênios com os governos estaduais, para a construção de hospitais psiquiátricos (PAULIN; TURATO, 2004; VENANCIO, 2011).

Essa legislação permitiu um aumento acirrado de construção de hospitais em vários estados, onde se buscavam novas técnicas terapêuticas como a psicocirurgia, insulino-terapia e a eletroconvulsoterapia. Ao mesmo tempo em que a psiquiatria lutava pelo seu reconhecimento como especialidade médica, o hospital psiquiátrico se firmava cada vez mais como espaço de atuação (SARRETA, 2009; PAULIN; TURATO, 2004).

Porém a criação de novos hospitais não amenizava a situação caótica vigente, ao contrário, na década de 1950, os hospitais públicos viviam em total abandono, apresentando excesso de pacientes internados, cuja função era basicamente a exclusão (SARRETA, 2009; PAULIN; TURATO, 2004).

No período entre 1965 e 1970, a população geral internada em hospitais públicos permaneceu a mesma, enquanto nas instituições conveniadas remuneradas pelo poder público saltou de 14 mil em 1965, para trinta mil em 1970. Em 1982, esses números se multiplicaram para 98 mil leitos psiquiátricos, concentrados na região sudeste e alguns estados do nordeste, mantendo uma proporção de 80% leitos do setor privado e 20% públicos.

Em 1989, o Projeto de Lei Paulo Delgado, propôs a extinção progressiva do modelo psiquiátrico clássico, com sua substituição por outras modalidades assistenciais e tecnologias de cuidados. Entretanto é no contexto da construção e implementação da reforma sanitária brasileira, por meio do SUS, que no início de 1990, a Coordenação de Saúde Mental do Ministério de Saúde (COSAM), reconhecendo que a assistência psiquiátrica prestada no Brasil era de má qualidade e que essa situação era decorrente, principalmente, do modelo assistencial então vigente – centrado no leito hospitalar psiquiátrico –, indicou prioridades e propôs estratégias para uma ação transformadora no campo de

Saúde Mental (BARROS; SALLES, 2011).

As ações no campo da Saúde Mental podem ser divididas em três períodos: O primeiro, de 1992 a 1999, em que houve a implementação de estratégias de desinstitucionalização, por meio das primeiras normas que possibilitavam experiências de humanização e controle da hospitalização, ampliação da rede ambulatorial em saúde mental e início do financiamento e implantação dos novos serviços substitutivos (BARROS; SALLES, 2011).

Foi na perspectiva gerada pelas Normas Operacionais Básicas-SUS (NOB-SUS) que a área de Saúde Mental, no âmbito federal, deu um passo importante para permitir a transformação do modelo assistencial, que foi a diversificação dos procedimentos remunerados pelo SUS, no nível ambulatorial e hospitalar, assim como a regulamentação do funcionamento dos serviços e a implantação de uma sistemática de fiscalização dos hospitais psiquiátricos (BARROS; SALLES, 2011).

Ainda referente ao primeiro período, as portarias n. 189/91 e n. 224/92 do MS permitiam ao SUS financiar outros procedimentos assistenciais, que não o simples leito/dia ou consulta ambulatorial. De 1991 até abril de 1995, o número de leitos psiquiátricos diminuiu de 86 mil para 72 mil, considerando que 30 hospitais privados tiveram suas atividades encerradas. No mesmo período, foram criados 2.065 leitos psiquiátricos em hospitais gerais e mais de 100 núcleos de Saúde Mental e CAPS (AMARANTE, 1995).

O campo da atenção psicossocial foi, gradativamente, delineando-se como um espaço repleto de diversidade de linhas e propostas teóricas e de objetivos. Entretanto, os serviços de saúde enfrentavam problemas quanto à capacitação dos trabalhadores, questões salariais, escasso e inadequado investimento do SUS para os serviços substitutivos e aumento considerável da demanda em saúde mental (SILVA; MELO; ESPERIDIÃO, 2012).

O segundo período, compreendido entre 2000 a 2002, foi marcado pela aprovação da Lei n. 10.216 de 2001 do MS e pela expansão da rede de atenção psicossocial, com financiamento para implantação de dispositivos de desinstitucionalização e início da expansão da agenda política para novos problemas a serem enfrentados, como a questão das crianças e adolescentes e o abuso de drogas (BARROS; SALLES, 2011).

A Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na Lei n. 10.216/01, busca

consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária, isto é, garantindo a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços e pela cidade, e oferta de cuidados com base nos recursos que a comunidade dispõe.

Tem como objetivos reduzir os leitos psiquiátricos de forma pactuada e programada; qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar formada pelos CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG); incluir ações de saúde mental na atenção básica; implementar uma política de atenção integral voltada a usuários de álcool e outras drogas; implantar o Programa de Volta Para Casa; manter um programa permanente de formação de recursos humanos, para reforma psiquiátrica e avaliar continuamente todos os hospitais psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH) (PNASH) (BRASIL, 2011b).

Entretanto um dos avanços mais consistentes, nesse segundo período, deu-se a partir da Portaria n. 336/2002, que estabelece modalidades de serviços dos CAPS e define sua remuneração pelo Sistema de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo (APAC) e seu financiamento com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (BRASIL, 2002).

Para se ter uma ideia, em 1996 havia 154 CAPSs; em 2001 eram 295 e em outubro de 2002, 348. Entre esses novos CAPS, estão também aqueles para atendimento de usuários com dependência e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas (CAPSad), modelo que foi instituído no âmbito do SUS, pelo Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e Outras Drogas (Portaria GM/MS N.º 816, de 30 de abril de 2002) (BRASIL, 2004).

Esse Programa representou um significativo avanço das políticas, na área de Saúde Mental, pois, pela primeira vez, configuram-se diretrizes, modelo assistencial, financiamento específico e formação de recursos humanos para uma área reconhecidamente importante, mas até então não priorizada pelo MS (BARROS; SALLES, 2011).

É preciso ressaltar que os CAPS têm como objetivo se constituir em lugar de passagem; pois do contrário, a tendência dos novos serviços que trabalham no contexto da reforma psiquiátrica, poderá ser a de se encaminhar para a

institucionalização. Para que isso não ocorra, os profissionais da saúde mental precisam estar capacitados, e os gestores sensibilizados quanto a importância da qualidade dos serviços oferecidos (HIRDES, 2009).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda ações definidoras do modelo de atenção em saúde mental e ressalta a importância da atenção primária para garantir o tratamento na comunidade. Nesse tocante, os CAPS são locais privilegiados para articular a relação entre a atenção básica e os serviços de saúde mental (SILVA; MELO; ESPERIDIÃO, 2012).

No entanto, apenas a estruturação dos CAPS para atender à saúde mental na perspectiva psicossocial não é suficiente, sendo necessário que os diversos níveis de atenção à saúde formem uma rede que responda às demandas da saúde mental, em corresponsabilidade com a comunidade (SILVA; MELO; ESPERIDIÃO, 2012).

Outro indicativo de avanço desse período foram as Portarias n. 106/2000 e n. 1.220/2000 do MS, instituindo os serviços residenciais terapêuticos, a fim de proporcionar a reinserção social dos pacientes asilados. Esses serviços são casas constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas com transtornos mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos, hospitais de custódia ou em situação de vulnerabilidade (BRASIL, 2000a).

A portaria GM/MS n.1220/2000 estabelece a responsabilidade de o município criar e incluir os procedimentos assistenciais realizados nas residências, no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), possibilitando, de fato, aos municípios a implementação de iniciativas para a desinstitucionalização de pacientes submetidos à longa permanência asilar (BRASIL, 2000b).

Ainda referente ao segundo período, outro momento importante refere-se à criação da Portaria GM/MS N.º 251, de 31 de janeiro de 2002, que estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar psiquiátrica, reclassificando os hospitais psiquiátricos e definindo a estrutura e a porta de entrada para as internações psiquiátricas, na rede do SUS. Nesse período, quase todos os hospitais psiquiátricos foram avaliados, resultando em medidas de humanização dentro deles, redução de leitos e, em alguns casos, fechamento de unidades ou descredenciamento do sistema (BARROS; SALLES, 2011).

O terceiro período, de 2003 até a atualidade, é marcado pela consolidação da hegemonia reformista, com projetos específicos para situações específicas e maior articulação das políticas intersetoriais. Um dos programas criados nesse período é o “De Volta para Casa” que tem como objetivo contribuir efetivamente para o processo de inserção social das pessoas, com longa história de internações em hospitais psiquiátricos, por meio do pagamento mensal de um auxílio-reabilitação (BRASIL, 2003).

Esse programa foi criado pela Lei Federal n. 10.708 de 2003 e representa a concretização de uma reivindicação histórica do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que desde a década de 1990, tentava criar mecanismos de repasse financeiro para usuários, que após longo tempo de internação, saíam de alta (BRASIL, 2003).

Outro fator que merece destaque é a inserção das ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família (ESF), com ênfase nas ações de território, constituindo-se na própria essência da desinstitucionalização da psiquiatria. Entretanto, essas ações devem transpor a centralização no modelo biomédico e na doença, articulando o tratamento com a reabilitação psicossocial, clínica ampliada e projetos terapêuticos individualizados (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007).

Para que efetivamente haja o deslocamento das ações de saúde mental para um contexto comunitário, se faz necessária a implantação de estruturas substitutivas à internação, para redimensionar o atendimento aos pacientes em sofrimento psíquico (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007).

O Modelo Psicossocial propõe tirar o foco da doença, passando o objeto a ser a existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social. Sendo assim, os serviços se inscrevem em um contexto que pretende desenvolver novas tecnologias em saúde mental que respeitem o usuário no seu direito de cidadania e que se diferenciem do modelo manicomial excludente dominante (CARVALHO; AMARANTE, 1996).

No sentido de alcançar melhorias no atendimento na área, é necessário seguir as recomendações da Reforma Psiquiátrica, que preveem a criação da rede substitutiva de atenção à saúde mental, requerendo a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por equipamentos abertos, que permitam a

superação da lógica antimanicomial (SILVA; MELO; ESPERIDIÃO, 2012).

Fazem parte dessa rede, tanto a atenção básica em saúde, como os serviços especializados em saúde mental, com vista à integração das pessoas com transtornos mentais, na sociedade e o exercício de sua cidadania (SILVA; MELO; ESPERIDIÃO, 2012).

A Rede de atenção a PTM deve ser constituída por serviços substitutivos assistenciais, tais como: Unidades Básicas de Saúde; CAPS; Centros de Convivência; Grupos de Produção; Moradias (residências terapêuticas); leitos de retaguarda em Hospitais Gerais (noturno/feriado/final de semana); Programa "de Volta para Casa"; ações intersetoriais; mobilização; controle social e a desconstrução do Hospital Psiquiátrico (PEREIRA; OLIVEIRA, 2011).

Na perspectiva da Rede de Atenção, para maior otimização dos serviços em Saúde Mental, eles precisam estar interligados e orientar-se pelos princípios da integralidade das ações e da intersetorialidade, sendo necessário investir nas ações multiprofissionais e interdisciplinares e num suporte institucional, capaz de atender tanto o usuário como a família (FARIA; SCHNEIDER, 2009).

Com a institucionalização da ESF, na maior parte dos municípios do país, a implementação de Equipes Matriciais de Referência em Saúde Mental, constituída por uma equipe de saúde mental, precisa ser articulada junto aos gestores para a realização de ações de supervisão, atendimento compartilhado e capacitação em serviço dos profissionais da atenção básica (BARROS; SALLES, 2011).

Em 2008, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com a Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008. Esse dispositivo possui alta potencialidade para garantir a articulação entre as equipes de Saúde da Família e as equipes de saúde mental dos municípios, melhorando o acesso e o cuidado das pessoas com transtornos mentais e com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2008).

No que se refere à rede de atenção, em 2011, a Portaria GM/MS n. 3088/11, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial com a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas e devendo ser constituída pelos seguintes componentes:

Atenção Básica em Saúde: engloba os seguintes pontos de atenção:

a) *Unidade Básica de Saúde (UBS)* - serviço de saúde constituído por equipe multiprofissional, responsável por um conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver a atenção integral, que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

b) *Equipes de atenção básica para populações em situações específicas:*

- Equipe de Consultório na Rua, constituída por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde.

- Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório, oferece suporte clínico e apoio a esses pontos de atenção. Essa equipe multiprofissional coordena o cuidado e presta serviços de atenção à saúde de forma longitudinal e articulada com os outros pontos de atenção da rede.

- O Núcleo de Apoio à Saúde da Família, é constituído por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento, que atuam de maneira integrada, sendo responsáveis por apoiar as Equipes de Estratégia Saúde da Família, as Equipes de atenção básica para populações específicas e equipes da academia da saúde, atuando diretamente no apoio matricial e, quando necessário, no cuidado compartilhado junto às equipes com as quais possui vínculo.

c) *Centro de Convivência* - é unidade pública, articulado às Redes de Atenção à Saúde, em especial à Rede de Atenção Psicossocial, em que são oferecidos, à população em geral, espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade.

Atenção Psicossocial Especializada engloba os seguintes pontos de atenção:

- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não-intensivo e

estão organizados nas seguintes modalidades:

a) *CAPS I*: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para municípios com população acima de 20.000 habitantes;

b) *CAPS II*: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local; indicado para municípios com população acima de 70.000 habitantes.

c) *CAPS III*: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes.

d) *CAPS AD*: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para municípios ou regiões com população acima de 70.000 habitantes.

e) *CAPS AD III*: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com o máximo de 12 leitos, para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes.

f) *CAPS i*: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário, indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes.

Atenção de Urgência e Emergência inclui os seguintes pontos:

- SAMU 192, Sala de Estabilização, Unidade Pronto Atendimento (UPA) 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde, entre outros, são responsáveis, em seu âmbito de atuação,



pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;

Atenção Residencial de Caráter Transitório que inclui:

a) A Unidade de Acolhimento é um ponto de atenção que oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento 24 horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo, de caráter transitório.

As Unidades de Acolhimento estão organizadas nas modalidades de Unidade de acolhimento Adulto, destinados a pessoas que fazem uso do Crack, Álcool e Outras Drogas, maiores de 18 (dezoito) anos e Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil, destinadas a adolescentes e jovens (de doze até dezoito anos completos).

b) Serviços de Atenção em Regime Residencial, como as Comunidades Terapêuticas, que são serviços de saúde destinados a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório, por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis, decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Essa Instituição funciona de forma articulada com a atenção básica e com o CAPS, que é responsável pela indicação do acolhimento, pelo acompanhamento especializado durante esse período, pelo planejamento da saída e pelo seguimento do cuidado, bem como, participar de forma ativa da articulação intersetorial para promover a reinserção do usuário na comunidade.

Atenção Hospitalar: compreende a Enfermaria especializada para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em Hospital Geral e o Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Oferece suporte hospitalar, por meio de internações de curta duração, para usuários de álcool e/ou outras drogas, em situações assistenciais, que evidenciem indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica, sempre respeitadas as determinações da Lei n. 10.216, de 2001.

Acolhe os pacientes em regime de curtíssima ou curta permanência, em regime integral, durante 24 horas diárias, nos sete dias da semana, sem interrupção da continuidade entre os turnos.

Estratégias de Desinstitucionalização: constituída por iniciativas que visam garantir às PTM e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência, o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social. Elas incluem dois pontos de atenção desses componentes:

- Os Serviços Residenciais Terapêuticos - moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros. O hospital psiquiátrico pode ser acionado para o cuidado das PTM, nas regiões de saúde em que o processo de implantação e expansão da Rede de Atenção Psicossocial ainda não é suficiente.

- Programa de Volta para Casa - política pública de inclusão social que visa contribuir e fortalecer o processo de desinstitucionalização, instituída pela Lei n. 10.708/2003, que provê auxílio reabilitação para PTM egressas de internação de longa permanência.

Reabilitação Psicossocial é composto por iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais. As ações de caráter intersetorial destinadas à reabilitação psicossocial, por meio da inclusão produtiva, formação e qualificação para o trabalho de PTM ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/ cooperativas sociais.

Tais iniciativas devem articular sistematicamente as redes de saúde e de economia solidária, com os recursos disponíveis no território para garantir a melhoria das condições concretas de vida, ampliação da autonomia, contratualidade e inclusão social de usuários da rede e seus familiares.

## 2.2 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS

A avaliação pode ser definida como um conjunto de procedimentos

sistemáticos que buscam dar visibilidade ao que é feito por referência ao que se pode e/ou se quer fazer com respeito ao interesse, efetividade, operacionalidade e qualidade de ações, tecnologias, serviços ou programas de saúde (BOSI; UCHIMURA, 2010).

É um termo bastante enfatizado no plano dos discursos e das práticas em diferentes campos e também na saúde, servindo como ferramenta de gestão na tomada de decisões ou alocação de recursos de forma mais adequada, quer como instrumento de democratização, quer de empoderamento da população. (BOSI; UCHIMURA, 2010).

O conceito de avaliação dos programas públicos apareceu após a Segunda Guerra Mundial, em virtude do papel que o Estado desempenhava nas áreas da educação, do social, do emprego, da saúde entre outros, com a finalidade de que a atribuição de recursos fosse a mais eficaz possível. Dessa forma, os economistas desenvolveram métodos para analisar as vantagens e os custos desses programas públicos, porém a acessibilidade e qualidade dos serviços não estava sendo questionada (CONTANDRIOPOULOS; CHAMPAGNE; DENIS et al., 1997).

Com o advento do século XXI, dois modelos de avaliação passaram a predominar na América Latina: um, de natureza tradicional e prescritiva, e outro, de surgimento mais recente, mais inclusivo e participativo. De acordo com Bosi e Mercado (2011), se tomarmos como referência o período compreendido entre o século passado e o momento atual, podemos visualizar um panorama otimista sobre a avaliação em saúde, em vários países da América Latina e do Caribe, evidenciados pelos seguintes fatores: criação de organismos de avaliação profissional, intenso debate sobre o tema da avaliação em saúde e seu uso por parte dos setores estatal, privado e filantrópico, aumento do número de publicações sobre o tema e crescente surgimento de cursos de capacitação nessa área.

Entende-se que os objetivos de uma avaliação são numerosos, pois eles podem ser oficiais ou oficiosos, explícitos ou implícitos, consensuais ou conflitantes, aceitos por todos os atores ou somente por alguns. Portanto, os objetivos de uma avaliação podem ser de quatro tipos, quais sejam: ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção (objetivo estratégico); fornecer

informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer (objetivo formativo); determinar os efeitos de uma intervenção para decidir se ela deve ser mantida, transformada de forma importante ou interrompida (objetivo somativo) e contribuir para o progresso dos conhecimentos, para a elaboração teórica (objetivo fundamental) (CONTANDRIOPOULOS; CHAMPAGNE; DENIS et al., 1997).

A avaliação, quando classificada em somativa ou formativa, possui algumas características distintas. A avaliação formativa visa fornecer informações para adequar e superar aspectos problemáticos do programa, durante o seu andamento, enquanto a avaliação do tipo somativa fornece julgamentos sumários sobre aspectos fundamentais do programa, sendo frequentemente utilizada para deliberar sobre a continuidade ou o encerramento de um programa, baseando-se na especificação de até que ponto os objetivos propostos foram atingidos (FURTADO, 2001).

Ademais, os objetivos dos diferentes atores, muitas vezes implícitos, são também muito importantes de serem considerados. Os administradores que solicitam uma avaliação podem ter como objetivos atrasar uma decisão, legitimar uma decisão já tomada, ampliar seu poder e o controle que eles exercem sobre a intervenção e satisfazer as exigências dos organismos de financiamento. Os avaliadores, por sua vez, podem buscar ampliar os conhecimentos, seu próprio prestígio e poder, obter uma promoção ou promover uma ideia que lhes é cara. Os usuários podem buscar benefícios com serviços diferentes dos disponíveis habitualmente e reduzir sua dependência perante profissionais. Já o pessoal de uma organização pode buscar atropelar as regras hierárquicas e/ou obter um adiantamento (CONTANDRIOPOULOS; CHAMPAGNE; DENIS et al., 1997).

Deve-se, portanto, assegurar que todos os que decidem estejam implicados na definição dos problemas que devem ser resolvidos e nas estratégias de pesquisa a empregar-se; que o avaliador faça o papel de um agente facilitador e de pedagogo, na utilização dos resultados; que a informação extraída de uma avaliação seja considerada como uma ferramenta de negociação entre interesses múltiplos e não como uma verdade absoluta; que haja consciência do fato de que os que decidem não podem definir exatamente suas necessidades de informação e que a avaliação poderá dar respostas parciais aos problemas que eles enfrentam e, por fim, que a avaliação seja feita com o maior rigor possível

(CONTANDRIOPOULOS; CHAMPAGNE; DENIS et al., 1997).

Abordagens voltadas para o desenvolvimento de intervenções – como a avaliação formativa – têm se multiplicado nas últimas duas décadas. São abordagens que favorecem a avaliação feita a partir do interior da intervenção e centrada na perspectiva dos clientes potenciais, tais como a avaliação centrada na utilização dos resultados e outras de cunho participativo (FELISBERTO; FREESE; NATAL et al., 2008).

As abordagens participativas ou centradas nos usuários da avaliação têm como objetivo engajar os atores no processo de avaliação, visando à sua capacitação e desenvolvimento, além de evitar ou minimizar eventuais efeitos negativos de uma avaliação sobre um dado grupo de implicados. Tais abordagens apoiam-se no paradigma holístico, indutivo e construtivista, sacrificando a objetividade e precisão, em favor da utilidade social da pesquisa e à superação das limitações do programa ou serviço, a partir de diferentes pontos de vista (FURTADO, 2001).

Novos modelos ou enfoques de avaliação têm surgido em tempos recentes, os denominados enfoques emergentes, os quais não visam apenas melhorar a gestão dos programas, mas se propõem, entre outras coisas, a impulsionar processos diversos, como a democratização das instituições de saúde, a atribuição de poder a determinados indivíduos ou grupos, o aprendizado permanente, a transparência dos processos e o fortalecimento da sociedade como um todo, mas especialmente dos grupos tradicionalmente excluídos (MERCADO; HERNÁNDEZ; TEJADA et al., 2010).

Acredita-se, portanto, que a adoção de propostas de avaliação qualitativa dos serviços e das ações em saúde pode romper com a frequente inadequação decorrente da busca pela objetividade, contemplando a subjetividade inerente aos processos e relações sociais, que se desenvolvem e se estabelecem na utilização de serviços e programas (BOSI; UCHIMURA, 2010).

### 2.3 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS NO BRASIL

A avaliação de programas e serviços se faz presente em várias áreas: Educação, Administração, Economia, Serviço Social e Saúde Pública. Em cada

campo temático em que se insere, o escopo da avaliação ganha contornos próprios, que se materializam sob a forma de conceitos específicos, indicadores e técnicas apropriadas de aplicação. No campo da Saúde Pública, a avaliação de serviços é uma área de extrema relevância, já que viabiliza escolhas de planejamento e possibilita um controle técnico e social dos serviços e programas prestados à sociedade (DESLANDES, 1997).

No Brasil, o interesse crescente pela avaliação teve início a partir dos anos 1990, quando a ampliação do número de iniciativas ligadas às políticas públicas sociais aumentou, especialmente após a Constituição de 1988, que ampliou os direitos civis dos cidadãos brasileiros. O SUS, nesse bojo, vem ampliar a importância econômica e política de serviços e programas do setor da saúde, configurando-se como o grande projeto social de nosso país e suas ações tornam-se alvo de questionamentos sobre sua eficiência, eficácia e efetividade, estimulando o surgimento de demandas por avaliações sistemáticas (ONOCKO-CAMPOS; GAMA; FERRER et al., 2011).

A despeito do crescente interesse pela temática da avaliação, o Brasil tem ainda muito a caminhar para o estabelecimento da avaliação, como prática incorporada na gestão de iniciativas públicas e como forma de prestar contas a sociedade dos recursos investidos na área social. Ainda prevalece a ênfase nos lançamentos ou anúncios de projetos, em detrimento do trabalho de analisar criticamente os desdobramentos práticos dos programas e serviços (ONOCKO-CAMPOS; GAMA; FERRER et al., 2011).

A falta de uma cultura avaliativa local soma-se ao fato de a avaliação, como campo conceitual e de trabalho, ainda carecer de contornos mais definidos, tanto aqui quanto em outros países. O papel do avaliador comporta várias indefinições, conceitos da área são utilizados de maneiras distintas ou mesmo divergentes, além de que novos conceitos são criados com frequência, redundando em grande diversidade terminológica, identificada há tempo que parece perdurar aqui e em outros países. Já se afirmou inclusive, haver tantos tipos de avaliação, quanto de avaliadores (FURTADO; LAPERRIERE, 2012).

## 2.4 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

Com a desinstitucionalização psiquiátrica e a conseqüente reestruturação dos serviços de assistência em saúde mental, a avaliação dos serviços tem sido cada vez mais enfatizada. Diante da complexidade que envolve os sistemas de saúde e saúde mental, a avaliação é considerada como essencial para a garantia de qualidade dos serviços. Nesse sentido, a OMS destacou a necessidade de incorporar a avaliação como prática contínua e permanente, utilizando os dados da avaliação para melhorar a qualidade da assistência prestada (SILVA; BANDEIRA; SCALON; QUAGLIA, 2012).

A avaliação deve ser considerada um procedimento de rotina dos serviços, podendo ser realizada pelos profissionais da instituição, através de uma abordagem integrativa, incluindo a perspectiva dos pacientes, familiares e profissionais de saúde mental (SILVA; BANDEIRA; SCALON; QUAGLIA, 2012).

No âmbito mundial, em estudo realizado pela OMS (2001), com o objetivo de mostrar, de forma abrangente e sistemática, a situação da assistência em Saúde Mental em todo o mundo demonstra que em vários países não há um sistema de recolha e comunicação dos indicadores de Saúde Mental. Para muitos outros, o sistema de informação é extremamente limitado, com relação à confiabilidade e alcance da real situação em que se encontram, dificultando o desenvolvimento de políticas de saúde mental. Outro agravante é que inúmeros profissionais de saúde não têm acesso ao menos às informações mais básicas, sobre como detectar e tratar transtornos mentais, comprometendo o tratamento de quem precisa para acompanhar o processo da sua execução e avaliar as alterações pretendidas (SILVA; MELO; ESPERIDIÃO, 2012).

Existe um déficit de indicadores na saúde mental que pode ser expresso por alguns fatores como: dificuldade de definir e precisar vários aspectos das doenças mentais; os diagnósticos de baixa confiabilidade; um universo extremamente amplo e detalhado de diagnósticos para uma gama muito reduzida de terapêuticas; a complexidade em estabelecer a prevalência de doenças mentais, pela dificuldade de definir o seu início e fim; além da medicalização excessiva da população, expressa pela manutenção em atendimento de pacientes que poderiam ser gradativamente desligados dos serviços (WETZEL; KANTORSKI,

2004).

A padronização de indicadores exclusivamente e predominantemente quantitativos em um processo avaliativo tem conduzido a noções e julgamentos equivocados de eficiência. No caso dos serviços de saúde mental, não avaliam se o serviço está realmente atendendo dentro da lógica psicossocial ou se está, em diferentes espaços, reproduzindo a mesma lógica manicomial (WETZEL; KANTORSKI, 2004).

A avaliação de serviços de saúde mental deve ser uma atividade contínua, realizada periodicamente, a fim de identificar aspectos da assistência aos pacientes que necessitam ser reajustados e promover a melhoria do tratamento oferecido e a qualidade dos serviços. Entre as recomendações da OMS para a saúde mental, encontra-se o desenvolvimento da pesquisa e do monitoramento dos serviços, com indicadores da qualidade do acesso, da adequação da assistência, da qualidade das intervenções preventivas e terapêuticas e da avaliação dos resultados do tratamento entre outras (BANDEIRA; CALZAVARA; COSTA; CESARI, 2009).

Apesar da tendência internacional de incorporação da avaliação no campo da Saúde Mental, principalmente relacionada à questão de redução de custos, de uma maneira geral, a avaliação nesse campo ainda não se constituiu como uma tradição, quando comparadas com outras áreas da atenção à saúde, em que os procedimentos clássicos de avaliação, baseados em análise de eficácia, efetividade e eficiência, são pouco utilizados (WETZEL; KANTORSKI, 2004).

Os resultados do tratamento têm recebido especial atenção por parte dos pesquisadores, sendo tradicionalmente avaliados com o uso de medidas objetivas, o estado clínico do paciente e o antes/depois do tratamento. Medidas objetivas indiretas também são utilizadas, antes e após o tratamento, tais como a frequência e a duração das internações ocorridas, frequência de utilização das urgências psiquiátricas, aumento no nível de funcionalidade e na autonomia dos pacientes, a qualidade de vida, entre outras (BANDEIRA; CALZAVARA; COSTA; CESARI, 2009).

Segundo Donabedian (1973), o acesso, acolhimento e acompanhamento também podem ser considerados norteadores do trabalho e elementos fundamentais para análise da assistência e qualificação dos serviços e podem ser



aplicados tanto na análise quanto na organização do cotidiano da atenção psicossocial (SCHMIDT; FIGUEIREDO, 2009).

O acesso é definido como um dos aspectos da oferta do serviço, em relação à capacidade de responder às demandas. Sendo assim, é mais abrangente do que a simples oferta de serviços de saúde, mas refere-se às características do serviço e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários (SCHMIDT; FIGUEIREDO, 2009).

O acolhimento é o momento em que todos os recursos do serviço são postos à prova: quem atende; o que pode oferecer; como acolher, avaliar e discriminar a demanda. Silva Júnior e Mascarenhas (2004) destacam três dimensões do acolhimento: postura, técnica e princípio de reorientação do serviço. A primeira dimensão (postura) implica na atitude humanizada e receptiva dos profissionais ao receber, escutar e tratar as demandas dos usuários; a segunda dimensão (técnica) é a utilização do saber profissional para produzir respostas ao usuário; a terceira dimensão (reorientação do serviço) está no centro da proposta do projeto organizacional, que é a base que orienta o trabalho dos profissionais, o processo em equipe e a busca de capacitação.

A supervisão é destacada, nesse item, como um importante modo de organização do serviço e de acompanhamento do cotidiano de trabalho, assegurando a articulação entre o acolhimento como atitude e como técnica, o que implica uma determinada concepção de clínica para além dos protocolos de triagem (SCHMIDT; FIGUEIREDO, 2009).

O último aspecto refere-se ao acompanhamento, que é um dos maiores desafios do trabalho em saúde mental. Ele é visto como um analisador da qualidade da assistência, sendo responsabilidade do serviço prestar a continuidade do cuidado para que seus objetivos sejam possíveis (SCHMIDT; FIGUEIREDO, 2009).

Destarte a pesquisa avaliativa, deve possibilitar a inclusão de diferentes pontos de vista e valores dos envolvidos com os novos serviços, viabilizar e ampliar a utilização dos resultados da avaliação, considerar o caráter político da pesquisa em geral e da pesquisa avaliativa em particular e empoderar os grupos envolvidos com os serviços (trabalhadores e usuários), possibilitando que se apropriem dos conhecimentos ligados à realização de um processo avaliativo

(ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006).

Nessa direção, a avaliação dos serviços tem sido estimulada por meio da participação do conjunto das pessoas envolvidas nesses serviços, quais sejam: pacientes, familiares e profissionais (BANDEIRA; ISHARA; ZUARDI, 2007). A avaliação participativa por sua vez propõe a inclusão dos diversos atores envolvidos nos serviços, a consideração de diferentes valores e pontos de vista e uma preocupação para que os resultados da pesquisa sejam negociados com os atores, no sentido de encontrar saídas para os problemas concretos que vem sendo identificados (HECK; BIELEMANN; CEOLIN et al., 2008).

Vários estudos estão sendo realizados no Brasil, utilizando a avaliação participativa por meio da Avaliação de Quarta Geração. Em 2008, Heck, Bielemann, Ceolin et al. avaliaram a gestão do serviço de saúde mental, na região do sul do Brasil, a partir da percepção de usuários, familiares e profissionais vinculados ao CAPS.

Em 2009, Olschowsky, Glanzner, Mielke et al. realizaram um estudo com objetivo de avaliar a ambiência, enquanto espaço de conforto e subjetividade com profissionais da equipe, usuários e familiares de um CAPS. Kantorski, Jardim, Wetzel et al. (2009b) avaliaram a satisfação dos usuários em atendimento nos CAPS, nos estados do Paraná, Santa Catarina e Rio grande do Sul.

Bielemann, Kantorski, Borges et al. (2009) realizaram estudo em CAPS, na Região Sul do Brasil, com o objetivo de retratar a inserção da família sob a ótica dos usuários, familiares e profissionais da equipe. Schneider, Camatta, Nasi et al. (2009) avaliaram um CAPS de Porto Alegre, com objetivo de apreender a dinâmica do serviço e a forma como os atores interagem e os sentidos por eles construídos, em relação à sua prática.

Portanto, é fundamental a participação dos atores envolvidos no processo avaliativo, de forma que seja considerada a sua história, as suas questões, os seus consensos e dissensos, a forma como percebem o serviço, o compromisso que tem com a proposta, e que a proposta da quarta geração, ao negociar resultados da avaliação com todos os interessados, vem ao encontro dessa nova visão da ação do homem que propõe o diálogo entre sujeitos de direito (WETZEL; KANTORSKI, 2004).

### 3 REFERENCIAL METODOLÓGICO

#### 3.1 METODOLOGIA CONSTRUTIVISTA

De acordo com Guba e Lincoln (2011), o paradigma construtivista, também chamado de paradigma naturalista, hermenêutico ou interpretativo, existe há vários anos, mas não foi amplamente aceito ou compreendido, no entanto, ele emerge como um importante concorrente do paradigma convencional.

A metodologia construtivista é uma abordagem que se caracteriza como método científico, apoiado em um sistema de crenças oposto ao da ciência, um tipo de sistema, que normalmente é referido como paradigma. Sendo assim, o paradigma construtivista nega a existência de uma realidade objetiva, afirmando que as realidades são construções sociais mentais e, por isso, podem existir na mesma proporção que os indivíduos (GUBA; LINCOLN, 2011).

Deve-se pensar num paradigma como um conjunto de suposições que estamos dispostos a fazer, que sirvam como critério para orientar nossas atividades. Entretanto, é indispensável observar que ele é um sistema de crenças, que não pode ser comprovado nem refutado (GUBA; LINCOLN, 2011).

Portanto, de acordo com os autores, o paradigma construtivista nega a possibilidade do dualismo sujeito-objeto, propondo, em vez disso, que os resultados de um estudo existem, precisamente, porque existe uma interação entre o observador e o observado, que cria exatamente o que provém dessa investigação.

#### 3.2 AVALIAÇÃO DE QUARTA GERAÇÃO

Guba e Lincoln (2011) identificam quatro estágios na história da avaliação e afirmam que a evolução de um estágio para outro se faz com o desenvolvimento dos conceitos e a acumulação dos conhecimentos.

Desse modo, a *primeira geração* de avaliação pode legitimamente ser chamada de geração de mensuração, em que a função do avaliador era técnica, de modo, que qualquer variável que se desejasse investigar pudesse ser mensurada. Na avaliação de *segunda geração* utiliza-se uma abordagem

caracterizada pela descrição de padrões de pontos fortes e fracos, com respeito a determinados objetivos estabelecidos. O avaliador cumpre a função de descritor, embora mantenha os aspectos técnicos, anteriores dessa função (GUBA; LINCOLN, 2011).

O apelo para incluir o juízo de valor no procedimento de avaliação foi o marco do surgimento da avaliação de *terceira geração*, uma geração na qual a avaliação se caracterizou por iniciativas que visavam alcançar juízos de valor e na qual o avaliador assumiu o papel de julgador, mantendo igualmente as funções técnicas e descritivas anteriores, evidenciando vários problemas, com os quais as gerações anteriores não haviam lidado adequadamente (GUBA; LINCOLN, 2011).

Entende-se que as três gerações de avaliação tenham sido suficientes para demonstrar que cada geração subsequente representou um passo adiante, tanto em relação à variedade de sentidos ou conteúdos, incluídos na construção defendida, quanto em seu nível de sofisticação (GUBA; LINCOLN, 2011).

As três gerações representaram avanços, mas também apresentam limitações: a tendência à supremacia da visão gerencial, a incapacidade de acomodar o pluralismo de valores, a hegemonia do paradigma positivista, a desconsideração com o contexto, a grande dependência de medições quantitativas e a não-responsabilização moral e ética do avaliador, pois nenhuma das três primeiras gerações torna o avaliador responsável pelo que emerge da avaliação ou pelo uso dos seus resultados (GUBA; LINCOLN, 2011).

Sendo assim, a avaliação de *Quarta Geração* é proposta como alternativa às avaliações anteriores, sendo implementada por meio dos pressupostos metodológicos do paradigma construtivista. Trata-se de uma avaliação responsiva, pois as *reivindicações, preocupações e questões (RPQ)* dos grupos de interesse servem como foco organizacional (a base para determinar que informação é necessária) (GUBA; LINCOLN, 2011).

O termo *responsivo* é usado para designar uma forma diferente de focalizar uma avaliação, isto é, estabelece parâmetros, por meio de um processo interativo e negociado que envolve grupos de interesse e é por esse motivo, dentre outros, que se diz que a concepção de uma avaliação responsiva é emergente (GUBA; LINCOLN, 2011).

O termo *grupos de interesse* designa organizações, grupos ou indivíduos, potencialmente vítimas ou beneficiários do processo avaliativo. Esses grupos são formados por pessoas com características comuns, que têm algum interesse no desempenho, no produto ou no impacto do objeto da avaliação - estão, de alguma maneira, envolvidos ou potencialmente afetados pelo serviço e pelas eventuais consequências do processo avaliativo (GUBA; LINCOLN, 2011).

Em relação aos grupos de interesse, é necessário não apenas identificá-los e descobrir quais são suas RPQ, mas fazer com que o grupo enfrente e aceite as opiniões ou os julgamentos dos outros e consiga lidar com os pontos divergentes ou conflitos, de tal modo que possam adaptar-se às diferenças ou apresentem argumentos significativos para explicar por que as proposições dos demais não devem ser levadas em conta.

Dessa forma, o grupo de interesse passa a entender melhor sua própria construção e a revê-la, para que se torne mais fundamentada e esclarecida do que antes da avaliação. Esse resultado é uma das principais metas do processo de quarta geração e é considerado deficiente se esta reconstrução não ocorrer.

Em relação ao avaliador de quarta geração, ele tem a responsabilidade de:

- a) Identificar todos os grupos de interesse que corram risco na avaliação programada;
- b) Extrair de cada grupo de interesse suas construções sobre o sujeito-objeto da avaliação e a variedade de RPQ que eles desejam levantar em relação a isso;
- c) Oferecer um contexto e uma metodologia (hermenêutico-dialética), por meio dos quais diferentes construções e diferentes RPQ possam ser compreendidas, apreciadas e consideradas;
- d) Gerar consenso, tanto quanto possível, com respeito a várias construções e respectivas RPQ;
- e) Preparar uma política de negociação, com respeito aos pontos sobre os quais não houve nenhum consenso ou não se chegou a um consenso total;
- f) Coletar e fornecer as informações indicadas na política de negociação;
- g) Elaborar um relatório, para divulgar aos grupos de interesse qualquer consenso sobre as construções e qualquer resolução acerca das RPQ levantadas pelo grupo;

h) Reciclar a avaliação uma vez mais, para lidar com as construções não solucionadas e suas concomitantes RPQ.

Sendo assim, Guba e Lincoln (2011) afirmam que a avaliação de quarta geração é flexível, na medida em que não adere a um discurso específico, mas a interesses plurais e múltiplas vozes.

Os autores propõem o *processo hermenêutico dialético* para a realização da avaliação de quarta geração. É considerado hermenêutico, porque tem caráter interpretativo e, dialético porque implica comparação e contraste de diferentes pontos de vista, objetivando alto nível de síntese.

Os autores afirmam que a proposta desse processo não é justificar uma determinada construção ou atacar as fraquezas de outras, mas construir uma forma de conexão que leve à exploração mútua de todas as partes. O objetivo é alcançar um consenso, quando possível; quando não, expor e esclarecer as diferentes visões.

Caso o processo tenha êxito, é porque todas as partes (incluindo o pesquisador) reconstruíram as construções iniciais, permitindo o desenvolvimento e aprimoramento de todos os envolvidos no processo avaliativo.

### 3.3 PROCESSO HERMENÊUTICO-DIALÉTICO

Para iniciar o círculo hermenêutico dialético, como primeira medida, seleciona-se um respondente inicial (R1) pelo investigador, por qualquer motivo conveniente ou proeminente. Esse respondente participa de uma entrevista aberta, cujo objetivo é determinar uma construção inicial de tudo quanto estiver sendo investigado ou avaliado. Solicita-se ao respondente que descreva esse enfoque do modo como ele o constrói, isto é, que o descreva e faça comentários com suas próprias palavras (inclui-se as RPQs) (GUBA, LINCOLN, 2011).

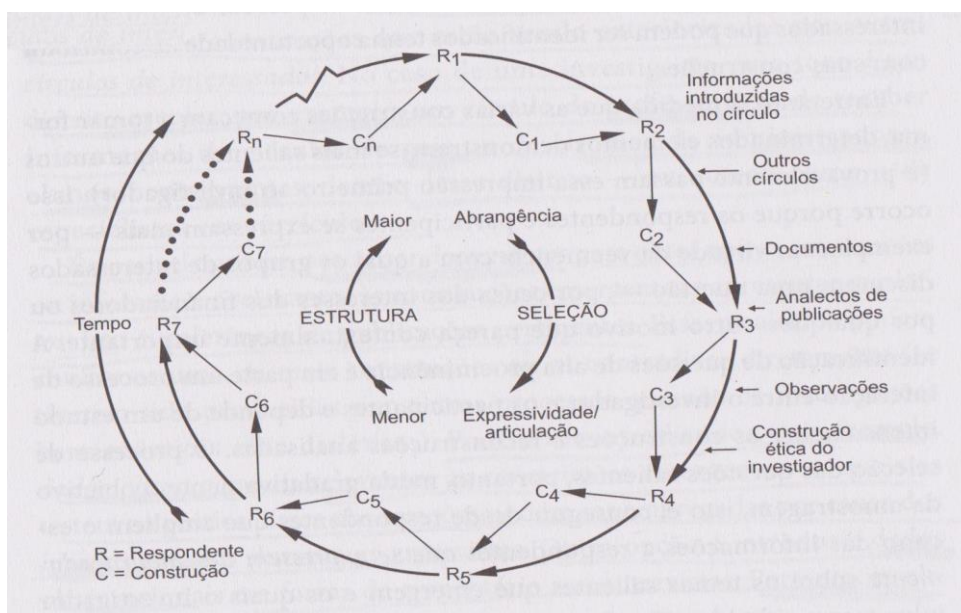
Feito isso, solicita-se ao Respondente (R1) para indicar outro respondente, R2. Os temas, conceitos, ideias, valores, preocupações e questões centrais, propostos pelo respondente R1, são analisados pelo investigador, com respeito à formulação inicial da construção de R1, designada como C1 (GUBA; LINCOLN, 2011) (Figura 1).

A análise de dados vem logo após a coleta de dados e é concluída a análise

de R1, antes de chegar a R2. Quando R2 é entrevistado, os temas da análise de R1 são introduzidos e R2 também é convidado a comentar esses temas. Conseqüentemente, a entrevista com R2 gera não apenas informações sobre R2, mas também críticas às informações e à construção provenientes de R1 (GUBA; LINCOLN, 2011).

O investigador solicita uma indicação de R2 e realiza uma segunda análise, que resulta na formulação de C2, contendo agora uma construção mais fundamentada e esclarecida, baseada nas informações de R1 e R2. Esse é o princípio da construção conjunta final que se busca. O processo é reiterado com os novos respondentes que são acrescentados, até o momento em que as informações recebidas forem redundantes ou se encaixarem em duas ou mais construções, que de alguma forma ainda estiverem em conflito (GUBA; LINCOLN, 2011).

Figura 1. Círculo Hermenêutico (Extraído de Guba e Lincoln, 2011).



### 3.4 APLICAÇÃO PRÁTICA

A seguir serão detalhadas as etapas do trabalho de campo para o desenvolvimento de uma Avaliação de Quarta Geração (GUBA; LINCOLN, 2011), quais sejam: organização da avaliação, identificação dos grupos de interesse,

desenvolvimento das construções conjuntas, ampliação das construções conjuntas, preparação e realização da negociação.

- **Organização da avaliação:** A principal tarefa dessa etapa é ganhar o direito de entrada, o que envolve, sobretudo, a construção de uma relação de confiança. Em uma avaliação em que se espera que os interessados falem sobre seus problemas, é necessário que o avaliador interaja com eles.

Essa fase propicia, aos avaliadores, a vivência e experiência do contexto do serviço, sem, ainda, estarem engajados nas atividades de avaliação, o que Guba e Lincoln (2011) denominam de etnografia prévia.

#### - **Identificação dos grupos de interesse**

Existem diferentes grupos de interesse, os quais: os *agentes* - as pessoas envolvidas em produzir e implementar o serviço; os *beneficiários* - todas as pessoas que se beneficiam, de alguma forma, com o uso do serviço e as *vítimas* - as pessoas que são afetadas negativamente pelo serviço.

#### - **Desenvolvimento das construções conjuntas**

Esse passo envolve a aplicação do círculo hermenêutico-dialético, já descrito anteriormente.

#### - **Ampliação das construções conjuntas**

Após constituição do grupo de interesse e o estabelecimento do círculo hermenêutico, ainda é possível utilizar uma variedade de outras informações disponíveis, que terão impacto sobre essas construções. São elas:

- *Documentos e registros:* Quando empregados de maneira sistemática, oferecem uma variedade de dicas para as perguntas que podem ser colocadas durante a entrevista. Muitas das RPQs, que emergem nas entrevistas, podem ser esclarecidas mais adequadamente, consultando os documentos e registros existentes.

- *Observação:* A observação, embora aparentemente casual, pode abrir espaço para perguntas convenientes. De modo semelhante, comentários, aparentemente casuais durante uma entrevista, podem dar lugar a observações produtivas.



- *Publicações profissionais*: Essas publicações armazenam os conhecimentos que foram obtidos até o momento, elas são o fundamento de estudos futuros e o alicerce ao qual se agregam os conhecimentos recém-revelados.

- *Outros círculos de interessados*: O conteúdo que pode ser introduzido em um círculo, é um conteúdo paralelo de outros círculos.

- *A construção ética do avaliador*: Seria insensato supor que o avaliador não tem nenhum conhecimento e opinião, *a priori*, que possa influenciar o sujeito-objeto de avaliação e seu contexto. Entretanto, a questão não é se o avaliador tem ou não alguma opinião, mas de que forma essa opinião emerge.

### **- Preparação da negociação**

Nessa fase do processo hermenêutico dialético, o avaliador deve preparar uma agenda de negociação entre o grupo de interesse. Por convenção, essa é uma responsabilidade do avaliador, porque ele é o especialista, está desvinculado e é imparcial em relação ao ambiente local e tem a habilidade técnica necessária para lidar com os dados e sua interpretação.

A preparação da agenda de negociação compreende as seguintes atividades (WETZEL, 2005):

- Definição de cada núcleo temático, nos termos do grupo de interesse que o trouxe à tona, sendo seguida de suficiente discussão, com exemplos, para torná-la o mais clara possível para todos os envolvidos na questão;

- A organização do material, na forma de um texto com cópia para cada participante do grupo, de modo que todos tenham acesso a essas informações;

- A preparação do material para exposição ao grupo;

- A negociação do dia e horário do encontro com todos os participantes.

### **- Realização da negociação**

Durante a sessão de negociação, podem ocorrer três possíveis resoluções, sendo que provavelmente todas as três existirão em uma mesma avaliação:

- *Resolução plena*: Quando alguma RPQ é resolvida, a medida a ser tomada é transparente. Essa resolução ocorre, em razão de os grupos de interesse alcançarem uma construção compartilhada, de comum acordo, se

comprometendo conjuntamente a aceitar a responsabilidade e responsabilização contínuas por toda medida que vier a ser tomada.

- *Resolução incompleta ou parcial:* Com a impossibilidade de obter todas as informações consideradas desejáveis, algumas RPQs permanecerão insolúveis. As medidas são adiadas, a fim de aguardar um próximo estudo e exame complementar.

- *Resolução pendente:* São construções diferentes e, possivelmente, conflitantes quando não há quase nada a se fazer, mas sim continuar trabalhando sobre o problema (talvez por meio de uma atividade de avaliação complementar) e tentar um ajuste em direção a uma medida prática.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GERAL**

Avaliar o funcionamento do ambulatório de saúde mental, na perspectiva dos profissionais que nele atuam.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar as potencialidades e fragilidades de um serviço ambulatorial na perspectiva dos profissionais.
- Apontar sugestões de melhorias na assistência ofertada pela Rede de Atenção Psicossocial na perspectiva dos profissionais de um ambulatório de saúde mental.

## 5 PERCURSO METODOLOGICO

No presente estudo, buscou-se uma metodologia que pudesse avaliar o serviço ambulatorial, na perspectiva dos profissionais e, para isso, a abordagem qualitativa foi eleita, pois é capaz de entender como os fenômenos acontecem, buscando a profundidade dos fatos (CANZONIERI, 2010).

Nessa concepção, voltada à estrutura social do fenômeno, o método qualitativo se preocupa com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde ao universo mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (CAMPOS, 2012).

A abordagem qualitativa a ser adotada no estudo permitirá compreender o objeto avaliado, podendo subsidiar mudanças e transformações a partir dos dados gerados pela participação dos sujeitos envolvidos, pois de acordo com Minayo (2006) a pesquisa qualitativa é um tipo de investigação que, por meio da aproximação com a realidade, busca interpretar a experiência humana tal como ela é vivida, permeando a interação entre o sujeito e o seu mundo.

Importante ressaltar que a avaliação qualitativa de um serviço, corresponde à análise das dimensões que escapam aos indicadores e expressões numéricas. Essa análise se volta para a produção subjetiva, que permeia as práticas em saúde inscritas nos programas e serviços, repercutindo diretamente na natureza do material a ser levantado e produzido. É, portanto, aquela que, sem prejuízo da inserção de outras dimensões, inclui os atores envolvidos na produção das práticas, suas demandas subjetivas, valores, sentimentos e desejos (BOSI; UCHIMURA, 2007).

Uma das formas de avaliação dos serviços é a de Quarta Geração, em que as Reinvidicações, Preocupações e Questões (RPQ) servem de foco organizacional, implementada pelos pressupostos metodológicos do paradigma construtivista. Assim, o método de avaliação de quarta geração foi a escolhida para subsidiar o presente estudo, fornecendo as bases e fundamentos para sua proposta.

Para permitir um diagnóstico situacional, para realização da avaliação de quarta geração, o enfoque que melhor atendeu aos objetivos desta pesquisa, foi a

utilização do estudo de caso, em virtude da contínua interação entre as questões teóricas que estão sendo estudadas e os dados que estão sendo coletados.

Para Yin (2010), o estudo de caso é definido como uma pesquisa empírica, que investiga um fenômeno contemporâneo, em seu contexto natural, em situações em que as fronteiras entre o contexto e o fenômeno não são claramente evidentes, utilizando múltiplas fontes de evidência. Nesse tipo de estudo, o pesquisador deve manter-se atento para conhecer o contexto, as relações interpessoais envolvidas, sentimentos e valores, o que vai favorecer uma apreensão mais complexa do objeto estudado.

## 5.1 O CAMPO

### 5.1.1 Local de estudo

O estudo foi realizado em uma realidade específica: o Centro Integrado de Saúde Mental (CISAM), localizado na cidade de Maringá-PR. Essa escolha foi intencional, pois o objetivo não era o de confrontar realidades, mas sim, explorar um serviço ambulatorial de referência para o atendimento de toda a população do Município, na área de Saúde Mental. A ênfase em determinado serviço procura tomá-lo como parte de um conjunto mais amplo e abrangente de práticas assistenciais, no campo da saúde mental, o que permite maior aproximação da realidade.

O município de Maringá possui gestão plena do Sistema Municipal, é uma cidade com 357.077 habitantes, sendo a terceira maior população do Paraná (IBGE, 2012). Possui cinco hospitais gerais, uma emergência psiquiátrica em hospital geral, com 26 leitos, 26 Unidades Básicas de Saúde e duas policlínicas. A rede de Saúde Mental é composta por um hospital psiquiátrico, com 240 leitos disponíveis para o SUS, que é referência para três Regionais de Saúde (11<sup>a</sup>, 13<sup>a</sup> e 15<sup>a</sup>), um Centro Integrado de Saúde Mental (CISAM), responsável pela assistência ambulatorial em saúde mental (implantado em 1994), um CAPSad (implantado em 2002), uma Emergência Psiquiátrica Pública (implantada em 2003), um CAPS II (implantado em 2004), um CAPS infantil (implantado em 2012) e três Residências Terapêuticas, duas masculinas e uma feminina (implantadas

em 2006, 2009 e 2011) (BRASIL, 2012).

São critérios para atendimento no CISAM, a pessoa com comorbidades, continuidade de tratamento hospitalar, casos leves ou moderados, que não responderam ao tratamento na UBS, pacientes crônicos e estáveis, para a avaliação e controle periódicos. O atendimento é programado e consiste em consultas e atendimentos individualizados, nas áreas de psicologia, psiquiatria, enfermagem, farmácia, terapia ocupacional e serviço social.

Também são realizadas oficinas terapêuticas, grupos de salas de espera e grupos informativos, atendimento a tabagistas, orientação aos pais, psicoterapia individual e/ou de grupo para crianças, adolescentes e adultos, atendimento e orientação à família, quanto à doença, o tratamento e sua participação em grupos de ajuda (MARINGÁ, 2012).

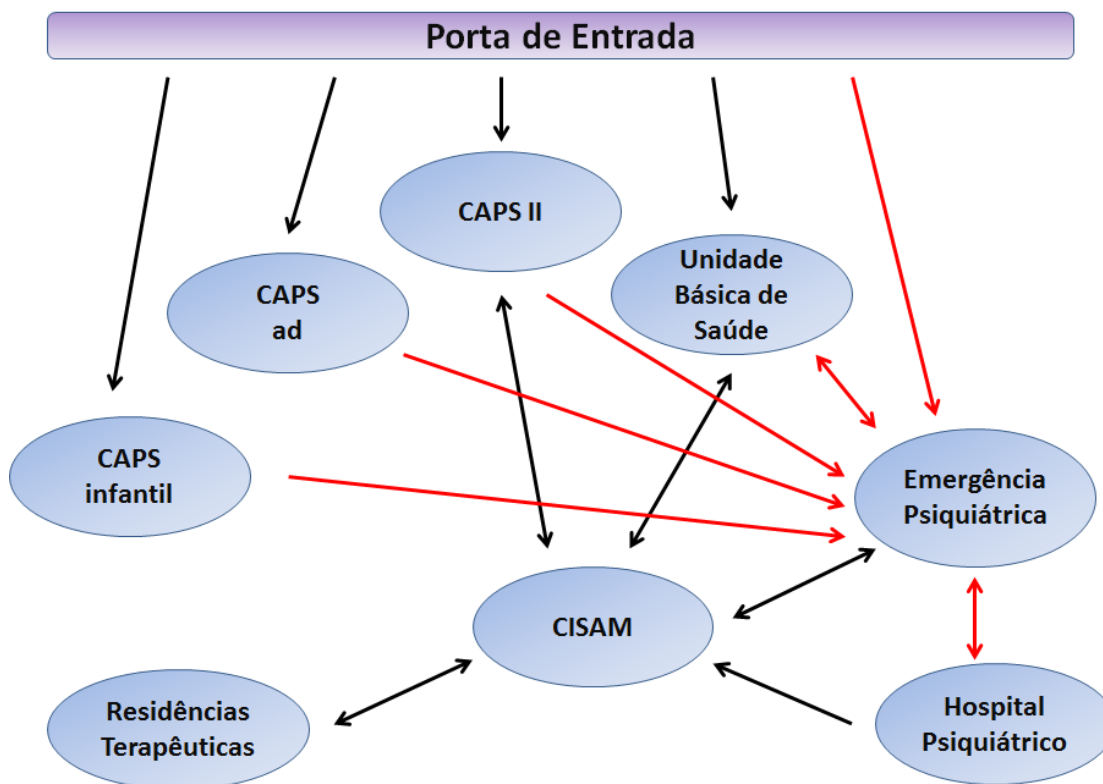
O CISAM realiza mensalmente em torno de 3.000 atendimentos, incluindo as consultas psiquiátricas e psicológicas, atendimento de enfermagem e assistência social além da dispensação de medicação psicotrópica. Os pacientes atendidos são provenientes de diversos setores: UBSs, Emergência Psiquiátrica, Hospital Psiquiátrico, residências terapêuticas e CAPS II (Figura 2) (MARINGÁ, 2012).

Não é possível identificar o número de altas e encaminhamentos realizados pelo CISAM, pois não existe nenhum registro contendo essas informações.

O quadro de funcionários do CISAM é composto por três enfermeiras, sete psicólogas, uma assistente social, dois psiquiatras, três residentes de psiquiatria, um farmacêutico, dois auxiliares de farmácia, quatro auxiliares de enfermagem e uma diretora, todos funcionários contratados via concurso público, com carga horária semanal de 40 horas, com exceção dos residentes de psiquiatria, que possuem carga horária de 20 horas semanais.

O ambulatório funciona em prédio de dois andares, alugado pela Prefeitura, desde 1994. No térreo, está localizada a recepção, uma sala para atendimento de enfermagem, uma para a assistente social, dois consultórios médicos, um consultório de psicologia, uma cozinha e uma farmácia, que faz a dispensação de medicação para 19 unidades básicas, pois divide essa atividade com o CAPSad, que distribui para as outras sete UBS do município.

Figura 2. Fluxograma de atendimento da Rede de Saúde Mental do Município de Maringá-Paraná, 2013.



O segundo andar possui quatro consultórios de psicologia e uma sala para reuniões, a qual é utilizada três vezes por semana, no período da tarde, para a educação de jovens e adultos, com finalidade de alfabetizar as pessoas com transtorno mental.

Importante ressaltar que o CISAM está vivenciando um período de mudanças, pois deixará de atender na modalidade de ambulatório de saúde mental e se transformará em CAPS III. Dessa forma, os profissionais terão que se enquadrar em um serviço com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental.

Os funcionários já estão cientes da mudança, porém não há data programada para acontecer, pois o prédio onde funcionará o CAPS III ainda está em construção.

### 5.1.2 Coleta de dados

Os dados foram coletados nos meses de fevereiro e março de 2013, no CISAM, utilizando como técnica de coleta a observação não participante (80 horas) e a entrevista aberta com o grupo de interesse, constituído pelos profissionais do ambulatório (160 horas).

A observação é uma técnica que faz uso dos sentidos para a apreensão de determinados aspectos da realidade. Ela consiste em ver, ouvir e examinar os fatos, os fenômenos que se pretende investigar, vindo a desempenhar importante papel no contexto da descoberta e obrigando, o investigador, a ter um contato mais próximo com o objeto de estudo (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

Nesse estudo, utilizou-se a técnica da observação sistemática/não participante, também conhecida como observação passiva. Nela, o pesquisador não se integra ao grupo observado, mas permanece de fora, ou seja, ele apenas presencia o fato, mas não participa dele, não se deixa envolver pelas situações, pois faz o papel de espectador. Esse tipo de observação é usado em pesquisas que requerem uma descrição mais detalhada e precisa dos fenômenos, ou em testes de hipóteses (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

Utilizamos, como forma de registro das observações, o diário de campo, que se constitui em um instrumento de anotações, comentários e reflexão, para uso individual do investigador em seu dia a dia. No diário de campo, se anotam todas as observações de fatos concretos, fenômenos sociais, acontecimentos, relações verificadas, experiências pessoais do investigador, suas reflexões e comentários, de modo a criar o hábito de escrever e observar com atenção, descrever com precisão e refletir sobre os acontecimentos. Trata-se do detalhamento descritivo e pessoal sobre os interlocutores, grupos e ambientes estudados (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

Foram observadas as seguintes atividades realizadas no CISAM: consultas de psiquiatria, atendimentos de psicologia individual e de assistência social, consulta de enfermagem; dispensação de medicamentos psicotrópicos (farmácia) para usuários atendidos no CISAM, atendimento e orientação à família quanto ao transtorno, o tratamento e sua participação em grupos de ajuda mútua.

O presente estudo abarcou 80 horas de observação, no decorrer de dois



meses (fevereiro e março de 2013). No primeiro mês, as duas primeiras semanas foram dedicadas exclusivamente à observação realizada nos períodos matutino e vespertino, conforme horário de funcionamento do CISAM (7h às 18h) pela pesquisadora. Para essa atividade, foi elaborado um roteiro de observação (Apêndice A), bem como o registro em diário de campo.

Dessa forma, foi possível a familiarização com a rotina e a dinâmica do serviço, além da oportunidade de conhecer melhor a equipe de profissionais, permitindo que eles incorporassem a presença da pesquisadora e conhecessem sua proposta do estudo.

Após esse período de observação, iniciaram-se as entrevistas com os profissionais. Nesse estudo, foi utilizada a técnica de entrevista aberta que, segundo Oliveira (2010), atende principalmente finalidades exploratórias e é bastante utilizada para o detalhamento de questões e formulações mais precisas dos conceitos relacionados. Em relação à sua estruturação, o entrevistador introduz o tema e o entrevistado tem liberdade para discorrer sobre ele, por meio de uma conversação informal.

Nesse estudo, as entrevistas com os profissionais foram gravadas em aparelho MP3, tiveram duração de quatro semanas (160 horas), incluindo, desde a entrevista com o primeiro respondente (R1), até a fase de negociação.

### **5.1.3 Etapas do trabalho em campo**

A seguir, serão detalhadas as etapas do trabalho de campo desenvolvidas para a realização de uma avaliação de quarta geração (GUBA; LINCOLN, 2011):

#### **a) Formalização do contrato com o cliente (contato com o campo)**

O primeiro contato com o serviço foi informal e ocorreu entre pesquisadora e sua orientadora com a coordenadora do CISAM, para verificar a possibilidade e interesse de realização do estudo e justificar sua importância para o município.

Uma vez identificado o interesse, foi solicitada a autorização formal, para sua realização, ao Centro de Capacitação Permanente em Saúde (CECAPS), da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá e, em seguida, a mesma foi apreciada e aprovada pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

(COPEP), da Universidade Estadual de Maringá (UEM).

### **b) Organização da avaliação**

Conforme proposto por Guba e Lincoln (2011), durante as duas primeiras semanas do estudo, foi realizada a etnografia prévia, a fim de conhecer melhor o serviço, a rotina e, principalmente, conviver com os profissionais em seu ambiente de trabalho, para adquirir confiança e estabelecer o vínculo necessário à realização da avaliação.

Previamente, para a entrada da pesquisadora no ambiente de estudo, foi elaborado um roteiro de observação, para posteriores registros.

### **c) Identificar os grupos de interesse (Stakeholders)**

No presente estudo, entendeu-se que os profissionais de saúde atuantes no CISAM, eram os representantes ou agentes, ou seja, as pessoas envolvidas na produção, na utilização ou na implementação do sujeito-objeto de avaliação.

Sendo assim, o grupo de interesse do presente estudo foi constituído pelos profissionais inseridos no círculo hermenêutico dialético: duas enfermeiras, dois psiquiatras, uma recepcionista, uma assistente social, duas psicólogas, um auxiliar de enfermagem, um farmacêutico, uma residente de psiquiatria e a diretora do serviço.

### **d) Aplicação do círculo hermenêutico dialético**

Para iniciar a aplicação do círculo, foi escolhido o primeiro respondente (R1), pela pesquisadora, por critério de conveniência, ou seja, foi escolhido por ser o profissional que recepcionou a pesquisadora no início da pesquisa e que aceitou participar do estudo. Os demais respondentes foram indicados pelos próprios entrevistados.

A finalização do círculo ocorreu quando as indicações dos profissionais começaram a se repetir, sendo encerrado com 12 profissionais.

Ao primeiro respondente foi solicitado responder às seguintes questões:

1. Fale sobre o atendimento no serviço. 2. O que você aprecia no atendimento aos pacientes nesse serviço? 3. O que você não aprecia nesse serviço? 4. Que fatores podem contribuir para o melhor funcionamento do serviço?

Dessa forma, inicialmente, as questões foram menos estruturadas, porém conforme as entrevistas aconteciam, mais questões eram introduzidas, tornando-as cada vez mais estruturadas, de modo, que a última entrevista continha um maior nível de estruturação que as demais, pois continha a análise de todos os entrevistados (Quadro 1).

**Quadro 1.** Construções do Círculo Hermenêutico Dialético da equipe

Questões iniciais	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fale sobre o atendimento no serviço.</li> <li>2. O que você aprecia no atendimento aos pacientes neste serviço?</li> <li>3. O que você não aprecia neste serviço?</li> <li>4. Que fatores podem estar contribuindo para o melhor funcionamento do serviço?</li> </ol>
Aspectos abordados a partir das questões desdobradas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Organização sobre as atividades educativas no serviço.</li> <li>2. Necessidade de reunião de equipe e divulgação dos projetos existentes no CISAM.</li> <li>3. Capacitação da equipe do CISAM.</li> <li>4. Desconhecimento dos profissionais da rede sobre as atividades desenvolvidas no CISAM.</li> <li>5. Vínculo empregatício, adesão ao plano de carreira e rotatividade dos profissionais.</li> <li>6. Fornecimento de psicofármacos e estrutura física do CISAM.</li> <li>7. Atendimento de saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde.</li> <li>8. Proposta de mudança dos atendimentos individuais para os atendimentos grupais.</li> <li>9. Volume de atendimento e capacidade de atendimento do CISAM.</li> <li>10. Falta de apoio e incentivo aos profissionais do serviço de saúde mental.</li> <li>11. Perfil dos usuários atendidos no ambulatório e sua adequação dentro de um CAPS.</li> <li>12. Forma de encaminhamentos recebidos pelas UBS.</li> <li>13. Melhorar a comunicação entre os serviços da rede de atenção psicossocial.</li> <li>14. Investimento da Secretaria Municipal em fornecer informações sobre o funcionamento da rede de saúde mental para todos os profissionais de saúde.</li> </ol>

#### **e) Testando e ampliando as construções conjuntas do grupo de interesse**

Após a constituição do grupo de interesse e o estabelecimento do círculo hermenêutico, que foi desenvolvido a partir das construções originais de cada participante, ainda foi possível utilizar outras informações disponíveis, que enriqueceram essas construções.

As observações realizadas por meio da etnografia prévia, foram utilizadas como informações no levantamento das questões durante as entrevistas, assim como os comentários durante as entrevistas, levaram a observações produtivas.

Algumas publicações, também foram utilizadas, a fim de aprimorar as

construções realizadas pelos entrevistados, tais como leis e portarias, referentes à Reforma Psiquiátrica, como a Lei n. 10.216/11, as Portarias n. 224/92, n. 336/02 e a n. 3088/11 do Ministério da Saúde, entre outras que subsidiam a Rede de Atenção Psicossocial.

#### **f) Preparando uma agenda de negociação**

O dia da negociação foi previamente agendado pela diretora do ambulatório. Deste modo, todos os participantes puderam se programar, a fim de não prejudicar o andamento das atividades no serviço.

Após definida a data para a realização da negociação, o próximo passo foi identificar os núcleos temáticos que surgiram após análise de cada entrevista e selecionar os que seriam levados para a discussão em grupo.

Os núcleos temáticos selecionados foram: 1) Fatores estruturais e organizacionais, 2) Recursos humanos e 3) Rede de Atenção Psicossocial.

Foi elaborado um texto com cópia para cada participante, contendo a síntese relacionada aos núcleos temáticos, de modo que todos pudessem participar ativamente no momento da negociação.

#### **g) Conduzindo a negociação**

A reunião com o grupo de negociação foi realizada numa sexta feira pela manhã e teve duração de 4 horas, com total privacidade para que todos se sentissem tranquilos ao expor suas opiniões. Durante esse período, as consultas de psicologia e psiquiatria foram suspensas, pois já haviam sido remanejadas previamente, para que todos os profissionais pudessem participar. Ao final da reunião, foi oferecido um café da manhã a todos os participantes.

No grupo, além dos profissionais, estavam presentes a pesquisadora, uma observadora e uma mestranda em enfermagem da UEM, que realizou o registro do que foi discutido no grupo.

Estiveram presentes nove participantes, sendo que os dois psiquiatras e a residente de psiquiatria, apesar de convidados, não compareceram nem justificaram a ausência.

Ao ser apresentada a análise final dos dados, percebeu-se um alto grau de consenso em relação às questões, as quais foram acolhidas pelos participantes

como legítimas. Pode-se dizer que, no grupo, todas as questões foram mantidas, apesar de, em relação a algumas delas, existirem diferenças, principalmente, nos aspectos relacionados ao conhecimento que os profissionais possuem do serviço ambulatorial. Isso demonstra que diferenças são esperadas em qualquer grupo, porém existiu a chance de serem explicitadas nessa etapa de negociação.

No caso da avaliação aqui apresentada, os profissionais avaliaram que o resultado apresentava os reais problemas que o serviço estava vivenciando. Lembrando que o material apresentado foi resultado de uma construção conjunta dos que ali estavam e que retratava o envolvimento e compromisso do grupo com a proposta.

O grupo ressaltou ainda a importância do processo avaliativo, como uma estratégia de apoio frente a uma série de dificuldades que vinham passando no serviço e que, através desse estudo, foram explicitadas.

## **5.2 ANÁLISE DOS DADOS**

Os dados foram analisados por meio do Método Comparativo Constante, que permite que os dados sejam analisados concomitantemente à sua coleta. Nesse método de análise, a subjetividade do pesquisador é considerada como parte fundamental do ato de pesquisar (GUBA; LINCOLN, 2011).

Na realização da pesquisa, as observações, as entrevistas e as impressões do pesquisador são analisadas em conjunto, possibilitando uma interação dialética entre o pesquisador, os sujeitos e o objeto do estudo. Esse método de análise foi escolhido por proporcionar essa dinâmica, uma vez que a Avaliação de Quarta Geração prevê a construção conjunta (sujeitos e pesquisador) do resultado final da pesquisa.

O Método Comparativo Constante prevê duas etapas: a identificação das unidades de informação e a categorização. As unidades de informação são sentenças ou parágrafos obtidos no material empírico, registrados de modo compreensível a qualquer leitor, que não somente o pesquisador.

A categorização tem o objetivo de unificar, em categorias provisórias, todas as unidades de informação relacionadas ao mesmo conteúdo, buscando a consistência interna das categorias para, posteriormente, a partir da negociação,

construir as categorias definitivas.

Ao final da análise, as categorias definitivas foram: 1) “Fatores estruturais e organizacionais de um ambulatório de Saúde mental”, 2) “Recursos humanos e sua relação com o atendimento à pessoa com transtorno mental” 3) “Construção de uma Rede de Atenção Psicossocial”.

## **6 ASPECTOS ÉTICOS**

Esta pesquisa foi aprovada pelo COPEP, pelo Parecer n. 202.073 de dezembro de 2012 (Anexo A). Foram observados todos os preceitos éticos que envolvem pesquisas com seres humanos.

Os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B), em consonância com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º 466 de 12/12/2012, que regulamenta a questão.

O órgão do Município de Maringá, responsável pelas pesquisas efetuadas junto às entidades diretamente ligadas à administração da prefeitura (CECAPS), autorizou o acesso aos dados, pelo Ofício n.º 1058/2012 (Anexo B).

Para manter o anonimato dos participantes, os trabalhadores foram identificados utilizando-se a letra "P", seguida de um número sequencial correspondente aos sujeitos, obtendo-se a seguinte codificação: P1 até P12.

## 7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão apresentados no formato de três artigos científicos.

**Artigo 1.** “O ambulatório de saúde mental na perspectiva de seus profissionais”. Seu objetivo foi identificar as potencialidades de um serviço ambulatorial de saúde mental na perspectiva dos profissionais.

**Artigo 2.** “Ambulatório de saúde mental: fragilidades apontadas por profissionais”. Teve como objetivo identificar as fragilidades de um serviço ambulatorial de saúde mental na perspectiva dos profissionais.

**Artigo 3.** “Assistência em saúde mental: propostas de melhorias pelos profissionais de um ambulatório”. O objetivo deste estudo foi apontar sugestões de melhorias na assistência ofertada pela Rede de Atenção Psicossocial na perspectiva dos profissionais de um ambulatório de saúde mental.



## 7.1 ARTIGO 1

**O AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL NA PERSPECTIVA DE SEUS  
PROFISSIONAIS**

THE OUTPATIENT MENTAL HEALTH IN VIEW OF THEIR PROFESSIONAL

EL AMBULATORIO DE SALUD MENTAL EN LA PERSPECTIVA DE SUS  
PROFESIONALES**RESUMO**

O objetivo deste estudo foi identificar as potencialidades de um serviço ambulatorial de saúde mental, na perspectiva dos profissionais. Estudo qualitativo, do tipo estudo de caso e desenvolvido por meio da avaliação de Quarta Geração. Os dados foram coletados em fevereiro e março de 2013 com o uso da observação não participante (80 horas) e entrevista aberta individual com os profissionais (160 horas). Os informantes foram 12 profissionais atuantes no ambulatório, incluídos no estudo por meio do círculo hermenêutico dialético. A análise se baseou no Método Comparativo Constante, possibilitando a delimitação de núcleos temáticos. Os resultados ressaltaram potencialidades do serviço relacionadas ao acolhimento, vínculo e comprometimento da equipe; ao suporte oferecido à rede de atenção em saúde por meio da equipe multiprofissional; e aos projetos realizados e parcerias existentes com outras instituições a fim de promover a reinserção social dos pacientes. Apesar das potencialidades citadas, é necessário rever as funções desempenhadas pelos ambulatórios, a fim de construir novas relações com os demais dispositivos da rede.

**Descritores:** Avaliação em saúde. Serviços de saúde mental. Saúde mental. Enfermagem.

**ABSTRACT**

The objective of this study was to identify the potentialities of an outpatient clinical service of mental health from the perspective of professionals. This is a qualitative study of a case study that was developed through review of the Fourth Generation. Data were collected in February and March 2013 with the use of non-participant observation (80 hours) and individual open interviews with professionals (160 hours). The informants were 12 professionals who work in the outpatient clinic, enrolled through the dialectical hermeneutic circle. The analysis was based on the Constant Comparative Method, allowing the demarcation of essential themes. The results highlighted the potentialities of the service related to host, bond and commitment of staff; to the support offered for the health care network through the multidisciplinary team; and the projects undertaken and existing partnerships with other institutions in order to promote the social reintegration of patients. Despite the potential aforementioned, it is necessary to review the functions performed by the outpatient clinics in order to build new relationships with other network devices.

**Descriptors:** Health evaluation. Mental Health Services. Mental Health. Nursing.

## RESUMEN

El objetivo de este estudio fue de identificar las potencialidades de un servicio ambulatorio de salud mental en la perspectiva de los profesionales. Estudio cualitativo, del tipo estudio de caso y desarrollado por medio de la evaluación de Cuarta Generación. Los datos fueron recolectados en febrero y marzo de 2013 con el uso de la observación no participante (80 horas) y entrevista abierta individual con los profesionales (160 horas). Los informantes fueron 12 profesionales actuantes en el ambulatorio, incluidos en el estudio por medio del círculo hermenéutico dialéctico. El análisis se basó en el Método Comparativo Constante, posibilitando la delimitación de núcleos temáticos. Los resultados resaltaron potencialidades del servicio relacionadas al acogimiento, vínculo y comprometimiento del equipo; al soporte ofrecido a la red de atención en salud por medio del equipo multiprofesional; y a los proyectos realizados y sociedades existentes con otras instituciones a fin de promover la reinserción social de los pacientes. A pesar de las potencialidades citadas, es necesario rever las funciones desempeñadas por los ambulatorios, a fin de construir nuevas relaciones con los demás dispositivos de la red.

**Descriptor:** Evaluación en salud. Servicios de salud mental. Salud mental. Enfermería.

## INTRODUÇÃO

A Quarta Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), realizada em 2010, reafirma de forma unívoca e incondicional os princípios mais gerais da Reforma Psiquiátrica em curso no país, como a superação do modelo asilar, por meio de construção de uma rede substitutiva diversificada e garantia dos direitos de cidadania das pessoas com transtorno mental (PTM) e de seus familiares<sup>(1)</sup>.

A implementação de uma nova lógica de cuidados a pessoas com transtornos mentais implica em superação do modelo asilar e a implementação do modelo de atenção psicossocial. Esse novo modelo paradigmático evidencia mudanças, avançando na construção de uma diversidade de dispositivos territoriais de atenção e cuidado, com uma lógica baseada na integralidade das problemáticas de saúde e na ação territorializada sobre elas<sup>(2)</sup>.

A rede de serviços em saúde mental é constituída por vários dispositivos assistenciais, que possibilitam a atenção psicossocial aos pacientes com transtornos mentais. Essa rede pode contar com ações de saúde mental na Atenção Básica (AB), na Estratégia Saúde da Família (ESF), nos Centros de Assistência Psicossocial (CAPS), nos Ambulatórios de Saúde Mental (ASM) e em outros equipamentos comprometidos com a atenção psicossocial. Essa rede deve

funcionar de forma articulada, sendo os CAPS responsáveis pela sua organização, como porta de entrada, articulação e funcionamento<sup>(3)</sup>.

Nas práticas sustentadas no modelo psicossocial, o avanço é evidenciado pela construção de uma rede de serviços que devem constituir-se verdadeiros espaços de sociabilidade, de acolhimento, cuidado e relações sociais, não mais lugar de repressão, vigilância e punição<sup>(4)</sup>.

Esses serviços devem dispor de equipe multiprofissional, cuja prática deve ser pautada no conceito de integralidade, em trabalhar com a noção de rede, de territorialização, intersetorialidade, em participação social e democratização. Portanto, deve haver uma rede de serviços abertos, que se articulam entre si, com a atenção básica e os recursos disponíveis na comunidade<sup>(4)</sup>.

O surgimento dos ambulatórios especializados em saúde mental no Brasil ocorreu no século passado, com a implantação da Política Assistencial de Higiene Mental, objetivando prevenir transtornos mentais na população. Na década de 1980, foi implantado o Plano de Reorientação da Assistência Psiquiátrica, pelo Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária, por meio do qual foram aplicados grandes investimentos do Estado no sistema de atendimento público, priorizando a reforma dos hospitais psiquiátricos e a expansão de uma rede ambulatorial extramuros, na busca da reinterpretação do fenômeno do adoecimento mental<sup>(2)</sup>.

Em 1992, a Portaria da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/MS/nº 224 estabeleceu algumas diretrizes e normas sobre a organização de serviços, baseada nos princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações. Dentre as normas, destaca-se o atendimento ambulatorial, que deve seguir as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), podendo englobar unidades básicas/centros de saúde e ambulatórios especializados inseridos ou não em policlínicas<sup>(5)</sup>.

As atividades desenvolvidas nesses serviços devem concentrar-se no atendimento individual e grupal, nas visitas domiciliares e nas atividades comunitárias, especialmente na área de referência, sendo função, do gestor local, definir seu papel na rede de saúde<sup>(5)</sup>.

No entanto, os serviços ambulatoriais, de modo geral, se distanciaram da assistência baseada no modelo psicossocial e, da maneira como vêm operando,

possibilitam ocultar processos de cronificação em três diferentes níveis: ao aglutinar funções que deveriam ser realizadas por outros dispositivos da rede de saúde mental; nos CAPS, que não vêm conseguindo produzir ações territoriais e ser ordenadores da rede; e nos processos de gestão e trabalho em saúde mental<sup>(2)</sup>.

De fato, os ambulatórios não conseguiram mudar a lógica do modelo asilar, para exercer uma boa assistência à Saúde Mental, pelo contrário, produziram um aumento na demanda de internações, ao ampliar o acesso da população às consultas psiquiátricas<sup>(6)</sup>.

Diante do cenário em que se encontram os ambulatórios de saúde mental, considera-se que conhecer a opinião dos profissionais atuantes no ambulatório, sobre a atendimento oferecido as pessoas com transtorno mental, é fundamental, além de oferecer subsídios para o aprimoramento da organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Portanto, a partir do exposto, questiona-se: como os profissionais do ambulatório de saúde mental percebem o ambulatório dentro da Rede de Assistência Psicossocial? E, para responder a essa questão, delimitou-se como objetivo do estudo, identificar as potencialidades de um serviço ambulatorial de saúde mental na perspectiva dos profissionais.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo avaliativo de abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, que utilizou os pressupostos metodológicos da Avaliação de Quarta Geração. Esse referencial tem caráter formativo, pois visa fornecer informações para adequar e superar aspectos problemáticos do serviço, durante o processo avaliativo, bem como um caráter responsivo, por considerar as reivindicações, preocupações e questões dos sujeitos para repensar a organização do serviço<sup>(7)</sup>.

O termo responsivo é usado para designar uma forma diferente de focalizar uma avaliação, estabelece parâmetros, por meio de um processo interativo e negociado que envolve grupos de interesse e é por esse motivo, dentre outros, que se diz que a concepção de uma avaliação responsiva é emergente<sup>(7)</sup>.

O termo grupos de interesse designa organizações, grupos ou indivíduos potencialmente vítimas ou beneficiários do processo avaliativo. Esses grupos são

formados por pessoas com características comuns, que têm algum interesse no desempenho, no produto ou no impacto do objeto da avaliação e estão, de alguma maneira, envolvidos, ou potencialmente afetados pelo serviço e pelas eventuais consequências do processo avaliativo<sup>(7)</sup>.

A avaliação de quarta geração é implementada por meio dos pressupostos metodológicos do paradigma construtivista, em que os parâmetros e limites da avaliação são determinados mediante um processo interativo e de negociação que envolve os sujeitos da pesquisa<sup>(7)</sup>.

Os dados desse estudo foram coletados nos meses de fevereiro a março de 2013, em um ambulatório de saúde mental, em um município do noroeste do Paraná, por meio de entrevistas com o grupo de interesse, constituído por 12 profissionais atuantes no ambulatório.

Como instrumento de coleta de dados, foi utilizada a observação não participante (80 horas) e entrevistas com os profissionais (160 horas), as quais foram gravadas e transcritas na íntegra. As questões iniciais das entrevistas foram: - Fale sobre o atendimento no serviço; - O que você aprecia no atendimento aos pacientes neste serviço; - O que você não aprecia neste serviço? - Que fatores podem contribuir para o melhor funcionamento do serviço?

Para a operacionalização da avaliação, foi utilizado o círculo hermenêutico dialético, o qual é hermenêutico devido ao seu caráter interpretativo e dialético, por implicar comparação e contraste de diferentes pontos de vista, objetivando um espaço de interlocução dos sujeitos e, quando possível, alcançar um consenso<sup>(7)</sup>.

No início do Círculo, foi realizada uma entrevista, em que foi solicitado ao primeiro entrevistado que discorresse sobre as questões iniciais. Após a entrevista, era realizada uma análise prévia do depoimento, para identificar aspectos da avaliação, para apreciação do próximo entrevistado. Desta maneira, a partir do segundo entrevistado, todos os outros eram convidados a responder às questões iniciais e também a opinar a respeito das construções, que foram surgindo ao longo das análises das entrevistas de cada sujeito do estudo<sup>(7)</sup>.

Os dados foram analisados por meio do Método Comparativo Constante, que permite que os dados sejam analisados concomitantemente à sua coleta. Esse método prevê duas etapas: a identificação das unidades de informação e a categorização. As unidades de informação são sentenças ou parágrafos, obtidos

no material empírico, registrados de modo compreensível a qualquer leitor, que não somente o pesquisador<sup>(7)</sup>.

Já a categorização tem o objetivo de unificar, em categorias provisórias, todas as unidades de informação relacionadas ao mesmo conteúdo, buscando a consistência interna das categorias para, posteriormente, a partir da negociação, construir as categorias definitivas<sup>(7)</sup>.

A partir da análise prévia dos dados coletados, foram construídos núcleos temáticos, os quais foram apresentados aos sujeitos da pesquisa para negociação, permitindo que os sujeitos discutissem sobre os temas levantados, oportunizando a eles modificar ou afirmar a credibilidade desses temas. A negociação, como estratégia do processo da Avaliação de Quarta Geração, foi realizada mediante a utilização de técnica grupal, contando com a participação de todos os entrevistados<sup>(7)</sup>.

Dessa forma, as questões surgidas foram reagrupadas, permitindo a construção dos seguintes núcleos temáticos: Assistência ambulatorial, Rede de Atenção em Saúde e Intersetorialidade.

O desenvolvimento do estudo seguiu os trâmites determinados pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovada pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme parecer n. 202.073 de dezembro de 2012.

Para manter o anonimato dos participantes, os trabalhadores foram identificados utilizando-se a letra "P", seguida de um número sequencial correspondente à ordem de realização das entrevistas.

## **RESULTADOS**

Os dados foram analisados e agrupados em três categorias: Aspectos humanos da Assistência ambulatorial; Suporte para a Rede de Atenção em Saúde e Intersetorialidade e os projetos existentes.

### **Aspectos Humanos da Assistência Ambulatorial**

Entre as potencialidades citadas pelos entrevistados, destaca-se o acolhimento, vínculo estabelecido e a continuidade do tratamento. Esses fatores

contribuem para que o paciente não interrompa o tratamento e retorne para a próxima consulta, o que por sua vez evita possíveis crises.

[...] tem que ser avaliado um pouquinho com mais calma, ouvir mais, porque as vezes o paciente vai na primeira consulta e ele coloca tanta angústia, mas nas próximas você vai vendo que tem algumas coisas que ele já tem avançado (P5).

O ambulatório é um serviço admirável [...] é efetivo, porque não tem diferença de um tratamento desse para um tratamento no consultório particular [...] o retorno que o usuário nos dá sempre é muito positivo (P9).

O nosso trabalho semanal acaba dando um suporte bem grande pra pessoa, então o risco de surto diminui [...] você imagina toda semana ele saber que tem alguém aqui que ele pode contar, segura muito, dá um bom suporte (P5).

O trabalho multiprofissional que inclui consulta médica, atendimento e consulta de enfermagem, psicologia, serviço social e a dispensação de psicotrópicos continuamente, sem despender gastos financeiros, foram citados como um dos fatores de sucesso para o tratamento dos pacientes.

A pessoa tem um atendimento psiquiátrico, psicológico por tempo indeterminado [...] e também a opção de ter já o medicamento (P3).

Outra coisa importante aqui que nós fazemos, é que o paciente vem para nós, (enfermeiro) fazemos uma consulta de enfermagem, um histórico [...] e em seguida ele vai para a consulta com o médico [...] Quando precisamos também temos a assistente social que dá uma boa ajuda (P1).

O comprometimento dos profissionais com o tratamento é um fator destacado como potencialidade, demonstrando a seriedade deles e o vínculo com o paciente.

Eu achei muito interessante o que o psicólogo fez esses dias. Ele falou, “Eu vou sair de férias, vem um paciente e eu falei pra ele que eu vou estar de férias, ele vai procurar você. Eu falei que você é enfermeira, só pra bater um papo, pra ficar mais calmo. Você dá essa ajuda pra mim?”. Eu falei, lógico, não sei se eu vou chegar num ponto de [...] “Não, ele sabe que você é enfermeira e ele vai cobrar você”, eu falei: claro, lógico (P8).

Da mesma forma, a troca de informações sobre os pacientes também demonstra comprometimento com os pacientes e seu tratamento.

A gente tem esse diálogo sobre o paciente que passa por nós [...] as vezes o farmacêutico vem também “eu percebi que lá dentro ele falou que tá tomando de tal forma a medicação, você pode ver aí como foi orientado?” (P1)

Toda sexta-feira a gente se reúne pra fazer estudo de caso, cada um traz um caso vai falando de algumas dificuldades, a gente discute em reunião (P5).

### **Suporte para a Rede de Atenção em Saúde**

O atendimento no ambulatório é percebido como integrado e tem como vantagem o fato de concentrar, em um mesmo local, assistência prestada por diferentes profissionais, o que o torna essencial para os pacientes que buscam atendimento na área de psiquiatria:

A gente também recebe encaminhamento da emergência psiquiátrica, do Hospital Psiquiátrico e dos CAPS. Ele vem ou para consulta de psiquiatria ou para a psicoterapia [...] pode ser que chegando aqui, ele também seja indicado para outro tratamento, tornando o atendimento multiprofissional (P7).

Então aqui é um atendimento psiquiátrico, psicológico. É, exatamente, multiprofissional, tudo concentrado num lugar. Vem encaminhado da Unidade Básica de Saúde (P8).

No ambulatório, não é realizado atendimento por livre demanda. Trata-se de um serviço de referência para as unidades básicas de saúde, hospital psiquiátrico e emergência psiquiátrica. Atende também à demanda do CAPS, quando há necessidade de consulta médica, de enfermagem, medicação injetável ou suporte social.

É um atendimento especializado na área de psiquiatria. Tem como demanda o paciente encaminhado via UBS, via retorno de internação do hospital psiquiátrico, retorno de internação de Hospital Municipal, ou seja, não é um serviço que faz um atendimento de porta aberta [...] ele é referencia para o atendimento especializado (P2)

Contudo, a localização geográfica do serviço constitui uma limitação de acesso para a população, que precisa se deslocar de vários pontos da cidade



para buscar o atendimento:

O Atendimento está bom, muito bom, está diminuindo a fila de espera, a única coisa que eu acho ruim hoje, no serviço de atenção em saúde mental (...), é a existência de um único ambulatório [...] tem gente que perde o dia para vir aqui [...] (P12).

O ambulatório é visto como um ponto de referência para o atendimento em saúde mental, pois absorve boa parte da demanda de atendimento. Apesar da existência de um CAPS II no município em estudo, os entrevistados relataram que os pacientes têm melhor aceitação do ambulatório do que o CAPS para seguir com o seu tratamento.

O ambulatório dá conta de muita coisa que o CAPS não dá [...] Tem pacientes que não vão querer ficar no CAPS [...] (P7)

Eu tenho paciente que voltou a estudar, voltou a trabalhar, isso é uma coisa bonita de se ver [...] uma coisa boa de se ver [...] Ai você vai tirar esse paciente da vida dele pra botar ele no CAPS? (P12).

### **Intersectorialidade e os projetos existentes**

Dentre as parcerias com diversos setores, destaca-se a existente entre o ambulatório e a Universidade, pois, ao mesmo tempo em que constitui campo de estágio para os residentes de Psiquiatria do Departamento de Medicina, também aumenta a capacidade de atendimento do serviço:

Eu sou médica residente, a universidade tem um convênio com a prefeitura onde a gente presta atendimento aqui no serviço sem um vínculo e sem receber [...] porque faz parte do nosso programa de formação (P11).

Outra parceria é com a Secretaria de Educação, que possibilita que as pessoas com transtorno mental continuem a estudar, por meio do projeto Educação de Jovens e Adultos. O projeto é desenvolvido por uma escola municipal e o ambulatório disponibiliza uma de suas salas, todos os dias, no período vespertino:

Temos um trabalho aqui no CISAM [...] que é o pessoal da educação que faz. Já vi pacientes bem agressivos que ficaram muito bem na sala de aula, é bem gratificante de ver [...] (P1)

A terceira parceria existente é com o serviço de assistência social, que realiza um trabalho essencial para os pacientes que perderam o vínculo com sua família e com a sociedade:

Meu trabalho é no atendimento social porque onde você está atendendo em apoio a psiquiatria, tem que avaliar que por trás da patologia tem um problema de ordem social muito sério que o levou a uma doença mental, de repente ele tá tendo uma privação em casa, um conflito grande, de família (P4).

Outra atividade desenvolvida, por intermédio do ambulatório, são os projetos realizados para estimulação e reinserção social dos pacientes.

Eles mesmos já falaram que é muito gratificante, os próprios pacientes falam. [...] não é só o dinheirinho que é dividido lá entre eles que acaba ajudando mas, também esse retorno, esse reconhecimento, a auto estima melhora, eles se sentem capazes, com potencial de desenvolver alguma coisa (P1).

O projeto “Girassol”, que prioriza o artesanato e o projeto “Pescando Mentes”, que confecciona materiais para pesca, são dois exemplos de atividades que tem como foco a reinserção social dos pacientes e a geração de renda.

## **DISCUSSÃO**

Uma das potencialidades destacadas pelos profissionais diz respeito aos aspectos humanos da assistência. Nesse sentido, os profissionais destacaram o acolhimento e a presença do vínculo, como pontos decisivos na relação de cuidado entre o trabalhador de saúde mental e o usuário. Nessa relação, o acolhimento e o vínculo facilitam a construção da autonomia, mediante responsabilização compartilhada e pactuada entre as pessoas nessa terapêutica<sup>(8)</sup>.

Durante a sessão de negociação, realizada com os profissionais, o vínculo e a escuta qualificada foram citadas e validadas como potencialidades do serviço, reconhecidos como um dos pilares de qualidade, dentro de uma instituição de

saúde, principalmente em um serviço de saúde mental, no qual os pacientes, em geral, estão fragilizados e, muitas vezes, tiveram seus vínculos familiares e sociais rompidos, em virtude do acometimento pelo transtorno.

Dessa forma, na prática cotidiana dos serviços, deve-se priorizar a tecnologia leve, que se refere às tecnologias de relações, produção, comunicação, acolhimento, vínculos e de autonomização, como instrumento para atingir a integralidade e a humanização do cuidado<sup>(9)</sup>.

Essa prática pode ser fundamentada na corresponsabilização e na escuta ativa entre profissional e usuário dos serviços de saúde. Isso porque a integralidade está presente no encontro, na conversa, na atitude do profissional que busca prudentemente reconhecer, para além das demandas explícitas, as necessidades dos cidadãos no concernente à sua saúde<sup>(8)</sup>.

Outro item discutido e validado como potencialidade pelos profissionais, referente aos aspectos humanos, foi o atendimento oferecido através de equipe multiprofissional. Entretanto, ressalta-se que a Reforma Psiquiátrica, além dos atendimentos multiprofissionais, estimula a interdisciplinaridade no serviço.

Observa-se que no ambulatório os atendimentos não são interdisciplinares, pois estão focados na assistência médica e psicológica, com base na prescrição de medicação e na psicoterapia individual, constituindo-se em atendimentos multiprofissionais individualizados.

A multiprofissionalidade retrata uma justaposição de diversas disciplinas, na qual cada profissional atua de acordo com o seu saber especializado; consistindo num processo terapêutico fragmentado. Já a interdisciplinaridade implica na interação entre duas ou mais disciplinas, sendo que essa interação se reflete na integração de conceitos-chave, na epistemologia e na organização da pesquisa e do ensino<sup>(10)</sup>.

A interdisciplinaridade, portanto, constitui-se em importante ferramenta a ser utilizada dentre os diversos recursos dos serviços substitutivos, na vertente da terapêutica da integralidade do cuidado, pois representa a interação de vários saberes sobre um mesmo objeto<sup>(11)</sup>.

Uma das formas de trabalhar a interdisciplinaridade nos serviços é a implantação do Projeto Terapêutico que, de acordo com a Portaria n. 147, de 25 de agosto de 1994<sup>(12)</sup>, é definido como o conjunto de objetivos e ações,

estabelecidos e executados pela equipe multiprofissional, voltados para a recuperação do usuário do serviço, desde a admissão até a alta. É um instrumento de gestão que deve contemplar o desenvolvimento de programas específicos e interdisciplinares adequados às características da clientela, compatibilizando a proposta de tratamento, com a necessidade de cada usuário e de sua família.

Embora os profissionais do ambulatório destaquem como potencialidades o atendimento ofertado e o entrosamento dos profissionais durante o tratamento, o serviço não prioriza a discussão de casos e as reuniões de equipe, dificultando a implantação do projeto terapêutico. A ausência desse espaço foi um dos aspectos citados na sessão de negociação, pois apenas parte dos profissionais se reúne para discussão, os demais, não têm o hábito de participar. Esse fato gerou reflexões por parte dos profissionais, no sentido de que se faz necessário retomar às reuniões gerais, bem como, os estudos de casos, para que seja aprimorado e otimizado o atendimento desses pacientes.

Nesse contexto, ressalta-se o papel da enfermagem, no conhecimento e utilização de alguns princípios dos processos comunicacionais, proporcionando melhor atuação por meio da comunicação verbal e não verbal, estabelecendo a interação terapêutica<sup>(13)</sup>, trabalhando em parceria com a família e com a equipe e compartilhando saberes<sup>(14)</sup>.

Em estudo com enfermeiros, sobre o papel das atividades educativas realizadas com os usuários e suas famílias, foi ressaltado que os mesmos encontram vários entraves para sua realização, tais como perfil dos profissionais da equipe, sobrecarga de trabalho, formação profissional e falta de recursos. Dessa forma, os autores destacam que os enfermeiros precisam buscar alternativas para a superação dessas dificuldades, de modo que essa ação não seja considerada somente mais uma atividade a ser realizada nos serviços, mas sim uma prática que alicerça e reorienta toda a Atenção em Saúde<sup>(15)</sup>.

Diante da recente mudança de paradigma na atenção aos indivíduos com transtorno mental, deve-se considerar que o enfermeiro é um dos profissionais mais habilitados na condução das ações de cuidado, através das atividades realizadas na atenção à saúde mental. Nesse intuito, é necessário buscar novas estratégias no cuidado aos pacientes e suas famílias, já que, na atualidade, a

reinserção social do indivíduo, tendo a família incluída no cuidado e em atividades que visem à promoção da saúde, constituem instrumentos que devem ser considerados como ação substitutiva ao modelo tradicional<sup>(16)</sup>.

Entretanto, ainda sobre o papel do enfermeiro, ocorrem alguns equívocos quanto à identificação do papel desempenhado junto à equipe interdisciplinar nos serviços substitutivos, permanecendo indefinido o espaço e a atuação do enfermeiro no contexto multidisciplinar. A partir do momento em que o enfermeiro passa a adquirir uma postura de agente terapêutico, espera-se que se posicionem como profissionais ativos e construam princípios científicos próprios, refletindo sobre os modelos teóricos, apresentados pela Psiquiatria, não difundindo-os sem uma reflexão crítica<sup>(17)</sup>.

No aspecto referente à resolutividade do serviço, tem-se que, de maneira geral, no modelo hierarquizado por níveis de atenção, ela pode ser avaliada por dois aspectos. O primeiro, dentro do próprio serviço, quanto à capacidade de atender à sua demanda e de encaminhar os casos que necessitam de atendimento mais especializado e o segundo, dentro do sistema de saúde, que se estende desde a consulta inicial do usuário no serviço de atenção primária à saúde, até a solução de seu problema, em outros níveis de atenção à saúde<sup>(18)</sup>.

Em se tratando da resolutividade dos serviços, especificamente em saúde mental, considera-se que diversos problemas têm limitado sua resolutividade: a ausência de uma rede de saúde mental estruturada e devidamente articulada com as demais redes assistenciais, cujo desdobramento é a dificuldade de resolução de crises e conseqüente não redução significativa das reinternações psiquiátricas; conflitos entre as dimensões da autonomia do sujeito e a tutela pelo serviço e o assistencialismo das políticas de Assistência Social; conflito entre o modelo de formação e a atuação na atenção psicossocial; dificuldade na gestão do território; a dificuldade teórica e prática, na gestão dos projetos terapêuticos individuais e coletivos e a terapêutica predominantemente centrada na erradicação de sintomas, mediante à prescrição massificada de drogas<sup>(19)</sup>.

Nesse aspecto, os profissionais citaram, como potencialidade, o suporte fornecido pelo ambulatório, dentro da Rede de Atenção. Apesar de mencionarem que o ambulatório consegue resolver a maioria dos casos pela equipe

multiprofissional do CISAM, salienta-se a longa fila de espera a que os pacientes das UBS e dos outros serviços são submetidos.

Como resultado, as cronicidades que o serviço ambulatorial ocasionam são expressas por meio da retenção, por tempo indeterminado, dos usuários, nos serviços de saúde mental, da dificuldade de produzir ações fora dos muros desses serviços, de construir portas de saída e de circulação na rede, de implementar novas relações e sociabilidades na comunidade e de espaço urbano para as pessoas que sofrem de transtornos mentais<sup>(2)</sup>.

Ademais, o processo de ambulatorização da saúde mental, ocorrido no País, tem demonstrado a cronificação da população assistida, com a atração de novos pacientes e elevação do consumo de psicotrópicos.

Essas consequências são sentidas como aspectos problemáticos no processo de reforma psiquiátrica, já que seu objetivo é a mudança paradigmática do modo asilar hegemônico, para o modelo psicossocial<sup>(2)</sup>.

Assim, surgem diversos questionamentos sobre a resolutividade dos ambulatórios, na assistência à saúde mental. O fato é que, até 2010, o Brasil possuía 16 ambulatórios de saúde mental, na região Norte; 148, na região Nordeste; 22, na região Centro-Oeste; 394, na região Sudeste; 280, na região Sul, totalizando 860 ambulatórios, em geral, com baixa resolutividade e um funcionamento pouco articulado à rede de atenção à saúde mental, o que tornava necessário discutir com mais profundidade o modelo da reforma psiquiátrica e o papel desses dispositivos<sup>(20)</sup>.

No município em estudo, a ausência de uma rede articulada com estratégias definidas de atendimento, em todos os pontos de atenção e para todos os tipos de demanda, faz com que a maioria dos pacientes sejam atendidos pelo ambulatório, uma vez que o CAPS é visto como local de tratamento e acompanhamento de pacientes considerados mais complexos e as unidades básicas de saúde, por sua vez, vislumbram, na figura do ambulatório, uma válvula de escape, transferindo a continuidade do tratamento e acompanhamento para o serviço ambulatorial.

Entretanto, conforme a legislação, os CAPS são os organizadores da rede e, como tais, deveriam buscar o estreitamento de laços entre o campo da saúde mental e a comunidade. De acordo com a Portaria do Ministério da Saúde, nº 336

de 2002, que define e estabelece as diretrizes para o funcionamento dos CAPS, é função desse serviço oferecer suporte em saúde mental à atenção básica, responsabilizar-se pela organização da demanda e pela rede de cuidados e supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica<sup>(21)</sup>.

Além disso, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 154 de 2008, criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), para aumentar as ações e eficácia da atenção básica, por meio do trabalho compartilhado da Estratégia Saúde da Família, na rede de serviços e na comunidade, na qual está inserida<sup>(22)</sup>. Essas medidas apenas reforçam a importância da integralidade das ações do sistema de saúde, destacando a responsabilização, tanto da atenção primária, quanto dos serviços "especializados" como o CAPS no cuidado das pessoas com transtornos mentais<sup>(23)</sup>.

Por fim, a última potencialidade citada pelos profissionais foram as parcerias realizadas entre o serviço de saúde e as instituições de ensino. Sobre isso, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) ressalta a importância do ensino no sentido de garantir o acesso e permanência dos usuários na rede pública e privada de ensino regular, com atividades que incluam alfabetização e escolarização de adultos, bem como, as parcerias com instituições de ensino superior, para o desenvolvimento de projetos de pesquisa e metodologias voltadas à Saúde Mental, no sentido de embasar e fortalecer ações públicas, para melhoria da qualidade da atenção, prevenção e tratamento<sup>(1)</sup>.

A realização dos projetos foi citada pelos participantes, como ponto positivo do serviço, por estimularem o convívio social, além da renda gerada com a venda de seus produtos, em feiras e exposições na cidade. Sendo assim, pode-se afirmar que o trabalho representa, de fato, um importante instrumento no processo de ressocialização e inclusão dos sujeitos além de promotor de possibilidades e meio de obter satisfação pessoal<sup>(24)</sup>.

Todos os profissionais consensuaram sobre a importância das parcerias com as instituições de ensino e cultura e da realização de projetos, que estimulam a geração de renda. Porém, um ponto discutido durante a negociação foi o desconhecimento dos profissionais da rede sobre os projetos existentes nessa área.

A divulgação dos projetos coordenados pelo ambulatório e as demais atividades existentes são questões que, na opinião dos participantes, precisam ser esclarecidas, pois nem todos os profissionais sabem do funcionamento dessas atividades. Como sugestão, os profissionais propuseram que seja feito um esclarecimento em toda a rede de saúde, incluindo orientações sobre os locais onde acontecem os projetos e as formas de encaminhamento dos pacientes.

Esses achados corroboram com a afirmação de que a intersectorialidade deve servir como uma estratégia na construção de projetos de saúde, norteados pela atenção psicossocial, a fim de tornar os sujeitos ativos na produção de saúde, conforme o preconizado pela Reforma Psiquiátrica<sup>(2)</sup>.

## **CONCLUSÃO**

O acolhimento e vínculo, estabelecidos entre os profissionais e pacientes que buscam o atendimento no serviço, foram apontados pelos profissionais como pontos positivos, pois se constituem num dos pilares de qualidade, dentro de uma instituição de saúde, principalmente em um serviço de saúde mental, em que os pacientes estão, na maioria das vezes, fragilizados.

O atendimento multiprofissional foi mencionado, pelos profissionais, como positivo, porém, verifica-se a necessidade de inserir a interdisciplinaridade no serviço, pois a maioria dos atendimentos citados é realizada de maneira individualizada e não como forma de interação de vários saberes. Assim, faz-se necessário que os profissionais deixem de agir individualmente e se voltem todos ao mesmo objeto, ou seja, à pessoa com transtorno mental. Para isso, ressalta-se a importância do projeto terapêutico, realizado em conjunto pela equipe, como um instrumento de gestão que orienta o tratamento, de acordo com a necessidade do paciente e sua família.

Apesar dos esforços dispensados pelos profissionais em atender toda a demanda e de citarem, de maneira positiva, esse tipo de atendimento, também é de conhecimento deles, a fila de espera a que os pacientes são submetidos, em busca de uma consulta no ambulatório.

Em relação aos atendimentos e consequente fila de espera, os profissionais não chegaram a um consenso, pois não acreditam no potencial do CAPS como organizador da rede. Desta maneira, se faz necessário maiores discussões sobre



a função do CAPS, do ambulatório, unidades básicas de saúde e de toda a rede de atenção, a fim reforçar o papel de cada dispositivo, com suas devidas responsabilizações.

Por fim, as parcerias com a Universidade e a Secretaria de Educação também são percebidas como positivas por alguns profissionais, pois parece contribuir para o processo de reinserção social, aumentando ou propiciando o contato dos pacientes com a sociedade, conforme preconizado na Reforma Psiquiátrica.

Conforme o exposto, observa-se que o ambulatório, dentro do município em estudo, é um local de referência para o atendimento em saúde mental e base para o atendimento psicológico e psiquiátrico e construiu, ao longo dos anos, uma relação de confiança dos profissionais com a população e vice-versa.

Porém, apesar das potencialidades citadas, é necessário rever a função de cada serviço dentro da rede psicossocial e as funções desempenhadas pelos ambulatórios, para que se superem suas cronicidades, a fim de construir novas relações com os outros dispositivos, criando espaços urbanos para as pessoas que sofrem de transtornos mentais.

## REFERÊNCIAS

1. Sistema Único de Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília/(DF): Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde; 2010.
2. Severo AK, Dimenstein M. Rede e intersetorialidade na atenção psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. *Psicol Cienc Prof.* 2011; 31(3):640-655.
3. Pereira MO, Souza JM, Costa AM, Vargas D, Oliveira MAF, Moura WN. Perfil dos usuários de serviços de Saúde Mental do município de Lorena - São Paulo. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25(1):48-54.
4. Borba LO, Guimaraes NA, Mazza VA, Maftum MA. Assistência em saúde mental sustentada no modelo psicossocial: narrativas de familiares e pessoas com transtorno mental. *Rev Esc Enferm USP.* 2012; 46(6):1406-1414.
5. Portaria n. 224/92 (BR). Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. *Diário Oficial da União*; 1992.

6. Yasui S, Costa-Rosa A. A estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de saúde mental. *Saúde Debate*. 2008; 32(78-80):27-37.
7. Guba EG, Lincoln YS. *Avaliação de Quarta Geração*. Campinas, SP: Ed da Unicamp; 2011.
8. Jorge MSB et al. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciênc Saúde Colet*. 2011; 16(7):3051-3060.
9. Silva DC, Alvim NAT, Figueiredo PA. Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. *Esc Anna Nery*. 2008; 12(2):291-298.
10. Feriotti ML. Equipe multiprofissional, transdisciplinaridade e saúde: desafios do nosso tempo. *Vínculo*. 2009; 6(2):179-190.
11. Kantorski LP, Bielemann VLM, Clasen BN, Padilha MAS, Bueno MEN, Heck RM. A concepção dos profissionais acerca do projeto terapêutico de centros de atenção psicossocial – CAPS. *Cogitare Enferm*. 2010; 15(4):659-66.
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência a Saúde. Portaria SAS Nº 147, de 25 de agosto de 1994. Brasília (DF): MS; 1994.
13. Spagnuolo RS, Pereira MLT. Práticas de saúde em Enfermagem e Comunicação: um estudo de revisão da literatura. *Ciênc Saúde Colet*. 2007; 12(6):1603-1610.
14. Waidman MAP, Elsen I. Os caminhos para cuidar da família no paradigma da desinstitucionalização: da utopia a realidade. *Ciênc Cuid Saúde*. 2006; 5(supl):107-112.
15. Roecker S, Budó MLD, Marcon SS. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(3):641-649.
16. Waidman MAP, Marcon SS, Pandini A, Bessa JB, Paiano M. Assistência de enfermagem às pessoas com transtornos mentais e às famílias na Atenção Básica. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(3):346-351.
17. Soares MH. Recorte Histórico da Psiquiatria e do Campo de Enfermagem Psiquiátrica Brasileiras. *Salus [on-line]*. 2008; 2(1):57-66.
18. Turrini RNT, Lebrao ML, Cesar CLG. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. *Cad Saúde Pública [on-line]*. 2008; 24(3):663-674.
19. Sampaio JJC, Guimaraes JMX, Carneiro C, Garcia Filho C. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. *Ciênc Saúde Colet*. 2011; 16(12):4685-4694.

20. Ministério da Saúde (BR). Saúde Mental em Dados – 7. Informativo eletrônico, Brasília (DF). 2010; 5(7):4-25.
21. Portaria GM/MS n. 336, de 19 de fevereiro de 2002 (BR). Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União; 2002.
22. Portaria GM/MS n. 154, de 24 de janeiro de 2008 (BR). Cria e estabelece os critérios para credenciamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Diário Oficial da União; 2008.
23. Delfini PSS, Sato MT, Antoneli PP, Guimaraes POS. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. Ciênc Saúde Colet. 2009; 14(supl 1):1483-1492.
24. Lussi IAO, Morato GG. O significado do trabalho para usuários de serviços de saúde mental inseridos em projetos de geração de renda vinculados ou não ao movimento da economia solidária. Cad Ter Ocup UFSCar. 2012; 20(3):369-380.

## 7.2 ARTIGO 2

**AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL: FRAGILIDADES APONTADAS POR  
PROFISSIONAIS****OUTPATIENT MENTAL HEALTH: WEAKNESSES POINTED BY  
PROFESSIONALS****AMBULATORIO DE SALUD MENTAL: FRAGILIDADES SEÑALADAS POR  
PROFESIONALES****RESUMO**

O objetivo do estudo foi identificar as fragilidades de um serviço ambulatorial de saúde mental na perspectiva dos profissionais. Estudo qualitativo, do tipo estudo de caso e desenvolvido pelo método da avaliação de Quarta Geração. Os dados foram coletados em fevereiro e março de 2013 com o uso da observação não participante (80 horas), entrevista aberta individual e técnica grupal para a sessão de negociação (160 horas). Os informantes foram 12 profissionais atuantes no ambulatório. Os resultados apontaram fragilidades na estrutura organizacional da rede de assistência em Saúde mental especialmente à forma de acesso, estrutura física e a presença de extensa fila por atendimento. Referentes aos recursos humanos incluem: desconhecimento do funcionamento da rede de saúde mental e das atividades realizadas, rotatividade médica, deficiência na capacitação e educação permanente e desvalorização profissional. Faz-se necessário refletir sobre a função dos ambulatórios dentro da rede de Saúde mental e a necessidade de aprimoramento das atividades psicossociais.

**Descritores:** Avaliação em saúde. Serviços de Saúde Mental. Saúde Mental. Enfermagem

**ABSTRACT**

The aim of this study was to identify the weaknesses of a mental health outpatient service from the professionals' perspective. This is a qualitative research, a case study and developed by using the evaluation method Fourth Generation. Data were collected in February and March 2013 with the use of non-participant observation (80 hours), individual open interviews and group for negotiation phase (160 hours). The informants were 12 professionals. The results pointed out weaknesses in the organizational structure of the healthcare network in mental health, especially in relation to how to access physical structure and the presence of extensive waiting list for care. With regard to human resources, include the lack of functioning of the mental health services and activities, medical turnover, deficiency in training and continuing education, and professional devaluation. It is necessary to reflect on the role of outpatient mental health within the network and the need to improve the psychosocial activities.

**Descriptors:** Health evaluation. Mental Health Services. Mental Health. Nursing.

## RESUMEN

El objetivo del estudio fue identificar las fragilidades de un servicio ambulatorio de salud mental en la perspectiva de los profesionales. Estudio cualitativo, del tipo estudio de caso, desarrollado por medio de la evaluación de Cuarta Generación. Los datos fueron recolectados en febrero y marzo de 2013 con el uso de la observación no participante (80 horas), entrevista abierta individual, técnica grupal para la fase de negociación (160 horas). Los informantes fueron 12 profesionales. Los resultados señalaron fragilidades en la estructura organizacional de la red de asistencia en Salud mental especialmente: forma de acceso, estructura física y la presencia de extensa cola. En los recursos humanos: desconocimiento del funcionamiento de la red de salud mental, de las actividades realizadas, rotatividad médica, deficiencia en la capacitación y educación permanente, desvalorización profesional. Las fragilidades identificadas señalan la necesidad de reflexión sobre la función de los ambulatorios y la necesidad de perfeccionamiento de las actividades psicosociales.

**Descriptor:** Evaluación en salud. Servicios de Salud Mental. Salud Mental. Enfermería.

## INTRODUÇÃO

O surgimento dos ambulatórios especializados em saúde mental (SM), no Brasil, ocorreu na década de 1920, com a implantação da Política Assistencial de Higiene Mental, objetivando prevenir transtornos mentais na população. Na década de 1980, com o Plano de Reorientação da Assistência Psiquiátrica, ocorreu um grande investimento do Estado no sistema de atendimento público, priorizando a reforma dos hospitais psiquiátricos e a expansão de uma rede ambulatorial extra-hospitalar, na busca da reinterpretação do fenômeno do adoecimento mental<sup>(1)</sup>.

A partir de então, os serviços intermediários de assistência em SM começaram a priorizar um trabalho multi e interdisciplinar, pautado na reabilitação e reinserção social dos usuários com transtornos mentais e comportamentais. Este trabalho representa, em sua essência, instrumentos de intermediação terapêutica entre indivíduo, família e sociedade, substitutivos do modelo asilar/manicomial, com vistas à superação das práticas profissionais tradicionais, historicamente difundidas nos valores e na crença das pessoas<sup>(2)</sup>.

A ausência de uma política assistencial que delimite o funcionamento dos ambulatórios, associada à falta de capacitação dos profissionais de SM, faz com que os atendimentos ambulatoriais sejam questionados, especialmente devido ao ciclo crise-internação-alta-crise-reinternação, bem como a cronificação da

população assistida pelos ambulatorios, devido à falta de resolutividade e de integração com os demais serviços<sup>(2-5)</sup>.

Os ambulatorios de SM são considerados um serviço aberto que, para ser potentes, necessitam de assumir, em suas práticas, características de um serviço de atenção psicossocial. Para isso, torna-se fundamental avaliar as funções sociais desse dispositivo, analisando a produção de saúde, o atendimento multiprofissional, a reinserção social, bem como perceber sua função negativa, através da análise das lacunas presentes nas práticas<sup>(1)</sup>.

Diante do contexto em que se encontram os ambulatorios de SM, entendemos que é fundamental conhecer a opinião dos profissionais atuantes no ambulatorio, sobre o atendimento oferecido as pessoas com transtorno mental, além de oferecer subsídios para o aprimoramento da organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Portanto, a partir do exposto, questiona-se: como os profissionais do ambulatorio de saúde mental percebem o ambulatorio dentro da Rede de Assistência Psicossocial? E, para responder a essa questão, delimitou-se como objetivo do estudo, identificar as fragilidades de um serviço ambulatorial de Saúde Mental, na perspectiva de seus profissionais.

## **METODOLOGIA**

O estudo caracterizou-se como uma pesquisa qualitativa, do tipo estudo de caso, utilizando a metodologia de Avaliação de Quarta Geração.

A Avaliação de Quarta Geração é um método que propõe uma avaliação responsiva, baseada no referencial construtivista. É responsivo, pois permite designar uma forma diferente de focalizar a avaliação na decisão dos seus parâmetros e limites, caracterizando-se como um processo interativo e de negociação, que envolve grupos de interesse, que determinam quais questões são colocadas e quais informações são buscadas. É construtivista, pois se caracteriza como um processo interativo e de negociação<sup>(6)</sup>.

Os dados foram coletados nos meses de fevereiro a março de 2013, em um ambulatorio de saúde mental, em um município do noroeste do Paraná, por meio de entrevistas com o grupo de interesse, constituído por 12 profissionais atuantes no ambulatorio.

Para a coleta de dados, foi utilizada a observação não participante (80 horas) e entrevistas individuais (160 horas). As entrevistas individuais foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos entrevistados do serviço e foram realizadas após explicação do objetivo do estudo e do aceite do sujeito para participar da pesquisa, com as seguintes questões norteadoras: - Fale sobre o atendimento no serviço; - O que você aprecia no atendimento aos pacientes neste serviço; - O que você não aprecia neste serviço? - Que fatores podem contribuir para o melhor funcionamento do serviço?

Para a operacionalização da avaliação, foi utilizado o círculo hermenêutico dialético, o qual é hermenêutico, devido ao seu caráter interpretativo e dialético por implicar comparação e contraste de diferentes pontos de vista, objetivando um espaço de interlocução dos sujeitos e, quando possível, alcançar um consenso<sup>(6)</sup>.

No início do Círculo, foi realizada uma entrevista, na qual foi solicitado ao primeiro entrevistado que discorresse sobre as questões iniciais. Após a entrevista, era realizada uma análise prévia do depoimento, para identificar aspectos da avaliação, para apreciação do próximo entrevistado. Desta maneira, a partir do segundo entrevistado, todos os outros eram convidados a responder as questões iniciais e também a opinar a respeito das construções que foram surgindo ao longo das análises das entrevistas de cada sujeito do estudo<sup>(6)</sup>.

Após a finalização do círculo, foi realizada a etapa de negociação. Essa etapa consistiu na apresentação das informações coletadas durante as entrevistas, para que todos os participantes pudessem ter acesso à totalidade do material. Assim, todos os participantes foram reunidos em um local pré-estabelecido, quando foi apresentado o resultado provisório da análise das entrevistas. O material oriundo dessas discussões também foi utilizado como dado da pesquisa.

Os dados foram analisados por meio do Método Comparativo Constante, que permite que os dados sejam analisados concomitantemente à sua coleta. Esse método prevê duas etapas: a identificação das unidades de informação e a categorização. As unidades de informação são sentenças ou parágrafos obtidos no material empírico, registrados de modo compreensível a qualquer leitor, que não somente o pesquisador<sup>(6)</sup>.

Após a identificação das unidades de informação, é feita a categorização,

que tem o objetivo de unificar, em categorias provisórias, todas as unidades de informação relacionadas ao mesmo conteúdo, buscando a consistência interna das categorias para, posteriormente, a partir da negociação, construir as categorias definitivas<sup>(6)</sup>.

Assim, ao término da negociação, as questões surgidas foram reagrupadas, o que permitiu a construção dos seguintes núcleos temáticos: Organização da rede e Recursos humanos, na assistência em saúde mental.

O desenvolvimento do estudo seguiu os trâmites determinados pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovada pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme parecer nº. 202.073 de dezembro de 2012.

Para manter o anonimato dos participantes, os trabalhadores foram identificados utilizando-se a letra "P", seguida de um número sequencial correspondente à ordem de realização das entrevistas.

## **RESULTADOS**

Os dados foram analisados e agrupados em duas categorias: Fragilidades organizacionais da rede de saúde mental e Fragilidades relacionadas aos recursos humanos da rede de saúde mental.

### **Fragilidades Organizacionais da Rede de Saúde Mental**

Entre as fragilidades organizacionais, foram citadas a forma de acesso ao serviço ambulatorial, que é baseada nos encaminhamentos das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Essa forma de atendimento não tem dado conta da demanda, o que gera uma longa fila de espera, pois existe, no município, apenas um ambulatório que disponibiliza atendimento psiquiátrico.

De início o paciente vem encaminhado pela UBS, onde ele passa por uma fila de espera no posto, daí quando surge a vaga a gente liga para os postos e eles marcam a consulta [...] a fila de espera demora mais de 3 meses [...] (P3).



Uma das opções que o paciente tem para agilizar o processo e adiantar sua consulta é aguardar uma sobra de vaga no ambulatório:

Tem pacientes esperando meses [...] dai bem no dia, ele esquece de vir, esta vaga vai ficar em aberto [...] o médico esta aí para atender, e esse paciente que faltou vai ser colocado lá para trás de novo. [...] Então tem aqueles que vem e ficam esperando, sabendo que vai esperar e que vai correr o risco de voltar para casa sem a consulta [...] (P4).

O isolamento dos serviços de SM foi citado pelos profissionais como um fator negativo, seja pela ausência de comunicação com os demais dispositivos da rede, seja por que seus profissionais participam menos dos cursos oferecidos pela secretaria de saúde ou simplesmente por que sentem preconceito em trabalhar em um serviço de SM.

Eu e a outra colega do Centro Atenção Psicossocial (CAPS) é como se a gente vivesse num serviço isolado do resto da rede [...] ficamos isoladas! A mesma queixa tem a menina do CAPS infantil e as duas do hospital municipal (P4).

Foi assim, eu era do Programa Saúde da Família (PSF). Aí me mandaram para o CAPS. Eu não gosto, cheguei lá, parecia um gatinho acoado, porque eu tinha medo de paciente psiquiátrico (P8).

É bem isolado mesmo do resto da rede, tanto que, quando eu estava na rede, eu não tinha a menor ideia de como funcionava o ambulatório, muito menos como funcionava o CAPS e às vezes a gente chegava até a não encaminhar porque achava que ia demorar muito [...] (P11).

O número elevado de atendimentos (em média 3.000 atendimentos por mês, envolvendo a dispensação de medicação, consulta psicológica e psiquiátrica), também foi referido pelos entrevistados, tendo sido mencionado que o fato de existir apenas o ambulatório para atender a toda a demanda do município, na área de saúde mental, compromete a qualidade dos atendimentos.

O ambulatório não é diferente de outros setores, a demanda é superior à capacidade do serviço ofertado, gerando alguns gargalos no fluxo do atendimento. Muito já foi feito, contudo mais ainda pode e deve ser feito (P10).

Eu acho que o volume é uma falha muito séria [...] você não pode fazer um atendimento relâmpago, porque o paciente é muito complexo (P4).

Ademais, a estrutura física do serviço foi citada por todos os entrevistados como um grande empecilho para atender com qualidade e conforto aos pacientes, além de ser um entrave para o desenvolvimento de atividades preconizadas pelo Ministério da Saúde, como grupos educativos, salas de espera, atendimentos para familiares e outras atividades que necessitam de disponibilidade de espaço físico.

Eu gostaria tanto de desenvolver atividades assim audiovisuais, para os pacientes, eu tenho material, mas não tenho recursos, por exemplo, eu quero passar uma palestra, ai não dá porque o espaço aqui, eu vou falar ali, atrapalha a recepção (P4).

Um aspecto importante, envolvendo a estrutura física, relaciona-se à dispensação de medicação controlada. No município, os psicotrópicos são dispensados apenas no CISAM e no CAPSad, de modo que a demanda de pacientes e familiares que comparecem ao serviço só para essa atividade é muito grande.

Assim, o fato de a farmácia estar localizada próxima à recepção dificulta o trânsito dos pacientes e familiares, que ficam aglomerados na sala de espera, aguardando, tanto a dispensação de medicação, como as consultas médicas, psicológicas e também atendimentos de enfermagem e com a assistente social.

A farmácia perto da recepção tumultua muito, porque eu acho que não deveria juntar as duas coisas, acho que deveria ser separado, atendimento psiquiátrico, psicológico e farmácia em outro lugar, porque muitas vezes o pessoal vem ali e não sabe que está tendo atendimento, e conversa alto e não está nem ai [...] (P3).

Um grande e enorme equívoco foi aproveitar a farmácia do ambulatório para atender a demanda das UBS, Hospital Municipal, Hospital Psiquiátrico, asilos, albergues, lares, Casa lar, dentre outras inúmeras instituições (P10).

### **Fragilidades Relacionadas aos Recursos Humanos da Rede de SM**

O desconhecimento do funcionamento dos dispositivos que compõem a rede de SM, por parte dos profissionais do ambulatório, bem como por outros profissionais que compõem a rede de saúde do município, foi citado como um aspecto preocupante para o seguimento do tratamento do paciente com transtorno mental.

Eu acho que na unidade, eles não procuram se informar como funciona o ambulatório [...] encaminham assim sem saber [...] às vezes o paciente vem aqui porque eles falam “ah, psiquiatria, vai lá que eles resolvem” (P3).

Observou-se também que alguns profissionais do ambulatório desconhecem, inclusive, as atividades que são desenvolvidas dentro do próprio serviço, como por exemplo, o funcionamento dos grupos de artesanato e os outros projetos existentes:

[...] eu não sei como funciona esse tipo de sistema [...] eu não posso te falar porque não sei como funciona (P2).

Eu conheço esses projetos, assim, quando a gente vai a algum evento, alguma coisa eles estão lá montando o trabalho deles [...] mas não conheço o local, nem a atividade, esses dias eu liguei lá, porque eu estava fazendo a entrevista de um paciente e eu percebi que ele precisava de um atendimento [...] (P5).

Essa falta de divulgação com certeza é um ponto negativo porque teriam pacientes que poderiam se beneficiar disso? Eu não faço a menor ideia como funciona e como encaminhar, já ouvi falar alguma coisa, mas não sei muito (P11).

A deficiência na comunicação entre os profissionais do ambulatório foi destacada, em alguns depoimentos, tendo sido ressaltada a falta de comunicação interna e também a ausência da reunião geral no serviço, o que poderia favorecer a comunicação e a troca de informações.

Sinto falta de me comunicar mais com a psicologia [...] eu particularmente não conheço ainda os psicólogos, nem por nome, não fomos apresentados (*ela começou a atender no ambulatório no fim do ano de 2012*) (P11).

Uma coisa que o serviço público teria que mudar é essa situação de que precisa atender, precisa atender [...] então parar o serviço uma manhã, juntar todo mundo, ai passar os informativos [...] É ouvir todo mundo. (P9).

A falta de interação com outros profissionais de fato é uma realidade, o serviço como um todo não fala a mesma língua, isto é, o usuário recebe orientações conflitantes por algumas vezes principalmente dos profissionais das UBS, Hospital Municipal [...] (P10).

A rotatividade dos profissionais, especialmente dos médicos foi citada como um fator negativo para o serviço, devido à dificuldade em estabelecer vínculos com a demanda atendida.

[...] leva o paciente a não ter ligação nenhuma com o médico, muitas vezes eu atendo o paciente ele fala “o senhor vai ficar quanto tempo aqui?” “porque quando aparece um médico ele fica seis meses e sai daqui” (P2).

Eu acho que a rotatividade mais prejudicial é dos médicos, que não ficam muito tempo aqui. Por ser pelo Sistema Único de Saúde (SUS), eles acham que o salário é baixo, que tem muito aborrecimento, é um lugar que não é muito apropriado [...] (P3).

A ausência de capacitação dos profissionais e de educação permanente foi ressaltada pela maioria dos entrevistados, que além de solicitarem treinamentos e capacitações sobre SM, para o próprio serviço ambulatorial, também questionaram a ausência desses cursos e capacitações, para as equipes das UBS.

Eu acho que falta muita orientação, a gente cai de pára quedas, a gente que lê um pouco mais acaba tendo um pouquinho de conhecimento, mas se não correr atrás não vem até a gente [...] (P6).

Mas quem tem que ter um treinamento não são os nossos funcionários que já sabem muito que bem, quem tem que ter esse treinamento é o PSF (P7).

Agora aquele profissional que nunca teve experiência e às vezes nem quer ter, ele tende a rejeitar, exatamente esse o termo, rejeita o paciente, [...] O que você vai fazer com isso? Treinamento (P12).

Os entrevistados também ressaltaram o descontentamento profissional na área de saúde mental.

Existe uma demanda muito grande na área, não tem profissional interessado por diversos fatores: por recursos seja ele físico, seja ele estrutural, seja ele um incentivo para pessoa trabalhar em serviço público [...] não se consegue contratar, e não consegue manter o profissional (P2).

Passou lá no concurso você vai trabalhar lá no CAPS infantil , “ai meu Deus, eu não gosto de atender criança!” “Ah, mas é lá o teu lugar”... (P9).

Quando prestei um concurso, me foi exigido o título de especialista agora eu ganho o mesmo de qualquer um que não tem título de especialista, isso só serve para rebaixar [...] (P12).

O descontentamento dos profissionais foi expresso, principalmente, na forma de contratação e na não implantação de um plano de carreira.

## **DISCUSSÃO**

No município em estudo, uma das portas de entrada para os atendimentos em Saúde mental é a UBS. Dependendo de como é a abordagem nesse nível de assistência, o paciente pode receber um encaminhamento para o ambulatório ou já ter seu problema resolvido. Assim, o atendimento com psiquiatra depende dos critérios de cada profissional que atende na UBS e de sua experiência em saúde mental, interferindo diretamente no tamanho da fila de espera.

Sobre essa problemática, estudo realizado em Santa Maria/RS, com coordenadores de serviços de saúde, constatou que os serviços substitutivos (CAPS e ambulatório municipal) encontram-se estrangulados pela grande demanda, decorrente de um número elevado de encaminhamentos. Dessa forma, as evidências ratificam que a assistência à saúde, nas especialidades de média e alta complexidade e apoio diagnóstico, é, em geral, ponto de estrangulamento do sistema de saúde<sup>(7)</sup>.

Devido à alta procura pelos serviços especializados em SM e a consequente fila de espera, essa demanda acaba retornando à UBS, que se constitui em único meio de acesso disponível. Assim, forma-se a demanda reprimida, que retorna em

busca de atendimento. Essa é uma dificuldade enfrentada pelos profissionais, mas principalmente pelos usuários que, não tendo sua necessidade atendida, transitam pelo sistema. Com isso, há uma sobrecarga dos serviços, em decorrência da ausência de resolutividade, que por sua vez, potencializa o sofrimento dos usuários e familiares<sup>(7)</sup>.

Em 2010, foi publicado um documento que aborda as diretrizes para a estruturação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão, nas Regiões de Saúde. Nele, estão contidas algumas ferramentas que permitem integrar, verticalmente, os pontos de atenção e conformar as RAS. Uma dessas ferramentas é a Linha de Cuidado (LC), que se constitui em uma forma de articulação de recursos e de práticas de produção de saúde, visando à coordenação, ao longo do contínuo assistencial, por meio da pactuação e da conectividade de papéis e de tarefas dos diferentes pontos de atenção<sup>(8)</sup>.

A implantação da linha de cuidado deve partir das unidades básicas, que têm a responsabilidade de realizar a coordenação do cuidado e o ordenamento da rede, enfocando vários aspectos: garantia dos recursos materiais e humanos, integração e corresponsabilização das unidades de saúde, interação entre equipes, processos de educação permanente, gestão de compromissos pactuados, entre outros<sup>(8)</sup>.

Dessa forma, como observado pelos profissionais do ambulatório, a respeito da fragmentação dos serviços de SM, uma das possibilidades de superar a desarticulação da rede e tentar diminuir o preconceito que envolve esses serviços é a construção de uma rede de SM extra-hospitalar forte, consistente, corresponsável pelo desenvolvimento de ações de saúde, em conjunto com a comunidade, de modo que seja capaz de ampliar o potencial das práticas acolhedoras “no momento da crise/surto”, nos serviços extra-hospitalares. Além de promover capacitações, apoio e supervisão, por meio do apoio matricial e investir na formação dos trabalhadores da saúde, tanto de forma acadêmica, quanto na educação permanente<sup>(9)</sup>.

Essa articulação de forma horizontalizada viabiliza a assistência aos usuários de maneira mais integrada, contribuindo para a (des)construção da segregação e do confinamento das pessoas com transtornos mentais<sup>(10)</sup>.

Outro aspecto discutido pelos profissionais foi o fato de o ambulatório ser, no município, o único serviço disponível para atender à população que necessita de atendimento na área de SM, apontando a existência de um ponto de estrangulamento. Aliás, um dos problemas centrais na crise dos modelos de atenção a saúde consiste no enfrentamento das condições crônicas, na mesma lógica das condições agudas<sup>(8)</sup>.

A demanda excessiva existe, porque as pessoas que procuram por atendimento almejam uma solução imediata para uma condição crônica, que já deveria ter sido detectada e até mesmo tratada, ainda na atenção primária de saúde. No entanto, nota-se que esse nível de assistência tem se apresentado como uma porta de entrada muito incipiente, ou seja, marcada por baixa resolutividade, especialmente na área de saúde mental.

Por essa razão, o usuário que procura atendimento na atenção primária, geralmente, é encaminhado para atendimento em outros pontos da rede (CAPS e ambulatório), como se esse nível de assistência não pudesse se responsabilizar por transtornos relativos à SM, desconsiderando a pessoa que existe por trás da doença<sup>(7)</sup>.

No que se refere à estrutura física, o que foi destacado pelos profissionais é sua precariedade. O prédio não tem área externa e nem espaço interno suficiente, para que se possam desenvolver atividades grupais, corroborando com estudo que relata uma situação semelhante em um CAPS, antigo ambulatório que funcionava em um edifício grande, com muitos consultórios para atendimentos individuais e poucas salas adequadas para atividades desenvolvidas em grupo<sup>(11)</sup>.

Ressalta-se que a portaria n.º. 224 de 1992 do Ministério da Saúde (MS), preconiza que a atenção aos pacientes em ambulatório deve incluir o atendimento individual (consulta, psicoterapia, dentre outros); atendimento grupal (grupo operativo, terapêutico, atividades socioterápicas, grupos de orientação, atividades de sala de espera, atividades educativas em saúde); visitas domiciliares por profissional de nível médio ou superior e atividades comunitárias, especialmente, na área de referência do serviço de saúde<sup>(12)</sup>.

Contudo, o que se observa é que, de maneira geral, a organização entre os serviços de saúde mental segue uma concepção de cuidado fragmentado. Para cada estágio em que se encontra o usuário, há um serviço e cada um lida com um

objeto próprio. Há, portanto, uma política que não prevê articulações efetivas e nem estabelecimento de parcerias<sup>(13)</sup>.

Assim, apesar da marcante demanda de atendimentos em SM, na atenção básica (AB), visto que a Estratégia Saúde da Família (ESF) é o primeiro contato que as pessoas com transtorno mental têm disponível, suas equipes expressam dificuldades na identificação e acompanhamento dessas pessoas na comunidade<sup>(9)</sup>.

Ademais, os indicadores disponíveis nos sistemas de informação municipal, regional e nacional dão conta somente de informações sobre internações em hospitais psiquiátricos ou de internações por transtorno mental em hospitais gerais e de atendimento em CAPS, ou seja, não existe indicador que dê visibilidade à demanda ou aos atendimentos realizados na atenção básica<sup>(9)</sup>. Nesse sentido, a existência de um indicador na atenção básica poderia contribuir para a detecção e acompanhamento dos usuários em seu próprio território.

Outro item ressaltado pelos profissionais do ambulatório foi a falta de comunicação entre os trabalhadores da rede. Isso também foi identificado em um estudo que investigou a assistência em SM em São Carlos/SP, quando se verificou que os profissionais pouco se conhecem e alguns desconhecem, inclusive, os serviços para os quais encaminham os usuários. Essa desarticulação produz prejuízos, tais como a demora para que o usuário egresso do CAPS continue o seu tratamento na atenção básica e a desconfiguração do próprio CAPS, que mantém usuários com transtorno leve, moderado ou que já não têm indicação para cuidado intensivo, por não conseguirem seguimento em outros dispositivos<sup>(14)</sup>.

Em estudo avaliativo com familiares, realizado em Porto Alegre-RS, foi demonstrado que as famílias gostariam que os CAPS fossem mais divulgados junto à sociedade, para que possam ter maior visibilidade e inserção na vida comunitária. Além disso, elas reconhecem que essa modalidade de serviço substitutivo é uma inovação presente em todo país e visa desinstitucionalizar os sujeitos que, anteriormente, eram mantidos em instituições hospitalares. Esse movimento de aproximação e inclusão do CAPS na comunidade é fundamental para proporcionar a reinserção social aos usuários, por meio de atividades desportivas, de artesanato, de cultura, de lazer, dentre outras<sup>(15)</sup>.



A deficiência de comunicação interna do serviço foi outro tema mencionado pelos profissionais, que alegaram que a falta de reuniões gerais é um fator importante para a (des) organização do serviço. Em estudo realizado em 21 CAPS da cidade de São Paulo/SP, as atividades organizativas (reuniões de equipe, de matriciamento, do conselho gestor e a participação em fóruns de SM) não faziam parte da grade de atividades da maioria dos serviços, levando a crer que elas não são reconhecidas como trabalho, ou que não recebem a importância necessária<sup>(11)</sup>.

Cabe salientar que, na fase de negociação, houve o consenso entre os profissionais do ambulatório sobre a importância de se retomar as reuniões gerais, como forma de organizar melhor o serviço e discutir as formas de tratamento dos pacientes, através das discussões de casos por toda a equipe.

A rotatividade médica também foi discutida e gerou um consenso entre os participantes, que concordam que essa ação pode desestruturar o paciente durante o tratamento. De acordo com Onocko-Campos et al.<sup>(16)</sup> essa dificuldade, parece fazer parte do próprio Sistema de Saúde. Em São Paulo, por exemplo, em entrevistas realizadas com médicos da ESF, constatou-se que os principais fatores que levam à rotatividade envolvem a forma de contratação, perfil do médico e as condições de trabalho. Também foram encontradas correlações entre rotatividade e capacitação para o trabalho, distância das unidades de saúde e disponibilidade de materiais para realização do trabalho<sup>(17)</sup>.

Destarte, a rotatividade de pessoal acarreta dificuldade no estabelecimento de vínculo, considerando que o vínculo estabelecido entre usuário e a equipe de saúde é apontado como um ponto positivo na construção da rede de atenção em saúde mental<sup>(7)</sup>.

Cabe salientar que nos serviços de saúde mental, a rotatividade não se limita aos psiquiatras. No município de São Carlos/SP, por exemplo, em um período de seis meses, várias mudanças ocorreram, tais como: saída da psicóloga, da coordenadora do Centro, contratação de nova psicóloga, saída do coordenador de SM<sup>(14)</sup>.

Na reunião de negociação, foi discutida, entre os participantes, a rotatividade dos profissionais e chegou-se ao consenso de que é importante rever a política de contratação, pelos gestores, de modo a incentivar o trabalhador a seguir uma

carreira no serviço público. Acredita-se que dessa forma é possível diminuir a rotatividade, tão nociva ao paciente.

A necessidade de educação permanente também foi relatada pelos participantes, durante as discussões. Esta pode estar relacionada à falta de iniciativas que capacitem os profissionais dentro da perspectiva do SUS, bem como à deficiência no preparo dos futuros profissionais, nas instituições de nível superior<sup>(18)</sup>.

Segundo estudo realizado em Santa Maria/RS, o déficit de profissionais especializados é o ponto crítico dessa rede, o que gera falta de vagas para os usuários nos serviços de saúde e, como consequência, a lista de espera, a qual implica demora no atendimento e constitui um dos principais problemas para a prática da integralidade<sup>(7)</sup>.

Ao analisar a aplicação da Portaria n°. 224 de 1992<sup>(12)</sup>, verifica-se que vários profissionais passaram a participar do atendimento em SM – como psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais – porém, o referido documento não esclarece como esses técnicos foram capacitados para o desempenho de suas funções, junto às pessoas com transtorno mental. Cabe salientar que a capacitação, objetivando mudanças de atitude, deve incluir, necessariamente, a realidade diária do usuário<sup>(19)</sup>.

O que se observa, é que a implantação das políticas de especialização e capacitação em SM vem sendo efetivada, em geral, por meio de parcerias, que nem sempre têm funcionado como o esperado, não resultando em maior integração entre a atenção psicossocial e a ESF. Essa, quase sempre precária, articulação provoca consideráveis atrasos na implantação das políticas de SM e cria uma dissociação na ação dos dois serviços<sup>(20)</sup>.

A educação permanente em serviço deveria ser estimulada pelo SUS, pois a formação dos profissionais de saúde se configura como um desafio, já que a maioria dos coordenadores de serviços continua sendo formada distante do debate e da construção de políticas de saúde<sup>(7)</sup>. Aproximar a aprendizagem dos espaços de trabalho é uma necessidade sentida pelos próprios profissionais no dia a dia. Assim, seria essencial o relacionamento entre os serviços, intensificando a articulação com a atenção primária, a atenção hospitalar e os serviços substitutivos, como alternativa ao estrangulamento em que esses

serviços se encontram, além de permitir continuidade da assistência ao usuário<sup>(7)</sup>.

Por fim, outro aspecto abordado pelos profissionais do ambulatório, refere-se à desvalorização do profissional, tendo sido destacado que a valorização do profissional poderia ser realizada de duas formas: a primeira, por meio de uma mudança na forma de contratação, valorizando a afinidade do profissional pela área e a segunda, por meio da efetivação do plano de carreira, como forma de incentivo ao trabalho. Onocko Campos et al.<sup>(21)</sup>, por exemplo, afirmam que, para o estímulo à implantação de ações de SM, deve-se priorizar a contratação de profissionais especialistas na área.

Portanto, não apenas em SM, mas em outras áreas, há a necessidade de rever a forma de contratação dos profissionais, melhorar a remuneração do trabalhador, com a implantação de Planos de Cargos, Carreira e Salários (PCCS) e investir na organização dos serviços, na infraestrutura, nos materiais e nos recursos humanos, visando à qualidade dos serviços prestados ao usuário e à satisfação do trabalhador.

## **CONCLUSÃO**

Durante a negociação com os profissionais, foram citados alguns aspectos relacionados à estrutura organizacional do ambulatório, que devem ser melhorados, como por exemplo, a dificuldade de acesso experienciada pelos usuários, a deficiência na estrutura física e a fragmentação dos serviços de saúde mental.

Além da estrutura organizacional, o desconhecimento dos profissionais do ambulatório sobre as atividades realizadas pelo próprio serviço, bem como, dos demais trabalhadores da rede, foi um item amplamente discutido. De acordo com os participantes, essa lacuna poderia ser corrigida, se houvesse um aprimoramento na comunicação interna do serviço e reuniões gerais para divulgação sobre o funcionamento ambulatorial.

A falta de capacitações em SM, as formas de contratação dos profissionais e a ausência do plano de carreira também foram colocadas em pauta, durante a negociação. Nesse sentido, houve um consenso entre os participantes sobre a necessidade de realizar a educação permanente nos serviços e rever a política de contratação dos funcionários, pelos gestores municipais.

Sobre a rotatividade médica, os participantes concluíram que esse problema se constitui em falha do próprio sistema de saúde e que, para ser resolvido, precisa ser discutido junto à secretaria de saúde do município, onde o estudo foi realizado.

Portanto, em virtude do exposto, entende-se que o ambulatório, atualmente, constitui-se como um serviço importante dentro da rede, por ser referência para todos os atendimentos de psiquiatria no município, porém devido às suas inúmeras fragilidades, sua função na Rede de Atenção precisa ser repensada. Saliencia-se que, além das dificuldades do serviço ambulatorial, existem fragilidades em toda a rede de SM, principalmente na integração entre os diferentes níveis de serviços.

Ressaltamos que este estudo tem como limitação o fato de ser realizado com uma população restrita em um serviço específico e que são necessários outros estudos que analisem o funcionamento e efetividade dos ambulatórios, de modo a tornar possível a construção de uma rede articulada e integrada de assistência que seja acessível a todos.

## REFERENCIAS

1. Severo AK, Dimenstein M. Rede e intersectorialidade na atenção psicossocial: contextualizando papel do ambulatório de SM. *Psicol Cienc Prof.* 2011; 31(3):640-655.
2. Junior JM, Nóbrega VKM, Miranda FAN. Extinção de um serviço psiquiátrico intermediário e as repercursões na atenção à SM. *Cienc Cuid Saude.* 2011; 10(3):578-584.
3. Pereira MO, Souza JM, Costa AM, Vargas D, Oliveira MAF, Moura WN. Perfil dos usuários de serviços de SM do município de Lorena – São Paulo. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25(1):48-54.
4. Pereira MO, Oliveira MAF. Análise dos dispositivos de SM em municípios do Vale do Paraíba. *Rev Bras Enferm.* 2011; 64(2):294-300.
5. Luzio CA, L'abbate S. A atenção em SM em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. *Ciênc Saúde Colet.* 2009; 14(1):105-116.
6. Guba EG, Lincoln YS. *Avaliação de Quarta Geração.* Campinas, SP: Ed da Unicamp; 2011.

7. Paes LG, Schimith MD, Barbosa TM, Righi LB. Rede de atenção em SM na perspectiva dos coordenadores de serviços de saúde. *Trab Educ Saúde*. 2013; 11(2):395-409.
8. Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS (BR). Grupo Técnico da Comissão Intergestores Tripartite. Versão/dezembro 2010. [citado 2013 ago 21]. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2b\\_221210.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2b_221210.pdf)>.
9. Lucchese R, Oliveira AGB, Conciani ME, Marcon SR. Saúde Mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(9):2033-2042.
10. Quindere PHD, Jorge MSB. (Des)construção do modelo assistencial em SM na composição das práticas e dos serviços. *Saude Soc*. 2010; 19(3):569-583.
11. Nascimento AF, Galvanese ATC. Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(supl 1):8-15.
12. Portaria nº. 224/92 (BR). Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em SM. *Diário Oficial da União*; 1992.
13. Zerbetto SE, Efigênio EB, Santos NLN, Martins SC. O trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial: dificuldades e facilidades da equipe de enfermagem. *Rev Eletr Enf [on-line]*. 2011. [citado 2013 set 17]; 13(1):99-109. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i1.9079>>.
14. Dobies DV, Fioroni LN. A assistência em SM no município de São Carlos/SP: considerações sobre a história e a atualidade. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*. 2010; 14(33):285-99.
15. Camatta MW, Nasi C, Adamoli NA, Kantorski LP, Schneider JF. Avaliação de um centro de atenção psicossocial: o olhar da família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(11):4405-4414.
16. Onocko-Campos RT, Sousa GW, Ferrer AL, Correa CRS, Madureira PR, Gama CAP, Dantas DV, Nascimento R. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. *Rev Saúde Pública*. 2012; 46(1):43-50.
17. Campos CVA, Malik AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *Rev Adm Pública*. 2008; 42(2):347-368.
18. Munari DB, Melo TS, Pagotto V, Rocha BS, Soares CB, Medeiros M. SM no contexto da atenção básica: potencialidades, limitações, desafios do Programa Saúde da Família. *Rev Eletr Enf. [on-line]*. 2008. [citado 2013 set 17]; 10(3):784-95. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a24.htm>>.

19. Setoya Y. Princípios que devem nortear as políticas de SM em países de baixa e média rendas. Rev Bras Psiquiatr. 2011; 33(1):6-7.

20. Oliveira AGB, Conciani ME, Marcon SR. A capacitação e a gestão de equipes do PSF para a atenção psicossocial: um estudo de caso. Cienc Cuid Saude. 2008; 7(3):376-384.

21. Onocko-Campos RT, Gama CA, Ferrer AL, Santos DVD, Stefanello S, Trapé TL, Porto K. SM na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. Ciênc Saúde Colet. 2011; 16(12):4643-4652.

## 7.3 ARTIGO 3

**ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL: PROPOSTAS DE MELHORIAS PELOS  
PROFISSIONAIS DE UM AMBULATÓRIO**

PROPOSED IMPROVEMENTS IN AN OUTPATIENT MENTAL HEALTH

ASISTENCIA EN SALUD MENTAL: PROPUESTAS DE MEJORÍAS POR LOS  
PROFESIONALES DE UN AMBULATORIO**RESUMO**

O objetivo deste estudo foi apontar sugestões de melhorias na assistência ofertada pela Rede de Atenção Psicossocial na perspectiva dos profissionais de um ambulatório de saúde mental. Estudo qualitativo, do tipo estudo de caso, que utilizou a avaliação de quarta geração. Os dados foram coletados em fevereiro e março de 2013 com o uso da observação não participante (80 horas) e entrevista aberta individual com os profissionais (160 horas). Os informantes foram 12 profissionais atuantes no ambulatório, incluídos no estudo por meio do círculo hermenêutico dialético. A análise se baseou no Método Comparativo Constante. Os resultados demonstram que os profissionais acreditam ser necessário repensar o processo de trabalho ambulatorial por meio de reformulação do acolhimento aos usuários, reorganização dos atendimentos em grupos, investimento na Atenção básica como porta de entrada aos usuários e aprimoramento da articulação entre os serviços de saúde mental. Conclui-se a importância de rever a função dos ambulatórios dentro da rede de atenção, investir na integração entre os serviços e no modelo de cuidado de base territorial.

**Descritores:** Avaliação em saúde. Serviços de saúde mental. Saúde mental. Enfermagem.

**ABSTRACT**

The aim of this study was to collect suggestions for improvements in care for people with mental disorder within the Network for Psychosocial Care, pointed out by professionals from a mental health outpatient clinic. As a qualitative research and a case study, we used the fourth generation evaluation. Data were collected in February and March 2013 with the use of non-participant observation (80 hours) and individual open interviews with professionals (160 hours). The informants were 12 professionals who work in the outpatient clinic, enrolled through the dialectical hermeneutic circle. The analysis was based on the Constant Comparative Method. The results demonstrate that professionals believe to be necessary to rethink the process of clinical work by redesigning the host users, reorganization of care in groups, investment in primary care as a gateway to users, and improving coordination between mental health services. Concluded how important is reviewing the role of ambulatory care within the network, to invest in integration between services and in care model of territorial base.

**Descriptors:** Health evaluation. Mental Health Services. Mental Health. Nursing.

## RESUMEN

El objetivo de este estudio fue de levantar sugerencias de mejoras en la asistencia a las personas con trastorno mental, dentro de la Red de Atención Psicosocial, señaladas por los profesionales de un ambulatorio de salud mental. Estudio cualitativo, del tipo estudio de caso, que utilizó la evaluación de cuarta generación. Los datos fueron recolectados en febrero y marzo de 2013 con el uso de la observación no participante (80 horas) y entrevista abierta individual con los profesionales (160 horas). Los informantes fueron 12 profesionales actuantes en el ambulatorio, incluidos en el estudio por medio del círculo hermenéutico dialéctico. El análisis se basó en el Método Comparativo Constante, posibilitando la delimitación de núcleos temáticos. Los resultados muestran que los profesionales creen ser necesario repensar el proceso de trabajo ambulatorio por medio de reformulación del acogimiento a los usuarios, reorganización de las atenciones en grupos, inversión en la Atención básica como primera puerta de acceso a los usuarios y perfeccionamiento de la articulación entre los servicios de salud mental. De esta manera, se concluye la importancia de rever la función de los ambulatorios dentro de la red de atención, invertir en la integración entre los servicios y en el modelo de cuidado de base territorial.

**Descriptor:** Evaluación en salud. Servicios de salud mental. Salud mental. Enfermería.

## INTRODUÇÃO

Desde os anos 1980, com o apoio da Organização Mundial da Saúde (OMS), a assistência na área de saúde mental vem sofrendo intensas mudanças. Uma delas se refere aos investimentos nos serviços de saúde mental de base comunitária, como os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Esse modelo ainda está em evolução e é impulsionado pela reorganização dos dispositivos de saúde mental, com o objetivo de prestar serviços de saúde mentais equitativos<sup>(1)</sup>.

O Ministério da Saúde (MS), no uso de suas atribuições legais, por intermédio da portaria n.º. 224 de 1992, organizou os serviços de saúde mental, tendo como base os princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações, nos vários níveis de complexidade assistencial. De acordo com essa portaria, a assistência ambulatorial deveria ser prestada nas Unidades Básicas, Centros de Saúdes e Ambulatórios especializados e incluiria as seguintes atividades: atendimento individual, atendimento grupal, visitas domiciliares por profissional de nível médio ou superior e atividades comunitárias, especialmente na área de referência do serviço de saúde<sup>(2)</sup>.

Nos ambulatórios especializados, a equipe multiprofissional deve ser constituída por diferentes categorias de profissionais, entre eles, médico psiquiatra, médico clínico, psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta



ocupacional, fonoaudiólogo, neurologista e pessoal auxiliar, cuja composição e atribuições são definidas pelo Órgão Gestor Local<sup>(2)</sup>.

Contudo, observa-se que, no geral, os ambulatórios ainda continuam prestando assistência, sobretudo às pessoas com transtornos mentais menores e apresentam, em sua grande maioria, um funcionamento pouco articulado à rede de atenção à saúde, com inúmeras consultas em psiquiatria e psicologia, porém com baixa resolutividade, uma vez que a maioria desses serviços possui imensas listas de espera e as crises no seu funcionamento são frequentes<sup>(3)</sup>.

Em 2008, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou um documento, ressaltando a importância de um modelo comunitário de assistência, destacando a atenção básica como local de cuidados à saúde mental, justificando que esse modelo já vem ocorrendo em alguns países como Austrália, Chile, África do Sul, Argentina, Reino Unido, entre outros.

A OMS destaca, ainda, que para isso aconteça, se faz necessário considerar a formação adequada dos profissionais desse nível de assistência, a disponibilidade de profissionais especializados em saúde mental dando suporte para a atenção básica, o acesso dos pacientes às medicações psicotrópicas essenciais na atenção básica, a necessidade de integração entre os serviços, a existência de um coordenador de serviços de saúde mental, a parceria com outros setores governamentais e não governamentais e a necessidade de recursos financeiros e humanos<sup>(1)</sup>.

Visando aprimorar o modelo vigente, a portaria n°. 3088 de 2011 do Ministério da Saúde institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com os seguintes componentes: Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial<sup>(4)</sup>.

Apesar dos serviços disponíveis que compõem a RAPS, algumas barreiras podem ser identificadas para o avanço dos serviços de saúde mental, por exemplo: a complexidade e a resistência da descentralização dos serviços de saúde mental, os desafios da implementação de cuidados de saúde mental em

unidades primárias de saúde, o limitado número de profissionais com formação na área, entre outros fatores<sup>(5)</sup>.

Sendo assim, questiona-se: como os profissionais do ambulatório de saúde mental, percebem os dispositivos que compõem a Rede de Assistência Psicossocial? Para responder a essa questão, definiu-se como objetivo deste estudo apontar sugestões de melhorias na assistência ofertada pela Rede de Atenção Psicossocial na perspectiva dos profissionais de um ambulatório de saúde mental.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo avaliativo qualitativo, desenvolvido por meio dos pressupostos da Avaliação de Quarta Geração, cujo foco central foi o cotidiano do serviço, sua dinâmica, a forma com que os profissionais interagem e os sentidos que constroem em relação à própria prática.

A Avaliação de Quarta Geração é implementada por meio dos pressupostos metodológicos do paradigma construtivista. Trata-se de uma avaliação responsiva, em que as reivindicações, preocupações e questões dos grupos de interesse servem como foco organizacional, resultando em um processo interativo e de negociação. Esse processo é considerado hermenêutico, porque tem caráter interpretativo e, dialético porque implica comparação e contraste de diferentes pontos de vista, objetivando alto nível de síntese. O objetivo é alcançar um consenso, quando possível; quando não, expor e esclarecer as diferentes visões<sup>(6)</sup>.

Os dados foram coletados nos meses de fevereiro a março de 2013, em um ambulatório de saúde mental, em um município do noroeste do Paraná. Foi constituído por 12 profissionais do serviço que foram inseridos por meio do círculo hermenêutico dialético. Na primeira etapa do estudo foi realizada a observação não participante registrada em diário de campo (80 horas). A segunda parte foi constituída por entrevistas com o grupo de interesse e pela sessão de negociação (160 horas), totalizando 240 horas.

As observações de campo, inicialmente, possibilitaram ao pesquisador realizar uma etnografia prévia, a fim de vivenciar o contexto do serviço, sem ainda estar engajado nas atividades de avaliação. Posteriormente, as observações

foram mais focadas no esclarecimento das questões emergidas nas entrevistas. A partir do material das observações, o pesquisador também pôde formular novas questões que foram introduzidas no Círculo para que pudessem sofrer críticas<sup>(6)</sup>.

Na condução das entrevistas com o grupo de interesse, foi realizada a aplicação do Círculo Hermenêutico Dialético<sup>(6)</sup>. Como primeiro passo do círculo, foi realizada uma entrevista aberta, na qual foi solicitado que o entrevistado respondesse às seguintes questões: - Fale sobre o atendimento no serviço; - O que você aprecia no atendimento aos pacientes neste serviço; - O que você não aprecia neste serviço? - Que fatores podem contribuir para o melhor funcionamento do serviço?

Os temas centrais que emergiram da entrevista foram analisados, o que permitiu a formulação inicial sobre o objeto de investigação. Na entrevista com o segundo participante, o entrevistado expunha suas próprias questões e, em seguida, os temas da análise da primeira entrevista eram introduzidos para sua apreciação. A partir do segundo entrevistado, todos os outros eram convidados a responder às questões iniciais e a opinar a respeito das construções que foram surgindo ao longo das análises das entrevistas de cada sujeito do estudo<sup>(6)</sup>.

Após a coleta de dados e a organização das construções do grupo, foi realizada a etapa da negociação, quando esse material foi apresentado ao grupo, para que pudessem ter acesso à totalidade das informações. Para a negociação, foram reunidos todos os entrevistados do círculo e apresentado o resultado provisório da análise dos dados<sup>(6)</sup>.

Os dados foram analisados por meio do Método Comparativo Constante, que permite que os dados sejam analisados concomitantemente à sua coleta. Esse método prevê duas etapas: a identificação das unidades de informação e a categorização. As unidades de informação são sentenças ou parágrafos obtidos no material empírico, registrados de modo compreensível a qualquer leitor, que não somente o pesquisador<sup>(6)</sup>.

A categorização, por sua vez, tem o objetivo de unificar, em categorias provisórias, todas as unidades de informação relacionadas ao mesmo conteúdo, buscando a consistência interna das categorias para, posteriormente, a partir da negociação, construir as categorias definitivas<sup>(6)</sup>.

Na análise dos dados, as questões surgidas foram reagrupadas e permitiram a construção dos seguintes núcleos temáticos: Repensando o processo de trabalho e Construindo um trabalho em rede.

O desenvolvimento do estudo seguiu os trâmites determinados pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovada pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme parecer nº. 202.073 de dezembro de 2012.

Para manter o anonimato dos participantes, os trabalhadores foram identificados utilizando-se a letra "P", seguida de um número sequencial, correspondente à ordem de realização das entrevistas.

## **RESULTADOS**

Os dados foram analisados e agrupados em duas categorias: Repensando o processo de trabalho e Construindo um trabalho em rede.

### **Repensando o Processo de Trabalho**

Diante da nova proposta de atendimento no modelo psicossocial, os profissionais do ambulatório estão repensando alguns pontos do processo de trabalho. O primeiro tópico abordado foi o acolhimento, mais especificamente a forma como é realizado, não apenas no ambulatório, mas em todos os serviços de saúde.

O que o Ministério da Saúde está propondo para gente é o acolhimento, vínculo e responsabilização [...] Como que está acontecendo esse vínculo e que responsabilização? Ou co-responsabilização? Não está acontecendo [...] (P4).

Poderia ter uma avaliação mais aprofundada, acho que não podemos atribuir tudo a problemas mentais [...] ser humano é complexo demais pra você definir ele numa primeira avaliação (P4).

Porque agora nós estamos fazendo as consultas de acolhimento [...] você vai verificar para onde você vai encaminhar, ou fica para você atender individual se tiver vaga, ou encaminha para outros profissionais ou para os grupos que estão sendo formados (P5).

Além do acolhimento, outra estratégia que está sendo aprimorada pelos funcionários são os atendimentos em grupos. Percebe-se que os atendimentos no

ambulatório são, em sua maioria, individualizados e a nova proposta é investir nos atendimentos grupais, para que o paciente possa se relacionar com outras pessoas. Porém, os profissionais ainda sentem-se inseguros em relação à criação/condução dos grupos, sua funcionalidade e quais pacientes teriam a disponibilidade para participar.

Como vai reciclar bastante a questão de montar grupos dentro de queixas, então a nossa esperança é que vá dando pra encaixar nesses grupos, esses pacientes que não serão pra CAPS (P5).

Tem grupos fechados e tem grupos abertos, eu trabalho com grupo aberto, acredito que funciona mais no serviço público [...] Então o grupo aberto, vai tendo vaga, vai entrando (P9).

Eu trabalho com atendimento individual aqui no ambulatório, eu nunca tinha trabalhado com grupo até um mês e meio atrás, agora que eu estou começando um grupo de senhoras de 60 anos (P9).

Eu acho que para mim a maior dificuldade [...] vai ser a questão do trabalho, horário para estar montando esse grupo, porque dependendo da patologia, ele está trabalhando, ele tem uma vida ativa, então vai ser bastante difícil (P5).

Foi mencionado, pelos entrevistados que defendem a permanência dos ambulatórios, que os pacientes atendidos não são casos graves para serem atendidos pelo CAPS, nem tão leves que a Unidade Básica de Saúde (UBS) consiga resolver.

Não é o paciente mais crônico que estou falando [...] mas e aquele paciente que necessita daquela terapia com o psicólogo e do acompanhamento com o psiquiátrica, mas a pessoa já tem uma vida lá fora, ela já está inserida num trabalho, ela tem uma família, ela tem filhos, muitas vezes tem até atividades extras e daí essa pessoa? (P1).

O paciente chega para ser atendido no CAPS e não se encontra ali dentro, ele se compara com aquele paciente mais debilitado, mais crônico [...] “poxa vida, mas eu não tenho a mesma limitação que essa pessoa tem, então eu estou aqui as vezes dentro deste serviço enganada” “esse lugar não é para mim” (P6).

[...] Será que esses pacientes que vêm aqui no ambulatório hoje, a dona de casa que separou, que está com problemas com o marido, será que eles vão se sentir bem vindo tudo no CAPS, junto? (P8).

Nesse caso, na opinião dos profissionais, o ambulatório seria a melhor escolha de tratamento, visto que alguns pacientes utilizam o serviço apenas para manutenção de seu quadro clínico.

### **Construindo um Trabalho em Rede**

Na visão dos profissionais, se o ambulatório se extinguir, alguns pacientes necessitarão de atendimento e seguimento do caso, na atenção básica (AB), visto que poderão não se encaixar nas atividades dos CAPS. Portanto, a AB tem um papel primordial no atendimento às pessoas com transtorno mental (PTM), necessitando de profissionais capacitados para realizar a abordagem, bem como, equipe completa de profissionais para realizar os atendimentos com qualidade.

Eu acho que existe uma coisa que a gente poderia chamar de “a psiquiatria que todo médico deveria saber” então identificar alguns sintomas, perceber que aquilo não é uma coisa grave, medica o paciente, acompanha o paciente lá (*se referindo a UBS*) [...] (P12).

Tem o sofrimento mental que é diferente do transtorno mental, o sofrimento mental é para ser atendido na rede básica, então tem muita gente que toma medicação e não tem um transtorno mental (P7).

O que está acontecendo lá (*UBS*), equipe do NASF está completa? Assim como não está integrado pra cá, lá também não está funcionando (P4).

Outro problema enfatizado pelos profissionais refere-se aos encaminhamentos feitos pelos outros serviços destinados ao ambulatório. Além disso, a continuidade do tratamento dos pacientes, após o encaminhamento é falha, em virtude da dificuldade de integração do ambulatório com os CAPS, UBS e hospitais.

A maioria dos encaminhamentos que a gente recebe não vem adequado, muitas vezes ele não tem nem descrição do paciente, são casos distintos, que a gente percebe um histórico de acompanhamento da equipe de Saúde da Família (P2).

Muito ruins os encaminhamentos, mas muito ruins... “solicita avaliação”, “solicita atendimento” [...] Não te dá informação nenhuma... Esse paciente não está sendo atendido na UBS, ele passou por lá, só pra chegar aqui (no ambulatório) (P7).

A comunicação entre os serviços é importante para expor os pontos críticos da rede e tentar redirecioná-la quando necessário, sem deixar o usuário perdido no sistema de saúde.

Tivemos uma reunião aqui, com os serviços de saúde mental para falar da rede, da nossa dificuldade em trabalhar em rede, e parece que é assim: você coloca um monte de gente, e contrata NASF, e contrata isso, e nunca consegue, tem sempre alguma coisa que impede o trabalho em rede (P7).

O homem está lá emagrecido, saiu do sanatório [...] ai chamou a vigilância, alguém me deu resposta até agora? Não [...] E não é grave? Chamamos o SAMU para pegar, o SAMU não vai pegar. Então esse trabalho em rede é muito difícil (P7).

O paciente psiquiátrico é um paciente sem dono. O clínico vai falar “não, ele é psiquiátrico, então é só do psiquiatra” (P11).

Para tanto, além da comunicação intersetorial, é preciso haver a humanização e responsabilização por esses pacientes que são negligenciados pelos serviços.

## **DISCUSSÃO**

Pode-se definir processo de trabalho como a transformação de um objeto determinado, em um produto determinado, por meio da intervenção do ser humano que, para fazê-lo, emprega instrumentos. Nessa concepção, o trabalho é algo que o ser humano faz intencionalmente e conscientemente, com o objetivo de produzir algum produto ou serviço, que tenha valor para o próprio ser humano<sup>(7)</sup>. Pode-se dizer que na área da saúde, o trabalho é uma prática coletiva que tem como finalidade a promoção da saúde das pessoas, suas famílias e comunidade<sup>(8)</sup>.

Dessa forma, para discutir o processo de trabalho na rede de saúde, especialmente na saúde mental, torna-se necessário verificar quais métodos de trabalho, quais ações organizadas estão sendo empregadas para que este processo ocorra de maneira satisfatória, garantindo que o produto final do trabalho, mais especificamente, o acompanhamento/tratamento da pessoa com transtorno mental possa ocorrer de maneira integrada e com qualidade.

Uma das preocupações dos entrevistados é a possibilidade de que em

virtude da possível extinção do ambulatório, os pacientes atendidos por esse serviço não se enquadram nos demais dispositivos da rede. De acordo com os entrevistados, esses pacientes são aqueles considerados “intermediários”, “casos mais leves”, que estão inseridos em sociedade, possuem família, porém ainda necessitam do ambulatório para manter seu tratamento.

Apresentada essa situação, caso ocorra a extinção dos ambulatórios, esses pacientes teriam que, automaticamente, ser transferidos para os CAPS ou para a UBS, para a continuação de seu tratamento. Porém, a preocupação dos profissionais é que a maioria dos pacientes que frequentam os CAPS atualmente tem perfis diferentes dos pacientes ambulatoriais, pois são os casos mais comprometidos, com diagnóstico de esquizofrenia e que estão tentando resgatar o vínculo com a sociedade.

Vários estudos realizados em CAPS, localizados em diferentes regiões do país (Sergipe, Paraíba, Rio de Janeiro e Bahia) têm identificado que a esquizofrenia é um dos problemas de saúde mais frequentemente diagnosticados<sup>(9-12)</sup>.

Em Lorena (SP), quando analisados 5490 prontuários, no ambulatório e 340 no CAPS, constatou-se que, no ambulatório, os diagnósticos que prevaleceram foram os transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e aos somatoformes e no CAPS, foram os transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas. O grupo de medicamentos mais prescritos no ambulatório foi o de antidepressivos e no CAPS, os antipsicóticos<sup>(13)</sup>.

Observa-se que os CAPS's têm sido referência de base para a população com transtorno mental grave<sup>(4)</sup>. Porém, é necessário pensar na população que não tem transtorno grave. Por isso, é necessário ofertar serviços com propostas terapêuticas compatíveis com as comorbidades de toda a população. É preciso, também, repensar se os procedimentos terapêuticos oferecidos nos CAPS estão em consonância com as necessidades da população e se os profissionais estão preparados para lidar com a diversidade de pessoas que procuram tratamento nos CAPS.

Ademais, faz-se necessário que o CAPS se transforme em um serviço inovador, com produção de novas práticas sociais para lidar com o sofrimento psíquico, construindo novos conceitos e novas formas de vida e saúde<sup>(14)</sup>.



Outro aspecto mencionado pelos entrevistados refere-se ao acolhimento, como forma de melhorar o processo de trabalho. No ambulatório, os profissionais têm a consciência que o acolher envolve, além de uma escuta qualificada, um esforço conjunto de toda a rede de serviços de saúde, para a continuidade do cuidado. Portanto, se a pessoa necessita de atendimento e procura a UBS, ela necessita de ser acolhida e ter os seus problemas diagnosticados pelos profissionais que ali atendem.

O acolhimento é uma das diretrizes do Programa Nacional de Humanização (PNH) e tem tornado sua face mais visível na UBS, pelas consequências diretas, que podem determinar o acesso dos usuários, como uma mudança no processo de trabalho, a fim de atender a todos aqueles que buscam o serviço de saúde. Desse modo, o princípio da universalidade é estabelecido de forma qualitativa, não apenas pelo aumento no número de unidades ou profissionais na rede de saúde, mas pela inclusão de toda a equipe de saúde no processo de atenção. Esses profissionais devem criar espaços no serviço de saúde que permitam uma escuta qualificada, que conduza à responsabilização pelo problema do usuário e dando-lhe uma resposta adequada<sup>(15,16)</sup>.

Como prática, o acolhimento deve ser capaz de atravessar os processos relacionais em saúde e romper com o modelo de atendimento tecnocrático, sendo este o deslocamento fundamental a ser operado pela noção de acolhimento. Como diretriz operacional, o acolhimento deve possibilitar a reorganização do processo de trabalho, de maneira a deslocar o eixo central do médico, para uma equipe multiprofissional<sup>(17)</sup>.

Além do acolhimento, outro aspecto questionado pelos participantes – e que também faz parte do processo de trabalho – é o acesso do usuário ao serviço. O acesso e o acolhimento estão interligados, pois é o desenho do serviço que potencializa, ou não, esse acesso e o modo como o acolhimento é feito, é determinante para os desdobramentos do atendimento. Em outras palavras, acolher é um processo que depende, não só da estrutura ou de aspectos físicos do acesso, mas dos recursos clínicos da equipe, como atender, escutar, avaliar e discriminar as demandas<sup>(18)</sup>.

Uma das propostas sugeridas pelos entrevistados do ambulatório, como mudança no processo de trabalho, foi priorizar o atendimento grupal em

detrimento aos atendimentos individuais. Do ponto de vista terapêutico e psico-educativo, estudo revela que, em grupo, as pessoas podem reconhecer papéis e identidades, questioná-las, (re) significá-las e, portanto, reconstruí-las na medida em que sejam opressivas, excludentes, estereotipadas ou restritivas à cidadania. Nesse sentido, a grupalidade ou o grupo constitui um dispositivo de atenção e promoção de cidadania, pelo seu caráter intermediador na dialética indivíduo-sociedade<sup>(19)</sup>.

Porém, o grupo não deve ser utilizado, reducionista, como estratégia para resolver a tensão entre demanda e oferta de atendimento, ou seja, para “atender mais pessoas em menos tempo, racionalizando recursos humanos”. Seu potencial está em promover discursividade, diálogo, (re) construção de si, das identidades, das interações sociais e da realidade vivenciada<sup>(19)</sup>.

A lógica dos atendimentos individuais, a predominância desse modelo de escuta terapêutica, que privilegia a vivência subjetiva e oferece psicoterapia, em detrimento das práticas mais participativas, comunitárias, grupais, pode indicar a necessidade de se rever esse tipo de oferta no serviço ambulatorial, a fim de se propor estratégias mais condizentes com a Estratégia de Atenção Psicossocial (EAP), buscando uma organização do trabalho no território de referência dos usuários, fora do ambiente hospitalar, em rede, de modo a aproximar-se da realidade e das necessidades concretas dos usuários atendidos<sup>(20)</sup>.

A predominância do modelo terapêutico psicoterápico, aliado ao medicamentoso, centraliza as intervenções no indivíduo, mantendo uma lógica de dependência do usuário, em relação aos saberes médico e psicológico e depositando, nestes, grandes expectativas na resolução dos seus problemas. Essa individualidade do atendimento é percebida em estudo realizado em um serviço ambulatorial nordestino, onde nota-se a reduzida participação da família (36%) nas atividades do serviço pesquisado, e, quando existe, é por solicitação da assistente social que havia iniciado um grupo de família<sup>(20)</sup>.

Dessa forma, após discussão com os participantes, entende-se que é importante ampliar a discussão sobre os atendimentos grupais nos serviços de saúde mental, incluindo os profissionais atuantes, bem como contar com o apoio das universidades, para que auxiliem nas propostas grupais realizadas nos serviços.

Sobre o trabalho em rede, na década de 1990, o Ministério da Saúde buscou aprimorar os serviços de saúde mental, por meio de ações programadas e de investimentos para a promoção e proteção da saúde individual e coletiva, evoluindo para o modelo em rede<sup>(21)</sup>.

Em 2011, foi promulgado o Decreto n°. 7508, que tem o importante papel de regular a estrutura organizativa do SUS, por meio do planejamento e assistência à saúde, bem como sua articulação interfederativa. Esse decreto estabelece as Regiões de Saúde para provisão dos serviços, cumprindo a determinação constitucional de que o SUS é composto por uma rede regionalizada e hierarquizada. Essas Regiões de Saúde devem conter, no mínimo, ações de atenção básica, de urgência e emergência, de atenção psicossocial, de atenção ambulatorial especializada e hospitalar e de vigilância em saúde<sup>(22)</sup>.

Portanto, a rede é estabelecida a partir da constituição de serviços e por uma dinâmica de circulação dos usuários pelos serviços de saúde, a partir de encaminhamentos que seguem o princípio de hierarquização, conforme disposto no SUS. Diferentes estratégias na construção da rede de atenção em saúde mental podem envolver a implementação de serviços substitutivos especializados, ações de saúde mental na atenção básica, construção de práticas como o apoio matricial entre outras<sup>(23)</sup>.

De acordo com os profissionais do ambulatório, o papel das UBS para acolher/atender a pessoa com transtorno mental e dar sequência em seu tratamento ainda está longe do ideal preconizado pelo SUS. A portaria n°. 3088, de 2011, do MS, preconiza que a UBS, como ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial, tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede<sup>(4)</sup>.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2008), esse modelo de cuidados de base territorial, não só assegura cuidados de saúde mental de boa qualidade, mas serve também como uma ferramenta de formação e supervisão, através da qual, profissionais de cuidados primários adquirem capacidades que possibilitam maior competência e autonomia em lidar com perturbações mentais.

Neste estudo, os profissionais do ambulatório relatam que os pacientes encaminhados das UBS's não recebem nenhum tipo de abordagem inicial, como a inserção em grupos, tratamento médico ou psicológico, iniciado na UBS. Ou seja, eles são encaminhados prontamente para o ambulatório, sem considerar o longo tempo que será necessário para um primeiro atendimento nesse nível de assistência.

Para a demanda atendida no ambulatório, a inserção da saúde mental na atenção básica seria um recurso muito produtivo para desconstruir a carreira institucional, vivenciada pelas pessoas com transtorno mental, além da possibilidade privilegiada de atendimento, seguindo uma perspectiva de integralidade, para a imensa maioria dos usuários que são atendidos apenas para consultas psiquiátricas no ambulatório.

De acordo com Severo e Dimenstein (2011)<sup>(20)</sup>, as possibilidades de corresponsabilização acontecem na medida em que a lógica de trabalho, centrada no ambulatório, engloba contatos frequentes com a atenção básica, buscando, junto com o usuário e as equipes de Saúde da Família, recursos territoriais e comunitários, alargando, assim, a rede de suporte social e de cuidado.

Na visão dos participantes, acredita-se que, se os profissionais das UBS fossem treinados e capacitados para atendimento em saúde mental, teriam maiores condições de avaliar se o paciente pode ser mantido em tratamento na própria UBS, ou se precisa ser encaminhado para o próximo ponto de atenção na rede.

As dificuldades vivenciadas nas UBS, no acolhimento às pessoas com transtorno mental, são potencializadas pela “sensação” de incapacidade técnica de intervenção dos profissionais de saúde, principalmente o médico com formação clínica não especializada, que constitui a maioria dos profissionais médicos incorporados na atenção básica<sup>(24)</sup>.

Em estudo realizado em uma equipe da ESF, no interior do Estado de São Paulo, foi mencionada, pelos profissionais, a ausência de instrumentos técnicos que possibilitem discriminar, pelo menos de forma mais imediata, as situações que podem ser cuidadas por profissionais generalistas e aquelas em que há necessidade de encaminhamento especializado<sup>(25)</sup>.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde<sup>(1)</sup>, a atenção básica, após identificar os problemas, deve fazer o encaminhamento para os serviços de especialidade, de acordo com as necessidades. As decisões específicas sobre quando tratar os doentes na atenção básica dependerão dos conhecimentos do profissional de cuidados primários, assim como dos recursos que estejam disponíveis para a referência.

No Reino Unido, foram desenvolvidas linhas orientadoras, sobre quando referenciar os pacientes aos serviços especializados de saúde mental. Entre elas, estão os casos em que o doente mostra sinais de intenção suicida, casos de incapacidade do paciente em desempenhar atividades do cotidiano, casos para confirmação de diagnóstico pelo profissional especializado, quando os recursos na atenção básica e as opções de tratamento tenham sido esgotadas, casos em que seja necessária uma medicação psicotrópica particular ou se o doente pede para ser referenciado<sup>(1)</sup>.

Entende-se que instrumentalizar as equipes da ESF para a promoção da saúde mental, talvez, seja o maior dos desafios para o gestor, que precisa trabalhar com o desenvolvimento da equipe, formando profissionais mais confiantes e capacitados nessa área, além de possibilitar condições técnicas e políticas que garantam o direito ao tratamento, a organização de uma rede de atenção integral à saúde, através de dispositivos sanitários e socioculturais que integram várias dimensões da vida do indivíduo<sup>(26,27)</sup>.

Portanto, para implantar as ações de saúde mental na atenção básica, é necessário o apoio matricial no município, quer seja oferecido por profissionais do CAPS, quer por uma equipe do Núcleo de Apoio da Família<sup>(13)</sup>. Assim, a proposta do Ministério da Saúde de implantação de apoio matricial para as equipes da ESF parece caminhar no sentido de subsidiar a ampliação da clínica e possibilitar a inclusão concreta e efetiva de ações de saúde mental, na atenção básica. Cabe realçar que esse apoio deverá ser ofertado a toda a rede de atenção básica, pois a ESF cobre apenas uma parcela da população no país<sup>(24)</sup>.

Percebe-se que é necessário investir na rede de suporte entre profissionais, como fator essencial na responsabilização pelos casos em saúde, formando uma rede aquecida. Entretanto, dificuldades maiores são postas, quando se refere a essas práticas de matriciamento.

Estudo realizado em um CAPS nordestino verificou uma forte resistência das equipes dos CAPS em dar a retaguarda para a atenção básica, pois essa estratégia é vista como mais uma tarefa a ser inserida na rotina desses serviços. Enquanto isso, os técnicos da atenção básica não se sentem capacitados para atender à demanda de saúde mental, ficando desassistida grande parte da população<sup>(20,28)</sup>.

Salienta-se a necessidade de problematizar a política de descentralização da saúde mental para a atenção básica. Como alternativa, sugere-se a delimitação de profissionais de referência dos serviços especializados, em relação à atenção básica, capazes de fornecer suporte contínuo, através de ações de educação permanente, supervisões e atendimentos conjuntos – constituindo a lógica do apoio matricial<sup>(23)</sup>.

De acordo com o exposto, corrobora-se com Saraceno et al<sup>(5)</sup>, que menciona alguns fatores para minimizar as barreiras no atendimento às pessoas com transtorno mental, como a necessidade do apoio político para a diversificação da força de trabalho, a criação de unidades de saúde mental inseridas no Ministério da Saúde, o compromisso de especialistas em saúde mental, dentro da saúde pública, a colaboração dos demais ministérios e o engajamento de todas as partes interessadas, a fim de garantir os direitos e a proteção das pessoas com transtornos mentais.

E por fim, é imprescindível estimular a assistência em saúde mental, prestada pelos serviços primários de saúde, com o auxílio de profissionais especializados, através de treinamentos e supervisão, englobando não apenas os trabalhadores inseridos nesses serviços, mas também, as pessoas com transtornos mentais, seus familiares e os recursos disponíveis na comunidade.

## **CONCLUSÃO**

Observa-se que os profissionais que estão inseridos no ambulatório de Saúde Mental têm consciência de que o processo de trabalho precisa ser repensado, diante da nova proposta da rede de atenção psicossocial. Um dos primeiros aspectos citados foi o acolhimento, juntamente com o vínculo e a responsabilização. Os profissionais acreditam que a pessoa com transtorno mental exige mais do que o atendimento centrado na medicação.

Além do acolhimento, os atendimentos em grupo foram mencionados como maneira de inserir todas as pessoas que buscam atendimento. Porém ressalta-se a importância de esclarecer a real função dos grupos, já que seu verdadeiro potencial está em promover o diálogo, a interação social e o compartilhamento das experiências.

Também foi mencionado o potencial que as UBS possuem de acolher o usuário, o que facilita o vínculo, por já estarem inseridos no território. Dessa forma, os profissionais, juntamente com o apoio matricial, teriam melhores condições de atenderem aos casos possíveis ou realizarem encaminhamentos para os demais pontos da rede, quando realmente tivessem seus recursos esgotados dentro da UBS.

Mas para que isso ocorra, todos os serviços precisam estar cientes do funcionamento da rede e estarem dispostos a assumir responsabilidades. Portanto, a rede de serviços substitutivos composta por CAPS, UBS, entre outros, desde que preparados e organizados, só tendem a somar uns aos outros.

Dessa maneira, o ambulatório foco do estudo, único no município, tem uma grande importância para os profissionais entrevistados, porém como demonstrado através de vários estudos, o modelo comunitário, apesar das resistências para sua implantação, é o que vem dando certo, pois foge da atenção baseada na internação e na especialidade, para uma atenção de base territorial.

Como limites do estudo, citamos o envolvimento dos profissionais com o serviço, dificultando as discussões dos problemas de forma coletiva, durante a negociação, o que torna interessante realizar outros estudos em ambulatórios para conhecer as demais realidades.

Acredita-se na importância deste estudo, em virtude do processo de construção da Rede de Atenção Psicossocial, no sentido de dar sustentação para a realização de mudanças, tanto em nível político, quanto em nível de conhecimento.

## **REFERENCIAS**

1. Organização Mundial De Saúde (OMS) e Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA). Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários— Uma perspectiva global. Geneva: WHO Press; 2008. [citado 2013 nov 15]. Disponível em:

<who.int/eportuguese/publications/Integracao\_saude\_mental\_cuidados\_primarios.pdf>.

2. Portaria n°. 224/92 (BR). Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. Diário Oficial da União; 1992.

3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília (DF): Ed do Ministério da Saúde; 2007. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

4. Portaria n°. 3088/11 (BR). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União; 2011.

5. Saraceno B, Ommeren M, Batniji R, Cohen A, Gureje O, Mahoney J, Sridhar D, Underhill C. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2007; 370:1164–74.

6. Guba EG, Lincoln YS. Avaliação de Quarta Geração. Campinas, SP: Ed da Unicamp; 2011.

7. Marx, K. O Capital. 14<sup>a</sup>. ed. Rio de Janeiro (RJ): Bertrand; 1994.

8. Glanzner CH, Olschowsky A, Kantorski LP. O trabalho como fonte de prazer: avaliação da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(3):716-21

9. Silveira MS, Vargas MM, Reis FP, Silva P. Caracterização dos usuários com esquizofrenia e outros transtornos psicóticos dos Centros de Atenção Psicossocial. *Cad Saúde Colet*. 2011; 19(1):27-32.

10. Medeiros EN. Prevalência dos transtornos mentais e perfil sócio-econômico dos usuários atendidos nos serviços de saúde dos municípios paraibanos. 119 p. Dissertação (Mestrado). Centro e Ciências da Saúde da UFP, João Pessoa, PB; 2005.

11. Gomes MPC, Couto MCV, Pepe VLE, Almeida LM, Delgado PGG, Coutinho ESF. Censo de pacientes internados em uma instituição asilar no estado do Rio de Janeiro: dados preliminares. *Cad Saúde Pública*. 2002; 18(6):1803-1807.

12. Freitas AA, Souza RC. Caracterização clínica e sociodemográfica dos usuários de um centro de atenção psicossocial (CAPS). *Rev Bahiana Saúde Pública*. 2010; 34(3):530-543.

13. Pereira MO, Souza JM, Costa AM, Vargas D, Oliveira MAF, Moura WN. Perfil dos usuários de serviços de Saúde Mental do município de Lorena – São Paulo. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(1):48-54.



14. Zerbetto SE, Efigênio EB, Santos NLN, Martins SC. O trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial: dificuldades e facilidades da equipe de enfermagem. *Rev Eletr Enf* [on-line]. 2011. [citado 2013 set 17]; 13(1):99-109. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i1.9079>>.
15. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006. [citado 2013 ago. 25]. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus\\_doc\\_base.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus_doc_base.pdf)>.
16. Scholze AS, Duarte Junior CF, Flores e Silva Y. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção básica à saúde: afeto, empatia ou alteridade? *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*. 2009; 13(31):303-14.
17. Ballarin MLGS, Carvalho FB, Ferigato SH. Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental. *O Mundo da Saúde*. 2010; 34(4):444-450.
18. Schmidt MB, Figueiredo AC. Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. *Rev Latino Am Psicopat Fund*. 2009; 12(1):130-140.
19. Bellenzani R, Coutinho MKARG, Chaveiro MMRS. As práticas grupais em um caps - centro de atenção psicossocial: sua relevância e o risco de iatrogenias. Associação Brasileira de Psicologia Social (ABRAPSO). [citado 2013 ago 25]. Disponível em: <[http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/index.php?option=com\\_content&task=view&id=343&Itemid=96](http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/index.php?option=com_content&task=view&id=343&Itemid=96)>.
20. Severo AK, Dimenstein M. Rede e Intersetorialidade na Atenção Psicossocial: Contextualizando o Papel do Ambulatório de Saúde Mental. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2011; 31(3):640-655.
21. Martins JT, Ribeiro RP. Políticas públicas e processos de trabalho em saúde mental. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(12):2420-2421.
22. Decreto 7508 de 28 de junho de 2011 (BR). Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*; 2011.
23. Zambenedetti G, Perrone CM. O Processo de construção de uma rede de atenção em Saúde Mental: desafios e potencialidades no processo de Reforma Psiquiátrica. *Physis*. 2008; 18(2):277-293.
24. Tanaka OY, Ribeiro EL. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciênc Saúde Colet*. 2009; 14(2):477-

486.

25. Vecchia MD, Martins STF. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. *Ciênc Saúde Colet.* 2009; 14(1):183-193.

26. Munari DB, Melo TS, Pagotto V, Rocha BS, Soares CB, Medeiros M. SM no contexto da atenção básica: potencialidades, limitações, desafios do Programa Saúde da Família. *Rev Eletr Enf.* [on-line]. 2008. [citado 2013 set 17]; 10(3):784-95. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a24.htm>>.

27. Heck RM, Bielemann VLM, Ceolin T, Kantorski LP, Wilhich JQW, Chiavagatti FG. A importância da gestão na organização da rede de saúde mental. *Ciênc Cuid Saúde.* 2008; 7(supl 2).

28. Carvalho RN, Gondim ACS, Azevedo EB, Cavalcanti PB, Filha MOF, Queiroz D. Concepções dos profissionais da estratégia saúde da família sobre intervenção precoce em saúde mental. *Cienc Cuid Saude.* 2013; 12(1):10-18.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados obtidos a partir de entrevistas e da sessão de negociação confirmam o pressuposto do estudo, de que o ambulatório é um serviço centrado no modelo tradicional, que precisa ser superado por outros dispositivos, dentro da Rede de Atenção Psicossocial.

O pressuposto deste estudo foi o de que o **ambulatório é um serviço com potencialidades e fragilidades relacionadas ao atendimento das pessoas com transtornos mentais, porém suas fragilidades, relacionadas ao atendimento dessas pessoas, reforçam a necessidade de o serviço ser superado por outros dispositivos dentro da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).**

O objetivo geral foi avaliar o serviço ambulatorial, na perspectiva dos profissionais que nele atuam, fazendo uso do método de avaliação de quarta geração para destacar suas potencialidades e fragilidades e levantar alternativas para melhoria no atendimento às pessoas com transtorno mental, na Rede de Atenção Psicossocial.

Embora os participantes tenham destacado algumas potencialidades, tais como o acolhimento e vínculo existente entre profissionais e pacientes e o atendimento multiprofissional, verifica-se a ausência da interdisciplinaridade do atendimento no serviço. A maioria dos atendimentos é realizada de maneira individualizada e não como forma de interação dos vários saberes. Como exemplo, cita-se a falta do projeto terapêutico realizado em conjunto pela equipe, o que ajudaria no tratamento, de acordo com as necessidades do paciente e sua família.

Os atendimentos ambulatoriais, realizados de forma individual e com base apenas na consulta médica e psicológica e dispensação de medicação, apesar de terem sido citados como potencialidades do serviço, são os responsáveis pelas longas filas de espera enfrentadas pelos pacientes encaminhados de outros serviços, em especial das UBS. Os profissionais fizeram referência à falta de integração e comunicação com as UBS e outros pontos de atenção, ressaltando a importância de um maior esclarecimento sobre o papel de cada dispositivo, dentro da RAPS.

As parcerias com a Universidade e a Secretaria de Educação, citadas como fatores positivos, realmente são necessárias, como forma de potencializar as propostas terapêuticas interdisciplinares e intersetoriais, dentro do processo da Reforma Psiquiátrica e são aspectos que devem ser considerados futuramente no planejamento da RAPS.

Em relação à estrutura organizacional do ambulatório, durante a negociação, foram citados alguns aspectos que apontam a presença de fragilidades e que, portanto, precisam ser melhoradas, como a dificuldade de acesso, as deficiências na estrutura física e a fragmentação dos serviços de saúde mental.

Além da estrutura organizacional, o desconhecimento dos profissionais do ambulatório e dos demais trabalhadores da rede sobre as atividades realizadas foi outra fragilidade mencionada e confirmada durante a negociação. De acordo com os participantes, essa lacuna poderia ser corrigida, se houvesse um aprimoramento na comunicação interna do serviço e reuniões gerais com integrantes de toda a rede, para divulgação de informações relacionadas ao funcionamento ambulatorial.

Cabe salientar que a rotatividade de profissionais, em especial do médico, é entendida como falha do sistema de saúde como um todo, que precisa ser discutida junto à Secretaria Municipal de Saúde, num contexto mais amplo.

Do mesmo modo, a falta de capacitações em saúde mental, a forma de contratação dos profissionais e a inexistência de um plano de carreira que valorize o profissional foram consensualmente apontadas como fragilidades, as quais podem ser minimizadas, a partir da educação permanente nos serviços e revisão da política de contratação dos funcionários, pelos gestores municipais.

Como propostas de melhorias para o serviço ambulatorial, os participantes citaram o aprimoramento do processo de trabalho, que precisa ser repensado diante da nova proposta da Rede de Atenção Psicossocial. Nesse sentido, um dos primeiros aspectos citados foi a necessidade de mudanças, em relação ao acolhimento, vínculo e responsabilização, pois acreditam que a pessoa com transtorno mental exige mais do que o atendimento centrado na medicação.

Ainda nessa direção, os atendimentos grupais foram mencionados como possibilidade para inserir, na assistência, um número maior de pessoas que buscam atendimento. Porém, em relação a essa estratégia, foi esclarecido que o

potencial dos grupos está em promover o diálogo, a interação social e o compartilhamento de experiências e que trabalhar em um mesmo grupo com populações muito diversificadas, para além de se constituir um desafio, é também um gerador de insegurança e incertezas, quanto à sua eficácia.

Esses são aspectos que, mais uma vez, apontam a necessidade de capacitação profissional e existência de uma estrutura física, que possibilite o desenvolvimento de atividades em grupo e também que estas sejam diversificadas, de modo a formar grupos específicos, de acordo com as necessidades e possibilidades das pessoas neles inseridas.

Também foi mencionado o potencial que as UBS possuem de acolher o usuário, em função de um vínculo que, pelo menos em tese, deveria existir em função da territorialização. Dessa forma, os profissionais das UBS, com o apoio matricial e do NASF, teriam melhores condições de atenderem aos casos possíveis de ser assistidos nesse nível de assistência e realizarem encaminhamentos para os demais pontos da rede somente quando seus recursos assistenciais estivessem esgotados.

Portanto, mediante a uma Rede de Atenção que ainda não se completou, o ambulatório em questão, supre algumas lacunas de atendimento que os outros dispositivos do município não conseguem resolver, seja pela insuficiência dos mesmos, ou pela forma como estão organizados.

Porém, acredita-se que a tendência é a de que os ambulatórios especializados deixem de existir, à medida que o modelo comunitário vá sendo implantado, pois apesar das resistências, este se apresenta como um modelo mais apropriado de assistência, que prioriza uma atenção de base territorial.

Os ambulatórios, da maneira como estão implantados, seguem o modelo tradicional, centrado na psicoterapia individual, atendimento médico e medicamentoso, sem um plano terapêutico multiprofissional pactuado com a equipe, família e profissionais dentro do território, gerando atendimentos com pouca resolutividade, ocasionando, cada vez mais, pessoas para serem atendidas.

Valoriza-se, assim, o modelo comunitário com a implantação de serviços que enfatizem a assistência territorial, com base na atenção primária como estratégia primordial para o acolhimento e a promoção de ações em saúde

mental.

Por fim, pretende-se que este estudo possa contribuir com os profissionais da enfermagem, no sentido de repensar o processo de trabalho, dentro do modelo psicossocial e englobar, ao seu saber, as diretrizes do SUS, juntamente com as legislações pertinentes à saúde mental, para que seja definido o real papel do enfermeiro dentro dessa rede, direcionando o cuidado para os novos modelos de serviços.

## **9 IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA O ENSINO, A PESQUISA E A PRÁTICA DA ENFERMAGEM**

Os resultados deste estudo apontam contribuições e destacam implicações para o ensino, a pesquisa e a prática de enfermagem.

Para o ensino, demonstra a necessidade de os profissionais serem preparados, desde a graduação, com uma concepção de cuidado ampliado em Saúde Mental, de modo que a visão hospitalocêntrica, centrada no saber médico, farmacológico e individualizado, ainda vigente na assistência às pessoas com transtorno mental, possa ser substituída por outra que englobe a atuação de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, nos diferentes pontos de atenção, valorizando o território, a comunidade e a família. Esses aspectos mencionados são relevantes para o ensino, uma vez que as políticas voltadas para a Rede de Atenção Psicossocial envolvem diversos profissionais de diferentes áreas para a sua implementação.

Ressalta-se a importância de incluir nas grades curriculares dos cursos de graduação da área da saúde, disciplinas que abordem o cuidado e a assistência em saúde mental, com base territorial, incluindo a família, a comunidade e as redes de apoio disponíveis, como aliados ao tratamento, além de enfatizar e valorizar o importante papel que a Atenção Primária tem como porta de entrada para os atendimentos nessa área, bem como os demais dispositivos que compõem a Rede Psicossocial.

Por sua vez, a contribuição deste estudo para a pesquisa está na utilização do método de avaliação de quarta geração, por meio do círculo hermenêutico dialético. Essa metodologia propicia a ampliação dos diversos pontos de vista dos grupos de interesse, com o objetivo de atingir o consenso entre os participantes, por meio da sessão de negociação. Dessa forma, espera-se que o grupo de interesse consiga, com base nas questões levantadas, fornecer estratégias para solucioná-las.

Não obstante, acredita-se que os resultados encontrados contribuam e incentivem o desenvolvimento de pesquisas que promovam a avaliação dos demais ambulatorios de saúde mental, no sentido de verificar quais as potencialidades e fragilidades em outras realidades brasileiras.

Já para a prática de enfermagem, ressalta-se sua importância como forma de subsidiar as condutas do enfermeiro para a prática da promoção da saúde, ampliando o conhecimento dos profissionais sobre o papel de cada dispositivo de cuidado, dentro da Rede de Atenção Psicossocial, no intuito de maximizar a assistência prestada a essas pessoas, colaborando para sua qualidade de vida e de suas famílias.

Assim, entende-se que a partir deste estudo seja possível fornecer informações relevantes que contribuam na formulação e melhoria dos planos assistenciais destinados a responder às demandas dessa população, bem como, contribuir na reorganização dessa rede de atendimento.



## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. (Coord.) **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

ANTUNES, S. M. M. O.; QUEIROZ, M. S. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 207-215, 2007.

AZEVEDO, T.; DIMENSTEIN, M. O Acompanhamento Terapêutico no cuidado em Saúde Mental. **Estudos e Pesquisas em Psicologia, UERJ**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 658-671, 2008.

BALLARIN, M. L. G. S.; CARVALHO, F. B; FERIGATO, S. H. Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 444-450, 2010.

BANDEIRA, M.; ISHARA, S.; ZUARDI, A. W. Satisfação e sobrecarga de profissionais de saúde mental: validade de construto das escalas SATIS-BR e IMPACTO-BR. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 4, p. 280-286, 2007.

BANDEIRA, M.; CALZAVARA, M. G. P.; COSTA, C. S.; CESARI, L. Avaliação de serviços de saúde mental: adaptação transcultural de uma medida da percepção dos usuários sobre os resultados do tratamento. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 2, p. 107-114, 2009.

BARROS, S.; SALLES, M. Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, n. 45, n. 2, p. 1780-5, 2011.

BELLENZANI, R.; COUTINHO, M. K. A.R. G.; CHAVEIRO, M. M. R. S. As práticas grupais em um CAPS - centro de atenção psicossocial: sua relevância e o risco de iatrogenias. **Associação Brasileira de Psicologia Social (ABRAPSO)**.

Disponível em:

[http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais\\_XVENABRAPSO/322.%20as%20pr%C1ticas%20grupais%20em%20um%20caps.pdf](http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/322.%20as%20pr%C1ticas%20grupais%20em%20um%20caps.pdf). Acesso em: 29 out. 2013.

BIELEMANN, V. L. M.; KANTORSKI, L. P.; BORGES, L. R. et al. A inserção da família nos centros de atenção psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. **Texto & contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 131-139, 2009.

BORBA, L. O.; GUIMARAES, A. N.; MAZZA, V. A.; MAFTUM, M. A. Assistência em saúde mental sustentada no modelo psicossocial: narrativas de familiares e pessoas com transtorno mental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1406-1414, 2012.

BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p.150-153, 2007.

BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. **Avaliação qualitativa de programas de saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010. p. 89-117.

BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. Avaliação de políticas, programas em serviço de saúde. In: ONOCKO-CAMPOS, R.; FURTADO, J. P. **Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde**. 1. ed. São Paulo: Unicamp, 2011. p. 41-62.

BRASIL. Portaria n. 224, de 29 de janeiro de 1992. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2 set. 1992.

BRASIL. Portaria SAS Nº 147, de 25 de agosto de 1994. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência a Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1994.

BRASIL. Portaria n. 106, de 11 de fevereiro de 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 fev. 2000a.

BRASIL. Portaria n. 1220, de 07 de novembro de 2000. Criação do Serviço Residencial Terapêutico em Saúde Mental, da atividade profissional Cuidador em Saúde, o grupo de procedimentos Acompanhamento de Pacientes e o subgrupo Acompanhamento de Pacientes Psiquiátricos, o procedimento Residência Terapêutica em Saúde Mental, dentre outros. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 7 nov. 2000b.

BRASIL. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 fev. 2002.

BRASIL. Lei 10.708 de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 jul. 2003.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 5. ed. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <<http://www.sesa.pr.gov.br/arquivos/File/19902004.pdf>>. Acesso em: 31 ago. 2013.

BRASIL. **Saúde mental no SUS**: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Brasília, DF, 2006a.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, DF, 2006b.

Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus\\_doc\\_base.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus_doc_base.pdf)>.

Acesso em: 25 ago 2013.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2007a, p. 78. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental em dados – 4.** Brasília, DF, 2007b. Disponível em: <[http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/smdados4.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/smdados4.pdf)>. Acesso em: 31 ago. 2013.

BRASIL. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 jan. 2008.

BRASIL. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental** – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. 2010a. 210p.

BRASIL. **Saúde Mental em Dados** – 7. Informativo eletrônico, Brasília, DF, ano 5, n. 7, jun. 2010b.

BRASIL. **Diretrizes para organização das redes de atenção à saúde do SUS.** Grupo Técnico da Comissão Intergestores Tripartite. Versão/dezembro 2010c. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2b\\_221210.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2b_221210.pdf). Acesso em: 29 out. 2013.

BRASIL. Portaria n. 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 dez. 2011a.

BRASIL. Sistema Único de Saúde. Portal da Saúde. **O que é Reforma Psiquiátrica?** Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=925](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=925)>. Acesso em: 31 ago. 2013.

BRASIL. Decreto 7508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jun. 2011c.

BRASIL. Datasus: Secretaria de Atenção a Saúde. **Cadastro nacional de estabelecimento de saúde.** Disponível em:

<[http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Unidade.asp?VEstado=41&VMun=411520&VUni=04](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=41&VMun=411520&VUni=04)>. Acesso em: 29 dez. 2012.

CAMATTA, M. W.; NASI, C.; ADAMOLI, N. A.; KANTORSKI, L. P.; SCHNEIDER, J. F. Avaliação de um centro de atenção psicossocial: o olhar da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4405-4414, 2011.

CAMPOS, C. V. A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Revista Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 347-368, 2008.

CAMPOS, C. J. G. **Metodologia qualitativa e método clínico qualitativo**: um panorama geral de seus conceitos e fundamentos. Disponível em: <<http://www.sepq.org.br/llsipeq/anais/pdf/poster1/05.pdf>>. Acesso em: 29 dez. 2012.

CANZONIERI, A. M. **Metodologia da pesquisa qualitativa na saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

CARVALHO, R. N.; GONDIM, A. C. S.; AZEVEDO, E. B.; CAVALCANTI, P. B.; FILHA, M. O. F.; QUEIROZ, D. Concepções dos profissionais da estratégia saúde da família sobre intervenção precoce em saúde mental. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 12, n. 1, p. 10-18, 2013.

CARVALHO, A. L. L.; AMARANTE, P. Avaliação de qualidade dos novos serviços de saúde mental: em busca de novos parâmetros. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p. 74-82, 1996.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em Saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. 132 p. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/3zcf/pdf/hartz-9788575414033.pdf>> Acesso em: 15 out. 2013.

DELFINI, P. S. S.; SATO, M. T.; ANTONELI, P. P.; GUIMARAES, P. O. S. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1483-1492, 2009. supl.1

DESLANDES, S. F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 103-107, 1997.

DIMENSTEIN, M.; SALES, A. L.; GALVAO, E. et al. Estratégia da Atenção Psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 4, p. 1209-1226, 2010.

DOBIES, D. V.; FIORONI, L. N. A assistência em SM no município de São Carlos/SP: considerações sobre a história e a atualidade. **Interface**,

**Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v. 14, n. 33, p. 285-99, 2010.

DONABEDIAN, A. **Aspects of Medical Care Administration**. Boston: Harvard University, 1973.

FARIA, J. G.; SCHNEIDER, D. R. O perfil dos usuários do CAPSad-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 324-333, 2009.

FELISBERTO, E.; FREESE, E.; NATAL, S. et al. Contribuindo com a institucionalização da avaliação em saúde: uma proposta de auto-avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2091-2102, 2008.

FERIOTTI, M. L. Equipe multiprofissional, transdisciplinaridade e saúde: desafios do nosso tempo. **Vínculo**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 179-190, 2009.

FREITAS, A. A.; SOUZA, R. C. Caracterização clínica e sociodemográfica dos usuários de um centro de atenção psicossocial (CAPS). **Revista Bahiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 34, n. 3, p. 530-543, 2010.

FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 165-181, 2001.

FURTADO, J. P.; LAPERRIERE, H. Parâmetros e paradigmas em meta-avaliação: uma revisão exploratória e reflexiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 695-705, 2012.

GENTIL, V. Uma leitura anotada do projeto brasileiro de “Reforma Psiquiátrica”. **Revista USP**, São Paulo, n. 43, p. 6-23, 1999.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. Coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. Porto Alegre: Ed da UFRGS, 2009.

GLANZNER, C. H.; OLSCHOWSKY, A.; KANTORSKI, L. P. O trabalho como fonte de prazer: avaliação da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 716-21, 2011.

GOMES, M. P. C.; COUTO, M. C. V.; PEPE, V. L. E.; ALMEIDA, L. M.; DELGADO, P. G. G.; COUTINHO, E. S. F. Censo de pacientes internados em uma instituição asilar no estado do Rio de Janeiro: dados preliminares. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1803-1807, 2002.

GUBA, E.G.; LINCOLN, Y.S. **Avaliação de Quarta Geração**. Campinas, SP: Ed da Unicamp, 2011.

GUEDES, A. C.; KANTORSKI, L. P.; PEREIRA, P. M. et al. A mudança nas práticas em saúde mental e a desinstitucionalização: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 3, p. 547-53, 2010. Disponível: <from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.8198>>. Acesso em 25 jul. 2013.

HECK, R. M.; BIELEMANN, V. L. M.; CEOLIN, T. et al. Gestão e saúde mental: percepções a partir de um centro de atenção psicossocial. **Texto & contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 647-55, 2008.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 297-305, 2009.

IBGE. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?codmun=411520>>. Acesso em: 29 dez. 2012.

JORGE, M. S. B.; PINTO, D. M.; QUINDERÉ, P. H. D.; PINTO, A. G. A.; SOUSA, F. S. P.; CAVALCANTE, C. M. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3051-3060, 2011.

JUNIOR, J. M.; NÓBREGA, V. K. M.; MIRANDA F. A. N. Extinção de um serviço psiquiátrico intermediário e as repercussões na atenção à SM. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 578-584, 2011.

KANTORSKI, L. P.; WETZEL, C.; OLSCHOWSKY, A. et al. Avaliação de quarta geração: contribuições metodológicas para avaliação de serviços de saúde mental. **Interface, Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v. 13, n. 31, p. 343-355, 2009a.

KANTORSKI, L. P.; JARDIM, V. R.; WETZEL, C. et al. Satisfação dos usuários dos centros de atenção psicossocial da região Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, p. 29-35, 2009b. Supl 1.

KANTORSKI, L. P.; BIELEMANN, V. L. M.; CLASEN, B. N.; PADILHA, M. A. S.; BUENO, M. E. N.; HECK, R. M. A concepção dos profissionais acerca do projeto terapêutico de centros de atenção psicossocial – CAPS. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 15, n. 4, p. 659-66, 2010.

KANTORSKI, L. P.; WETZEL, C.; OLSCHOWSKY, A.; JARDIM, V. M. R.; COIMBRA, V. C. C.; SCHNEIDER, J. F.; CHIAVAGATTI, F. G.; CORTES, J. M. Avaliação qualitativa no contexto da reforma psiquiátrica. **Revista SMAD**, São Paulo, v. 6, p. 387-408, 2010.

LUCCHESI, R.; OLIVEIRA, A. G. B.; CONCIANI, M. E.; MARCON, S. R. Saúde Mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2033-

2042, 2009.

LUSSI, I. A. O.; MORATO, G. G. O significado do trabalho para usuários de serviços de saúde mental inseridos em projetos de geração de renda vinculados ou não ao movimento da economia solidária. **Cadernos de Terapia Ocupacional UFSCar**, São Carlos, v. 20, n. 3, p. 369-380, 2012.

LUZIO, C. A.; L'ABBATE, S. A atenção em SM em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 105-116, 2009.

MARINGÁ. Prefeitura do Município de Maringá. Estado do Paraná. **CISAM – Centro Integrado de Saúde Mental**. Disponível em: <<http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/index.php>>. Acesso em: 29 dez. 2012.

MARTINS, J. T.; RIBEIRO, R. P. Políticas públicas e processos de trabalho em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2420-2421, 2010.

MARX, K. **O Capital**. 14. ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 1994.

MEDEIROS, E. N. **Prevalência dos transtornos mentais e perfil sócio-econômico dos usuários atendidos nos serviços de saúde dos municípios paraibanos**. 119 f. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal da Paraíba, Centro e Ciências da Saúde, João Pessoa, 2005.

MERCADO, F. J.; HERNÁNDEZ, N.; TEJADA, L. M. et al. Avaliação de políticas e programas de saúde: enfoques emergentes na Ibero-América no início do século XXI. In: BOSI, M.L.M.; MERCADO, F.J. **Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010. p. 89-117.

MINAYO, M. C. S. Contribuições da antropologia para pensar a saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 201-30.

MUNARI, D. B.; MELO, T. S.; PAGOTTO, V.; ROCHA, B. S.; SOARES, C. B.; MEDEIROS, M. Saúde Mental no contexto da atenção básica: potencialidades, limitações, desafios do Programa Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 3, p. 784-95, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a24.htm>>. Acesso em 30 ago. 2013.

NASCIMENTO, A. F.; GALVANESE, A. T. C. Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, p. 8-15, 2009. supl.1.

NUNES, M.; JUCÁ, V.; VALENTIM, C. Ações de Saúde Mental no Programa de Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.

23, n. 10, p. 2375-84, 2007.

OLIVEIRA, A. G. B.; CONCIANI, M. E.; MARCON, S. R. A capacitação e a gestão de equipes do PSF para a atenção psicossocial: um estudo de caso. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 7, n. 3, p. 376-384, 2008.

OLIVEIRA, A. A. Observação e entrevista em pesquisa qualitativa. **Revista FACEVV**, Vila Velha, n. 4, p. 22-27, 2010.

OLSCHOWSKY, A.; GLANZNER, C. H.; MIELKE, F. B. et al. Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: a realidade em Foz do Iguaçu. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 781-787, 2009.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial da Saúde. **Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Lisboa: Divisão de Saúde Mental da OMS; 2001. Disponível em: [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_djmessage\\_po.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf). Acesso: 03 nov. 2013.

OMS. Organização Mundial De Saúde e Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA). **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários—Uma perspectiva global**. Geneva: WHO Press, 2008. Disponível em: <[www.who.int/eportuguese/publications/Integracao\\_saude\\_mental\\_cuidados\\_primarios.pdf](http://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf)>. Acesso em: 20 out. 2013.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, 2006.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; GAMA, C. A.; FERRER, A. L. et al. Saúde Mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4643-4652, 2011.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; SOUSA, G. W.; FERRER, A. L.; CORREA, C. R. S.; MADUREIRA, P. R.; GAMA, C. A. P.; DANTAS, D. V.; NASCIMENTO, R. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 43-50, 2012.

PAES, L. G.; SCHIMITH, M. D.; BARBOSA, T. M.; RIGHI, L. B. Rede de atenção em SM na perspectiva dos coordenadores de serviços de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 395-409, 2013.

PAULIN, L. F.; TURATO, E. R. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 241-258, 2004.

PEREIRA, M. O.; OLIVEIRA, M. A. F. Análise dos dispositivos de SM em municípios do Vale do Paraíba. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 64, n. 2, p. 294-300, 2011.



PEREIRA, M. O.; SOUZA, J. M.; COSTA, A. M.; VARGAS, D.; OLIVEIRA, M. A. F.; MOURA, W. N. Perfil dos usuários de serviços de Saúde Mental do município de Lorena - São Paulo. **Acta paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 48-54, 2012.

QUINDERE, P. H. D.; JORGE, M. S. B. (Des)construção do modelo assistencial em Saúde Mental na composição das práticas e dos serviços. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 569-583, 2010.

ROECKER, S.; BUDÓ, M. L. D.; MARCON, S. S. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 641-649, 2012.

SAMPAIO, J. J. C.; GUIMARAES, J. M. X.; CARNEIRO, C.; GARCIA FILHO, C. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4685-4694, 2011.

SARACENO, B.; OMMEREN, M.; BATNIJI, R.; COHEN, A.; GUREJE, O.; MAHONEY, J.; SRIDHAR, D.; UNDERHILL, C. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. **Lancet**, n. 370, p. 1164-74, 2007.

SARRETA, F. O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Editora UNESP, 2009. 248 p. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 30 out. 2013.

SCHMIDT, M. B.; FIGUEIREDO, A. C. Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 130-140, 2009.

SCHNEIDER, J. F.; CAMATTA, M. W.; NASI, C. et al. Avaliação de um centro de atenção psicossocial brasileiro. **Ciencia y Enfermeria**, Concepción. v. 15, n. 3, p. 91-100, 2009.

SCHOLZE, A. S.; DUARTE JUNIOR, C. F.; FLORES E SILVA, Y. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção básica à saúde: afeto, empatia ou alteridade? **Interface, Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v. 13, n. 31, p. 303-14, 2009.

SETOYA, Y. Princípios que devem nortear as políticas de SM em países de baixa e média rendas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 6-7, 2011.

SEVERO, A. K.; DIMENSTEIN, M. Rede e intersetorialidade na atenção psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde

mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, DF, v. 31, n. 3, p. 640-655, 2011.

SILVA, D. C.; ALVIM, N. A. T.; FIGUEIREDO, P. A. Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 291-298, 2008.

SILVA, J. R. A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: IMSUERJ, 2004. p. 241-257.

SILVA, M. A.; BANDEIRA, M.; SCALON, J. D.; QUAGLIA, M. A. C. Satisfação dos pacientes com os serviços de saúde mental: a percepção de mudanças como preditora. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 2, p. 64-71, 2012.

SILVA, N. S.; MELO, J. M.; ESPERIDIÃO, E. Avaliação dos serviços de assistência em saúde mental brasileiros: revisão integrativa da literatura. **Reme - Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 16, n. 2, p. 280-288, 2012.

SILVEIRA, M. S.; VARGAS, M. M.; REIS, F. P.; SILVA, P. Caracterização dos usuários com esquizofrenia e outros transtornos psicóticos dos Centros de Atenção Psicossocial. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-32, 2011.

SOARES, M. H. Recorte Histórico da Psiquiatria e do Campo de Enfermagem Psiquiátrica Brasileiras. **Revista Salus**, Guarapuava, v. 2, n. 1, p. 57-66, 2008.

SPAGNUOLO, R. S.; PEREIRA, M. L. T. Práticas de saúde em Enfermagem e Comunicação: um estudo de revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1603-1610, 2007.

TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 477-486, 2009.

TURRINI, R. N. T.; LEBRAO, M. L.; CESAR, C. L. G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 663-674, 2008.

VECCHIA, M. D.; MARTINS, S. T. F. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 183-193, 2009.

VENANCIO, A. T. A. Da colônia agrícola ao hospital-colônia: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 35-52, 2011. supl.1.

VIDAL, C. E. L.; BANDEIRA, M.; GONTIJO, E. D. Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p. 70-79, 2008.

WAIMAN, M. A. P.; ELSEEN, I. Os caminhos para cuidar da família no paradigma da desinstitucionalização: da utopia a realidade. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, p. 107-112, 2006.

WAIMAN, M. A. P.; MARCON, S. S.; PANDINI, A.; BESSA, J. B.; PAIANO, M. Assistência de enfermagem às pessoas com transtornos mentais e às famílias na Atenção Básica. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 346-351, 2012.

WETZEL, C.; KANTORSKI, L. P. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. **Texto & contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 4, p. 543-548, 2004.

WETZEL, C. **Avaliação de serviço em saúde mental: a construção de um processo participativo**. Tese [Doutorado]-Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2005.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de saúde mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78, p. 27-37, 2008.

ZAMBENEDETTI, G.; PERRONE, C. M. O Processo de construção de uma rede de atenção em Saúde Mental: desafios e potencialidades no processo de Reforma Psiquiátrica. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 277-293, 2008.

ZERBETTO, S. E.; EFIGÊNIO, E. B.; SANTOS, N. L. N.; MARTINS, S. C. O trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial: dificuldades e facilidades da equipe de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 13, n. 1, p. 99-109, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i1.9079>>. Acesso em 13 out. 2013.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4 ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

## APÊNDICES

## Apêndice A

### ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

#### **a) Período de observação (dia/ horário)**

- Tempo de funcionamento do serviço:
- Área de abrangência
- Número de pacientes cadastrados

#### **b) Condições gerais do serviço**

- Número de salas e tipos de atendimentos a que são destinadas, profissionais que as utilizam, compartilhamento de salas para atividades diversas
- Horário de funcionamento da unidade e dos profissionais
- Escalonamento das atividades/ tipos de atendimento por dias da semana
- Tipos de atendimento realizados por cada profissional
- Número de pessoas atendidas por dia
- Formas de agendamento e registro das informações de atendimento
- Descrição e perfil dos profissionais da unidade
- Descrição do cronograma semanal/agenda de atendimento

#### **c) Características gerais**

- Tipos de atendimentos realizados no serviço (consulta médica, enfermagem, psicologia, VD, grupos educativos, atividades preventivas)
- Tipo da demanda atendida (atividades programáticas, demanda espontânea, emergências)
- Funções realizadas pelos diversos profissionais

#### **d) Momentos do atendimento**

##### ***Chegada do usuário ao serviço***

- Horário em relação a abertura da unidade, necessidade de espera e, quando houver, formas de organização da espera

**Recepção**

- Características do espaço em que se realiza
- Profissional responsável pela recepção (categoria profissional, capacitação para exercício da função, autonomia no exercício da função)
- Relação com os usuários (capacidade de escuta, de discriminação das demandas, habilidade na orientação dos diferentes tipos de usuários)
- Procedimentos utilizados para encaminhamento interno dos usuários
- Procedimentos utilizados para encaminhamento externo dos usuários
- Formas de priorização dos atendimentos
- Forma de registro dos dados

**Sala de espera**

- Características do espaço em que se realiza
- Tempo médio de espera pelos atendimentos
- Existência de atividades sistemáticas
- Adequação do espaço físico
- Organização dos atendimentos por prioridade

**Consulta médica**

- Características do espaço em que se realiza
- Relação de escuta e diálogo com usuários, adequação da linguagem, explicação de conteúdos técnicos
- Aspectos valorizados pelo profissional como importantes em cada atividade
- Formas de registro da atividade
- Formas de agendamento do retorno
- Tipos e formas de encaminhamento

**Consulta de enfermagem**

- Características do espaço em que se realiza
- Tipo de atividades realizadas
- Principais conteúdos do atendimento
- Relação de escuta e diálogo com usuários, adequação da linguagem, conteúdos técnicos

- Aspectos valorizados pelo profissional como importantes em cada atividade
- Formas de registro da atividade
- Formas de agendamento do retorno
- Tipos e formas de encaminhamento (exames, medicação, especialidades)

### ***Atividades de grupo***

- Tipos de grupos realizados: aberto ou fechado, dirigidos a agravos ou segmentos populacionais, inserção no fluxograma do atendimento, formas de encaminhamentos dos usuários para participação
- Frequência de realização das atividades de grupo
- Tipo de conteúdo valorizado nas atividades de grupo
- Formas de participação dos usuários, tipos de questões colocadas pelos usuários
- Profissionais responsáveis (categoria, capacidade de diálogo, orientação e escuta, preparo técnico)
- Temas abordados (linguagem utilizada, conteúdos, adequação as demandas)
- Existência de algum tipo de supervisão da atividade

### ***Visitas domiciliares***

- Frequência de realização das visitas
- Forma de entrada nos domicílios
- Tipos de demandas mais valorizadas para a VD
- Conteúdos mais valorizadas na VD
- Capacidade de escuta e diálogo com os moradores
- Casos priorizados para encaminhamento ao CISAM e demais serviços
- Profissionais integrantes no momento da VD
- Capacidade técnica e autonomia para tomada de decisões de encaminhamentos e orientações.

### ***Farmácia***

- Relação com os pacientes (demandas dos pacientes, atenção dada e orientações)
- Formas de registro e controle

- Perfil e capacitação dos profissionais

### ***Reuniões***

- Tipos de reunião e de forma de aviso aos participantes (convite/convocação)
- Categorias profissionais convidadas/convocadas e presentes
- Característica dos assuntos tratados (técnicos, administrativos, pessoais)
- Periodicidade



## Apêndice B

### Termo de consentimento livre e esclarecido

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa intitulada “Avaliando o serviço de saúde mental: perspectivas dos profissionais”, que faz parte do curso do Doutorado em Enfermagem e é orientada pela prof. Sonia Silva Marcon da Universidade Estadual de Maringá (UEM). O objetivo da pesquisa é compreender a percepção dos profissionais sobre a avaliação de um serviço no município de Maringá-PR.

Para isto a sua participação é muito importante, e ela se daria por meio de uma entrevista e a participação em um grupo focal em dia, local e horário a combinar. Informamos que não estão previstos riscos nem desconfortos inaceitáveis no estudo, apenas a destinação do tempo do participante para colaborar com o estudo. Caso os participantes venham a apresentar algum desconforto durante a pesquisa à mesma será interrompida. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. As entrevistas gravadas serão destruídas após codificação para o presente trabalho.

Caso você tenha mais dúvidas ou necessite maiores esclarecimentos, pode nos contatar nos endereços abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEM, cujo endereço consta deste documento. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Além da assinatura nos campos específicos pelo pesquisador e por você, solicitamos que sejam rubricadas todas as folhas deste documento. Isto deve ser feito por ambos (pelo pesquisador e por você, como sujeito ou responsável pelo sujeito de pesquisa) de tal forma a garantir o acesso ao documento completo.

Eu,.....(nome por extenso do sujeito de pesquisa) declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar VOLUNTARIAMENTE da pesquisa coordenada pelo Prof.....(nome do pesquisador responsável).

\_\_\_\_\_ Data:.....

Assinatura ou impressão datiloscópica

Eu,.....(nome do pesquisador ou do membro da equipe que aplicou o TCLE), declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra-nominado.

\_\_\_\_\_ Data:.....

Assinatura do pesquisador

Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com o pesquisador, conforme o endereço abaixo:

Nome: Marcelle Paiano, Endereço: Rua Monsenhor Kimura, 353 – fone (44) 9916-2725, email: marcellepaiano@hotmail.com

Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (COPEP) envolvendo Seres Humanos da UEM, no endereço abaixo:

COPEP/UEM

Universidade Estadual de Maringá.

Av. Colombo, 5790. Campus Sede da UEM.

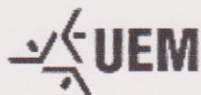
Bloco da Biblioteca Central (BCE) da UEM.

CEP 87020-900. Maringá-Pr. Tel: (44) 3261-4444

E-mail: copep@uem.br

**ANEXO**

## Anexo A

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
MARINGÁPlataforma  
Brasil

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** COMPREENDENDO A PERCEPÇÃO DE PACIENTES, FAMILIARES E PROFISSIONAIS SOBRE A DEPRESSÃO NO MUNICÍPIO DE MARINGÁ-PR

**Pesquisador:** Sonia Silva Marcon

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 10277812.6.0000.0104

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual de Maringá

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 202.073

**Data da Relatoria:** 10/12/2012

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um estudo qualitativo descritivo-exploratório. Inicialmente a proponente faz exposição sobre a saúde mental no Brasil, com ênfase para os transtornos depressivos, e as políticas de atendimento que vêm sendo implementadas. O estudo proposto será realizado na rede de atenção a saúde mental do município de Maringá, quais sejam: 1- Ambulatório de Saúde Mental: Centro Integrado de Saúde Mental (CISAM); 2- Unidade Básica de Saúde (UBS): Alvorada III; 3- Emergência Psiquiátrica do Hospital Municipal de Maringá EP-HMM). A realização da coleta de dados no CISAM será constituído de 3 etapas: 1º Etapa: Entrevista semi-estruturada com os pacientes\* que possuem diagnóstico de depressão; 2º Etapa: Entrevista semi-estruturada com os familiares/cuidadores desses pacientes. 3º Etapa: Grupo focal com os profissionais deste serviço. \*Para a escolha destes pacientes e familiares, será feito um levantamento dos pacientes de 2011 que se enquadrem dentro dos critérios de inclusão do estudo. As entrevistas serão realizadas até o alcance dos objetivos propostos. A realização do grupo focal na UBS será constituído de 3 etapas: 1º Etapa: Entrevista semi-estruturada com os pacientes que possuem diagnóstico de depressão e que não possuem nenhum tipo de acompanhamento pela UBS para o quadro depressivo. 2º Etapa: Entrevista semi-estruturada com os familiares/cuidadores desses pacientes. 3º Etapa: Grupo focal com os profissionais da UBS que atendam o paciente. A realização do grupo focal na EP-HMM será constituído de 3 etapas: 1º Etapa: Entrevista semiestruturada com os pacientes\* que possuem diagnóstico de depressão e que tiveram passagem pela EP-HMM no ano anterior. 2º Etapa:

**Endereço:** Av. Colombo, 5790, UEM-PPG

**Bairro:** Jardim Universitário

**CEP:** 87.020-900

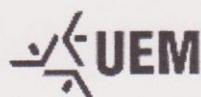
**UF:** PR

**Município:** MARINGÁ

**Telefone:** (44)3011-4444

**Fax:** (44)3011-4518

**E-mail:** copep@uem.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
MARINGÁ

Plataforma  
Brasil

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do exposto este comitê é de parecer pela aprovação do protocolo apresentado.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

MARINGÁ, 21 de Fevereiro de 2013

---

Assinador por:  
Ricardo Cesar Gardiolo  
(Coordenador)

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG

Bairro: Jardim Universitário

CEP: 87.020-900

UF: PR

Município: MARINGÁ

Telefone: (44)3011-4444

Fax: (44)3011-4518

E-mail: cocep@uem.br

## Anexo B



Ofício nº1058/2012

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
CECAPS  
Centro de Formação e Capacitação  
Permanente dos Trabalhadores da Saúde

Maringá, 12 de Julho de 2012.

Prezado Senhor

Informamos que foi **autorizada**; pela Comissão Permanente de Avaliação de Projetos – Portaria nº 001/2010 desta Secretaria Municipal de Saúde; a pesquisa “**Compreendendo a percepção de paciente, familiares e profissionais sobre depressão**”, a ser realizada na UBS Alvorada III, Emergência Psiquiátrica do HMM e CISAM, desta Secretaria Municipal de Saúde.

Orientamos ainda que, após parecer do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, o pesquisador deverá retornar ao CECAPS para obter a autorização para sua entrada nas UBS.

Sem mais para o momento, subscrevemo-nos,

Atenciosamente

Lourdes Thome  
Coordenadora CECAPS

Ilma. Sr<sup>a</sup>.  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ieda Harumi Higarashi  
Presidente do COPEP  
Universidade Estadual de Maringá  
Maringá – Pr.