

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

ANDIARA COSSETIN

**Controle social na Estratégia Saúde da Família: avaliação participativa
das ações em saúde mental**

**Porto Alegre
2010**

ANDIARA COSSETIN

**Controle social na Estratégia Saúde da Família: avaliação participativa das
ações em saúde mental**

Dissertação de Mestrado apresentada
ao Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem da Escola de Enfermagem
da Universidade Federal do Rio Grande
do Sul como requisito final para
obtenção do título de Mestre em
Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Agnes
Olschowsky

Porto Alegre

2010

C836c Cossetin, Andiara

Controle social na Estratégia Saúde da Família : avaliação participativa das ações em saúde mental – [manuscrito] / Andiara Cossetin; orient. Agnes Olschowsky. – Porto Alegre, 2010.

155 f.: il.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2010.
Orientação: Agnes Olschowsky

Inclui resumos em: português e inglês.

1. Controle social 2. Saúde mental 3. Saúde da família I. Olschowsky, Agnes II. Título

NLM HM661

ANDIARA COSSETIN

Controle social na Estratégia Saúde da Família: avaliação participativa das ações em saúde mental.

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

Aprovada em Porto Alegre, 30 de novembro de 2010.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Agnes Olschowsky

Presidente da Banca – Orientadora

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Luciane Prado Kantorski

Membro da banca

UFPEL



Prof. Dr. Leandro Barbosa de Pinho

Membro da banca

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Christine Wetzel

Membro da banca

EENF/UFRGS

*Dedico este estudo ao meu pai Gilberto e
à minha mãe Cleuza, sinônimos de amor.*

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Agnes Olschowsky, primeira pessoa que me acolheu junto a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pela paciência, pelo apoio e pelo incentivo nas escolhas e projetos acadêmicos e profissionais.

À minha família, pelo amor, pela amizade, pelo respeito e pelo carinho, sentimentos que permanecem em nossas relações e que me motivaram durante a realização deste estudo.

Aos participantes das entrevistas deste estudo, pelo apoio, pelo incentivo e pela confiança e por compartilharmos momentos de construção da cidadania e de solidariedade.

Aos meus colegas de mestrado, em especial à amiga Eliane, por compartilharmos as dificuldades e os momentos divertidos necessários para “desopilarmos” e não sermos “incorporados” pelo sistema.

Aos amigos que conheci em Cruz Alta, Santa Maria, Uruguaiana, Salvador e Porto Alegre por compartilharmos saberes e momentos. Em especial às amigas Marelaine e Luana pelo apoio e pelo acolhimento em seus espaços de moradia.

Aos professores, aos funcionários e aos estudantes da Escola de Enfermagem do Rio Grande do Sul, pelo compartilhamento de saberes, pelo apoio e pela convivência.

Aos colegas e amigos do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental pela convivência, pelos momentos de trabalho, de diálogo e de reflexão.

A todos que de alguma maneira compartilharam a construção deste estudo, muito obrigada!!!

É Proibido

É proibido chorar sem aprender,
Levantar-se um dia sem saber o que fazer
Ter medo de suas lembranças.
É proibido não rir dos problemas
Não lutar pelo que se quer,
Abandonar tudo por medo,
Não transformar sonhos em realidade.

É proibido não demonstrar amor
Fazer com que alguém pague por tuas dúvidas e mau-humor.
É proibido deixar os amigos
Não tentar compreender o que viveram juntos
Chamá-los somente quando necessita deles.
É proibido não ser você mesmo diante das pessoas,
Fingir que elas não te importam,
Ser gentil só para que se lembrem de você,
Esquecer aqueles que gostam de você.

É proibido não fazer as coisas por si mesmo,
Não crer em Deus e fazer seu destino,
Ter medo da vida e de seus compromissos,
Não viver cada dia como se fosse um último suspiro.

É proibido sentir saudades de alguém sem se alegrar,
Esquecer seus olhos, seu sorriso, só porque seus caminhos se
desencontraram,
Esquecer seu passado e pagá-lo com seu presente.

É proibido não tentar compreender as pessoas,
Pensar que as vidas deles valem mais que a sua,
Não saber que cada um tem seu caminho e sua sorte.

É proibido não criar sua história,
Deixar de dar graças a Deus por sua vida,
Não ter um momento para quem necessita de você,
Não compreender que o que a vida te dá, também te tira.

É proibido não buscar a felicidade,
Não viver sua vida com uma atitude positiva,
Não pensar que podemos ser melhores,
Não sentir que sem vocês este mundo não seria igual.

Pablo Neruda

RESUMO

COSSETIN, A. Controle social na Estratégia Saúde da Família: avaliação participativa das ações em saúde mental [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, 2010. 155f.

Esta dissertação teve como objetivo avaliar qualitativamente as ações em saúde mental na Estratégia Saúde da Família (ESF) junto aos atores sociais engajados a um Conselho Local de Saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo estudo de caso, que teve como referencial teórico-metodológico a Avaliação de Quarta Geração e, para a análise de dados, o Método Comparativo Constante. Na coleta de dados foram realizadas 60 horas de observação participante e oito entrevistas semiestruturadas com conselheiros de saúde e líderes comunitários, por meio do círculo hermenêutico-dialético. As informações e discussões que emergiram no processo avaliativo participativo foram agrupadas em dois núcleos temáticos: dimensões do controle social e avaliação participativa das ações em saúde mental. As quatro dimensões do controle social (político-social, pedagógica, organizativo-burocrática e ético-subjetiva) foram identificadas como ações individuais e coletivas de cidadania e promoção do direito à saúde no bairro. Já as ações em saúde mental foram avaliadas como dispositivos que se expressam por meio da solidariedade, da humanização, da compreensão das necessidades e da atitude ética de mediar conflitos e fortalecer ações com responsabilidades compartilhadas. Entre os desafios para o fortalecimento das ações em saúde mental no trabalho da equipe da ESF estava a necessidade de articulação intersetorial na rede de atenção em saúde mental. Nesse contexto, dar voz aos participantes das instâncias do controle social significa propiciar a emergência da potencialidade das ações em saúde mental, não se restringindo às políticas e aos programas vindos do Ministério da Saúde. E, como as políticas são construídas por pessoas, há que se valorizar as redes de solidariedade e os espaços de construção coletiva, considerando as avaliações participativas como fortalecedoras desse processo.

Descritores: Participação Comunitária. Avaliação. Saúde Mental. Saúde da Família.

ABSTRACT

COSSETIN, A. Social control at the Family Health Strategy: participatory evaluation of actions in mental health [dissertation]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, 2010. 155f.

This dissertation had the aim to evaluate qualitatively the actions in mental health at the Family Health Strategy (FHS) along with the social actors engaged in a Local Health Council in Porto Alegre, Rio Grande do Sul. This is a qualitative research, case study type, which had as theoretical-methodological reference the Fourth Generation Evaluation and for data analysis the Constant Comparative Method. In data collecting, 60 hours of participant observation and 8 semi-structured interviews with health counselors and community leaders, through the hermeneutic-dialectic circle, were performed. The information and discussions that emerged in participatory evaluative process were grouped into two thematic cores: social control dimensions and participatory evaluation of actions in mental health. The four dimensions of social control (political social, pedagogical, organizational bureaucratic, and ethical subjective) were identified as individual and collective actions of citizenship and promotion of the right to health in the neighborhood. In turn, the actions in mental health were evaluated as devices that are expressed through solidarity, humanization, understanding the needs, and ethical attitude of mediating conflicts and strengthening actions with shared responsibilities. Among the challenges for the actions in mental health strengthening in the FHS team work there was the need of an intersectorial articulation on the health mental attention network. In this context, giving voice to the participants of the social control instances means to provide the emergency of the potentiality of actions in mental health, going beyond the politics and the programs originated from the Ministry of Health. And since politics are built by people, it is necessary to value the solidarity networks and spaces for collective building, considering the participative evaluations as strengthening this process.

Descriptors: Community Participation. Evaluation. Mental Health. Family Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Círculo Hermenêutico-Dialético.....	82
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro1 - Gerações anteriores à Quarta Geração.....	79
Quadro 2 - Etapas da Avaliação de Quarta Geração.....	87
Quadro 3 - Núcleos Temáticos e Unidades de Informação.....	91
Quadro 4 - Observações no Conselho Local de Saúde Pitoresca.....	112

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica em Saúde
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPSUL	Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil
CDS	Conselho Distrital de Saúde
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CLS	Conselho Local de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartites
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
COMPESQ	Comitê de Pesquisa em Enfermagem
COREME	Comissão de Residência Multiprofissional Especializada
CONASP	Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
CPMF	Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira
DEP	Departamento de Esgotos Pluviais
DMAE	Departamento Municipal de Águas e Esgotos
DMLU	Departamento Municipal de Lixo Urbano
EC	Emenda Constitucional
EEnf - UFRGS	Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
ESF	Estratégia Saúde da Família
GEPESM	Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental
INAMPS	Instituto Nacional de Previdência Médica e Assistência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
Mental - ESF	Avaliação da Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família

OMS	Organização Mundial da Saúde
OP	Orçamento Participativo
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
RIS	Residência Integrada em Saúde
RS	Rio Grande do Sul
SES	Secretarias Estaduais de Saúde
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SMS	Secretarias Municipais de Saúde
SP	São Paulo
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
USF Pitoresca	Unidade de Saúde da Família – Pitoresca
VER-SUS	Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVO	23
3 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	24
3.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DO CONTROLE SOCIAL E DO PROCESSO PARTICIPATIVO NO CONTEXTO DA REFORMA SANITÁRIA	32
3.2 A trajetória da saúde mental: a relação entre Reforma Psiquiátrica e controle social	48
3.3 Controle social na Estratégia Saúde da Família: o fortalecimento das ações em saúde mental na atenção básica por meio de avaliações participativas	62
4 METODOLOGIA	74
4.1 Cenário de estudo	74
4.2 Atores sociais participantes do estudo	75
4.3 Caracterização do estudo	76
<i>4.3.1 Organização da Avaliação de Quarta Geração</i>	<i>80</i>
4.4 Coleta de dados	84
<i>4.4.1 Aplicação prática da coleta de dados</i>	<i>87</i>
4.5 Análise de dados	90
4.6 Considerações éticas	92
5 O CONTROLE SOCIAL NA ESF PITORESCA COMO POTENCIALIZADOR DAS AÇÕES EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA	94
5.1 As dimensões do controle social	96
<i>5.1.1 A dimensão político-social</i>	<i>99</i>
<i>5.1.2 A dimensão pedagógica</i>	<i>106</i>
<i>5.1.3 A dimensão organizativo-burocrática</i>	<i>108</i>
<i>5.1.4 A dimensão ético-subjetiva</i>	<i>116</i>
5.2 Avaliação participativa das ações em saúde mental na ESF Pitoresca	122
<i>5.2.1 Necessidades</i>	<i>123</i>
<i>5.2.2 Potencialidades</i>	<i>133</i>
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	138

REFERÊNCIAS	143
APÊNDICE A - Termo de consentimento Livre e Esclarecido	150
APÊNDICE B - Instrumento de entrevista	151
APÊNDICE C - Instrumento de observação	152
ANEXO A - Parecer Consubstanciado n.º 301.....	153
ANEXO B - Parecer Consubstanciado n.º 408.....	154
ANEXO C - Carta de Aprovação.....	155

1 INTRODUÇÃO

Ao ingressar no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, vinculei-me à pesquisa “Avaliação da Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família” (Mental - ESF), financiada pelo Ministério da Ciência e Tecnologia através do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) - Edital 06/2008. Essa pesquisa está vinculada à Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EEnf - UFRGS) e é desenvolvida em parceria com a Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas (UFPel).

A inserção nesse estudo, assim como no Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental (GEPESM), facilitou a abertura de caminhos para uma trajetória de construção de saberes e processos coletivos de educação e investigação em Saúde Mental. Enquanto um campo pluridimensional, complexo e permeado de subjetividade, a saúde mental potencializa criatividade, sensibilidade, arte, movimento e liberdade de criação.

A partir da trajetória acadêmica e das minhas vivências construídas em atividades de cunho político, social e cultural, desenvolvi a escrita desta dissertação. Com questionamentos, inquietações e práticas em permanente análise, fiz algumas reflexões sobre a saúde mental na atenção básica, buscando direcionamento para construção do problema de pesquisa na história tanto da Reforma Psiquiátrica quanto da Reforma Sanitária, entrelaçando os campos saúde mental e saúde coletiva.

Foi marcante um estágio curricular na Unidade Psiquiátrica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) durante a graduação em Enfermagem. Percebi que o cuidado em saúde mental era característico do modelo manicomial, com internação de indivíduos em sofrimento psíquico isolados do convívio social e de seus familiares, realizando atividades restritas ao processo de trabalho da equipe da instituição hospitalar.

A partir dessa experiência, busquei ressignificar o imaginário do cuidado em saúde mental, apreendendo modos de fazer saúde, em outros estágios da

graduação, que possibilitaram a ampliação da clínica com escuta terapêutica, vínculo, acolhimento e diálogo. Também foram construídas relações baseadas na solidariedade, no respeito e na compreensão da história de vida dos usuários nos serviços, em suas moradias e no território.

Em 2004, ingressei no Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), que valoriza a produção de saberes nos espaços dos serviços a partir de debates sobre os desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) na prática. Construí uma visão política sobre a organização da atenção, da gestão em saúde, da educação e do controle social.

Em 2005, fiz o estágio final da Graduação em Enfermagem da UFSM em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da Zona Rural de Santa Maria. Deparei-me com as limitações e as dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores para a realização de ações em saúde mental no território. Ao mesmo tempo, a cada visita domiciliar e reconhecimento da área de atuação dos trabalhadores, era notável o potencial dos movimentos sociais, dos grupos populares organizados e das práticas comunitárias que emergiam como uma rede de apoio ao cuidado em saúde.

Os trabalhadores percebiam as dificuldades de construir essa rede de cuidados em saúde mental junto aos usuários com transtorno severo grave, pois os moradores eram orientados a buscarem serviços de atenção especializada mediante encaminhamento por meio de um sistema de referência e contrarreferência.

Entre os desafios para o fortalecimento das ações em saúde mental no processo de trabalho dessa equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) estava a necessidade de articulação intersetorial na rede de atenção em saúde mental, líderes comunitários, representantes dos usuários nas instâncias deliberativas do Sistema Único de Saúde (SUS) e demais recursos comunitários.

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) incluíam, nas reuniões de equipe, pautas relacionadas ao sofrimento psíquico dos moradores das microáreas de atuação da ESF e à dificuldade de articulação entre os diferentes serviços e recursos da rede de atenção em saúde mental substitutivos ao tratamento asilar no hospital psiquiátrico. A partir dessa problemática, percebi o controle social como um dispositivo para os usuários pressionarem o fortalecimento das ações de saúde

mental no território junto a uma equipe que estava mobilizada a atuar no campo da saúde mental. Porém, os trabalhadores relatavam que não tinham “pernas” para tudo.

Os usuários participantes dos Conselhos de Saúde são atores sociais estratégicos na luta pela inclusão das ações em saúde mental nos serviços da Atenção Básica em Saúde (ABS), pois são identificados, por mim, como porta-vozes da defesa e gradual incorporação dos princípios da Reforma Psiquiátrica por todos aqueles envolvidos na atenção em saúde.

Enquanto agentes de mudança, os usuários dos serviços de saúde podem estar articulados em espaços participativos com os trabalhadores da ESF para construir projetos terapêuticos que contemplem ampliação da clínica, vínculo e acolhimento. Dessa forma, a equipe de trabalhadores pode qualificar as ações em saúde mental, a partir das necessidades locais de saúde e dos modos de vida dos usuários, não se restringindo às políticas e aos programas vindos do Ministério da Saúde (MS).

A atenção em saúde mental se desenvolve a partir de ações intersetoriais com uma articulação entre ESF e recursos afetivos, socioeconômicos e culturais da rede de cuidados em saúde, os quais podem potencializar a atuação dos trabalhadores da atenção básica, visando à reabilitação psicossocial e à cidadania das pessoas com transtornos mentais. Para essa articulação acontecer, torna-se fundamental o encontro entre as lideranças locais, vizinhos, família, gestores, associações de moradores, trabalhadores, estudantes e pesquisadores das universidades, representantes das escolas, pastorais e demais instituições localizadas no território geográfico da área de abrangência da Unidade de Saúde.

No segundo semestre de 2005, desenvolvi o Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria, intitulado *Educação Popular em Saúde: uma estratégia na relação ensino-serviço-gestão-comunidade*, aproximando-me da história dos movimentos sociais⁽¹⁾. Com isso, compreendi a importância da participação dos usuários nos espaços do controle social, tencionando para que as avaliações sejam participativas e para que se tornem momentos formativos em uma lógica de educação em que educadores e educandos

estejam no mesmo nível.

Já nos anos de 2006 e 2007, durante a Residência Integrada em Saúde (RIS) da Escola de Saúde Pública, formação em serviço, desenvolvi um estudo qualitativo, em que me deparei com o tema controle social e reafirmei a importância da participação dos usuários, também em instâncias deliberativas das instituições e serviços de saúde⁽²⁾. Os espaços dos conselhos de saúde aparecem como uma possibilidade de os usuários exercerem autonomia e participarem das decisões locais, regionais, municipais, estaduais e federais referentes à saúde, em parceria com os demais segmentos sociais.

Essa formação multiprofissional teve ênfase em atenção básica em saúde coletiva e possibilitou a atuação no campo da saúde mental, considerando as seguintes ações desenvolvidas: acolhimento coletivo em saúde mental, grupo terapêutico, grupos operativos de educação em saúde, visitas domiciliares a usuários em sofrimento psíquico em acompanhamento, grupo de trabalho de vigilância em saúde mental, interconsultas¹, reuniões do Conselho Local de Saúde (CLS) e do Conselho Distrital de Saúde (CDS), reuniões de planejamento da equipe, rodas de educação permanente, seminários temáticos em saúde mental, representação discente na Comissão de Residência Multiprofissional Especializada (COREME), entre outras.

Engajei-me com trabalhadores interessados no fortalecimento das ações em saúde mental na UBS VI do Centro de Saúde-Escola Murialdo (CSEM), serviço da ABS de Porto Alegre, assumindo responsabilidades, conquistando espaço e adquirindo experiência. Inquietavam-me as questões relacionadas ao controle social, tanto nas reuniões do conselho de saúde quanto nos grupos, compreendendo as dificuldades de acesso dos usuários às tecnologias do cuidado e ações em saúde mental planejadas pela equipe.

Devido à grande demanda de moradores na área de abrangência da UBS, os

¹A prática das interconsultas no Centro de Saúde-Escola Murialdo (CSEM), em 2006 e 2007, consistiu em atendimentos realizados entre diferentes núcleos profissionais, com discussão sobre as necessidades dos usuários fora e/ou dentro dos consultórios. Isso possibilitou aos residentes e preceptores a discussão do plano terapêutico individual junto aos usuários e facilitou a resolutividade da atenção em cada situação.

usuários recebiam pouco suporte psicossocial, pois, mesmo que a equipe estivesse comprometida com a atenção em saúde mental, prevalecia a lógica da referência e contrarreferência para especialidades como a psiquiatria.

Com a participação na COREME, percebi que as instâncias deliberativas são compostas por atores com diferentes interesses, saberes e governabilidade. A partir dessa representatividade em uma instância do controle social, compreendi que os espaços de participação envolvem disputa de poder e saber, sendo importante agregar militantes que lutam pela saúde mental fora dos manicômios e pela cidadania dos usuários em sofrimento psíquico.

As ações em saúde mental podem ser fortalecidas e qualificadas com uma maior articulação entre CLS e a rede básica de saúde no que se refere à luta pela cidadania, respeito, dignidade e direito à saúde. Dependem do protagonismo, empoderamento e politização dos usuários para que a saúde mental seja pauta de discussão nos serviços e para que as relações entre trabalhadores e usuários envolvam responsabilidade compartilhada e confiança.

Nesse contexto, compreendo que a escuta, o acolhimento e o vínculo constituem-se como dispositivos fundamentais do cuidado em saúde mental, na medida em que convergem para a produção de subjetividades nos encontros com os usuários. Esses encontros podem fortalecer a confiança entre os que ali se encontram e, pela voz dos usuários, emitir ecos sobre seus desejos e suas necessidades diante do cotidiano.

Os espaços do controle social são estratégicos para avaliar as ações em saúde mental na ESF, pois, além de propiciarem encontros entre os atores sociais, os CLS podem ser instâncias democráticas, avaliativas e inclusoras das vozes e decisões dos usuários referentes às ações em saúde mental para além das paredes das instituições e das práticas centradas no tratamento.

Frente às discussões do GEPESM sobre a proposta de desinstitucionalização da Reforma Psiquiátrica Italiana e a atenção psicossocial em saúde mental, percebi a importância de os processos avaliativos incluírem os participantes dos CLS, considerando que os líderes comunitários podem motivar os moradores do bairro ao empoderamento. Por intermédio de oficinas, seminários, debates e mobilizações

coletivas, constituem-se modos de enfrentamento das dificuldades vivenciadas por aqueles que (con)vivem e querem apoiar as pessoas em sofrimento psíquico.

O fortalecimento de uma lógica de atenção em saúde mental voltada para o território pode apoiar-se na cidadania e na participação dos usuários no controle social. Com isso, qualquer cidadão pode estar integrado a projetos criativos que vislumbrem ações em saúde mental nos diferentes espaços de uma cidade, de um bairro, de uma comunidade e não somente nos serviços de saúde.

Ninguém supera crises e aprende a conviver com cidadãos em crise ou sofrimento, se os considerados doentes mentais, loucos ou malucos, continuarem internados, em tratamento psiquiátrico, durante longos períodos. Que saúde mental é essa que está sendo produzida em instituições de saúde com lógicas de atenção com foco na medicação ao invés de no usuário? Que trabalhadores são esses que centralizam suas práticas no isolamento do louco, no controle de seu comportamento e na imposição de rotinas sem a discussão de um projeto terapêutico?

O movimento da Reforma Psiquiátrica aponta para a transformação da atenção em saúde mental antes baseada na exclusão da loucura para o modo de atenção psicossocial voltada para ações em saúde mental no território. Nesse contexto, dar voz aos participantes das instâncias do controle social nesta pesquisa significa propiciar a emergência da potencialidade das ações em saúde mental, no que tange à incorporação da subjetividade das relações, singularidade dos sujeitos e modos criativos de “atua-ação” no contexto do cuidado em saúde mental.

Essa transformação passa pela política, gestão, organização e funcionamento dos serviços, rede de saúde mental, modos de atenção, assim como pelas instâncias do controle social. Pode ser disparada pela participação ativa dos atores sociais tanto nos conselhos de saúde como nos espaços com caráter decisório e permanente das instituições em que atuam trabalhadores, gestores, docentes, discentes, estagiários, enfim, cidadãos em busca de cuidado e de vida.

Nesse sentido, interessei-me em pesquisar sobre o tema **controle social na ESF, a partir de uma avaliação participativa das ações em saúde mental**. Foram avaliadas as ações em saúde mental realizadas na ESF Pitoresca de Porto Alegre, junto aos atores sociais engajados às reuniões do CLS. Com base em uma

metodologia construtivista e dialética, este estudo propiciou reflexões sobre as ações em saúde mental junto aos integrantes de uma instância deliberativa, discutindo sobre a importância do exercício do controle social e participação dos usuários em projetos de cidadania e nas decisões referentes às políticas de saúde mental nos espaços públicos.

Os conselhos de saúde, a partir de seus conselheiros, podem incluir pautas relacionadas ao tema do controle social na saúde mental, estimulando os atores sociais a compartilharem atitudes, deveres, direitos e responsabilidades, além de estarem engajados à qualificação das ações em saúde mental e o fortalecimento da cidadania dos usuários com transtornos mentais.

O controle social fomenta uma discussão sobre as formas de participação dos governantes nos conselhos de saúde para a aprovação de políticas de saúde mental, principalmente, quanto à distribuição de recursos específicos para saúde mental. Nesse contexto, busca-se a construção de políticas com corresponsabilidade e participação do segmento dos usuários, preservando as especificidades culturais, a resolubilidade de problemas e a definição das necessidades loco-regionais de maneira democrática por intermédio do controle social.

A partir dessas considerações, aprofundarei o tema controle social na ESF junto ao CLS Pitoresca, pertencente à Gerência Distrital Lomba do Pinheiro-Partenon do bairro Partenon de Porto Alegre. Esse conselho está articulado à Unidade de Saúde da Família – Pitoresca (USF Pitoresca), onde são desenvolvidas ações em saúde mental por equipes da ESF em conjunto com estagiários de graduação em enfermagem, pesquisadores e estudantes do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFRGS (EEnf - UFRGS).

Essa articulação entre universidade e serviço de saúde da ABS propicia a aproximação de pesquisadores com os atores sociais em movimento em um território de relações, espaços, situações e condições de vida. Principalmente no que tange às ações em saúde mental, percebo que incentivam uma atenção diferenciada, já que não basta diagnosticar e tratar um usuário com transtorno severo grave para realizar uma atenção em saúde mental no modo psicossocial.

As ações em saúde mental, quando vinculadas aos serviços da ABS,

constituem uma estratégia para tecer redes de apoio entre atores implicados com a integralidade do cuidado, a desinstitucionalização, a intersetorialidade e o incentivo à participação. Essas ações podem ser discutidas com vistas à reconstrução de caminhos para a reabilitação psicossocial, incluindo os usuários que vivem com transtorno mental severo grave em cinemas, parques, praças, zoológicos, oficinas de geração de renda, teatro, saraus, entre outros espaços de lazer.

Nesse contexto, visualizo os CLS como espaços de controle social, com relações de poder, em que cada ator pode construir, no coletivo, valores como solidariedade e respeito. Os agentes com papel fundamental na mudança na saúde mental são os usuários politicamente engajados nos espaços e movimentos de luta por uma sociedade sem locais aprisionadores de vidas e os cidadãos com histórias de vida marcadas pela exclusão, violência e isolamento social.

Para mim, o exercício do controle social e o empoderamento dos usuários se constituem na práxis (ação-reflexão-ação) e pressionam a democratização das relações de poder e saber entre trabalhadores de saúde e usuários do SUS. Além disso, possibilitam a participação dos usuários nas decisões referentes à saúde, sendo fundamentais para o fortalecimento da cidadania e das ações em saúde mental na ABS.

Frente ao exposto sobre o quadro dos conselhos de saúde e a participação e cidadania na saúde mental, proponho um estudo **qualitativo sobre o controle social na ESF Pitoresca, por meio de uma avaliação participativa das ações em saúde mental junto aos atores sociais engajados ao CLS.**

2 OBJETIVO

Avaliar qualitativamente as ações em saúde mental realizadas na ESF Pitoresca, junto ao Conselho Local de Saúde.

3 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

O tema “controle social na saúde” despertou-me interesse durante minhas experiências como estudante e trabalhadora nos espaços deliberativos do SUS. Entendo o SUS como política pública, proposta integralizadora e macroestruturante para o setor saúde, transcendendo as questões ideológicas, normativo-burocráticas e de financiamento e controle. Nesse sentido, considero necessárias a construção de estratégias de negociação e a articulação entre atores sociais das diferentes esferas de governo e segmentos da sociedade para a compreensão das contradições entre teoria e prática do controle social, especialmente no campo da saúde mental.

Os líderes comunitários, conselheiros de saúde e movimentos organizados da sociedade civil participantes das instâncias do controle social são atores sociais estratégicos na luta pela inclusão das ações em saúde mental nos serviços da ABS. São identificados por mim como porta-vozes na defesa e gradual incorporação dos princípios da Reforma Psiquiátrica para a transformação das práticas e saberes em saúde mental, pois, enquanto agentes de mudança, podem colaborar na construção de projetos terapêuticos que contemplem a cidadania, atenção psicossocial, autonomia dos usuários e participação permanente da comunidade na construção das ações em saúde mental na ESF.

Interessei-me em realizar uma pesquisa sobre controle social como dispositivo de avaliação das ações em saúde mental na ESF, sendo importante potencializar espaços de solidariedade, participação social e mobilizar esforços para sensibilização dos trabalhadores de saúde. Penso que a participação e o controle social propiciam a transformação das práticas no campo interdisciplinar da saúde mental, a partir de vivências com criatividade e compromisso político

Muitas vezes, tanto o exercício da cidadania quanto a luta pelos direitos sociais ficam implícitos nas diversas formas de participação, as quais passam despercebidas e veladas nas relações e vínculos entre atores sociais com poderes e saberes específicos e singulares. Por intermédio de uma avaliação participativa das ações em saúde mental, busquei uma reflexão sobre a influência das trajetórias

da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica na construção histórico-social do controle social.

A importância de identificar as tensões vivenciadas pelos atores sociais entre teoria e prática do controle social, a partir de uma avaliação das ações em saúde mental na USF Pitoresca da Prefeitura de Porto Alegre-RS, constituiu-se como uma contribuição teórico-prática de incentivo a efetivação da proposta de integração entre as ações de saúde mental e a atenção básica apresentada pela Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica do Ministério da Saúde em 2003².

Minha aproximação com os trabalhadores e os usuários da área adscrita da USF Pitoresca se deu por intermédio de minha orientadora da dissertação de mestrado, Professora Doutora Agnes Olschowsky, que mediou minha integração com trabalhadores da unidade no acompanhamento das atividades de ensino, pesquisa e extensão, desenvolvidas pela EEnf - UFRGS, em parceria com a equipe do serviço.

Demonstrei meu interesse em participar das reuniões do CLS para a coordenadora da equipe, assim como para os demais trabalhadores durante uma das reuniões em equipe em que apresentei meu projeto de pesquisa. O segundo passo foi agregar-me às reuniões do CLS que aconteciam em uma das salas da ESF Pitoresca durante o ano de 2008, contando com a participação de apenas um trabalhador da equipe, usuários do serviço e estagiários que demonstrassem interesse. Esse trabalhador do serviço foi fundamental para minha integração com os participantes das reuniões do CLS, tendo esse papel de coordenar as reuniões do CLS e as reuniões da ESF.

Em uma das reuniões, dialoguei sobre meu interesse em pesquisar e estudar sobre o tema controle social, considerando os objetivos do meu projeto de dissertação, além de meu interesse em estar engajada em espaços de cidadania e participação social de atuação do CLS. Verbalizei que estava motivada para me

² As ações de saúde mental na atenção básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Essas ações devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e nos princípios da Reforma Psiquiátrica^(3.7).

integrar aos participantes das reuniões para a construção de ações, assim como para a troca de experiências, vivências e saberes.

O termo controle social contribui para a discussão sobre cidadania, estimulando os atores sociais engajados na luta pela inclusão das ações em saúde mental na atenção básica a compartilharem práticas, possibilidades de criação, ação, luta pelos direitos e compartilhamento de responsabilidades.

No início do segundo semestre de 2008, minha inserção na equipe da ESF Pitoresca se deu com a apresentação da proposta de pesquisa sobre controle social e ações em saúde mental na ESF no espaço da reunião de equipe e da reunião do CLS Pitoresca, buscando a integração e o engajamento junto aos líderes comunitários, usuários do serviço de saúde, trabalhadores e demais pós-graduandos da EEnf-UFRGS que atuam junto ao serviço de saúde.

No mesmo período, fui convidada pela coordenação da ESF Pitoresca a mobilizar atores para a organização de um seminário sobre participação social e cidadania, assim como incentivar os moradores da área a participarem das reuniões do CLS e discutirem sobre SUS e controle social. Após várias reuniões junto aos participantes do CLS, esse seminário aconteceu no dia 8 de novembro de 2008 e teve a participação de 75 pessoas, sendo que 20 foram integrantes da Comissão Organizadora (CLS Pitoresca, trabalhadores da ESF Pitoresca e estudantes da UFRGS). O evento também contou com a presença de convidados da gestão municipal da ESF, conselheiros de saúde, vereadores, trabalhadores de saúde, estudantes e usuários. Os participantes do evento dialogaram sobre a importância do controle, fiscalização e planejamento das ações de saúde nas diferentes instâncias decisórias, no intuito de construir e consolidar um SUS local igualitário e de qualidade.

A abertura do seminário foi realizada pela coordenadora da UBS Pitoresca, contando com a presença dos seguintes convidados: uma representante do CLS Pitoresca, Eliane Paim (CDS Lomba do Pinheiro-Partenon), Agnes Olschowsky (EEnf - UFRGS) e Christiane Nunes de Freitas (Gerente Distrital Lomba do Pinheiro-Partenon). No seguimento do evento, foi apresentada a Mesa de Trabalho

“Participação comunitária na construção do SUS local”, coordenada por Agnes Olschowsky, parceira na inclusão de ações em saúde mental junto a UBS Pitoresca.

Essa parceria ocorre por intermédio de projetos de pesquisa e extensão da EEnf - UFRGS, com destaque para a pesquisa “Avaliação da Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família” (Mental - ESF), para a qual os resultados desta dissertação de mestrado podem contribuir, enquanto um estudo avaliativo em saúde mental que problematize o controle social como dispositivo de fortalecimento da cidadania.

A mesa de trabalho contemplou os seguintes temas e convidados:

- conceitos de saúde, apresentado por Gerci Salete Rodrigues da Gerência Distrital Partenon-Lomba do Pinheiro;
- processo participativo na construção do SUS, apresentado por Andiará Cossetin, mestranda da UFRGS;
- depoimento de Odil Gomes sobre participação nos conselhos de saúde, conselheiro do CES, representando o segmento dos usuários.

As discussões continuaram em grupos de trabalho, divididos de acordo com os três temas discutidos pelos convidados da mesa. Os integrantes dos grupos receberam material com fragmentos de textos e perguntas para facilitar as discussões acerca das temáticas, tendo cada grupo um relator e um coordenador. Os fragmentos de textos foram retirados do livro *A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo*⁽⁴⁾.

Foram convidados para facilitar os processos de coordenação dos grupos Gerci Salete Rodrigues (Gerência Distrital Lomba-Partenon), Ana Paula Guedes da Costa (Coordenação da ESF), Andiará Cossetin (mestranda da UFRGS), Sidnei Teixeira Júnior (mestrando da UFRGS), Eliane Paim (coordenadora da Comissão de Saúde da UBS São José), Cecília (trabalhadora UBS São José), Cristina (trabalhadora UBS São José), entre outros trabalhadores e usuários das UBS de Porto Alegre.

Foram encaminhadas para a plenária as seguintes propostas pelos relatores dos grupos de discussão:

- articulação com os fundadores da Associação Comunitária de Moradores para reativar as reuniões da comunidade nesse espaço;
- utilizar espaços e construir estratégias de reivindicação das necessidades de saúde da população como Ouvidorias (Fone 156), CLS, Associação dos Moradores, com intuito de dar resolubilidade aos problemas enfrentados pela comunidade;
- criar uma caixinha para inserção de papéis com sugestões de mudanças necessárias para a qualificação da atenção em saúde na UBS Pitoresca;
- realizar cursos, seminários e palestras junto aos usuários da comunidade para formação de multiplicadores em saúde mental, ampliando a rede de atenção psicossocial no território;
- realizar atividades e discussão sobre assuntos como prevenção de agravos à saúde, saneamento básico, iluminação pública, segurança pública, transporte público, entre outros;
- criar uma agenda de encontros para a discussão dos temas pertinentes às necessidades da comunidade, a partir das deliberações do CLS;
- em dias de agendamento de consultas médicas, ter presente um membro do CLS, exercendo atividades de Ouvidoria;
- estimular por meio do CLS maior participação da comunidade na discussão sobre necessidades locais;
- solicitar por meio dos trabalhadores da ESF Pitoresca maior participação do CLS na organização de eventos para discussão das necessidades locais;
- incentivar a integração e articulação dos recursos locais como: Associação de Moradores, escolas, igrejas, Centro de Tradições Gaúchas (localizado ao lado da UBS), serviços de saúde, entre outros, na busca de soluções para as necessidades de saúde locais;
- organizar oficinas preparatórias para o Curso de Formação de Conselheiros de Saúde do Conselho Municipal de Saúde (CMS), sendo um dos temas “Participação e funcionamento dos conselhos de saúde”.

A organização, o planejamento e a realização do projeto-evento contaram com a participação da equipe de trabalhadores da ESF Pitoresca, Gerência Distrital Lomba do Pinheiro-Partenon, Coordenação da ESF Porto Alegre, usuários de

diferentes regiões de Porto Alegre, trabalhadores da ESF São José, além de professores e estudantes de pós-graduação da EEnf - UFRGS.

A participação nas reuniões do CLS Pitoresca e a organização desse seminário fizeram-me refletir sobre construções coletivas, motivação, solidariedade. Ao mesmo tempo, foi possível produzir debates sobre participação política, controle social e cidadania na ESF Pitoresca.

Diante do tema controle social, inquietou-me o distanciamento do segmento dos trabalhadores de saúde em relação aos conselhos e conferências de saúde, colegiados dos serviços e/ou instâncias deliberativas das instituições que atuam. Muitas vezes, os trabalhadores remetem essa responsabilidade e compromisso de luta pelos direitos sociais aos usuários de saúde, ou seja, àqueles que moram na periferia dos grandes centros ou nos vilarejos dos pequenos e médios municípios. Com isso, esquecem que a participação com legitimidade e efetividade nos espaços públicos envolve todos os segmentos e atores sociais, já que o cuidado em saúde inclui, democraticamente, todas as classes sociais.

As reuniões dos conselhos de saúde, em nível local, propiciam a formação para o controle social, possibilitando que os cidadãos se apropriem de um espaço de protagonismo, empoderamento e construção de saber. Isso fortalece o resgate da cidadania e pode estimular debates sobre as ações em saúde mental na atenção básica.

Nesse sentido, durante o desenvolvimento dessa pesquisa, foram propostos processos de formação para o controle social junto aos participantes das reuniões do CLS Pitoresca. Essas propostas foram realizadas em parceria com os trabalhadores da ESF que têm representatividade no conselho.

Foram realizadas discussões sobre SUS, controle social e cidadania nos momentos após as reuniões do CLS, fortalecendo o caráter formativo que envolveu a avaliação das ações de saúde mental a partir de um grupo de interesse específico, os participantes das reuniões do CLS. Esse processo propiciou o aprofundamento da discussão teórica sobre o tema controle social em uma perspectiva de resgate da cidadania no contexto da saúde mental na atenção básica.

O aprofundamento do tema tornou-se viável, pois os participantes do CLS já

exerciam uma prática de controle social, organizados em um espaço físico específico, com periodicidade e objetivos comuns.

A construção da problemática desta pesquisa incluiu repensar as práticas das equipes da ESF no que tange ao campo da saúde mental, incentivando o fortalecimento das ações em saúde mental juntamente com a formação para controle social.

O controle social na ESF constitui-se como um dispositivo para a inclusão social dos usuários em sofrimento psíquico, na qualificação das ações em saúde mental na atenção básica e na potencialização dos espaços de cidadania. Para isso, é fundamental aprofundar o tema controle social na tentativa de conhecer melhor quais são as possibilidades de articulação entre usuários e equipe da ESF para a produção de saúde, a partir de uma avaliação das ações em saúde mental desenvolvidas na ESF Pitoresca.

Percebo a transversalidade do tema controle social nas práticas e saberes em saúde, na medida em que proporciona uma abertura dos espaços públicos para o debate sobre as dificuldades e os limites de ações interdisciplinares e intersetoriais no que tange à incorporação da subjetividade e de modos criativos de “atua-ação” no contexto da integralidade do cuidado em saúde mental.

Diante da verticalização das políticas de saúde propostas pelos gestores, a valorização da democracia e da cidadania para a implementação de ações e políticas locais com relações de poder mais horizontais pode transformar a posição de assujeitamento dos usuários e trabalhadores de saúde em protagonismo, autonomia e participação ativa.

Essa transformação passa por condicionantes da organização e funcionamento dos serviços de saúde, assim como dos modelos de atenção em saúde, podendo ser disparada pela participação ativa dos atores sociais tanto nos conselhos de saúde como nos espaços com caráter decisório e permanente das instituições em que atuam trabalhadores, gestores, docentes, discentes, estagiários, enfim, cidadãos em busca de cuidado e de vida.

A partir da participação em espaços com diferentes modos de participação na sociedade, considera-se as dificuldades de mobilização para a prática do controle

social diante da alienação e individualismo presentes na sociedade. Em resposta, podem ser potencializadas as ações coletivas referentes às lutas no campo da saúde mental, contemplando as especificidades e necessidades de saúde loco-regionais em cada contexto sociocultural.

Entre minhas inquietações, diante deste tema de pesquisa, estão: como o controle social se constitui enquanto espaço de participação dos usuários em nível local? Quais são os interesses, conflitos e tensões envolvidos nesse espaço de participação? Os participantes do CLS Pitoresca percebem o controle social como potencializador das ações em saúde mental na atenção básica?

Visualizo que esta pesquisa de natureza qualitativa, em uma perspectiva participativa e construtivista, propiciou reflexões sobre as possibilidades e problemas enfrentados pelos atores sociais, os quais assumem posicionamentos de liderança nos espaços dos conselhos de saúde na luta pela priorização das necessidades de saúde dos moradores e de cada região do município. Defendo a necessidade de aprofundar os conhecimentos teóricos sobre o microespaço de lutas e construção coletiva dos CLS no fortalecimento das ações em saúde mental na atenção básica a partir do território e não somente a qualificação dos trabalhadores para o atendimento à crise nos serviços.

Dessa forma, acompanhei os movimentos dialógicos, formativos e políticos dos participantes de um conselho de saúde em nível local, reafirmando a importância da inclusão dos usuários no controle social de maneira que sejam protagonistas nas mudanças e decisões referentes à saúde e à cidadania. Como pesquisadora, posicionei-me nos espaços do controle social também com um papel de protagonismo em processos de formação e articulação entre usuários do CLS Pitoresca e da ESF Pitoresca, vislumbrando a promoção da cidadania e o fortalecimento das ações em saúde mental na ESF.

Para uma melhor compreensão do objeto de estudo, apresentarei a seguir o referencial teórico sobre o tema em quatro momentos. No primeiro momento, traço os aspectos históricos da Reforma Sanitária no contexto do controle social e participação social. No segundo momento, a relação entre Reforma Psiquiátrica e controle social, a partir da trajetória da saúde mental. No terceiro momento, as ações

em saúde mental na atenção básica, salientando a importância do controle social e da avaliação como dispositivos de participação e cidadania no campo da saúde mental.

3.1 Aspectos históricos do controle social e do processo participativo no contexto da Reforma Sanitária

A seguir, apresento as questões envolvidas na participação e representatividade em instâncias deliberativas do SUS, assim como as informações referentes à história da Reforma Sanitária e de mudança dos sistemas de saúde até a construção do SUS a partir dos movimentos sociais e do controle social.

Ao conceituarmos controle social a partir da análise semântica (significados do termo), política (conjuntura, articulação e processos de negociação), história (lutas e conquistas sociais) e legal (legislação do SUS), percebemos a necessidade de visualizar os diferentes sentidos e conotações que se constroem primeiramente a partir da palavra controle.

Para definir a origem francesa da palavra “controle”, Seabra Fagundes, em 1941, utilizou a expressão *controlê* no direito brasileiro, em sua monografia intitulada *O Controle dos Atos Administrativos pelo Poder Judiciário*⁽⁵⁾. A origem do termo controle social vem do significado da regulação do comportamento da sociedade por indivíduos ou grupos pelo uso da força e pelo estabelecimento de normas e valores aceitos pela sociedade como condutas obrigatórias, sendo que, para os sociólogos, a expressão resolve as tensões e conflitos a fim de manter a solidariedade⁽⁶⁾.

No Brasil, o termo controle social na legislação do SUS teve incorporação com o objetivo de oportunizar e garantir a representatividade dos diferentes segmentos sociais nos conselhos e conferências de saúde, já que a Constituição Brasileira e a Legislação do SUS definiram o arcabouço jurídico-legal da política nacional de saúde⁽⁷⁾.

O SUS foi uma conquista dos movimentos sociais, constituindo uma política que abrange a construção de ações na atenção básica, desde necessidades e problemas loco-regionais até procedimentos especializados como o transplante de órgãos e hemodiálise. Para isso, foram garantidas em lei a participação da comunidade e a criação das instâncias deliberativas do SUS⁽⁷⁾.

Na perspectiva mais ampla e no âmbito do SUS, o controle social é construído historicamente de acordo com a cultura e momento político de cada sociedade, potencializando os espaços públicos e de participação para a construção de relações de interesses, projetos e ações que sejam preferencialmente por consenso nos conselhos de saúde.

Ao revisitar aspectos da Reforma Sanitária e do processo participativo na construção do SUS, visualizo as contribuições das diferentes formas de participação da sociedade para a compreensão dos dispositivos da democracia participativa na saúde, possibilitando uma reflexão fundamental sobre as formas de pensar e agir dos atores sociais nas instâncias do controle social, assim como nos espaços decisórios de gestão do cuidado nos serviços de saúde.

A Reforma Sanitária Brasileira, desde meados dos anos de 1970, identificou-se, sistematizou-se e organizou-se, a partir de um movimento de atores políticos nas instituições de ensino superior e pesquisa na área da Saúde Pública, como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Ministérios da Previdência Social e da Saúde, além de algumas Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS)⁽⁸⁾.

Durante as décadas de 1970 e 1980, na transição do autoritarismo do regime militar, foi ocorrendo a institucionalização da relação entre Estado e sociedade por meio do controle social, quando a sociedade organizada participou da deliberação das políticas públicas de saúde. Nessa perspectiva, aconteceram transformações do modelo médico-assistencial, com respaldo no movimento sanitário⁽⁸⁾.

A partir de 1980, os segmentos engajados na luta pela democracia e fim do regime militar buscavam uma transformação do contexto político-social nas práticas e na organização dos serviços de saúde, assim como no modelo italiano de reforma sanitária da época e nos modelos de sistemas de saúde inglês e cubano⁽⁸⁾.

Nessa década, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada de 17 a 21 de março de 1986 em Brasília, destacou-se historicamente pela mobilização de atores sociais na área da saúde, reafirmando a participação e o controle social, no sentido da democratização do Estado⁽⁴⁾. Caracterizou-se como um processo de oposição às propostas para a saúde implementadas pelos governos militares e teve protagonismo dos trabalhadores de saúde do movimento sanitário.

Já na década de 1990, a Reforma Sanitária Brasileira amplia seu movimento e apoia-se na elaboração de estratégias e produção de saberes, advindos da práxis dos novos atores que ainda não se expressa com a mesma intensidade na esfera da produção e publicação acadêmica de conhecimentos e tampouco na formação de profissionais de saúde, de acordo com as novas demandas do sistema de saúde em construção⁽⁸⁾.

Desde o início dessa década, constituíram-se dois movimentos que se destacam na área de mudanças da formação profissional. O primeiro se constitui na Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico, que articula as escolas médicas do país em torno da avaliação como instrumento fundamental para produzir as necessárias mudanças na formação profissional. O segundo é a Rede Unida, que congrega pessoas, instituições e projetos que consideram o trabalho da universidade articulado aos serviços de saúde e a população, sendo estratégia fundamental para desencadear os processos de mudança da formação profissional⁽⁸⁾.

Diante de diversos movimentos, instituições e entidades que lutaram pelas mudanças nos campos da educação, atenção à saúde, gestão e controle social, acredito que a Reforma Sanitária tenha sido uma expressão concreta das conquistas relacionadas a saúde e de iniciativas pela democratização no país. Mas isso não esgota o ideário e a história desse processo, pois os conflitos vivenciados pelos atores do cenário que deu vida a um palco de lutas sociais fomentaram a necessidade de os cidadãos continuarem participando dos espaços deliberativos e representando seus coletivos.

A Constituição de 1988 traz a saúde como um direito de todos e dever do Estado, sendo importante para minhas reflexões sobre as aproximações e diferenças conceituais entre os termos “controle social” e “participação social”⁽⁹⁾.

Tanto o movimento da Reforma Sanitária quanto o processo participativo de construção do SUS estiveram diretamente ligados às lutas pela garantia dos direitos sociais, sendo fundamental o aprofundamento da discussão sobre o controle social no contexto da luta pelo direito à saúde.

Entre essas diferenças, a participação social pode ter um caráter ativo e/ou passivo, individual e/ou coletivo, em termos de comunicação, busca de informações, articulação e posicionamento diante de uma decisão política que envolve um coletivo, entidade, grupo. Já o controle social pressupõe a representatividade em instâncias deliberativas da sociedade, considerando que os conselheiros têm maior poder de articular mobilizações pelo seu engajamento e experiência política nos conselhos e conferências de saúde, assim como em reuniões junto à Câmara de Vereadores e espaços de prestação de contas dos gastos públicos com projetos e políticas sociais⁽⁸⁾.

Diante dessas considerações, ressalto que o Brasil, mesmo após o término da ditadura militar, enfrenta diversas dificuldades para a consolidação da democracia, visualizadas a partir das desigualdades sociais, dos direitos humanos ainda não garantidos e das instâncias do controle social pouco representativas dos segmentos sociais no que se refere à luta pela transformação das políticas públicas. Isso porque, desde a Constituição, a cidadania, embora assegurada a todos os brasileiros, na prática da luta pelos direitos fundamentais, envolve o papel assumido pelos indivíduos e coletivos diante do Estado⁽⁸⁾.

A partir desse marco histórico, controle social passa a ser entendido como o controle da sociedade organizada em todos os segmentos sociais sobre o Estado, visando ao benefício de todos os cidadãos de maneira permanente. Sendo assim, com a mobilização e organização da sociedade, maior será a pressão dos atores sociais dos diferentes segmentos para a efetivação do Estado Democrático⁽⁸⁾.

Nesse contexto do controle social como uma conquista, proponho uma reflexão sobre as possibilidades de uma sociedade mais justa e igualitária,

apontando a problemática da legitimidade dos direitos sociais, juntamente com as dificuldades, os confrontos e os conflitos na relação entre os atores sociais nas instâncias decisórias.

O direito à saúde nem sempre foi considerado como integrante dos direitos humanos ao longo da história, fomentando a necessidade de enfatizar a legislação constituinte que traz a saúde como direito do cidadão e dever do Estado. Isso se exemplifica no marco histórico dos direitos civis na Revolução Francesa, quando o documento da Declaração dos Direitos do Homem e dos Cidadãos considerou que os homens nascem e permanecem livres e iguais em direitos, sem distinções sociais, sendo naturais, inalienáveis e sagrados os direitos à liberdade, segurança, resistência, opressão, expressão e ao livre pensamento⁽⁴⁾.

A partir dessas considerações, saliento a importância do direito à saúde ser debatido enquanto conquista social, a partir de marcos históricos e lutas dos movimentos sociais que culminaram na Reforma Sanitária. Além disso, alguns movimentos de ampliação do conceito de saúde puderam ser vistos com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o modelo flexneriano. O Relatório proposto pelo educador Abraham Flexner orientou a organização dos cursos de medicina com duração de quatro anos, com dois primeiros anos nas ciências básicas e os outros dois na clínica, além de mudanças do financiamento da educação médica⁽¹⁰⁾. A OMS considerou saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doença ou enfermidade⁽¹¹⁾.

A transformação desse conceito e a mobilização social diante das políticas de saúde foram revistos por intermédio do controle social com a 8ª CNS e a promulgação nas Leis n.º 8.080/1990 e n.º 8.142/1990 do SUS, seguidas do *impeachment* do presidente Fernando Collor de Melo⁽⁸⁾.

As lutas dos movimentos sociais na área da saúde resultaram no reconhecimento de que todos os cidadãos, sem exceção, têm direito à saúde, visando a um novo paradigma e consideração para as questões relacionadas à saúde da população, coletiva e individualmente. Este novo paradigma se materializa com a participação, ou seja, uma nova articulação do poder com todos os envolvidos, na transformação de uma posição passiva para a participação ativa na dialética

indivíduo-sociedade⁽⁴⁾. A saúde ultrapassou os limites dos serviços, deixou de ser um setor, um departamento, um sistema, sendo ampliada para o cotidiano das pessoas, para cidadania, modos, movimentos, encontros, condições, necessidades, desejos, potencializadores e situações da vida.

O SUS pressupõe que todo o atendimento prestado aos usuários tenha a garantia dos princípios da universalidade, equidade e integralidade do cuidado, sob o controle da população. Portanto, para o sistema ser efetivado, precisa da participação popular nos espaços de elaboração e decisão das políticas de saúde.

Os usuários do SUS podem exercer sua cidadania e buscarem a legitimidade da Constituição Federal, em seu artigo n.º 198, que contempla a participação da comunidade⁽⁹⁾. Está garantida no artigo 7º da Lei n.º 8.080/90, parágrafo VIII, apesar de a Lei não aprofundar informações sobre a construção social dessa participação pela sociedade civil⁽¹²⁾.

Mais tarde, foi aprovada a Lei n.º 8.142/90 do SUS, a qual dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências⁽¹³⁾. Essa Lei traduz o texto da constituição em duas formas de participação da comunidade nos espaços do controle social, os conselhos de saúde e as conferências de saúde nas três esferas de governo. Diante desse contexto de luta de classes e conquista da cidadania, todos os sujeitos envolvidos no SUS têm papel na sua implementação: profissionais, prestadores, gestores e, principalmente, usuários que estão na ponta do sistema e que acompanham o cotidiano da micropolítica⁽¹⁾.

Essa participação na saúde foi consolidada ao longo do tempo com a participação popular nas instâncias institucionalizadas de controle social do SUS, como Conselhos de Saúde, Conferências de Saúde, Ouvidorias, Orçamento Participativo, Auditorias, Comissões, Conselhos Gestores das UBS, entre outros.

A trajetória do movimento social contra-hegemônico³ ante os interesses corporativos pode ser representada pelo movimento da Plenária Nacional de Saúde e da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, que foram intervenções decisivas para a construção da Constituição Federal. Esse processo foi denominado como movimento, pois, além de aglutinar entidades organizadas e atores sociais com manifestações articuladas a conjuntura político-social, também representou a continuidade do movimento sanitário, construindo as bases para a Reforma Sanitária.

A partir da promulgação da Constituição, houve um aprofundamento da democracia participativa⁴, ampliando esse processo para a transformação dos conflitos vivenciados nos conselhos para a construção de consensos. Nesse contexto os conselhos de saúde emergem como sintonizadores da voz da sociedade, mesmo que com ruídos e distorções, mas um pouco mais próximos das necessidades de saúde da população⁽⁴⁾.

Nos conselhos de saúde os atores se organizam em movimentos de reivindicação ao se relacionarem com os diferentes segmentos da sociedade, fazendo emergir interesses coletivos comuns. Ao mesmo tempo, os interesses próprios de cada segmento constituem a inserção dos atores no campo de negociação política da democracia participativa.

A democracia participativa promove a manifestação do poder popular e dos segmentos sociais excluídos pelo capitalismo em um confronto de interesses, equilibrando a exposição do conflito com a proposta de consensos⁽⁴⁾. Nesse sentido, o controle social pode ser entendido como dispositivo de uma relação política entre Estado e Sociedade, expressando interesses divergentes, aceitação dos embates e construção de propostas por consenso para a institucionalização dos direitos conquistados e dos que continuam sendo buscados.

³ O movimento social contra-hegemônico constituiu-se pelas formas de participação por intermédio das Comissões Interinstitucionais de Saúde no período autoritário do regime militar, passando pela Plenária Nacional de Saúde, entre 1987 e 1997, e pela Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, de 1995 até hoje, marcando a democracia na construção do processo participativo no SUS⁽⁴⁾.

⁴ A democracia participativa do conselho de saúde permite aos cidadãos falarem, expressarem seus interesses, pressionarem, acompanharem e fiscalizarem as ações do Estado. Além disso, agrega as decisões populares para dentro do Estado, para os espaços do poder executivo⁽⁴⁾.

Nas instâncias deliberativas, o governo tem responsabilidades e não pode camuflar-se no *marketing* ou fazer promessas sem uma pactuação, pois a sociedade manifesta seu interesse e politização, permitindo a dialética instituído-instituinte, pela regulação da lei, mas com força e pressão⁽⁴⁾. Essa pressão dos movimentos sociais foi fundamental para a transformação dos conselhos de saúde em um espaço de poder deliberativo, a partir da articulação de forças e negociação com os representantes do governo na construção de agendas políticas.

Considerando as dificuldades de integração entre os gestores das três esferas de governo com os demais segmentos sociais, constata-se que o controle social cria um paradoxo como uma instituição em movimento. Com isso, concretiza as reivindicações dos movimentos sociais em uma agenda política e facilita que as decisões sejam publicizadas e democratizadas, criticando a relação do Estado com os interesses dominantes⁽⁴⁾.

Dessa forma, as instâncias deliberativas do SUS estabelecem um processo de mediação entre Estado e sociedade para a garantia do direito à saúde. Na medida em que os representantes dos segmentos sociais nos conselhos de saúde consideram as contradições entre capital e trabalho, instituído e instituinte; podem entrar em conflito com os interesses pessoais e as vontades do coletivo diante das decisões a serem tomadas.

Nessa perspectiva, acredito que este estudo colabora para a reflexão sobre o processo histórico de correlação de forças, poderes e saberes nos espaços públicos, com visibilidade à compreensão da saúde como disputa social, da qual “querem se apropriar os gestores, os burocratas das instituições relacionadas à saúde, os planos de saúde e os investimentos nos serviços de saúde”^(4:21).

Isso representa um conflito provocado pelas exigências do capitalismo que considera o cidadão apenas como consumidor das tecnologias nos serviços de saúde e não como cidadão de direitos, corresponsável pela gestão do cuidado em saúde e pela construção de agendas políticas para o setor.

Nesta pesquisa, faço referência aos cidadãos como aqueles que têm direitos sociais assegurados pela Constituição Federal e participantes ativos na construção de agendas políticas materializadas nos resultados das mobilizações e encontros

públicos como fóruns, conferências e plenárias. Assim, torna-se fundamental a distinção entre governo e Estado, políticas permanentes e ações a curto prazo, as quais são levantadas pelos segmentos sociais nas instâncias do controle social⁽⁴⁾.

Os diferentes segmentos da sociedade têm pluralidade nos espaços do controle social como Conselhos e Conferências, buscando o cumprimento da paridade com representação de 50% para os usuários nos conselhos de saúde, e outros 50% para gestores, prestadores de serviços e trabalhadores de saúde, assim como a participação de entidades e instituições na sua composição e na formulação de deliberações efetivas.

Essa conquista de poder de base representada pela paridade⁵ nos conselhos de saúde denotou uma abertura dos espaços públicos para o controle da sociedade sobre o Estado dentro do paradigma de luta pelos direitos e cidadania, invertendo a lógica hegemônica de dominação das regras das instituições e do Estado sobre a sociedade.

O controle social nos conselhos de saúde constituiu-se com o objetivo de assegurar a construção de um modo de atenção em saúde intersectorial em defesa da vida, tendo base nos direitos de cidadania, acesso universal e equidade. Isso efetivado por uma gestão descentralizada e participativa, a partir da otimização dos recursos com qualidade da assistência nos serviços, com custos viáveis para o Produto Interno Bruto e orçamentos públicos⁽⁸⁾.

A partir de 1991, intensifica-se o processo da Reforma Sanitária com o início da construção de um sistema de cunho marcadamente social, que é o SUS. A municipalização avança com as NOBs, principalmente com a 93 e a 96, a Tripartite e Bipartites consolidam-se como formas imprescindíveis de pactuação das gestões federal, estadual e municipal. Os Conselhos de Saúde multiplicam-se, vão progressivamente funcionando com mais regularidade, buscando o cumprimento da paridade e representatividade das entidades e instituições na sua composição, e aprendendo a formular deliberações pertinentes, oportunas e efetivas. Os municípios ultrapassam a média de 12% dos seus orçamentos fiscais, destinada ao SUS, e a Atenção Básica em Saúde amplia-se e aprofunda-se, incluindo vastas camadas sociais antes excluídas do sistema.^(8:27)

⁵ Enfatizamos a composição paritária de usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos representados, garantida pelas resoluções do Conselho Municipal de Saúde e garantida legalmente na Resolução n.º 333/2003 do CNS⁽¹⁴⁾.

A descentralização da gestão e a municipalização foram processos de institucionalização do controle social que intensificaram o processo da Reforma Sanitária com o início da construção do SUS. Nesse contexto, constituiu-se o processo de municipalização com as Normas Operacionais Básicas (NOB), assim como a Tripartite e Bipartites, consolidando estratégias de pactuação entre os gestores federal, estadual e municipal⁽⁸⁾.

As NOB são instrumentos jurídicos institucionais, editados periodicamente pelo Ministério da Saúde, a partir de um amplo processo de discussão entre os segmentos da sociedade, negociados e pactuados na Tripartite e aprovado no CNS⁽⁸⁾.

A NOB 93 desencadeia o processo de municipalização da gestão com habilitação dos municípios nas condições de gestão criadas (incipiente, parcial e semiplena), cria transferência regular e automática fundo a fundo do teto global da assistência para municípios em gestão semiplena e habilita municípios como gestores, criando a terceira instância gestora do SUS. Além disso, os Estados passam a assumir seu papel como gestores do sistema estadual de saúde e são constituídas as Comissões Intergestores Bipartites (CIB) de âmbito estadual e Tripartite nacional, como importantes espaços de negociação, pactuação, articulação e integração entre gestores⁽⁸⁾.

Já entre os objetivos da NOB 96 estão: promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal, da função de gestor da atenção à saúde de seus habitantes com a respectiva redefinição das responsabilidades dos estados, Distrito Federal e da União; caracterizar a responsabilidade sanitária de cada gestor (diretamente ou garantindo a referência), explicitando um novo pacto federativo para a saúde; e reorganizar os modelos assistenciais, descentralizando aos municípios a responsabilidade pela gestão e execução direta da atenção básica de saúde⁽⁸⁾.

Além das NOB, também deve ser considerada na história do processo participativo a Reforma do Estado, sinalizada pela Constituição de 1988 e antecedida pela grande mobilização das entidades e movimentos da sociedade, apontando para

um Estado de Bem-Estar Social e refletindo toda a sociedade e suas demandas, por intermédio de algumas características fundamentais⁽⁸⁾.

A primeira característica básica se refere ao Estado como incentivador do desenvolvimento socioeconômico, com base no processo produtivo industrial e agropecuário, altamente empregatício e utilizando ao máximo o grande potencial do mercado interno e a segunda remonta ao Estado a proteção dos direitos universais e da cidadania, “através de serviços públicos e regulação pública e da sociedade organizada, nas áreas da Previdência Social, Emprego, Saúde, Educação, Habitação, Ciência e Tecnologia, Saneamento e Meio Ambiente e outras”^(8:29).

Na construção do SUS e do novo modo de atenção destaco algumas questões desse processo, já apontadas pelo CNS como: o acesso universal⁶, as articulações intersetoriais visando à qualidade de vida e da saúde, a gestão descentralizada⁷ e a construção de pactos intergestores e com os prestadores de serviços públicos e privados, visando à construção de nova capacidade provedora e reguladora do Estado⁽⁸⁾.

O controle social pode colaborar para pressionar maiores investimentos de recursos no setor saúde pelos municípios e para articular atores nas mobilizações sociais a favor de financiamentos para o SUS, a partir de deliberações dos conselhos de saúde. Exemplo disso foi a pressão em relação à Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF) de 1996 e a Emenda Constitucional (EC) de 2000, limitação das transferências de custos do SUS entre as três esferas de governo, construção regional das redes hierarquizadas de serviços, a habilitação dos municípios e Estados às condições de gestão e a construção de consenso entre os gestores e os Conselhos de Saúde⁽⁸⁾.

Posso destacar que a participação, enquanto princípio do SUS, incorpora aspectos organizacionais, éticos e políticos na concretização de seu caráter democrático, sendo necessária a compreensão das formas de participação que são

⁶ Nesta perspectiva, o acesso universal inicia pelos serviços da ABS com base nas equipes de saúde da família⁽⁸⁾.

⁷ Na gestão descentralizada, são compartilhadas as decisões referentes à gestão da saúde nos estados, nos municípios e nas microrregiões. Esse tipo de gestão visa à hierarquização, regionalização e integralidade com equidade⁽⁸⁾.

associadas a grupos marginalizados (moradores da periferia), o chamado desenvolvimento comunitário; assim como a entendida como participação popular, que envolve relações de poder e disputa pelo controle do repasse de financiamento público nas instâncias do controle social.

A prática do desenvolvimento comunitário, iniciado no Brasil em 1950, considera “a pobreza como um entrave ao desenvolvimento econômico capitalista e busca a participação direta da população em programas sociais voltados para a melhoria das condições de vida de segmentos da sociedade civil de caráter popular”^(7:296). Já o termo participação popular tem sido utilizado em contraposição a outras expressões de participação social, como uma forma de expressão política de “grupos representativos da sociedade civil, junto aos espaços de definição de políticas públicas de cunho social”^(7:296).

No SUS, a participação emerge como participação da comunidade, termo este que nos remete ao desenvolvimento comunitário, aproximando-se teoricamente do sentido da participação popular, na medida em que a população provoca mudanças no planejamento e decide localmente a aplicação dos recursos voltados para a saúde⁽⁷⁾.

O termo “participação” muitas vezes se confunde com a expressão “controle social”, sendo utilizada com equívocos tanto pelos trabalhadores de saúde quanto pelos movimentos populares em saúde e que lutam no espaço do poder público. Nesse sentido, os conselhos de saúde constituíram-se em:

possíveis espaços de participação popular e controle social. A proposta de criação dos conselhos de saúde surge com a necessidade de efetivação de um projeto político para a saúde, construído no chamado “movimento da reforma sanitária” [...]. São por um lado demandas dos movimentos sociais em saúde que vinham lutando pelo controle dos serviços de saúde e, por outro, correspondem a um processo de democratização do setor saúde a partir do Estado.^(7:298-299)

As possibilidades de democratização das decisões nos espaços públicos por meio dos conselhos de saúde ampliam-se com o acesso da população ao conteúdo teórico-político da legislação e da história dos movimentos sociais, enquanto espaços de conquista dos cidadãos. Entretanto, as aproximações dos usuários dos serviços

públicos de saúde com as leis que embasam a participação social não garantem a apropriação e compreensão sobre os seus direitos e deveres.

Para a população ter liberdade de ser e ter saúde, dar voz às suas demandas e necessidades, os espaços de participação devem ter como facilitadores de seu funcionamento atores sociais que assumam o exercício da cidadania como um projeto de participação social pautado nos ideários da Reforma Sanitária, horizontalização do poder decisório e dialogicidade. Isso ocorre tanto para a melhoria das condições, modos e qualidade de vida, quanto para a construção de sentidos e subjetividades em relações de poder e saber estabelecidas com os outros e o mundo, a partir de ações individuais e coletivas mais solidárias e participativas.

Para esclarecer possíveis equívocos entre participação social e controle social, salientamos que os conselhos de saúde e as conferências de saúde são instâncias deliberativas do controle social do SUS na esfera nacional, estadual e municipal, instituídas pela Lei n.º 8.142/1990 e reconhecidas pela Emenda Constitucional n.º 29, de 13 de setembro de 2000⁽⁴⁾.

Os conselhos de saúde são órgãos colegiados, com caráter deliberativo e permanente na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde. Nesse sentido, o Conselho Nacional de Saúde buscou a transformação da visão burocrática e fiscalizadora sobre os conselhos de saúde para um espaço de qualificação dos cidadãos para o controle social nas demais esferas da ação do Estado, com o objetivo de consolidar, fortalecer, ampliar e acelerar o processo participativo no SUS⁽¹⁴⁾.

Essas instâncias deliberativas têm dificuldades e limites no que se refere à articulação e à pactuação de estratégias de maneira democrática e organizada nas diferentes esferas de governo. Nesse sentido, o Pacto pela Saúde 2006⁸ emergiu como uma alternativa para responsabilizar gestores federais, estaduais e municipais quanto ao financiamento das ações e decisões referentes à saúde.

⁸ O Pacto pela Saúde 2006 tem base nos princípios constitucionais do SUS, com ênfase nas necessidades de saúde da população, definindo as prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS⁽¹⁵⁾.

Em uma análise do processo de criação dos conselhos de saúde no Brasil, descrevendo sua importância para uma efetiva participação da sociedade civil na tomada de decisão na área da saúde, destacam-se os desafios e as possibilidades de concretização dessa ação. Ainda, ressalta-se a presença ativa dos sujeitos na construção do processo democrático no SUS com discussão sobre empoderamento da população.

A participação da população nos conselhos torna-se restrita a poucos e colabora para a falta de divulgação e desconhecimento sobre o funcionamento, os objetivos e a composição dessas instâncias deliberativas. Além disso, demonstram uma insatisfação relacionada à educação e à cultura cidadã, pois tanto usuários quanto os trabalhadores e gestores conhecem pouco sobre a atuação dos conselhos e a história da inserção dos movimentos sociais como protagonistas na criação desses espaços de caráter decisório⁽¹⁴⁾.

Os conselhos, apesar de serem apontados como de fundamental importância para o exercício da cidadania, apresentam contradições muitas vezes veladas nas relações de poder e saber estabelecidas por aqueles que os compõem enquanto representação. Isso porque as normas impostas pelas instituições, o estabelecimento de relações hierárquicas e a dimensão burocrática do trabalho em saúde exercem formas de controle, mas são considerados necessários no cotidiano da relação dialética entre Estado e sociedade.

Nem sempre o representante e/ou conselheiro com direito a voto no conselho está representando as decisões coletivas de todo um segmento da sociedade. Além disso, a falta de conhecimento e os diferentes interesses político-econômicos propiciam que não sejam respeitadas a legislação no que se refere ao repasse de verbas fundo a fundo e a paridade na representação dos conselhos.

Além das questões normativas, circula nesses espaços públicos a subjetividade das relações de poder, como a centralização das decisões de voto em um indivíduo, que não contempla as necessidades e demandas do coletivo necessariamente. Nem as políticas dão conta das singularidades de todos os sujeitos e diversidades loco-regionais, nem os CLS garantem um processo pedagógico-emancipatório⁽¹⁾.

No entanto, torna-se fundamental a participação dos movimentos sociais nos espaços públicos, o que significa subordinar o funcionamento do Estado, instituições e serviços públicos à sociedade, mas sem o intuito de fortalecer a ação coletiva contra as estruturas de poder hegemônicas. Nesse viés, defendemos a inclusão de todos os atores sociais em uma mesma roda, em que o poder é provisório, circulante e facilitador da problematização das contradições e conflitos em um processo de transformação de uma realidade.

Apesar de terem sido aprovadas diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde, isso não garante que, na prática, esse processo seja democrático, dialógico e participativo. Por exemplo, quanto à criação e reformulação dos Conselhos, o poder executivo deveria respeitar os princípios da democracia, acolhendo as demandas da população, consubstanciadas nas conferências de saúde.

Isso pode ser observado a partir das concepções de enfermeiras sobre controle social, que tanto os usuários quanto os trabalhadores de saúde não estão preparados para participar das lutas pela melhoria da saúde da população de forma efetiva e organizada. Além disso, o controle social foi relatado pelas trabalhadoras como voltado para a participação dos usuários nos serviços de saúde e diretamente relacionado com o trabalho, no sentido de auxílio na construção e avaliação do serviço para melhor qualidade e satisfação⁽¹⁶⁾.

A necessidade de aumentar o conhecimento sobre como atuar nas atividades de fiscalização, formulação e deliberação acerca do SUS não vem apenas para as classes sociais menos privilegiadas. Muitos gestores e trabalhadores de saúde não se interessam em problematizar a construção de ações e políticas integralizadoras, universais, descentralizadoras e que possibilitem transformações em realidades com as estruturas mais rígidas e com os indivíduos mais centralizadores e inflexíveis quanto à tomada de decisão na sociedade.

Penso que os resultados de estudos sobre controle social, se divulgados e debatidos junto aos usuários, podem instigar a construção de redes de agentes de mudança da política SUS. Assim podem ser construídas estratégias de incentivo e mobilização para os cidadãos questionarem o distanciamento entre propostas de

governo e projetos de vida da população. A partir da participação os cidadãos podem desenvolver estratégias para a continuidade de ações, encontros e articulações em qualquer espaço da sociedade, salientando que o nível de escolaridade não é pré-requisito para a participação social, mas a politização pode ter grande influência nos espaços de controle social.

Os conselhos e conferências se constituem tanto como espaços de participação como de exclusão da sociedade civil, à medida que possibilitam a vocalização de demandas em saúde em um cenário de disputas pela definição de prioridades e operacionalização de políticas atreladas a partidos políticos, interesses coletivos e particularistas que impossibilitam o diálogo e a negociação entre os atores das três esferas de governo⁽¹⁷⁾.

As relações de dominação entre controladores e controlados no cotidiano das instituições, serviços e espaços públicos podem se sustentar e ser reproduzidas na sociedade a partir de questões identitárias, subjetivas, culturais e de gênero. Assim, a participação dos movimentos sociais nos espaços públicos pode ser uma via de mão dupla na legitimação dessa lógica controladora ou na desterritorialização e desprendimento das verdades para o encontro com o complexo e o desafiador em termos de políticas de saúde.

Portanto, enfatizo a necessidade de o exercício de controle social transcender o espaço dos conselhos de saúde, juntamente com a apropriação sobre o repasse de verbas e financiamento das políticas de saúde, pelos atores sociais implicados com a qualidade de vida dos sujeitos em sofrimento psíquico. Ao mesmo tempo, torna-se fundamental a abertura dos espaços como conselhos gestores, reuniões da comunidade, rodas, grupos de educação em saúde e reuniões de equipe para que discussões acerca das ações de saúde mental na atenção básica sejam fortalecidas nos espaços de controle social.

3.2 A trajetória da saúde mental: a relação entre Reforma Psiquiátrica e controle social

A trajetória da saúde mental e seu marco político na Reforma Psiquiátrica estão estreitamente ligados ao controle social. Ao longo da história, as diferentes formas de exercício do controle social me fizeram refletir sobre as relações de poder e saber entre líderes políticos e a sociedade como um todo. Parto do nascimento da psiquiatria para problematizar a influência desta na trajetória da saúde mental. Nasce de uma reforma e como resultado das reformas realizadas na França, na época da Revolução Francesa⁽¹⁸⁾.

E por que parto desse marco histórico? Não se pode negar a psiquiatria pelo fato de ela capturar a loucura como sendo uma explicação médica ou por achar que tem o poder e a capacidade de decidir quem é louco e quem não é louco. O que os trabalhadores fazem, pensam ou defendem no campo da saúde mental pode ser considerado uma crítica ou se limita ao tratamento das doenças mentais?

No período da segunda guerra mundial, a psiquiatria passa a sofrer críticas, sendo questionada sua ousadia teórica e seu poder excessivo agregando muitos que se sentiam ameaçados pela presença dos loucos nas ruas, sendo que filósofos, anarquistas e poetas realizaram denúncias acerca do autoritarismo e do controle frente à privação da liberdade e a autonomia que circundavam a verdade e a essência do delírio⁽¹⁸⁾.

As expressões “reforma” e “psiquiatria” iniciaram uma ligação semântica desde o próprio nascimento da psiquiatria, quando os reformadores da revolução francesa delegaram a Pinel⁹ a tarefa de humanização aos hospitais gerais, dando um sentido terapêutico para as ações junto aos loucos que eram recolhidos das cidades para os hospitais com outros marginalizados da sociedade. Essa tarefa designada a

⁹Em 1793, Couthon, reformador da Revolução Francesa, com Robespierre e Saint-Just, inspecionou o hospital de Bicêtre, quando recém-assumido por Pinel. Após o contato com os loucos, Couthon teria encerrado a inspeção e perguntado ao responsável se ele era louco de querer desacorrentar tais animais, dizendo para fazer o que quisesse. Pinel teria respondido que tinha a convicção de que os alienados não poderiam ser tratados somente porque eram privados da liberdade⁽¹⁹⁾.

Pinel e implementada com o gesto de desacorrentar os loucos transformou-se em uma ideia de que a origem da ciência psiquiátrica nasceu como reforma⁽¹⁹⁾.

O humanista Pinel acreditava no tratamento do alienado no asilo como a melhor alternativa para a transformação do contexto físico e social, isolando o alienado. Assim, as pretensões de poder do alienista sobre o alienado correspondiam às pretensões da sociedade moderna de ser soberana sobre o bem e o mal⁽²⁰⁾.

No século XIX, o modelo asilar foi concebido como uma exemplar máquina de socializar e considerado o melhor laboratório para investigação e prática dos princípios de socialização por ser um espaço concentrador de indivíduos considerados perigosos na sociedade⁽²⁰⁾.

A reprodução das práticas asilares foi resultado de uma herança história da psiquiatria que envolve a ordem psiquiátrica oferecida como paradigma dos modelos de organização dos serviços e instituições de uma sociedade. Nesse contexto, a loucura torna-se objeto de intervenção do Estado a partir da chegada da Família Real no Brasil, em um período de mudanças sociais e econômicas com medidas de controle social para ordenar o crescimento populacional e urbano⁽²¹⁾.

A comissão da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro realizou, em 1830, um diagnóstico da loucura na cidade, sendo um momento marcante na criação de um espaço social próprio para tratamento dos loucos (miseráveis, marginais, pobres e pessoas perigosas para a ordem pública), já que antes estes eram encontrados nas ruas, prisões, asilos e porões das Santas Casas de Misericórdia. Diante dessa configuração foi criado o Hospício de Pedro II, em 1852, abrigando poucos pensionistas particulares em quartos mobiliados⁽²¹⁾.

Os alienados eram percebidos pelo senso comum como as pessoas violentas e perigosas, mantidas acorrentadas para que sua periculosidade não oferecesse riscos, e a loucura era entendida como alienação, ou seja, a contradição da razão, a privação da liberdade e a perda do livre-arbítrio. Assim, os médicos eram considerados alienistas e a possibilidade de agrupar os loucos em um mesmo espaço, com o objetivo de diagnosticar e tratar suas loucuras, situações as quais permitiram o nascimento da psiquiatria⁽¹⁸⁾.

Em 1890, com a chegada dos republicanos ao poder, o Hospício Pedro II foi desvinculado da Santa Casa, sendo administrado pelo Estado e denominado Hospício Nacional de Alienados, caracterizado pela ampliação dos asilos na gestão do diretor da instituição e da Assistência Médico-Legal aos Alienados João Carlos Teixeira Brandão. Nesse período foram criadas as duas primeiras colônias de alienados, a Colônia de São Bento e Conde de Mesquita, ambas na Ilha do Galeão (atual Ilha do Governador) no Rio de Janeiro⁽¹⁸⁾.

O sucessor de Brandão foi Juliano Moreira, que em 1903 passa para a direção da Assistência Médico-Legal aos Alienados, dando continuidade à criação de novos asilos e a busca pela legitimação jurídico-política da psiquiatria nacional com a promulgação da Lei n.º 1.132, de 22 de dezembro de 1903, que organizou assistência aos alienados. Moreira se embasou na escola psiquiátrica alemã, com tendência marcante do biologicismo, higienismo, junto aos aspectos éticos, políticos e ideológicos da tradição alemã, enquanto que Brandão tinha a vertente da escola francesa como embaixadora de suas práticas⁽²¹⁾.

Em 1923, com a Liga Brasileira de Higiene Mental, Gustavo Riedel coloca a psiquiatria na posição definitiva de defesa do Estado, em ações rigorosas de controle social e ao criar maior poder de intervenção, cristalizando o movimento da higiene mental com a pretensão de constituir coletividades sadias no asilo como um espaço eugênico, asséptico e de normalidade⁽²¹⁾. Nesse contexto, o controle social representou o controle do Estado sobre a sociedade.

Desde a metade do século XIX, a atenção em saúde mental junto aos indivíduos com transtornos mentais, no Brasil, restringia-se à internação em hospitais psiquiátricos, sendo que a concentração do atendimento hospitalar estava nas regiões onde a economia tinha maior desenvolvimento. Portanto, eram escassos quaisquer recursos para a assistência em saúde mental nas regiões mais distantes dos grandes centros⁽²¹⁾.

Entre os anos de 1930 e 1960 tivemos a era da eletroconvulsoterapia e da psiquiatria comunitária, sendo os seguintes acontecimentos de cada década:

- nos anos de 1930, são descobertos o choque insulínico, o choque cardiazólico, a eletroconvulsoterapia e as lobotomias, tornando o asilo e a psiquiatria cada vez mais poderosos enquanto locais de tratamento;

- nos anos de 1940, o Hospício Nacional de Alienados é transferido para o Engenho de Dentro na Praia Vermelha, com novas instalações, ampliação das vagas e centros cirúrgicos modernos para a realização das lobotomias;

- nos anos de 1950, iniciou-se a pressão das indústrias farmacêuticas para o uso de neurolépticos e psicotrópicos, aceitos pelos psiquiatras pela falta de conhecimento em relação aos efeitos adversos e pela facilidade de tornar os internos mais dóceis⁽²¹⁾.

A partir dos anos de 1960, com a unificação dos institutos de aposentadoria e pensões, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Médica e Assistência Social (INAMPS), e o Estado passa a realizar a compra de serviços psiquiátricos do setor privado, ao conciliar a pressão dos empresários à privatização da psiquiatria e a configuração da doença mental como mercadoria. Ainda aponta-se para o aumento das vagas e internações em hospitais psiquiátricos privados, principalmente em grandes centros urbanos⁽²¹⁾.

A década de 1970, época da ditadura militar foi referenciada como um período de grande expansão do número de leitos psiquiátricos contratados junto aos hospitais privados, tendo cerca de 90% do orçamento do INAMPS destinado à contratação de tais leitos no ano de 1978⁽²²⁾.

Em 1973, o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) editou o “Manual de Serviços de Assistência Psiquiátrica Ambulatorial”, apontando a percepção dos gestores sobre a necessidade de ampliação da rede ambulatorial de atenção em saúde mental. Apesar disso, não ocorreram mudanças, considerando que o INAMPS manteve a contratação de leitos psiquiátricos em hospitais privados para o atendimento dos assegurados e em manicômios públicos para o atendimento dos não assegurados⁽²³⁾.

A Reforma Psiquiátrica ocorreu juntamente aos processos nacionais de redemocratização, sendo que o movimento de luta antimanicomial se organizou no final da década de 1970, coincidindo com a abertura política no Brasil.

No início da década de 1980, durante a cogestão entre MS e Ministério da Previdência e Assistência Social, o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) o conhecido “Plano CONASP”, estimulando a descentralização e ambulatorização da assistência à saúde por meio das Ações Integradas de Saúde⁽²⁴⁾. Foi planejado reduzir em 30% as internações psiquiátricas, mudando o tempo médio de internação de noventa para trinta dias, além de expandir em 50% as consultas ambulatoriais⁽²⁵⁾.

Durante esse processo, surgem no contexto da história das políticas de saúde as Ações Integradas de Saúde (AIS), os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) e o SUS, destacando-se a descentralização, a municipalização e a participação social na gestão do sistema de saúde.

Mesmo as “tímidas” iniciativas de redução da hospitalização “provocavam reação dos donos dos manicômios, mesmo sem haver, sequer de longe, qualquer indicação da necessidade de um amplo processo de desconstrução do parque manicomial no sentido da implementação de serviços substitutivos de atenção à saúde mental”^(26: 153).

Diante disso, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), durante o Congresso Nacional do MTSM, em Bauru, São Paulo (SP), constitui-se como movimento social em 1987 com o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, remetendo à sociedade a discussão sobre psiquiatria, doença mental e loucura, além da adoção da desinstitucionalização como uma invenção de práticas territoriais e desconstrução das práticas psiquiátricas⁽²⁷⁾.

Nesse mesmo ano, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), no Rio de Janeiro, em um período de especial importância devido ao surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial no Brasil, na cidade de São Paulo, em 1987, e ao início de um processo de intervenção, em 1989, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos, em São Paulo, em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes⁽²⁸⁾.

Com a proclamação da Constituição de 1988 e a criação do SUS, foram estabelecidas orientações institucionais para a implantação de políticas de saúde, tendo destaque aqui neste trabalho a de saúde mental. A partir dessa promulgação,

os manicômios não são mais considerados como serviços resolutivos e eficientes, sendo criticadas as práticas nos hospitais psiquiátricos. Essas instituições sofreram a transformação de fonte de lucro para um funcionamento regulamentado e paralelo à construção do SUS^(29:615).

Nesse contexto, Santos (SP) constituiu-se como a primeira cidade brasileira a fechar um manicômio e onde a Reforma Psiquiátrica avançou significativamente. Em 1989, havia 13 Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e 80 mil leitos psiquiátricos no Brasil, os quais podem ser comparados com dados atuais⁽²⁹⁾.¹⁰

Em 1989, foi encaminhado o Projeto de Lei n.º 3.657, que propõe a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outras práticas e serviços, estimulando em diversas cidades brasileiras experiências inovadoras, associação de familiares e aprovação de Projetos de Lei da Reforma Psiquiátrica⁽³⁰⁾. A aprovação desse projeto demorou 12 anos tendo diferentes redações até a promulgação do projeto substitutivo.

Consoante com as experiências de Reforma Psiquiátrica e com as recomendações da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), contidas na Carta de Caracas de 1990, o MS definiu sua política de saúde mental.

Nos anos de 1990, saliento os seguintes documentos da legislação e cartas de defesa de direitos no campo da saúde mental: a Carta de Defesa dos Direitos dos Portadores de Transtorno Mental da ONU, de 1991, a Lei n.º 9.716 de 1992, da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul e a Carta de direitos e deveres dos usuários e familiares em saúde mental de 1993. O último documento citado foi elaborado a partir do III Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial, em Santos⁽³¹⁾.

A I CNSM demonstrou a possibilidade de construção de uma rede de cuidados substitutiva ao hospital psiquiátrico. Ainda, são implantados, no município de Santos,

¹⁰ Em 2006 tínhamos 820 CAPS e NAPS, além de 45 mil leitos psiquiátricos⁽²⁹⁾. Em 2010, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersectorial nos aponta 1.541 CAPS no Brasil, sendo 135 no Rio Grande do Sul. São 3.574 beneficiários do Programa De Volta Para Casa e 1.165 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em todo o Brasil. O número total de leitos psiquiátricos no SUS é de 35.426, sendo 810 no Rio Grande do Sul⁽³²⁾.

NAPS, que funcionam 24 horas, cooperativas, residências para os egressos do hospital psiquiátrico e associações. A experiência do município de Santos passa a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil⁽³²⁾.

Dentro do paradigma de mudanças na trajetória da saúde mental, pode-se considerar que a Reforma Psiquiátrica foi um processo histórico de formulação crítica e prática com objetivos e estratégias voltados para o questionamento e para a transformação do modelo clássico da psiquiatria. Nesse sentido, atenta-se para a crença no manicômio enquanto instituição de cura, provocando elevados índices de cronificação nos asilos, com movimentos de saída do interior dos hospícios para as Comunidades Terapêuticas na Inglaterra e nos Estados Unidos e para a Psicoterapia Institucional na França, até atingir a instalação das Terapias de Família. Logo após esse período de críticas, a psiquiatria se estende ao espaço público, organizando a prevenção e promoção da saúde mental nas experiências de psiquiatria de setor na França e a psiquiatria comunitária ou preventiva nos Estados Unidos⁽²¹⁾.

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica foi um movimento que se concretizou com maior intensidade a partir da redemocratização, emergindo da crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental e, principalmente, da “crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização”^(33:87). Enquanto um processo cultural e sociopolítico complexo, nos remete à discussão de Basaglia da negação da psiquiatria como uma ideologia, ao colocar em pauta a função da psiquiatria dentro dos asilos e na sociedade.

No Estado do Rio Grande do Sul (RS), o movimento operacionalizou-se pela gradativa substituição do modelo centrado no hospital por uma rede de serviços assistenciais extra-hospitalares, determinando a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental. Além disso, regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias e outras providências⁽³⁴⁾.

Ao pensar sobre as características tanto da Reforma estadual quanto nacional, percebe-se que ambas foram fundamentais para a articulação entre controle social e saúde mental, à medida que suas premissas estimulam a

construção de espaços de cidadania e inclusão social dos indivíduos com transtornos mentais com seus familiares, vizinhos, amigos e trabalhadores da saúde.

Somente após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, a Lei Federal n.º 10.216 foi sancionada em 2001, reorientando a atenção em saúde mental e instituindo a reabilitação psicossocial em serviços substitutivos de base comunitária. Essa Lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, com a progressiva extinção dos manicômios⁽³⁵⁾. Essa lei promoveu a regulamentação das internações hospitalares para a área de saúde mental e as mudanças no modelo de atenção em saúde mental, destacando-se a criação de serviços extra-hospitalares, como os hospitais-dia, os Residenciais Terapêuticos, os CAPS, entre outros. Cabe salientar que a Política de Saúde Mental preconizada pelo MS se direciona para atenção em saúde mental no território, sendo os CAPS os centros articuladores da rede de atenção em saúde mental.

Além da noção de território, são princípios da articulação da saúde mental na atenção básica: apoio matricial, organização da atenção em rede, intersetorialidade, reabilitação psicossocial, multiprofissionalidade e/ou interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção da cidadania dos usuários e construção da autonomia possível de usuários e familiares⁽³⁶⁾. Esses princípios estão diretamente relacionados com as ações em saúde mental na ESF, sendo importante seu fortalecimento nas instâncias do controle social.

O governo do Estado do RS propiciou uma nova leitura sobre a cidadania, por intermédio da democratização, ao transformar as condições dos cidadãos considerados excluídos, sendo entendida essa ação como radical e de intervenção por parte do Estado, compreendendo as políticas públicas como formas de garantir a participação em atividades culturais, ter uma moradia, conseguir um trabalho e ter acesso à educação⁽³⁷⁾.

A Política Estadual de Saúde, em uma perspectiva dos direitos dos cidadãos,

representa a iniciativa de estabelecer padrões mínimos de qualidade na atenção em saúde mental, nos diversos níveis de complexidade e em todos os serviços, especializados ou não, tendo em vista as políticas de organização da rede de serviços e de financiamento das ações e dos serviços de saúde no Estado do Rio Grande do Sul. Por isso, representa

também um importante instrumento de controle social. Lembramos que o compromisso dos gestores de saúde com os parâmetros e metas de atenção à saúde, bem como as atividades estabelecidas como prioritárias, deverão compor os Planos de Aplicação e Relatórios de Gestão, conforme a legislação, e deverão ser utilizados no acompanhamento dos serviços nessa área.^(37:1)

A realização das Conferências Nacionais de Saúde Mental é uma forma de manifestação e de exercício do controle social, aliando a Política de Saúde Mental com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, com maior sustentação e visibilidade.

No final do ano de 2001, em Brasília, ocorreu a III CNSM, dispositivo fundamental de participação e de controle social, merecendo destaque o envolvimento de aproximadamente 23 mil participantes nas etapas municipal e estadual. Entre as pessoas que participaram dessa instância do controle social, salienta-se o protagonismo dos usuários dos serviços de saúde mental e de seus familiares. Na etapa nacional os organizadores contaram com 1.480 delegados, representados pelos movimentos sociais, usuários, familiares, trabalhadores de saúde, centrando os consensos em torno das propostas da Reforma Psiquiátrica, os quais foram pactuados democraticamente⁽³²⁾.

A III Conferência consolidou a Reforma Psiquiátrica como política de governo, conferindo aos CAPS o papel estratégico para a articulação entre os serviços da rede de saúde e a mudança do modelo de assistência. Além disso, tornou-se clara a defesa da construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, assim como o incentivo ao controle social para a legitimação dos princípios da Reforma no Brasil⁽³²⁾.

A estrita relação entre controle social e a lei da Reforma Psiquiátrica fica explícita a partir da definição dos direitos dos indivíduos portadores de transtornos mentais e as proibições decorrentes desta, como nos seguintes exemplos¹¹:

- proíbe a internação em instituições com características asilares como hospícios e manicômios;

¹¹ Citados por Paulo Delgado, Sociólogo, professor da Universidade Federal de Juiz de Fora, deputado federal por vinte anos (1986-2006) e coordenador da delegação brasileira junto à Convenção das Nações Unidas (ONU) sobre mudanças climáticas (Eco 92), no Rio de Janeiro⁽³⁸⁾.

- determina a necessidade de autorização médica para internação;
- exige a notificação compulsória do Ministério Público, no prazo de 72 horas, em caso de internamento contra a vontade expressa do paciente;
- o diagnóstico e terapia passam a depender de autorização do paciente ou de seu responsável legal.

O entendimento do processo de transformação da psiquiatria até a Reforma Psiquiátrica facilita a retomada dos princípios fundamentais da articulação entre saúde mental e atenção básica, entre eles: noção de território, organização da atenção em saúde mental em rede, intersetorialidade, reabilitação psicossocial, multiprofissionalidade, interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção da cidadania dos usuários e construção da autonomia possível junto aos usuários e familiares⁽³⁶⁾.

Com isso, percebe-se que a Reforma busca operacionalizar na prática um direcionamento da atenção em saúde mental para o território, garantindo o acesso da população tanto aos serviços substitutivos quanto aos especializados da rede de assistência, além da valorização de aspectos éticos de respeito aos direitos, autonomia e liberdade dos usuários com transtornos mentais. Foi uma conquista dos movimentos sociais e dos trabalhadores de saúde mental, propondo mudança do tratamento e isolamento com a segregação das pessoas por tipo de doença mental, para a desinstitucionalização, a cidadania, o convívio junto à família, a reabilitação psicossocial e a criação de espaços de cidadania para a loucura.

Tornou-se necessário o empoderamento dos grupos organizados de usuários, familiares e trabalhadores, nas instâncias deliberativas e esferas do controle social. Isso representou para mim uma expressão da cidadania e solidariedade nas relações entre os atores sociais, por meio de uma atenção em saúde mental com maior respeito e conhecimento sobre direitos e deveres de cada integrante desse processo.

A atenção em saúde mental prevista pela Reforma se dá com direcionamento para o território, tendo como serviços de saúde mental CAPS, residenciais terapêuticos, ambulatórios, hospitais gerais para internação, centros de convivência, fazendas terapêuticas, grupos de geração de renda e USF. A gradativa substituição da atenção em saúde mental para serviços extra-hospitalares tem como objetivo

impedir a exclusão social da loucura, já que tem diferentes significados de acordo com o contexto e os atores que a vivenciam.

Uma das estratégias financeiras adotadas para a mudança de modelo de atenção foi redirecionar paulatinamente os recursos da assistência psiquiátrica para um modelo substitutivo, incentivando a criação de serviços em saúde mental de atenção comunitária e pública. Esse novo modelo foi baseado em uma atenção no território, assim como a implantação de critérios de adequação e ações para qualificar a humanização do processo de trabalho em saúde mental nos serviços especializados⁽³²⁾.

A partir de um novo modelo de atenção em saúde mental, a sociedade é incentivada a assumir sua responsabilidade em relação aos indivíduos com transtornos mentais, o que implica a “conscientização de que o regime aberto não oferece risco para ninguém, que o doente mental não é um incapaz e de que a inserção social é mais eficaz para a sua recuperação”^(38:1).

Nesse sentido, o MS aponta para as ações previstas na Política de Saúde Mental:

- reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos;
- qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar;
- incluir as ações da saúde mental na atenção básica;
- implementar uma política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas;
- implantar o Programa De Volta Para Casa¹²;
- manter um programa permanente de formação de recursos humanos para reforma psiquiátrica;
- promover direitos de usuários e familiares incentivando a participação no cuidado;
- garantir tratamento digno e de qualidade ao louco infrator (superando o

¹² O Programa De Volta Para Casa tem como objetivo contribuir para a inserção social das pessoas com longa história de internações em hospitais psiquiátricos, através do pagamento mensal de um auxílio-reabilitação, no valor de R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais, aproximadamente 110 dólares) aos seus beneficiários. Para receber o auxílio-reabilitação, o critério é o de o indivíduo ser egresso de hospital psiquiátrico ou de hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, com indicação para inclusão em programa municipal de reintegração social⁽²⁸⁾.

modelo de assistência centrado no Manicômio Judiciário);

- avaliar continuamente todos os hospitais psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares⁽³²⁾.

Assim, a internação deve ocorrer somente se necessária e como último recurso, com ética e respeito ao usuário em crise. Nesse contexto, a proposta é unir esforços na rede de serviços de saúde mental, no sentido de evitar as internações prolongadas e ao mesmo tempo reduzir as compulsórias, incentivando a integração com a família, a reabilitação psicossocial, o resgate da cidadania e a inclusão das ações em saúde mental no território a partir da atenção básica.

Vejo a relação entre controle social e saúde mental muito marcante ao longo da história, em um cenário onde a atenção junto ao território evidencia a importância da articulação dos atores sociais nos diferentes espaços de participação, envolvendo questões culturais e sociais condicionadas pelas concepções sobre loucura e doença mental da sociedade. Nesse sentido, a Reforma Psiquiátrica aponta para a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial, potencializando a transformação do modelo de atenção a partir da autonomia e participação dos usuários.

A participação da população nesse movimento se caracterizou como uma forma de legitimação do controle social, pois, graças à pressão dos atores sociais por meio das denúncias de violência institucional nos manicômios, expressaram-se politicamente propostas de transformação no fazer, agir, nas leis e no cotidiano dos serviços.

Do período de Pintel até a Reforma Psiquiátrica Brasileira foi construída a legislação em Saúde Mental, expressa a partir dos seguintes documentos e instrumentos legais:

- Lei Federal n.º 5.999/73, que dispõe sobre o controle sanitário, comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos;

- Lei Federal n.º 8.080/90 – Lei Orgânica da Saúde, que institui o Sistema Único de Saúde;

- Lei Federal n.º 8.142/90 – Lei Orgânica da Saúde, que institui a participação da comunidade através dos Conselhos de Saúde e do Fundo de Saúde nas três esferas de governo;

- Carta de Defesa dos Direitos dos Portadores de Transtorno Mental da ONU, de 1991;
- Lei Estadual n.º 9.716/92, que dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul;
- Carta de Direitos e Deveres dos Usuários e familiares dos Serviços de Saúde Mental elaborada em 1993;
- Portaria n.º 3.902/98 do MS, que inclui a especialidade de Psiquiatria nos itens IV e V, do artigo 2º, da Portaria n.º 2.925/98 do MS;
- Portaria n.º 3.916/98 do MS, que aprova a Política Nacional de Medicamentos e define a necessidade de viabilizar seus propósitos em cada esfera de governo;
- Portaria n.º 507/99 do MS, que estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, definindo valores a serem transferidos;
- Portaria n.º 824/99 do MS, que trata da normatização de atendimento pré-hospitalar;
- Portaria n.º 1.077/99 do MS, que implanta o Programa para a aquisição dos medicamentos essenciais para a área de saúde mental;
- Lei Federal n.º 9.867/99, que dispõe sobre a criação e funcionamento de Cooperativas Sociais;
- Resolução n.º 75/00 da Comissão Intergestores Bipartite do RS, que organiza o fluxo de internação hospitalar em saúde mental no Estado do Rio Grande do Sul;
- Portaria n.º 106/00 do MS e alterações da Portaria n.º 175/01 MS, que cria os Serviços Residenciais Terapêuticos;
- Portaria n.º 1.220/00 do MS, que cria nas tabelas de serviço e de classificação de serviços do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do SUS para os serviços Residenciais e Terapêuticos;
- Lei Federal n.º 10.216/01, que dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil;
- Portaria n.º 16/01 da SES - RS, que regulamenta o funcionamento de serviços de atenção a dependentes de substâncias psicoativas;

- Portaria n.º 44/01 do MS, que institui o modelo de assistência do tipo hospital-dia;

- Portaria n.º 101/01 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que estabelece o regulamento técnico que disciplina o funcionamento de serviços psicossociais para tratamento de transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas;

- Portaria n.º 221/01 do MS, que determina que todas as unidades hospitalares situadas no território nacional, públicas e privadas, integrantes ou não do SUS, passem a informar ao MS, por intermédio do gestor local do SUS (SES ou SMS), a ocorrência de todos os eventos de internação hospitalar, independentemente da fonte de remuneração dos serviços prestados;

- Portaria n.º 469/01 do MS, que altera a sistemática de remuneração dos procedimentos de internação em hospital psiquiátrico e dá outras providências;

- Portaria n.º 508/01 da SES - RS, que cria o Comitê de Peritos em Psicofármacos, para apoio à política farmacêutica em saúde mental;

- Portaria n.º 251/02 do MS, que estabelece as diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define a estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências;

- Portaria n.º 679/01 do MS, que dá continuidade ao Programa para a aquisição dos medicamentos essenciais para a área de Saúde Mental;

- Portaria n.º 799/01 do MS, que institui, no âmbito do SUS, o programa permanente de organização e acompanhamento das ações assistenciais em Saúde Mental;

- Portaria n.º 77/02 do MS, que promove a atualização dos procedimentos de atendimento hospitalar em psiquiatria;

- Portaria n.º 189/02 do MS, que inclui nova tabela de procedimento para o financiamento dos CAPS e Oficinas Terapêuticas;

- Portaria n.º 336/02 do MS, que estabelece a nova sistemática de classificação dos Centros de Atenção Psicossocial: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional;

- Portaria n.º 373/02 do MS, que aprova a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/SUS n.º 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica⁽³⁷⁾.

Essa legislação em saúde mental pode ser uma forma de empoderamento dos usuários dos serviços para reivindicarem as conquistas históricas e a construção de estratégias por intermédio legal de integrar teoria e prática para a qualificação da atenção em saúde mental a partir de serviços substitutivos ao modelo asilar.

Dessa maneira, o controle social, constitui-se como dispositivo fundamental na transformação das práticas que permanecem reforçando concepções sobre a loucura e modos de tratamento como alienação mental e isolamento. Por meio da inclusão das pessoas nos espaços de participação social, de decisão política, de discussão sobre plano terapêutico nos serviços de saúde e de luta pelos seus direitos associado ao protagonismo dos usuários no campo da saúde mental, pode ser fortalecido o empoderamento na construção de projetos de vida feliz.

3.3 Controle social na Estratégia Saúde da Família: o fortalecimento das ações em saúde mental na atenção básica por meio de avaliações participativas

No contexto da atenção em saúde mental voltada para o território, a atenção básica representa o primeiro acesso ao cuidado em saúde. Por meio de um conjunto de ações individuais e coletivas, envolve a responsabilização no atendimento ao usuário e segue em cadeia progressiva e complexa, garantindo o acesso aos cuidados e às tecnologias, a promoção, a prevenção, o tratamento e a reabilitação em saúde.

Ainda que a atenção básica tivesse sido reforçada como forma de assistência coletiva à saúde, o atendimento oferecido nas unidades de saúde ainda privilegiava as consultas individuais, com enfoque na doença, não expandindo a assistência para além das questões biológicas⁽³⁹⁾. Então, foram implementados dois novos modelos assistenciais para o desenvolvimento de ações em saúde no território: o Programa

de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF). Este último foi criado em 1994 pelo MS e, a partir de 1998, transformado em uma estratégia estruturante para a organização do SUS, a ESF⁽³⁹⁾.

A ESF é um projeto dinamizador do SUS, operacionalizado por meio da implantação de equipes multiprofissionais nas unidades básicas responsáveis por um determinado número de famílias (1.000 famílias ou 4.500 pessoas por equipe de saúde da família) sob a lógica da territorialidade e da adscrição da população⁽⁴⁰⁾. Tem como atribuições conhecer as necessidades de saúde loco-regionais, os moradores, a dinâmica de cada família, número de pessoas na casa, faixa etária, danos, vulnerabilidades, renda, meio de transporte, escolaridade, acesso a bens e serviços, entre outros. Já os objetivos são a reorganização da prática assistencial no nível de atenção básica assumindo a família como figura central no processo de atenção, assim como assegurar a referência e contrarreferência para os serviços ambulatoriais, de especialidades, diagnóstico, internação, emergência, atenção hospitalar, entre outros⁽³²⁾.

Busca o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais da saúde e os usuários dos serviços, mediante a integralidade do cuidado em saúde. Nesse sentido, as ações de promoção envolvem a satisfação do usuário e os trabalhadores podem estimular a organização da comunidade para o exercício do controle social, por intermédio de uma atitude crítica, com abertura para novas experiências no processo de trabalho interdisciplinar.

Ao considerar as ações dos trabalhadores da atenção básica no território, o território é visto como um espaço da cidade onde os usuários vivenciam o cotidiano, tendo contorno geográfico mais ou menos definido, mas sem se limitar a este, e integrando pessoas, conflitos, interesses, instituições e cenários em um processo dinâmico⁽⁴¹⁾.

A ESF é construída à medida que a população discute as ações de saúde junto aos trabalhadores dos serviços. Já a organização dos trabalhadores se dá no sentido de (re)conhecer qual o papel que vêm ocupando na ESF seja enquanto trabalhadores, cidadãos ou atores políticos de transformação do modo de atenção e

cuidado em saúde. A implementação da ESF buscou um resgate dos princípios organizativos do SUS como universalidade, descentralização, integralidade e controle social como mecanismos de gestão em saúde.

No contexto do controle social e participação da comunidade, os usuários podem ser caracterizados como agentes transformadores de uma realidade construída social e historicamente, condicionada por elementos objetivos e subjetivos em uma rede interinstitucional de saúde e constituída por relações de saber e de poder que evidenciam os chamados nós críticos do sistema.

Entre as atribuições da equipe da ESF relacionadas com a participação e controle social, encontram-se:

- identificar os problemas de saúde mais comuns e situações de risco aos quais a população está exposta;
- conhecer a realidade socioeconômica, demográfica e epidemiológica das famílias pelas quais são responsáveis;
- elaborar com a participação da comunidade um plano local para o enfrentamento dos fatores que colocam em risco a saúde;
- promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento do conjunto dos problemas;
- promover, através da educação continuada, a qualidade de vida e contribuir para que o meio ambiente torne-se mais saudável;
- discutir juntamente com a equipe e a comunidade o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam;
- incentivar a formação e/ou participação ativa nos Conselhos Locais de Saúde e no CMS⁽²⁹⁾.

No Caderno de Atenção Básica do MS constam como objetivos do PSF, entre outros, o de potencializar a territorialização, o vínculo com a população, a integralidade na atenção, o trabalho em equipe com enfoque interdisciplinar e a promoção da saúde, com fortalecimento das ações intersetoriais e a participação da comunidade⁽⁴²⁾.

O programa retomou o incentivo à participação da comunidade na

identificação dos problemas de saúde, no acompanhamento e na avaliação das atividades desenvolvidas pelos profissionais e na definição das prioridades específicas de cada comunidade. Por isso, afirma-se que as ações da ESF representam um desafio para os técnicos da área da Saúde Pública aculturados com modelos de saúde verticais, com poucos recursos e estigmatizados como ações de saúde feitas para pobres⁽⁴³⁾.

O PSF é politicamente ousado, por ultrapassar os limites da estrutura física das Unidades de Saúde, possibilitando aos trabalhadores “estenderem suas ações extramuro, percebendo a realidade e as necessidades do meio onde as pessoas e famílias vivem, trabalham e se relacionam”^(43:44).

Mesmo com a mudança da nomenclatura de programa para estratégia, as políticas de saúde mental orientam para uma lógica de atenção no território, possibilitando potencializar o controle social por meio dos CLS. Esses conselhos podem se constituir como espaços de cidadania, de organização e de participação da comunidade na articulação de redes psicossociais.

Essa articulação ocorre entre os atores sociais implicados com o exercício do controle social e se fortalece pelo empoderamento dos usuários em espaços sociais onde se constroem os vínculos, as relações e os modos de vida dos moradores de uma cidade. A partir da cidadania, o território reafirma os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica e do SUS, construindo-se práticas em saúde mental com responsabilidades compartilhadas e controle social.

Um exemplo disso é a implementação de equipes de apoio matricial em saúde mental junto à equipe da ESF. O apoio matricial foi definido pelo Ministério da Saúde como uma interação entre os serviços especializados de saúde mental e as equipes da atenção básica, constituindo um arranjo organizacional de suporte técnico em áreas específicas em que trabalhadores qualificados compartilham casos com a equipe da ESF de um dado território, compartilhando a responsabilidade pelos casos por meio de discussões e intervenções conjuntas e excluindo a lógica do encaminhamento ao estimular a interdisciplinaridade, a resolutividade e a construção de novas competências para o desenvolvimento das ações em saúde⁽⁴⁴⁾.

Depois da avaliação da ESF no Brasil em 2001 e 2002, o Ministério da Saúde

identificou que 51% das equipes realizavam algum tipo de atendimento em saúde mental, elaborando uma proposta de ação conjunta para qualificar esse atendimento com base no trabalho das equipes matriciais. Esse trabalho incorpora situações de risco à avaliação clínica, entre elas: situações de exclusão social (egressos de hospital psiquiátrico, prisão domiciliar, moradores de rua, abandono de idosos crianças e adolescentes em risco pessoal e social), transtornos mentais severos e persistentes, suicídios e tentativas de suicídio, violência intrafamiliar, problemas clínicos relacionados a uso e abuso de álcool e outras drogas, e abuso e dependência de benzodiazepínicos⁽⁴⁵⁾.

O compartilhamento das práticas da ESF com as equipes de apoio matricial possibilita maior proximidade com as moradias e usuários no território que os NAPS e CAPS, sendo fundamental a corresponsabilização pelo cuidado. Dentro dessas considerações, ganham importância ações como ampliação da clínica, acolhimento, vínculo, gestão compartilhada e a atuação conjunta com as equipes de saúde mental¹³.

Nesse sentido, o controle social pode ser um facilitador do processo de mobilização dos movimentos sociais na implementação e fortalecimento do cuidado em saúde mental na ESF. Assim, a participação ativa e permanente, nos espaços deliberativos e formativos para o controle social, também deve ser assumida como dispositivo de fortalecimento da inclusão das ações em saúde mental na atenção básica, a partir das necessidades, desejos e condições de vida visualizadas no território.

A efetiva participação dos usuários com transtornos mentais ocorrerá, de fato, quando os atores dos diferentes segmentos tiverem projetos de solidariedade para a saúde e defenderem a cidadania e a inclusão social como prioridades. Para tal, torna-se necessário um diálogo permanentemente sobre a atenção em saúde mental, os direitos sociais e as bases legais que legitimam a participação em espaços do controle social. A partir da participação e exercício do controle social, as

¹³ “As equipes de saúde mental são compostas por psicólogo, psiquiatra, assistente social, terapeuta ocupacional e enfermeiros, sendo que em alguns locais do Brasil não há enfermeiros da área ou não há psiquiatras ou terapeutas ocupacionais”^(15:329).

equipes da ESF têm possibilidades de fortalecerem as ações em saúde mental na atenção básica junto aos usuários em sofrimento psíquico, lideranças locais e demais setores da sociedade.

Para que a participação no controle social tenha um caráter dialógico, as equipes da ESF devem trabalhar no sentido de estarem abertas ao público e às demandas de seus usuários, orientando todos os atores sociais e políticos que trazem movimentos. Assim, as equipes podem ser agenciadoras de segmentos sociais que conjuntamente se empoderam e podem produzir mudanças na atenção em saúde mental, fortalecendo as propostas da Reforma Psiquiátrica.

O controle social no cotidiano da ESF configura-se em um terreno complexo e singular, sendo um desafio integrar a defesa da vida, o direito à saúde e a integralidade do cuidado em saúde mental em um contexto contraditório e permeado de conflitos como o do trabalho na ESF. Os espaços do controle social, ocupados por trabalhadores, usuários e gestores têm modos de organização e de interação complexos, pois são construídos a partir de atores sociais, os quais se articulam com a rede de apoio social e individual, buscando uma legitimidade na produção de saúde.

A singularidade do controle social pode ser expressa através da participação, pois as instâncias deliberativas possibilitam a construção da cidadania a partir do exercício da representatividade, do empoderamento e dos embates políticos entre os defensores da Reforma Psiquiátrica e os desejosos da manutenção do tratamento da doença mental nos hospitais psiquiátricos.

Essa discussão é importante, quando pensamos que as ações em saúde mental podem ser incluídas com efetividade na rede de atenção básica municipal por meio de políticas de saúde mental com protagonistas engajados e sensíveis à luta pela inclusão social dos usuários com transtornos mentais.

Em Porto Alegre, a atenção em saúde mental está organizada em três eixos de direcionamento: qualificação da atenção básica, ampliação da rede de serviços especializados e promoção e desenvolvimento da intersetorialidade. Há uma proposta de expansão e fortalecimento da rede de atenção extra-hospitalar, com a implantação de CAPS, de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), da política de

atenção integral a usuários de álcool e outras drogas e da regulação dos leitos psiquiátricos em hospitais gerais⁽³⁷⁾. Porém, sabe-se das pressões de corporações profissionais para a abertura de leitos psiquiátricos em manicômios, o que tem causado dificuldades na expansão do cuidado em saúde mental para os espaços da cidade.

Ao mesmo tempo, se observarmos os dados importantes publicados pelo MS, constata-se que 3% da população geral sofre com transtornos mentais severos e persistentes, de 6% a 8% da população apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas e 12% da população geral necessita de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou não^(36:2).

Os dados evidenciam os desafios para o fortalecimento das políticas de saúde mental voltadas para grupos de pessoas com transtornos mentais de alta prevalência e baixa cobertura assistencial.

Por isso, torna-se necessária a consolidação e ampliação da rede de atenção voltada para o cuidado no território, promotora da reintegração social e da cidadania dos usuários, assim como a implementação de uma política de saúde mental eficaz no atendimento às pessoas que sofrem com a crise social, a violência e desemprego. As ações em saúde mental na cidade de Porto Alegre privilegiam três eixos de direcionamento: - Qualificação da Atenção Básica; - Ampliação da Rede de Serviços Especializados; - Promoção e Desenvolvimento da Intersetorialidade. Para isso, busca qualificar, expandir e fortalecer a rede de atenção extra-hospitalar, através da reestruturação e/ou implantação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Além da ampliação das ações em saúde mental na atenção básica, da implementação da política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, e da regulação dos leitos psiquiátricos em hospitais gerais.^(46:1)

Entre os desafios, são sinalizadas a ampliação e a regionalização da atenção em saúde mental para crianças e adolescentes, assim como a atenção à dependência química e a retaguarda e capacitação permanente da atenção básica para ações de saúde mental, incluindo álcool, outras drogas e atenção em saúde mental infantil. Quanto ao acesso aos serviços, exceto no plantão de emergência, é orientado aos usuários que seja por intermédio da rede básica de saúde, já que o município comporta os seguintes serviços em sua rede de atenção em saúde mental:

- CAPS II – adulto (Cais Mental Centro);

- CAPS II – adulto (Cais Mental Cruzeiro);
- CAPS II – adulto (Hospital de Clínicas de Porto Alegre);
- CAPS II – adulto (Grupo Hospitalar Conceição);
- CAPS Álcool e Drogas (Grupo Hospitalar Conceição);
- CAPS Infância e Adolescência (Hospital de Clínicas de Porto Alegre);
- CAPS Infância e Adolescência (Casa Harmonia);
- GerAção POA Oficina Saúde e Trabalho;
- SRT Gomes Jardim;
- SRT Pensão Protegida Nova Vida;
- Programa de Redução de Danos;
- Comunidade Terapêutica PACTO (internação de longa permanência de usuários de substâncias psicoativas e ampliação e regionalização do Programa de Redução de Danos);
 - Plantão de emergência em Saúde Mental (Vila dos Comerciantes);
 - Ambulatórios e equipes de saúde mental nas Gerências Distritais⁽⁴⁶⁾.

Considerando a gama de instituições, serviços e de trabalhadores de saúde de Porto Alegre, a rede de atenção em saúde mental deve ser fortalecida com os atores sociais pelo exercício da cidadania nos espaços do controle social e de participação social. O controle social emerge como um gestor das ações em saúde, podendo avaliar mudanças nas políticas e estruturais do SUS e, nesse caso, nas práticas em saúde mental. Nesse contexto, os CLS assumem uma função disparadora para a inclusão das demandas da saúde mental.

Apesar disso, sabe-se que o controle social na saúde mental não se restringe aos espaços dos conselhos, ouvidorias e conferências de saúde, pois se estendem a qualquer ação realizada na ESF que permita que as necessidades de saúde sejam pautadas e debatidas na construção de grupos de convivência, grupos terapêuticos, oficinas, reuniões da comunidade, Organizações Não Governamentais (ONGs), comissões, entre outros.

Quanto à relação entre controle social e saúde mental, torna-se fundamental esclarecer que as ações partem da imersão das equipes da ESF no território, na rede de saúde mental e de apoio social, sendo que qualquer cidadão pode ser um

potencial cuidador-apoiador. Chamo de potencial cuidador-apoiador todo e qualquer cidadão que de alguma maneira esteja sensibilizado em contruir relações de solidariedade, afeto e confiança. Não são todos os trabalhadores que estão dispostos para esses encontros com os usuários que ora buscam os serviços com frequência, ora permanecem em sofrimento, sem apoio ou até mesmo em situação de rua.

Para mim, as ações em saúde mental valorizam o modo psicossocial, em que a técnica é a solidariedade, as potencialidades dos sujeitos, a inclusão social, o afeto, o resgate da cidadania e a luta pelos direitos dos usuários com transtornos mentais.

A partir da avaliação das ações em saúde mental na ESF na versão “a voz dos participantes de um CLS”, podemos visualizar possíveis potencializadores da atenção em saúde mental no território, enfrentando os desafios e desprendendo-se dos preconceitos envolvidos no cotidiano do trabalho junto aos chamados de loucos pela sociedade.

Os processos avaliativos foram construídos socialmente ao longo da história e estão presentes até hoje nas suas diferentes maneiras de serem realizados nas instituições de ensino e serviços de saúde. Nesse contexto, o controle social se relaciona com os processos avaliativos na medida em que se caracteriza pelas dimensões formativa e pedagógica nos espaços decisórios das instituições.

A avaliação pode superar os limites de poder impostos e ultrapassar os espaços onde as decisões são tomadas apenas pelos que executam as ações nas instituições, por exemplo, trabalhadores e gestores do setor saúde. A participação popular, a formação de conselheiros, a apropriação de conhecimentos, tecnologias e empoderamento para o exercício da cidadania por parte dos usuários do SUS podem ser importantes dispositivos para a efetivação de processos avaliativos junto a lideranças comunitárias nos conselhos de saúde e associações de moradores.

No que se refere à avaliação dos serviços de saúde mental, alguns estudos apontam para a importância de estudos avaliativos em saúde mental, considerando a inclusão e/ou fortalecimento das ações em saúde mental, dentro dos princípios da Reforma Psiquiátrica ^(47,48,49,50,51).

Na Região Sul do país, foi realizado um estudo avaliativo intitulado *Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil* (CAPSUL), financiado pelo Ministério da Ciência e Tecnologia através do CNPq, em parceria com o Ministério da Saúde⁽⁵¹⁾. Essa pesquisa organizou-se por meio de um processo participativo, incluindo grupos de interesse envolvidos na construção da atenção psicossocial. Demonstrou nos seus resultados a importância e a relevância da rede na construção de um trabalho com resolutividade, atendendo às necessidades de saúde mental dos usuários a partir do território⁽⁵⁰⁾. Os pesquisadores do CAPSUL apontam entre os resultados, identificados nos três Estados da Região Sul, que:

há um número insuficiente de serviços de atenção em saúde mental que deveriam compor essa rede de serviços. E que, apesar da diversidade e criatividade das equipes de saúde mental em organizar o seu trabalho, foram identificadas dificuldades dos mesmos em conduzir satisfatoriamente o seu processo de trabalho cotidiano devido, dentre outros aspectos, ao sucateamento de muitos serviços de saúde mental, o funcionamento desarticulado entre eles e o descompromisso, desinteresse e desconhecimento de alguns gestores em implementar as políticas de saúde mental.^(50:4)

Nesta dissertação, dei ênfase ao controle social como dispositivo da avaliação das ações em saúde mental na ESF, buscando a participação dos atores sociais engajados ao CLS Pitoresca de Porto Alegre, enquanto grupo de interesse específico do estudo. Os integrantes dessa instância deliberativa foram incluídos em um processo avaliativo formativo, em que emergiu como estratégia de pesquisa estimular lideranças a debaterem sobre controle social e participação.

A inclusão desse grupo de interesse por meio de uma avaliação participativa pode estimular a produção de espaços formativos que potencializam mudanças necessárias a partir de um olhar das lideranças de uma comunidade, uma vez que o controle social possibilita, pela representatividade, a verbalização das questões envolvidas nas relações e projetos de vida dos atores sociais no território.

A participação nas instâncias deliberativas e de poder nas comunidades pode fortalecer a cidadania e a construção de políticas de saúde a partir de processos dialógicos e de formação para o controle social em nível local.

Porém, há que ser enfatizado que uma avaliação participativa não deve ser instituinte de um julgamento do certo ou errado, inovador ou ultrapassado, melhor ou pior, mas buscar avaliar o contexto a partir de um grupo de interesse, considerando os aspectos históricos, políticos, sociais e culturais da participação da população na construção e implementação do SUS, principalmente no campo da saúde mental.

Isso por que avaliar também é uma forma de participação, sendo uma oportunidade de os trabalhadores dos serviços de saúde, gestores, governantes, usuários do SUS, universidades e demais instituições de ensino “participarem da configuração que se quer dar ao SUS, sendo ao mesmo tempo um processo de aprendizagem e de controle social”^(53:569).

A descentralização, a integralidade e o controle social, preconizados pelo SUS, só vieram a qualificar os processos avaliativos na área da saúde mental. Em contrapartida, a hierarquização dos níveis do sistema em primário, secundário e terciário burocratizou as ações previstas pela Reforma Psiquiátrica, sendo o acesso à rede de atenção em saúde mental e a resolubilidade das necessidades e problemas de saúde da população os maiores desafios enfrentados pelo segmento dos usuários em sofrimento psíquico⁽⁵⁴⁾.

Considero esses apontamentos anteriores fundamentais para o desenvolvimento de uma pesquisa avaliativa, pois o objeto “controle social na saúde mental” inclui as organizações, os processos de trabalhos, as articulações entre os diferentes atores sociais da rede, a política de saúde mental, entre outros. Nesse sentido, o processo de avaliação considera também dados epidemiológicos e os indicadores de saúde, mas devem estar relacionados com o subjetivo, com as tecnologias relacionais e com as diferentes formas e estratégias de transformação do modelo de saúde mental.

A avaliação em saúde pode ser entendida como uma prática social que ao mesmo tempo busca absorver os significados que fazem parte da produção de vida dos atores sociais e construir novos métodos, técnicas, conceitos. Isso com o intuito de criar novas práticas orientadoras da atenção em saúde mental, a partir daqueles que vivenciam a busca pela escuta, pelo terapêutico, enfim, pelo cuidado na rede formal e informal de recursos relacionados à saúde mental.

Os estudos avaliativos em saúde mental emergiram no contexto da Reforma Psiquiátrica, em que os serviços substitutivos que estavam sendo implantados na rede de atenção em saúde mental inseriam-se no debate sobre a necessidade de avaliação da qualidade do atendimento e cuidado prestado aos usuários⁽⁵¹⁾.

A importância do controle social como dispositivo de avaliação das ações em saúde mental e estratégia de fortalecimento da atenção básica enfatiza a participação social como agregadora de atores sociais na luta pela valorização dos princípios da Reforma Psiquiátrica, em toda e qualquer ação em saúde.

4 METODOLOGIA

Neste capítulo apresento a metodologia utilizada no desenvolvimento desta pesquisa, incluindo cenário estudado, atores envolvidos no estudo, tipo de estudo, coleta e análise dos dados, além dos aspectos éticos envolvidos neste processo.

4.1 Cenário de estudo

O cenário da pesquisa foi o CLS Pitoresca, com suas reuniões sendo realizadas na Associação de Moradores e/ou na casa de um dos integrantes do CLS no período de coleta de dados. A Associação está localizada no mesmo quarteirão da USF Pitoresca, serviço de saúde da Rua Pitoresca n.º 670, bairro Partenon, Zona Leste de Porto Alegre, pertencente à Gerência Distrital Partenon-Lomba do Pinheiro.

A Associação de Moradores foi fundada em 1972¹⁴ e o CLS foi criado junto com a ESF Pitoresca em 2004⁽⁴⁸⁾. De acordo com as observações realizadas no serviço, há um mural na unidade de saúde da ESF Pitoresca informando que o CLS conta com a participação de cinco conselheiros, todos do segmento dos usuários, com os seus contatos telefônicos. Antes de uma reunião fui encontrar a coordenadora na unidade de saúde e atentei para esse detalhe no mural (O1, 16/03/2009).

A escolha do cenário de estudo foi intencional e está associada à inserção da EEnf/UFRGS na ESF Pitoresca por meio de estágios de graduação e pós-graduação. Esta dissertação está vinculada à pesquisa “Avaliação da Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família”, a qual também é desenvolvida neste local e foi aprovada pelo Comitê de Ética da Prefeitura de Porto Alegre, conforme Parecer n.º 301, Processo n.º 001056577.08.7 (ANEXO A).

¹⁴ Data adquirida na entrevista n.º 02 do dia 30 de novembro de 2009. A informação foi confirmada nas observações, já que há uma placa em frente à Associação com a data de fundação.

O CLS foi proposto como cenário do estudo, visto que o espaço agrega líderes comunitários e demais atores protagonistas das lutas no bairro. Essa instância deliberativa tem encontros mensais e conta com a participação de cinco usuários e um trabalhador que representa o segmento dos profissionais de saúde da ESF Pitoresca.

4.2 Atores sociais participantes do estudo

Para esse estudo foram escolhidos, como grupo de interesse, os atores sociais engajados às reuniões do CLS no período de coleta de dados da pesquisa. Foram incluídos também os participantes que por algum motivo não estavam comparecendo às reuniões, mas a pedido dos integrantes do CLS foram indicados a participarem da pesquisa, totalizando oito participantes no estudo.

Os critérios de inclusão no estudo foram:

- estar engajado ao CLS durante o período de coleta de dados;
- ter participado das reuniões do CLS Pitoresca;
- participar dos processos de formação (seminários, oficinas e cursos) para o controle social.

Os participantes do estudo que concordaram em participar da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

O envolvimento dos participantes das reuniões do CLS enquanto grupo de interesse teve o objetivo de buscar o fortalecimento do controle social na ESF, compreendendo as possibilidades de cidadania no contexto das ações em saúde mental na atenção básica.

Lembra-se ainda que a Avaliação de Quarta Geração é um processo formativo, possibilitando a construção de um espaço para as vozes dos cidadãos que buscam o exercício do controle social. Ao mesmo tempo podem ser multiplicadores de saberes e estratégias de lutas.

4.3 Caracterização do estudo

A pesquisa teve **abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, desenvolvido a partir da Avaliação de Quarta Geração**, proposta por Guba e Lincoln (1989)⁽⁵⁰⁾ e adaptada por Wetzel (2005)⁽⁵⁹⁾. Esse referencial teórico-metodológico inclui um processo de avaliação construtivista e responsivo com bases na **hermenêutica-dialética**.

As pesquisas qualitativas propõem-se ao estudo de questões muito particulares, por aprofundarem, nas ciências sociais, um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado, ou seja, fazem referência ao universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. O número de entrevistas e a qualidade das informações coletadas junto a cada entrevistado envolvem critérios de inclusão não numéricos, pois há preocupação com o aprofundamento e abrangência do fenômeno em estudo⁽⁵⁵⁾.

O conjunto de fenômenos humanos pode ser entendido como parte de realidade social, pois “o ser humano não se distingue só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com os semelhantes”^(56:21).

A abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto. Uma vez que ambos são da mesma natureza, ela se envolve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas.

Além disso, visa a aprofundar a complexidade de fenômenos, fatos, processos particulares e específicos de grupos mais ou menos delimitados em extensão, capazes de serem abrangidos intensamente.

O universo da produção humana envolve as relações, representações e intencionalidade, sendo que o objeto da pesquisa qualitativa, dificilmente pode ser traduzido em números e indicadores quantitativos. Por isso não existe superioridade entre estudos quantitativos e qualitativos, em uma hierarquia das pesquisas quantitativas em primeiro lugar, pela objetividade e cientificidade⁽⁵⁶⁾.

Diante disso, constato que a flexibilidade da abordagem qualitativa, já que permite novos olhares e caminhos ao longo do estudo, é pertinente com pesquisas de realidades que são dinâmicas, instigantes, reveladoras e diferentes, de acordo com a cultura, história de vida, relações e vínculos, entre individual e coletivo.

Quanto à modalidade, caracteriza-se como um estudo de caso, visando à descoberta, pois, mesmo partindo de pressupostos teóricos iniciais, novas questões devem emergir no decorrer do estudo, considerando o problema de pesquisa como uma representação singular da realidade, multidimensional e constituída historicamente⁽⁵⁷⁾.

A investigação de estudo de caso enfrenta uma situação tecnicamente única em que haverá muito mais variáveis de interesse do que pontos de dados como resultado, beneficiando-se do desenvolvimento prévio de pressupostos teóricos para condução das fases de coleta e análise dos dados da pesquisa.

Como estratégia de pesquisa, contribui para a construção de conhecimento em muitas situações, entre elas as que contemplem os fenômenos individuais, organizacionais, sociais, políticos e de grupo, analisando com profundidade uma unidade, ou seja, uma instituição, um grupo, um sujeito^(57,58).

A Avaliação de Quarta Geração caracteriza-se por ser um tipo de avaliação alternativo e inovador em relação às gerações anteriores, devido a algumas insuficiências das avaliações de primeira, segunda e terceira geração.

Constitui-se como uma metodologia que propõe a avaliação responsiva na perspectiva construtivista, possibilitando a interatividade ao incluir a negociação das informações da coleta de dados com grupos de interesse. O grupo de interesse escolhido constitui-se por pessoas com características comuns, que estavam interessadas no produto da avaliação e envolvidas de alguma forma no processo avaliativo⁽⁵⁹⁾.

Essa metodologia, por seu caráter inclusivo e participativo, possibilitou uma avaliação participativa das ações em saúde mental na ESF, junto aos atores sociais engajados ao CLS Pitoresca, propiciando a valorização da participação dos usuários nos processos avaliativos e dos espaços de cidadania e controle social.

O processo hermenêutico-dialético é hermenêutico pelo caráter interpretativo e dialético por representar a síntese das visões divergentes dos participantes dos grupos de interesse que se contrastam durante a execução do Círculo Hermenêutico Dialético. Esse círculo representado, na forma de figura, a metodologia (ver página n.º 82), tem caráter interpretativo, da mesma forma que compara e contrasta os diferentes pontos de vista dos entrevistados, atingindo uma síntese para a elaboração de um conhecimento mais complexo⁽⁵⁹⁾.

São propostos três grupos de interesse como os possíveis para a realização da etapa de coleta de dados, sendo os agentes as pessoas que produzem e implementam o serviço; os beneficiários, os que se beneficiam com o uso do serviço e as vítimas, aqueles afetados negativamente pelo serviço⁽⁵⁹⁾.

A Avaliação de Quarta Geração propõe uma avaliação construtivista responsiva e caracteriza-se por ser uma abordagem alternativa às demais gerações, considerando a incompletude e limitações das metodologias utilizadas nos processos avaliativos⁽⁵⁹⁾.

A seguir será apresentado um quadro comparativo das diferentes gerações presentes nos processos avaliativos anteriores à Avaliação de Quarta Geração.

Etapas da Avaliação	Características	Avanços	Limitações
1ª geração: mensuração	Construir e utilizar instrumentos/métodos, visando que toda e qualquer variável investigada seja medida. Papel do avaliador: Técnico	A coleta de dados a partir dos sujeitos de pesquisa tornou-se possível após a criação de instrumentos apropriados.	- Supremacia da gerência, pois o gerente não participa da avaliação, não é responsabilizado pelos resultados e tem a última palavra para determinar as questões da avaliação. - Incapacidade de acomodar o pluralismo de valores, como por exemplo, quais valores irão ser priorizados em uma avaliação, ou como as diferenças de valores podem ser negociadas.
2ª geração: descrição	Descreve os padrões de possibilidades e limites dos objetivos previamente estabelecidos. As medidas já não são mais adotadas como sinônimo de avaliação, mas como instrumentos a serem utilizados para processos avaliativos. Papel do avaliador: Descritor	Inovações na avaliação de programas, materiais, estratégias de aprendizagem, abordagens organizacionais e técnicas.	- Hegemonia do paradigma positivista, da verdade, com julgamentos baseados em critérios como bom e ruim, certo e errado.
3ª geração: julgamento	Os avaliadores são caracterizados pelo julgamento, mesmo adquirindo a função técnico-descritiva da geração anterior. Papel do avaliador: Juiz	Propõe uma avaliação que julgue tanto o mérito quanto a importância do objeto de estudo.	

Quadro 1 - Gerações anteriores à Quarta Geração segundo Guba e Lincoln (1989), Wetzel (2005) e Kantorski et al. (2009).

No contexto da Avaliação de Quarta Geração, o termo responsivo é utilizado para designar um caminho diferente de avaliar, com decisão baseada em parâmetros e limites a serem adotados para tornar o processo avaliativo com características como inclusão e participação. A avaliação responsiva constitui-se através de um processo interativo e de negociação com os grupos de interesse, os quais exigem um considerável tempo para integração e familiarização com o processo avaliativo.

Já o termo construtivista é usado para designar a metodologia utilizada para realizar a avaliação, sendo também chamado de abordagem interpretativa ou

hermenêutica, configurando-se como uma forma responsiva de focar e um modo construtivista de fazer⁽⁵⁹⁾.

A avaliação responsiva tem como questões a serem trabalhadas durante a pesquisa, as reivindicações, preocupações e problemáticas, que são identificadas pelos grupos de interesse, sendo tarefa do avaliador desvelá-las e organizá-las com um direcionamento⁽⁵⁹⁾.

Cabe salientar que, dependendo do grupo de interesse escolhido pelo pesquisador para a coleta de dados do estudo, possivelmente podem variar as preocupações, reivindicações e questões problemáticas levantadas, por pertencerem muitas vezes a diferentes culturas, contextos e construções sociais.

A metodologia construtivista é oposta ao paradigma positivista e afirma que as realidades são construções sociais a partir de cada pessoa e do contexto que estão inseridas. Negando o dualismo sujeito-objeto, sugere ao invés disso a interação entre o observador-pesquisador e o observado que gera o que emerge da investigação⁽⁵⁹⁾.

4.3.1 Organização da Avaliação de Quarta Geração

A organização da Avaliação de Quarta Geração apresenta-se com cinco razões para a utilização das reivindicações, preocupações e questões que emergem dos grupos de interesse durante todo o processo avaliativo do estudo como importantes. Essas razões que colaboram na organização da avaliação são as seguintes:

1. Os grupos de interesse são considerados grupos de risco, porque os resultados da avaliação podem não contemplar seus interesses. Assim, devem ter a oportunidade para fazer quaisquer reivindicações ou levantar quaisquer questionamentos que julgarem necessários, para que suas demandas sejam honradas.

2. Os grupos de interesse estão sujeitos à exploração e à investigação, considerando a avaliação como uma forma de pesquisa cujo produto final é a

informação. Deve-se estar atento que a informação é uma forma de poder, podendo a pesquisa influenciar no poder e nos direitos dos participantes.

3. Os grupos de interesse detêm a informação que será utilizada na avaliação, pois é essa informação que eles percebem como responsiva às suas reivindicações, preocupações e questões. Os participantes têm a oportunidade de suas demandas serem contempladas durante qualquer momento da avaliação, possibilitando que eles possam se inserir como sujeitos políticos com uma base de legitimação informal.

4. Os grupos de interesse estão em uma posição que possibilita a ampliação da pesquisa avaliativa, constituindo o grande benefício do processo hermenêutico-dialético. A natureza das demandas dos grupos de interesse é imprevisível para quem é externo ao grupo, forçando o grupo a confrontar com as construções dos demais grupos. O efeito desse confronto produz mudanças rápidas na construção de todos os grupos e, se não levar a um consenso, expõe as diferentes posições de maneira mais clara.

5. Os grupos de interesse mutuamente constroem saberes pelo processo de Avaliação de Quarta Geração. Cada grupo é solicitado a confrontar e dar conta das demandas vindas dos outros grupos. Isso não significa que devam aceitar as opiniões e julgamentos dos outros, mas que negociem com os pontos de diferença e conflito, reconstruindo suas próprias construções para acomodar as diferenças ou que desenvolvam argumentos para que as outras proposições não sejam assimiladas.

O maior propósito deste processo não é justificar a própria construção de alguém ou atacar o ponto fraco da construção de outros, mas formar a conexão entre eles que permite mútuas explorações por todas as partes. Assim, cada grupo compreende melhor sua construção, as revisa para torná-las mais informadas e sofisticadas, além de entender melhor as construções dos outros grupos. Um dos objetivos desse processo é criar um consenso quando possível. Entretanto, quando não é possível, deve ser exposto e esclarecido o processo quanto às visões diferentes e permitir a construção da agenda de negociação⁽⁵⁹⁾.

Se o processo é bem-sucedido, todas as partes, incluindo o pesquisador, provavelmente terão reconstruído as construções com as quais iniciaram e todas as

partes são então simultaneamente educadas, pois alcançam novos níveis de informação e sofisticação. Além disso, ficam empoderados, pois suas construções iniciais são consideradas e porque cada um teve a oportunidade de criticar⁽⁵⁹⁾.

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

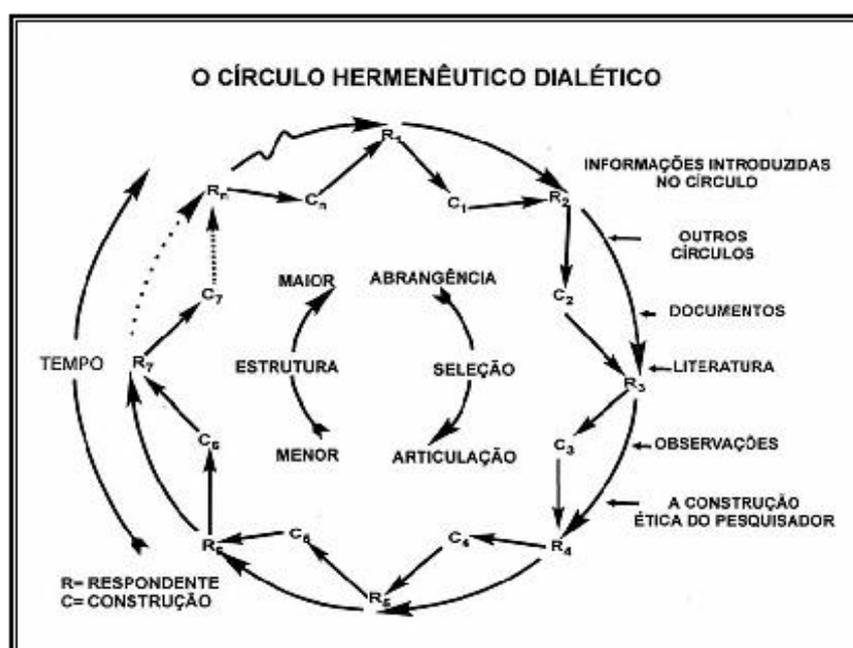


Figura 1 – Círculo Hermenêutico-Dialético. Traduzido por Wetzel (2005) a partir de Guba e Lincoln (1989).

Como primeiro passo, o primeiro respondente, R1, participa de uma entrevista aberta para determinar uma construção inicial em relação ao foco da pesquisa, sendo questionado para descrever e construir este foco, descrevê-lo e comentá-lo. Ao término da entrevista, solicita-se ao respondente que indique outro respondente, R2⁽⁵⁰⁾.

Os principais temas, concepções, ideias, valores, apontamentos, preocupações e questões propostas por R1 são analisados pelo pesquisador dentro da formulação inicial de R1, designada C1. A análise de dados segue estreitamente próxima à coleta de dados.

Depois disso, R2 é entrevistado, sendo que, após R2 ter comentado todas suas questões, os temas da análise de R1 são introduzidos e R2 é convidado a comentá-los também. Dessa forma, temos como resultado uma entrevista com R2 que produz informações próprias e também a crítica e o aprofundamento em relação aos dados e construções de R1.

O pesquisador solicita a nomeação de R3, e completa a segunda análise resultando na formulação de C2, sendo uma construção mais completa e sofisticada baseada em duas fontes: R1 e R2. As informações do círculo não necessitam limitar-se ao que o pesquisador ou os respondentes trouxeram para o círculo. É possível introduzir outros dados que a oportunidade e a necessidade fazem emergir, como construções de outros grupos, dados de observações, documentos, literatura e a construção ética do pesquisador.

Durante a realização do círculo hermenêutico-dialético, três pontos devem ser considerados. Primeiramente, o círculo pode ser interrompido, sem acrescentar novos respondentes, respeitando os seguintes critérios:

- redundância, isto é, quando sucessivos novos respondentes não acrescentam novas informações pode ser o momento de parar;
- existência de consenso, que é atingido em uma construção conjunta, existindo poucos pontos para acrescentar novos respondentes;
- emergência de diferenças irreconciliáveis, em que parece que os membros do círculo chegam a diferentes conclusões e não conseguem superá-las tendo com base a informação avaliada e os sistemas de valores referenciais. Esse pode ser o momento de parar, havendo aglutinação em torno de diversas construções, cada uma com o seu próprio grupo de adeptos, em vez de uma construção consensual⁽⁵⁰⁾.

O segundo ponto relaciona-se à verificação da credibilidade. À medida que as construções começam a emergir, os respondentes podem não concordar com as construções conjuntas, tendo a oportunidade de influenciá-las, podendo discutir e afirmar sua credibilidade ou confirmar a continuidade dos pontos de disputa⁽⁵⁰⁾.

No terceiro ponto, os círculos podem ser construídos mais de uma vez, podendo ser reciclados ou espiralados. Quando são reciclados, os mesmos

respondentes de antes estarão envolvidos na mesma ordem, proporcionando uma segunda oportunidade para criticarem e aprimorarem a construção conjunta.

Assim, o avaliador terá adquirido uma construção conjunta do grupo de interesse, com um processo que publiciza cada uma das construções críticas dos outros, possibilitando que cada respondente conheça as construções anteriores e concorde ou não com elas.

4.4 Coleta de dados

Para a coleta de dados do estudo foram realizadas **entrevistas semiestruturadas** e a **observação participante** nas reuniões do CLS durante o período de coleta das informações.

As entrevistas realizadas neste estudo foram classificadas em semiestruturadas, com questões abertas, as quais puderam ser aprofundadas através de outras perguntas. Essas entrevistas semiestruturadas combinaram “perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado teve a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender a indagação formulada”^(61:64).

Dessa forma, o entrevistador tem uma participação ativa, pois, apesar de observar um roteiro, também podem ser feitas perguntas adicionais para esclarecer as questões e melhor compreender as falas dos entrevistados diante do cenário do estudo. A entrevista semiestruturada, enquanto um método de coleta de dados, parte de:

certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas [...]. O informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar da elaboração do conteúdo da pesquisa.^(58:119)

Nesse sentido, cabe salientar a importante inclusão dos entrevistados no processo de pesquisa, contribuindo para a produção de saberes e de conhecimento de maneira participativa como propõe a Avaliação de Quarta Geração.

Para a realização das entrevistas foi utilizado um instrumento composto por uma parte inicial, caracterizando o(a) entrevistado(a) por números, e outra parte apontando as perguntas a serem feitas aos entrevistados (APÊNDICE B).

Como prevê o círculo hermenêutico, as primeiras entrevistas foram menos estruturadas, permitindo que os entrevistados falassem livremente sobre o tema. A partir de uma avaliação das ações em saúde mental desenvolvidas pelas equipes da ESF Pitoresca na perspectiva do CLS, as questões levantadas por um entrevistado puderam ser aprofundadas com outros entrevistados com outras perguntas, tornando-se mais estruturadas.

Na medida em que as entrevistas foram sendo realizadas, concomitantemente a análise dos dados foi operacionalizada, permitindo a identificação das questões que foram colocadas nas entrevistas seguintes, de forma que se tornaram cada vez mais estruturadas.

Outra técnica utilizada na coleta de dados foi a **observação participante**, fundamentada nos processos de reconhecimento da realidade na qual o observador está inserido, sendo recomendada no desenvolvimento de metodologias para estudos junto a grupos, instituições ou comunidades.

O papel do observador-participante é fundamental no grupo social em que o estudo está sendo desenvolvido, pois sua posição pode ser em um extremo com completa imersão no cenário em estudo, assumindo-se totalmente como participante, ou em outro extremo, apenas observando. Pretendo assumir a primeira posição durante a realização do estudo⁽⁶¹⁾.

A partir de uma postura observadora participante foi possível levantar dados sobre as questões referentes ao exercício do controle social pelos participantes das reuniões de um CLS, visualizando as potencialidades da avaliação participativa no que se refere às ações em saúde mental da ESF Pitoresca na perspectiva do CLS.

Neste estudo, as etapas da observação não seguiram um roteiro fechado, mas permitiram a inserção da pesquisadora no campo de estudo para uma construção de

vínculo com os participantes das reuniões do CLS, buscando um “direito de entrada” nesse espaço ocupado pelos representantes dos segmentos dos trabalhadores de saúde e dos usuários engajados no exercício do controle social.

O tempo utilizado para a observação participante foi definido de acordo com as possibilidades do cenário de estudo, propiciando uma integração entre a pesquisadora e os participantes da pesquisa. As observações totalizaram 60 horas, incluindo as discussões sobre controle social no espaço das reuniões do CLS, as reuniões do CLS e os seminários sobre participação e controle social.

O processo hermenêutico-dialético possibilita que as observações sejam cada vez mais focalizadas em movimentos, ações e sentimentos que possam dar subsídios para a discussão das questões levantadas, assim como a construção das unidades temáticas que dele emergirem, buscando um aprofundamento das informações que foram apontadas pelos entrevistados e consideradas relevantes pela pesquisadora para a sua discussão e análise dos dados⁽⁵⁹⁾.

A observação pode tomar diferentes formas nos diferentes momentos da pesquisa, com um início de maneira pouco estruturada, permitindo que a observadora expanda a construção de saberes e produção de conhecimento. Também deve estar atento para o que é importante ou saliente nesse processo, podendo torná-lo mais focal, à medida que a coleta de dados aumenta⁽⁵⁹⁾.

Portanto, o método pode fornecer registros com descrições detalhadas das ações, atividades e processos nos quais se envolveram os entrevistados, sendo um importante dispositivo de participação. Esses registros da observação foram descritos em instrumento específico (APÊNDICE C).

As observações puderam ser descritas em registros carregados de detalhes e com especificidades construídas a partir da percepção da pesquisadora. Também foram considerados importantes os registros das observações realizadas no conselho local pelas particularidades das relações de poder, o interesse dos participantes da pesquisa em estarem integrados ao conselho e como estavam implícitos ou explícitos os saberes construídos ao longo do período da pesquisa.

4.4.1 Aplicação prática da coleta de dados

A aplicação prática da coleta de dados da Avaliação de Quarta Geração incluiu as etapas de contato com o campo, organização da avaliação, identificação do grupo de interesse, construções conjuntas, preparo da agenda de negociação e execução da negociação^(50,54).

A seguir, apresento um quadro com as etapas da Avaliação de Quarta Geração, incluindo os momentos que estavam previstos por esse referencial teórico-metodológico e foram realizados durante a pesquisa:

Etapas	Objetivos	Características
1- Contato com o campo e apresentação do projeto ao grupo de interesse	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer o interesse dos participantes. - Compreender a relevância do estudo para o cotidiano dos participantes. - Encaminhar o projeto ao Comitê de Ética para aprovação do estudo pela SMS de Porto Alegre. - Conhecer o objetivo, tema, metodologia e importância da realização do projeto. - Estimular o grupo de interesse a participar do estudo. 	<ul style="list-style-type: none"> - informal; - primeiro contato; - ética; - respeito à pessoa; - dialogicidade; - objetividade; - clareza; - discussão sobre as etapas do estudo e esclarecimento das dúvidas.
2- Organização da avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Conquistar o direito de entrada no campo de estudo. - Construir uma relação de confiança. 	<ul style="list-style-type: none"> - Etnografia prévia: o pesquisador vivencia o contexto sem ainda estar realizando a avaliação, com a observação participante.
3- Grupos de interesse	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar os grupos de interesse, podendo esse processo ser solicitado por nomeação, sendo que cada entrevistado pode ser questionado a revisar a lista dos interessados identificados e sugerir outros. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pessoas que tem algum interesse comum no objeto da avaliação, estando envolvidas nas eventuais consequências do processo avaliativo.
4- Desenvolvimento de construções conjuntas	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver a construção conjunta do círculo hermenêutico, com o propósito de descobrir tantas diferentes construções quanto possíveis. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cada entrevista é seguida imediatamente pela análise de dados, disponibilizando os materiais das entrevistas para ser comentado nas entrevistas subsequentes;

Quadro 2 – Etapas da Avaliação de Quarta Geração de Guba e Lincoln (1989) (continua)

5- Ampliação das construções conjuntas	<ul style="list-style-type: none"> - Ampliar e sofisticar as construções conjuntas. -Introduzir outras informações buscadas em fontes como documentos, registros, observação, material de outros círculos, construção ética do avaliador e referências bibliográficas. 	<ul style="list-style-type: none"> - As informações são expostas e negociadas, atingido a interação hermenêutica (de interpretação).
6- Agenda de negociação	<ul style="list-style-type: none"> - Preparar a agenda de negociação destinada a valorizar e decidir o significado dos dados coletados no círculo construído anteriormente 	<ul style="list-style-type: none"> - Definição das unidades de informação. - Discussão, tornando tão claras quanto possíveis as informações. - Distribuição de material impresso e audiovisual para que todos os respondentes tenham acesso às informações, negociando a melhor data do encontro.
7- Execução da negociação	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar o material das entrevistas analisado pela pesquisadora para os participantes envolvidos no estudo. - Possibilitar aos participantes o acesso às informações obtidas e discussão sobre os dados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Inclusão de todos os entrevistados que participaram da construção do círculo hermenêutico na reunião de negociação. -Apresentação do material, visando validação e/ou modificação das informações obtidas na coleta de dados.

Quadro 2 – Etapas da Avaliação de Quarta Geração de Guba e Lincoln (1989) (continuação)

Os seguintes passos da Avaliação de Quarta Geração foram baseados em Guba e Lincoln (1989) no estudo de Wetzel (2005):

1) Contato com o campo e apresentação do projeto: primeiramente fui conhecer o serviço ESF Pitoresca e apresentar a proposta para a coordenadora que estava interessada no tema do projeto, pois era representante da equipe nas reuniões do CLS. Conheci a equipe e apresentei a proposta em reunião dos trabalhadores do serviço. Fui convidada pela coordenadora a participar das reuniões do CLS e solicitei inclusão da pauta “pesquisa junto ao CLS” para o conselho antes da reunião, para buscar a aprovação da realização do estudo junto à instância deliberativa. Foram explicados tema, objetivos, metodologia e aspectos éticos envolvidos, assim como disponibilizada cópia do projeto. A apresentação do projeto foi realizada no início do segundo semestre de 2008 em minha primeira participação em reuniões do CLS.

2) Organização da avaliação e grupo de interesse: durante as reuniões do CLS, iniciou-se o processo mais importante dessa etapa, o direito de entrada no campo de pesquisa. Primeiro experimentei o contexto como observadora na chamada **etnografia prévia** conhecendo as pessoas que estavam ligadas ao CLS de maneira informal. A coordenadora das reuniões do CLS convidou-me para realizar uma discussão sobre Controle Social e SUS junto aos líderes comunitários em momento anterior a uma reunião do CLS. Essa discussão foi realizada na Associação de Moradores da Pitoresca, no segundo semestre de 2009, sendo parte do processo formativo da Avaliação de Quarta Geração. A atividade instigou os participantes a questionarem sobre programas, projetos e políticas de saúde das gestões federal, estadual e municipal, incluindo debates sobre o destino dos recursos financeiro. Estabelecemos relações de confiança e diálogo no sentido de relacionar o o controle social ao cotidiano dos usuários do SUS no acesso aos serviços e ao cuidado em saúde. Demonstrei interesse e confirmei disponibilidade para realizar mais discussões e me inserir em ações de formação para o controle social junto ao CLS caso interesse do grupo.

3) Grupos de Interesse: o grupo de interesse do estudo foi denominado “atores sociais engajados às reuniões do CLS Pitoresca”. Também foram incluídos ao longo do período da pesquisa entrevistados que foram indicados pelos participantes do conselho. Esses indicados estavam engajados ao CLS, mas não estavam participando das reuniões do espaço decisório do controle social no momento da coleta de dados.

4) Desenvolvimento e ampliação das construções conjuntas: neste momento foi aplicado o círculo hermenêutico-dialético em um processo participativo que envolveu responsabilidade, compromisso e interesse do grupo de interesse. Além disso, foi formativo, pela troca de saberes, envolvimento dos participantes na organização de seminários sobre cidadania e participação social e em curso de formação de conselheiros promovido pelo CMS. O círculo hermenêutico-dialético, descrito anteriormente, tem o intuito de construir um caminho de pesquisa construtivista e participativo. É hermenêutico porque possibilita interpretação e dialético por propiciar a comparação e contraste de diferentes pontos de vista com

alto nível de síntese⁽⁵⁹⁾. Cada entrevista foi realizada imediatamente após a outra, após ter sido realizada e transcrita e ter sido produzido material com o relato material com o relato da anterior. Essa etapa do estudo também envolveu a consulta a documentos como o livro da ata das reuniões do conselho, a inserção de materiais de estudo sobre o tema nessas reuniões e a construção ética como pesquisadora que também teve uma ideia prévia sobre a avaliação e o contexto estudado. Esses dispositivos foram utilizados sistematicamente e foram fundamentais para que as construções conjuntas fossem cada vez mais sofisticadas.

5) Agenda e execução da negociação: a agenda de negociação envolve construir as unidades de informação a serem apresentadas e discutidas com o grupo de interesse, elaborar material impresso e audiovisual para os participantes do estudo e marcar uma data para a realização da negociação. A negociação dos dados aconteceu no dia 08 de março às 9 horas e 30 minutos, reunindo os entrevistados na Escola de Enfermagem da UFRGS. Os participantes do estudo se reuniram junto às pesquisadoras e dialogaram sobre o material construído por elas a partir das entrevistas e observações participantes. Essa etapa foi participativa, pois os entrevistados solicitavam falas entre cada unidade de informação identificada e apresentada no estudo, problematizando os temas mais polêmicos e construindo consensos. Também foi formativa, pois foram discutidos os problemas enfrentados pelos moradores da Pitoresca e suas famílias no que se refere à saúde e à cidadania, trazendo importantes posicionamentos políticos especialmente quanto à saúde mental em Porto Alegre.

4.5 Análise de dados

O método de análise de dados escolhido foi o **Método Comparativo Constante**, pois permite que a análise seja realizada concomitantemente à coleta dos dados. Foi criado pelos sociólogos Anselm Strauss e Paul Glasser para o

desenvolvimento de teorias e utilizado por Lincoln e Guba para o processamento de dados⁽⁶⁴⁾.

Entre as vantagens desse método está a possibilidade de interligação entre coleta, análise e interpretação de dados, funcionando como uma espiral dialética com comparações de realidade, domínio do campo e teoria de maneira sucessiva. Proporciona a síntese dando sentido a uma ordenação de dados qualitativos de diversas fontes, incluindo grupo de interesse, observações e registros⁽⁶⁴⁾.

Na categorização se unificarão as categorias provisórias de todas as unidades de informação que estão relacionadas, as quais serão definidas de tal forma que sejam internamente mais homogêneas possíveis e externamente as mais heterogêneas possíveis. A checagem a ser realizada pelos participantes do estudo serve para verificar se a construção da pesquisadora corresponde ao que foi coletado em uma fase de negociação.

O método apresenta duas etapas, a **identificação das unidades de informação** e a **construção de núcleos temáticos**, sendo que a primeira foi utilizada para definir a segunda. As unidades de informação foram encontradas no material empírico coletado, sendo desenvolvidas na discussão dos resultados. Cada unidade foi codificada a partir da fonte de onde foi retirada, sendo nesta pesquisa as entrevistas e os registros das observações participantes.

Realizei o exercício de agregar todas as unidades de informação em núcleos temáticos, buscando uma consistência interna de dados. Esses núcleos temáticos foram considerados como temporários, com suas respectivas unidades de informação, e foram apresentados aos entrevistados no momento de negociação dos dados. Os núcleos temáticos resultantes da etapa de negociação dos dados estão no quadro a seguir.

Núcleos temáticos	
1) Dimensões do controle social	- Político-social - Organizativo-burocrática - Pedagógica - Ético-subjetiva
2) Avaliação participativa das ações em saúde mental	- Necessidades - Potencialidades

Quadro 3 – Núcleos Temáticos e Unidades de Informação da análise de dados.

Para a codificação das entrevistas foram utilizadas as letras E para identificar as entrevistas, as letras O para identificar as observações e os números para identificação dos entrevistados e das observações de acordo com a ordem cronológica que foi realizada a coleta de informações. Exemplo: E1, E2, E3, O1, O2, O3. Ainda, foram indicados para as entrevistas pelos participantes do estudo alguns líderes comunitários e conselheiros de saúde que foram fundamentais nas lutas pela melhoria das condições de saúde da população da região da Pitoresca.

A avaliação das ações em saúde mental da ESF Pitoresca possibilitou a mobilização de um CLS para os atores sociais estarem mais atentos tanto no nível municipal nas decisões políticas e na rede de atenção em saúde mental da Prefeitura de Porto Alegre, quanto no nível local (das comunidades, do território), onde o cuidado e apoio da rede social potencializam a solidariedade e reciprocidade na convivência com pessoas em sofrimento psíquico e suas famílias.

4.6 Considerações éticas

As considerações éticas da pesquisa contemplam as questões éticas e legais envolvendo seres humanos, segundo a Resolução n.º 196/1996 do CNS, sendo que o projeto de dissertação foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da SMS de Porto Alegre para a apreciação, avaliação e aprovação dos membros desse Comitê. Teve aprovação no segundo semestre de 2009 com registro n.º 408 e processo n.º 001.049374.09.5 no CEP - SMS (ANEXO B).

Também foi submetido ao Comitê de Pesquisa em Enfermagem (COMPESQ) da UFRGS que avaliou e aprovou este projeto em seus aspectos éticos e metodológicos com Carta de Aprovação assinada pela coordenadora da COMPESQ em 27 de novembro de 2009 (ANEXO C).

A Resolução n.º 196/1996 diz respeito à pesquisa envolvendo seres humanos, prevendo a solicitação de uma autorização aos entrevistados para participação no

estudo, oferecendo garantia de anonimato e sigilo, bem como direito de acesso aos dados coletados no estudo e direito de desistir a qualquer momento da participação⁽⁶³⁾.

Em relação à etapa de coleta de dados, as falas dos entrevistados foram registradas com gravador, transcritas, lidas e analisadas. Ainda, foram considerados os aspectos éticos pela assinatura de um Consentimento Livre e Informado (APÊNDICE A) tanto pela entrevistadora quanto pelos entrevistados, assim como foi mantida a confidencialidade dos dados fornecidos e o anonimato dos entrevistados.

O Consentimento Livre e Informado contemplou a autorização dos entrevistados para o uso de imagens das fotos da equipe e do serviço de saúde no caso de publicação dos resultados da pesquisa e nas apresentações de trabalhos, originados desta dissertação e das demais atividades desenvolvidas junto ao campo de estudo, em eventos nacionais e internacionais.

Tanto as gravações quanto os instrumentos utilizados como registro das observações serão guardados por cinco anos, conforme prazo recomendado pelo Ministério da Saúde na Lei de Direitos Autorais n.º 9.610/1998 e após este período serão destruídos⁽⁶³⁾.

As pesquisadoras construíram estratégias de aproximação com os atores e o com o campo de pesquisa, atentando para que a voz dos participantes da pesquisa fosse valorizada e de alguma maneira representada nesta dissertação, legitimando a veracidade do resultado da análise dos dados da pesquisa e a devolução dos resultados no cenário em estudo.

5 O CONTROLE SOCIAL NA ESF PITORESCA COMO POTENCIALIZADOR DAS AÇÕES EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

O controle social é um instrumento, uma expressão e um dos pilares da democracia, afirmando o resgate de princípios do SUS como universalidade, integralidade e equidade para a qualificação dos serviços de saúde, tornando possível a inclusão dos usuários nas decisões de maneira concreta⁽⁶⁵⁾. Pode ser considerado a “participação direta da sociedade civil sobre os processos de gestão dos recursos públicos, refletindo na apropriação, pela sociedade organizada, dos meios e instrumentos de planejamento, fiscalização e análise das ações e serviços de saúde”^(65:421).

Essa apropriação da análise das ações em saúde por parte da sociedade civil pode ser estimulada por intermédio de dispositivos participativos. Nesta pesquisa, foram incluídos integrantes do CLS Pitoresca em um processo de avaliação formativo e participativo, das ações em saúde mental, realizadas junto à ESF Pitoresca.

Nesse sentido, entende-se que o exercício do controle social possibilita a valorização dos espaços de cidadania e autonomia dos usuários no campo da saúde mental, fortalecendo a atenção psicossocial e a participação social no SUS.

Mas qual a importância do controle social no campo da saúde mental, no que se refere à avaliação das ações em saúde mental hoje?

Os processos avaliativos participativos envolvem diferentes atores sociais e, especificamente neste estudo, junto ao CLS podem contribuir para a sensibilização diante da exclusão e da crise que são vivenciadas pelos indivíduos e geram sofrimento psíquico.

Independentemente da denominação utilizada para uma situação de crise, o controle social emerge em um cenário de proposições que pode considerar as condições e os modos de vida no território.

No que se refere à saúde mental, a ESF Pitoresca, em parceria com o CLS, deve ser mais um espaço na construção de modelos de atenção que fortaleçam as

ações em saúde, considerando o protagonismo nos projetos e nos modos de vida dos usuários e familiares.

Nesse contexto, a ESF pode desencadear um trabalho de fortalecimento das ações em saúde mental na atenção básica, ancorado nos princípios de resgate da cidadania, da reabilitação psicossocial, da autonomia e da desinstitucionalização. Isso, com ênfase no vínculo, “estando suas equipes intensamente engajadas no cotidiano da comunidade, incorporando ações de promoção e educação para a saúde na perspectiva da melhoria das condições de vida da população”^(66:139).

As ações em saúde mental na atenção básica devem ser de base territorial, com uma atuação dos trabalhadores orientada pelo modelo de redes de cuidado, de maneira transversal com as outras políticas. São fundamentadas nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica, salientando a importância do acolhimento e da construção de vínculo da equipe de saúde junto aos usuários no serviço de saúde e, principalmente, no território. A articulação entre saúde mental e atenção básica baseia-se em noção de território, organização da atenção à saúde mental em rede, intersetorialidade, reabilitação psicossocial, multiprofissionalidade/interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção da cidadania dos usuários e construção da autonomia dos usuários e seus familiares⁽³⁶⁾.

A articulação da saúde mental com a atenção básica e o PSF é necessária, na medida em que agrega os princípios da Reforma Psiquiátrica com a responsabilização das equipes de família. Nesse contexto, o desafio é integrar as ações, preparar as equipes e aumentar a cobertura assistencial de saúde geral à população, além do suporte em saúde mental à atenção básica com supervisões e capacitação das equipes dos PSF que deveria ser realizado pelos CAPS, com organização da demanda e da rede de cuidados⁽⁶⁷⁾.

No sentido de fortalecer as ações da atenção básica de maneira eficaz, o MS criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), através da Portaria n.º 154 de 24 de janeiro de 2008. Essa Portaria veio com a proposta de aumentar as ações e eficácia da atenção básica, compartilhando responsabilidades com os trabalhadores do PSF na rede de atenção em saúde mental e área geográfica de abrangência deste⁽⁶⁸⁾.

As equipes dos NASF têm trabalhadores que as equipes mínimas do PSF não agregam como assistente social, psicólogo, psiquiatra e terapeuta ocupacional e vêm como um apoio ao PSF, considerando a importância da responsabilização tanto da atenção básica quanto de serviços especializados como os CAPS no cuidado das pessoas com transtornos mentais⁽⁶⁷⁾.

Observa-se por meio da legislação um direcionamento do MS na busca da efetividade e resolutividade em uma rede de serviços de saúde que integre atenção básica e saúde mental. Essas propostas do MS devem ser acompanhadas pelas instâncias do controle social, com o intuito de construir estratégias de atenção de acordo com as necessidades e especificidades loco-regionais.

Alguns questionamentos se fazem presentes para essa reflexão: Os trabalhadores de saúde sentem-se responsáveis, sensibilizados e motivados para lidar com a saúde mental de maneira ampliada e compartilhada? Adianta o MS lançar projetos e programas de saúde se os gestores municipais e estaduais não estão na mesma sintonia, planejando e organizando projetos na saúde mental com outros princípios e outras diretrizes?

A partir dos resultados desta pesquisa, convido os leitores a apreciarem a discussão teórica que fundamenta a avaliação das ações em saúde mental realizada na ESF Pitoresca, considerando as informações adquiridas junto aos líderes comunitários, conselheiros e demais participantes das reuniões do CLS Pitoresca.

5.1 As dimensões do controle social

O controle social foi identificado pelos participantes do estudo em ações individuais e coletivas de cidadania e promoção do direito à saúde no bairro. Constitui-se como espaço de participação conquistado pela sociedade civil, que possibilita construção e aprovação de projetos para a melhoria da qualidade de vida e condições de saúde da população, apropriação de conhecimentos para o exercício da cidadania e fortalecimento dos princípios da Reforma Sanitária como o direito à

saúde com igualdade em um contexto de democracia.

Nesse sentido, o paradigma democrático traz a democracia como descentralização de poder, delineando alguns desafios a serem enfrentados pelos atores que ocupam os espaços do controle social como a construção de consensos, as tensões e os conflitos vivenciados pelos conselheiros. Estes têm seus interesses próprios, ideologias, desejos e, ao mesmo tempo, são cidadãos que representam um coletivo com necessidades, modos de vida e condições de saúde específicas.

No contexto da construção da democracia nos espaços públicos de participação, “a existência de regras e procedimentos claros, públicos e conhecidos são garantia de universalidade e confiabilidade de um determinado processo que finca bases em confrontos e negociações entre os atores”^(69:139).

Nesse contexto, em que alguns consideram a valorização de regras como uma questão formal ou burocrática, entende-se que:

a existência de “regras do jogo” é imprescindível à construção democrática, uma vez que pode proporcionar maior confiança à população quanto ao lugar que pode ocupar numa real partilha do poder, ao revés da tradição de livre-arbítrio quase total do executivo na condução do processo decisório.^(69:139-40)

O processo decisório envolve a representatividade de um coletivo, a qual deve ser mais próxima possível das necessidades da comunidade a ser representada nos espaços deliberativos da sociedade. Destaco a importância da formação de conselheiros como dispositivo potencializador da apropriação política dos usuários nos espaços do controle social. Esse tipo de formação estimula e incentiva o empoderamento do segmento dos usuários nos conselhos, a defesa do direito à saúde, o fortalecimento da cultura da cidadania e a participação política.

Dessa forma, a consistência da cultura da cidadania e da participação política, os vínculos entre os atores de diferentes entidades e as organizações sociais que atuam em “arenas discursivas plurais e conflitivas, podem determinar as possibilidades de uma participação autônoma e da ocupação qualitativa da complexidade dos espaços participativos”^(69:142).

A partir dos resultados do processo avaliativo desta pesquisa, pude construir

quatro diferentes dimensões do controle social, que emergiram das unidades de informação e da reunião de negociação, as quais foram fundamentais para a compreensão das relações, interesses, motivações e projetos sociais construídos junto aos moradores na região da Pitoresca no bairro Partenon.

As quatro diferentes dimensões do controle social em que foram agrupadas as unidades de informação foram: **político-social**, **organizativo-burocrática**, **pedagógica** e **ético-subjetiva**. São dimensões que ao mesmo tempo se complementam e produzem tensões no que se refere à conotação que é atribuída ao controle social, refletindo diretamente nas relações de poder e saberes construídos nos palcos dos espaços de participação social.

Foram avaliadas como fundamentais na construção do controle social na ESF Pitoresca as seguintes ações, nas quais estão envolvidas as lideranças comunitárias e os participantes do estudo:

- participar de trabalhos voluntários;
- compartilhar a solidariedade e o cuidado junto aos moradores do bairro;
- participar de instâncias deliberativas (principalmente as reuniões do CLS Pitoresca);
- debater sobre cidadania, direitos e deveres dos usuários no SUS junto a comunidade;
- estimular a educação para a cidadania pelo esporte;
- realizar confraternizações e reunir os moradores do bairro;
- mobilizar a comunidade para a conscientização ambiental e a melhoria das condições de vida;
- incluir as crianças em projetos intersetoriais;
- organizar processos eleitorais junto aos conselhos de saúde;
- lutar pela implantação da Unidade de Saúde na região da Pitoresca;
- reconhecer os líderes comunitários;
- articular atores na rede de apoio social;
- cuidar da saúde das famílias do bairro;
- engajar-se ao trabalho das equipes da ESF Pitoresca;
- denunciar problemas sociais aos órgãos públicos;

- negociar projetos nos espaços políticos.

5.1.1 A dimensão político-social

A primeira dimensão do controle social, que denominei como política-social, remete a uma discussão das questões políticas e sociais envolvidas no trabalho dos conselheiros e líderes comunitários e no exercício cotidiano da participação e da cidadania, agregando informações sobre a participação dos entrevistados no controle social para além das reuniões do CLS.

A participação ativa dos líderes comunitários junto ao CLS foi identificada como uma unidade de informação fundamental para a discussão sobre a dimensão político-social do controle social, pois agrega moradores da região identificados com a construção de uma identidade coletiva na comunidade para potencializar as ações de cidadania.

Entre os apontamentos estão as organizações de seminários pelo CLS em parceria com a equipe da ESF Pitoresca e as lutas sociais para a melhoria das condições de vida, incluindo a implantação da UBS Pitoresca e as articulações intersetoriais protagonizadas pelos usuários e trabalhadores engajados ao CLS.

Em primeiro lugar, de cidadania, foi implantar esse posto de saúde. Tínhamos que ir quatro horas da manhã pegar ficha, de madrugada [...] agora está aquele grupo de funcionários que são amigos da gente. Então aquilo ali é um espetáculo. Todo mundo é tranquilo. Qualquer coisa é só ir ali (E5-30/12/2009).

O posto de saúde foi uma luta muito grande nossa, a gente foi atrás. Só faltou a gente falar com o maior aí do governo: o governador. Não, digo, o do município: o prefeito. Mas a gente foi. Com as pessoas que puderam nos dar informações, e conseguimos muita coisa, mesmo sem ter a associação, como comissão (E7-06/01/2010).

O trabalho realizado pela equipe da ESF Pitoresca tem produzido a satisfação dos usuários do serviço e o protagonismo dos líderes comunitários se concretiza em

ações políticas e sociais, individuais e coletivas junto aos moradores do bairro na rede social.

Além disso, os líderes comunitários buscam o engajamento com o trabalho desenvolvido pelas ACS, sendo fundamentais em ações como coleta de dados, informações, mapeamento das áreas de risco no levantamento de problemas no território e na identificação de espaços geográficos de risco na área.

[...] Tem uma coisa que o conselho local já fazia, mas intensificou-se com a comissão de saúde ambiental. O mais novo membro da comissão, saiu um dia com uma ACS, e eles mapearam todas as áreas de risco para adquirir leptospirose, onde é necessário cuidado com a água, áreas de desmatamento e desmoronamento de casas [...] E eu achei muito bom, por ser uma pessoa leiga que fez o levantamento, colocando até os “gatos” da rede elétrica como risco à saúde (E3-10/12/2009).

[...] fazem as visitas constantes, quinzenais, coletando dados e informações de saúde para verem como estão os moradores da região [...] (E4-18/12/2009).

[...] a escola infantil promoveu coisas que eu não tinha visto em outras escolas infantis. Fizeram de maneira muito boa a formatura das crianças, a participação das mães, eu inclusive, como avó, também participei. Foi feito no CTG. As mães estavam lá para ajeitar, para ajudar a arrumar, decorar. Todos participaram: mães, avós, professoras. Todas as educadoras participaram [...] Foi um grupo bem unido [...] (E6-05/01/2010).

A dimensão político-social do controle social é ampla e envolve os movimentos dos grupos e atores da comunidade nos espaços de cidadania, buscando articulações sociais entre os moradores para ações coletivas baseadas na confraternização, na ajuda, na solidariedade e na reciprocidade. Isso também adquire um caráter político, pois as pessoas se mobilizam em prol do que acreditam como cidadania e lutas sociais para a melhoria da qualidade de vida e para a felicidade.

Essa dimensão adquire um caráter de mobilização e articulação, por meio de associações e da organização dos atores da sociedade civil. Apesar disso, a dimensão político-social foi avaliada também como espaço de tensão, de conflito e de disputa de poder.

Nem o SUS nem os trabalhadores de saúde dão conta de todas as necessidades e desejos dos usuários, mas os conselhos de saúde e comissões

formados por moradores dos bairros podem construir a cidadania a partir da convivência com suas famílias e seus vizinhos. Isso expressa “uma insuficiente capacidade resolutiva de um sistema em permanente construção”^(7:413).

Foram marcantes as informações relacionadas a necessária articulação entre os líderes comunitários da associação de moradores e os atores sociais engajados ao CLS, o que pode ser identificado a partir da fala a seguir:

[...] A gente trabalha como comissão responsável pela comunidade. Usamos o nome da associação que é ACOVISSAR, mas essa associação está um pouco de lado, porque a gente cansou de procurar as pessoas para formar uma diretoria, e fazer as reuniões [...] Então para tudo que acontece na comunidade, eles nos procuram, porque sabem que a gente busca do que eles querem. Nós batalhamos como comissão e eles aceitam. Tem já formada a Associação Comunitária da Vila dos Sargentos (ACOVISSAR) [...] Tem a outra que é a Associação Jardim Bento Gonçalves, bem pertinho do posto. Está lá sem ninguém. A gente já tentou entrar em contato com eles e fazer uma associação junto com eles, mas ninguém se pronunciou. Parece que tem uma diretoria e não funciona também (E7- 06/01/2010).

A fala expressa o desejo de engajamento, luta política e construção no coletivo. A ACOVISSAR localiza-se em uma área geograficamente mais distante da Unidade de Saúde que a localização da Associação de Moradores Jardim Bento Gonçalves, onde acontecem as reuniões do CLS Pitoresca.

A segunda Associação citada anteriormente está desativada por precariedade da estrutura física, sendo localizada na Rua Pitoresca, a mesma da ESF Pitoresca. O grupo que se reunia nessa associação desistiu das reuniões por adoecimento de uma das presidentes, roubos de objetos e mobílias ocorridos na área física e desestímulo pela participação de poucos moradores. O CLS Pitoresca foi criado por alguns líderes comunitários integrantes da Associação de Moradores Jardim Bento Gonçalves e da ACOVISSAR em parceria com trabalhadores da ESF.

Foi avaliado que o engajamento de todo e qualquer morador do bairro favorece o diálogo e une os líderes comunitários na luta pela implementação de projetos de cidadania, independentemente do ambiente físico em que estejam reunidos.

[...] Mais ou menos no final dos anos 90, 96, 97 resolvemos criar uma associação de moradores, pois isso aqui estava abandonado. Estava um

abandono, não entrava um táxi aqui, era difícil. Ainda mais pras pessoas procurarem um posto de saúde que era lá embaixo, na Carvalho. Na verdade não fomos somente nós, várias pessoas nos ajudaram. Primeiro nós criamos essa associação e depois começamos a participar das reuniões do orçamento participativo [...] nos dois primeiros anos a gente apenas aprendeu como é que era (E8-07/01/2010)

Independentemente de as comissões serem formadas por diferentes lideranças na comunidade, com diferentes demandas e objetivos em seus projetos, avaliou-se o exercício da cidadania, uma vez que havia vontade política para fazer mudança na saúde e consciência social de seus direitos e deveres como cidadãos.

Percebi que os alguns conselheiros que participaram da ACOVISSAR hoje também participam da Comissão de Saúde Ambiental criada a partir de integrantes do CLS Pitoresca, funcionando com reuniões mensais. As duas associações têm algo em comum: foram transformadas em comissões. A Associação de Moradores Jardim Bento Gonçalves tem estrutura física degradada e se reúne atualmente enquanto Comissão de Saúde Ambiental, em uma moradia de uma das integrantes do CLS. Já a segunda, a ACOVISSAR, se reúne enquanto Comissão responsável pela comunidade em uma moradia de um casal de líderes comunitários envolvidos na luta pela implementação da Unidade de Saúde na região da Pitoresca no passado (O6-16/11/2009).

Outro espaço de articulação com a representação de diferentes setores da sociedade, instituições e atores sociais são as reuniões do Orçamento Participativo (OP).

[...] Ele era o nosso presidente da vila, da comunidade. Ele que trouxe asfalto, rede de luz e de telefone [...] por meio do orçamento participativo, com muita luta [...] ele fez e faz boas ações [...] Eu também faço parte do orçamento, vou às reuniões, fico quietinha e sento lá no fundo. E eu falo se for pra servir para alguma coisa aquilo. Se for para abrir a boca pra falar abobrinha, eu fico quieta. Eu só digo que eu sou conselheira e sou da comissão, se for necessário. Eu faço parte da comissão de saúde humildemente [...] (E6-05/01/2010).

Entre as instâncias do controle social, o OP é avaliado como possibilidade legitimizada de participação social e organização dos atores sociais na conquista de seus direitos. Constitui-se como espaço de luta da sociedade civil por melhoria das condições de vida e de saúde, o que repercute na saúde mental no território.

[...] sou subdelegada do orçamento participativo. Cada semana é uma secretaria e eles abordam uma pauta. A última reunião que eu fui eles abordaram as áreas de risco. As lideranças da comunidade levam os problemas lá [...] O orçamento resolve, pois pressiona os órgãos públicos e lá se fazem presentes os coordenadores, diretores. É uma reunião aberta e pública. Se o Conselho da Pitoresca quiser assistir uma reunião pode ir, levar o problema. Toda a semana tem reunião. [...] O que acumula nessas caixas aqui que entope? Terra, esgoto cloacal [...] Eu tenho que ir lá falar com o responsável dessa área [...] vou ter que ver qual reunião vai o DEP. Por exemplo, todos finais de semana desligam a água. Isso é coisa pra levar para o DMAE. Domingo, por exemplo, o pessoal está em casa e eles desligam a água. Não dá nem para passar um café. Se quisermos aumentar a rede de telefone, passa pelo orçamento. O nome é orçamento participativo porque envolve a participação da comunidade [...] é o orçamento dado para saúde, moradia, benefícios do saneamento básico. Uma vez por ano, na plenária geral, o Secretário de Saúde vai e podem ser escolhidos os delegados, conselheiros nas comunidades. A cada 10 moradores pode ser escolhido um delegado, mas se as pessoas participarem. Aqui a participação é tão pouca que às vezes eles não conseguem colocar nem quatro delegados (E6-05/01/2010).

Parto da compreensão que a sociedade civil “não é composta de forma unitária, mas sim é caracterizada por uma forma multifacetada, diversa e difusa, inserida em um mosaico de cultura política ambivalente e híbrida”^(69:135). Desse modo, considero os entrevistados participantes das reuniões do OP como atores sociais construindo a história da participação popular a partir de suas práticas, ações políticas e sociais nessas “inter-relações com os arranjos participativos”^(69:135).

A fragilidade da sociedade civil e principiante cultura de autonomia em relação ao poder público, conjugada à falta de maior tradição em práticas de negociação, de articulação do movimento e de elaboração de propostas concretas para as políticas de seu interesse, dá origem a um quadro histórico-cultural que necessariamente deve ser considerado no delineamento do modelo e das regras do OP, com vistas a proporcionar condições que visem auxiliar a população a compreender e assumir papéis nunca antes experimentados. Em outras palavras, nos casos de debilidade da sociedade civil é ainda mais importante a preocupação político-pedagógica, a formação de lideranças, a capacitação dos delegados, considerando que a autonomia e independência dos atores na sua relação com o governo são elementos fundantes na qualificação do processo de orçamento participativo.^(69:144)

A participação no OP é avaliada como integrante da dimensão político-social na medida em que instiga a visibilidade dos movimentos políticos no que tange à construção de políticas sociais.

Os entrevistados apontaram para a importância de conhecer a rede social e de serviços do SUS, pelos conselheiros de saúde a partir do trabalho voluntário. Assim, o trabalho voluntário aparece como possibilidade de apropriação de conhecimento, autonomia e compromisso com a cidadania, potencializando o protagonismo dos usuários na articulação entre cidadania e controle social com apoio social e não com assistencialismo.

Nesse aspecto, há uma construção ativa na percepção das necessidades e dos direitos, com um exercício da participação política e aproximação com os problemas sociais. Também apareceu nas falas a realização de trabalho voluntário também no campo da saúde mental.

[...] Eu já fiz trabalho voluntário na Rua Padre Cacique e na ISPA, onde fica o lar de idosos que é público [...] Trabalho voluntário eu acho muito importante. Também é controle social, pois a pessoa que está ali ajudando, sempre pede uma informação, para saber como que aquela pessoa chegou ali, o que ela está precisando de ação, ou tenta [...] Por exemplo, está vendo que aquela pessoa está precisando de alimentação, leva ela para o posto e tenta não está dando aquela alimentação, mas alguma ajuda [...] Eu acho que é importante, pois a gente sempre comenta e alguém vai tomar a atitude (E2-30/11/2009).

[...] Eu trabalho com a minha irmã no Hospital Parque Belém no com dependentes químicos [...] É maravilhoso ouvi-los [...] Eles não conseguem conversar com a família. A gente toca violão, canta, conversa com eles, é muito gostoso [...] aquelas pessoas estão num estado pior do que eu. Eles são carentes, eles estão no fundo do poço [...] E isso eu gostaria de fazer com a minha comunidade. Mas teria que ser algo apropriado. Na minha casa o espaço é pequeno. Teria que ser um lugar doado pela prefeitura ou por alguém que ceda uma área. Faz 11 anos que trabalho lá. É um trabalho voluntário (E7-06/01/2010).

O controle social tomado em sua dimensão político-social legitima-se quando contribui para que a tensão originada dos diferentes interesses individuais e coletivos seja superada juntamente com os conflitos dessa diversidade representada pelos diferentes segmentos sociais se apropriando das nuances do poder.

A compreensão desses conflitos individuais, grupais, culturais e de cidadania configura-se como fundamental para a apropriação e o acúmulo de poder pela sociedade civil. No SUS, as políticas de saúde devem partir das necessidades de saúde percebidas em um coletivo a partir da voz de quem participa dessa política

compartilhando a responsabilidade pelas ações em saúde.

A política partidária tem forte presença na vida de algumas lideranças comunitárias e atores engajados às reuniões do CLS, podendo facilitar o acesso aos órgãos públicos para a resolução dos problemas. Mas essa opinião não foi consenso entre os entrevistados, pois avaliaram a falta de credibilidade nos governantes, salientando as diferenças entre política e política partidária.

Quanto à participação política e às eleições eu sempre me abstive e continuo, porque de acordo com a situação dos nossos políticos hoje, a credibilidade está zero [...] “Vou te conseguir tal coisa ou eu consigo com fulano”. E não consegue. Daí a complicação é total. Então eu prefiro não tratar nada politicamente [...] Eu faço com trabalho, acompanhamento, supervisão em benefício da comunidade, política não [...] desde que eu vim pra cá, eu trabalhei muito com abaixo assinado, pois na época não existia conselho. Tínhamos uma comissão, e essa comissão eram dois. Batalhamos muito, conseguimos luz, água que era lá embaixo, asfalto. Quando conseguimos o asfalto, já existiam esses encontros comunitários, daí facilitava [...] Os componentes do conselho não pertencem ao partido do prefeito. Não tem nada a ver partido com o atendimento da comunidade, no meu entendimento. Então se o cara se candidatou para ser prefeito, ele não se candidatou pra atender somente o pessoal do partido. Tem que atender a comunidade. Então por isso eu não gosto de meter política no serviço. Gera dificuldade (E4-18/12/2009).

[...] É zero nossa relação com os órgãos públicos. Eles protocolam os ofícios e não dão resposta. Aqui tem a CAR do Partenon, que recebe para encaminhar para secretaria. Ele já falou para um dos nossos “Eu vou assinar mais eu não vou encaminhar”. É a maldade que eu te falei [...] Existe uma verba para cada área, transporte, educação, pavimentação, tudo [...] um valor que vai ficar nessa região do Partenon. E é tão fácil. Se a verba é daqui vamos deixar aqui. Antigamente as associações eram bem organizadas e se sobrava verba, passava de uma para a outra [...] (E5-30/12/2009).

Os CLS propiciam que os atores se organizem em movimentos de reivindicação em prol da dignidade e solidariedade, sendo avaliados como instâncias de poder, espaços de convivência que articulam diferentes segmentos da sociedade, fazendo emergir interesses coletivos comuns e interesses próprios de cada segmento social. São também avaliados como espaço político, uma vez que com trabalho junto à comunidade se inserem no campo de negociação política da democracia participativa.

5.1.2 A dimensão pedagógica

Essa dimensão envolve as estratégias para a transformação dos espaços do controle social, por intermédio da educação, troca de saberes, levantamento das necessidades de saúde, exercício da autonomia e empoderamento.

A apropriação em diferentes campos do saber, a participação dos usuários em espaços decisórios e os cursos de formação de conselheiros estimulam uma prática pedagógica para a qualificação da gestão e atenção em saúde no SUS.

O acúmulo de informações e conhecimentos específicos acaba produzindo um outro grau de participação e vivência, o que inclui os usos interessados desta apropriação na obtenção de ganhos diretos e indiretos: seja no uso instrumental do conhecimento do sistema de saúde para si ou para os que são próximos, seja no engajamento e cooptação de que podem ser vítimas e agentes. A despeito desses fatos e distorções, cumpre assinalar a importância dessa apropriação como caminho para a disseminação de uma cultura sanitária, como elemento integrante da cultura de cidadania que se quer fortalecer, até o ponto em que constitua um movimento contra-hegemônico à passividade esperada de consumidores individuais de serviços.^(67:414)

Nesse contexto, foi avaliada pelos participantes do estudo, a importância do engajamento em cursos de formação para o controle social, discussões sobre SUS e participação social na saúde. Assim, a mobilização dos usuários em diferentes instâncias participativas pode ser constituinte de processos pedagógicos.

[...] fui mestre de obras uns 30 anos e entrei no orçamento participativo do Partenon. E isso me levou a participar de vários seminários, de educação, de saúde, de tudo. A gente participa pra aprender. Eu tenho vários certificados guardados [...] dois ou três seminários tiveram a participação das crianças, aquelas partes pedagógicas, teatrinho, conversas. Isso tem que ter, pois elas escutam o que foi dito e vão conversar com as mães. Por isso que se leva gente pequena, pra conscientizar (E5-30/12/2009).

A busca de informações e diálogo em seminários organizados pelo CLS sobre cidadania e saúde ambiental foi avaliada como uma forma de estímulo à conscientização e à participação desde a infância.

[...] Nos dois seminários teve bastante público, mas no segundo teve mais do que no primeiro. É uma coisa que é bacana é que eles envolvem as crianças. A gente que já passou de certa idade, [...] não muda mais. Mas é importante que as crianças estejam vendo, crescendo com aquela idéia de tentar ajudar a comunidade, de ver quais são os problemas (E2-30/11/2009).

[...] aos poucos conseguiremos incluir as crianças. Acredito muito no trabalho que a gente faz na escola infantil, até por que nesse último seminário tinha muita criança da escola (E3-10/12/2009).

[...] vem o DMLU aqui conscientizar para que não joguem lixo e eles (moradores) jogam aqui do lado. Não adianta, pois eles não respeitam [...] Falta de capricho [...] Como é que tu vai varrer teu pátio ali e jogar o lixo aqui em frente ao meu? Tu estás entendendo? Isso é maldade e falta de ação da prefeitura. Tem fiscais para isso, só que eles querem que a gente denuncie [...] Mas esses fiscais se quisessem atuar, pegavam na hora [...] (E5-30/12/2009).

Um aspecto pedagógico avaliado foi a participação no curso de formação de conselheiros organizado pelo CMS, enquanto espaço de troca de informações e conhecimentos entre usuários moradores de diferentes bairros, já que o curso foi organizado por Gerências Distritais de Saúde.

[...] só três pessoas do conselho local fizeram o curso de formação pra conselheiros [...] como eu te falei, para reuni-las para qualquer coisa não se consegue, porque elas trabalham. Eu gostei muito do curso, porque nos deram um polígrafo [...] desde a formação do SUS, como funciona o SUS [...] e encontramos ali os nossos direitos também (E5-30/12/2009).

Outra questão refere-se à necessidade de apoio técnico, com uma abordagem psicossocial ampliada em saúde do adolescente para os trabalhadores da ESF, pensando na importância da atuação da equipe mínima no território.

A minha luta é o seguinte, a gente faz um trabalho aqui na escola com eles sempre pensando nessa questão, que possa continuar o trabalho [...] Eu me questiono muito, pois a gente não consegue fazer um grupo com adolescente. É uma necessidade e uma dificuldade que nós temos [...] Já fizemos trabalhos com adolescentes [...] têm momentos que fica complicado, pois podem ter questões para responder e talvez não tenhamos preparo pra isso [...] (E3- 10/12/2009).

Foi avaliado que a identificação das necessidades de articulação com outros setores proporciona processos pedagógicos na construção de um trabalho coletivo

no território. As práticas pedagógicas no bairro foram identificadas na inserção social e educação para cidadania através do esporte.

Tem um senhor aí, que ele trabalha bastante com a meninada [...] ele tem um timezinho de futebol e passa aconselhando para que não façam coisas erradas [...] é alguma coisa com relação à orientação desses meninos. Se criarem algum problema para um vizinho ou na comunidade, daí não vai jogar tal jogo. Dessa maneira, pelo menos ele estimula a responsabilidade de cada menino [...] Mas têm aqueles que aos poucos, nessas orientações, vão melhorando, vão criando uma mentalidade mais consciente de deveres e responsabilidades (E4-18/12/2009).

O que se observa é uma valorização de ações que vão além da simples informação teórica para um trabalho social mais amplo, em que a participação e o lazer podem produzir pedagogicamente uma concepção sobre sociedade junto a cidadãos conscientes de seus direitos e deveres.

O desafio de alcançar e construir a cidadania e os espaços democráticos participativos depende da potencialidade com que construímos as dimensões pedagógicas do controle social em um processo que rompa com a formalização e se efetive de maneira atenta “à visão idealizada e ingênua de que tais efeitos ocorrerão ‘naturalmente’; ou ainda, que os atores sejam submissos à captura do poder organizacional, institucionalizando-se como burocracia”^(67:424).

5.1.3 A dimensão organizativo-burocrática

A dimensão organizativo-burocrática constitui-se para o controle social como um conceito mais normativo, instigando uma reflexão sobre as organizações, instâncias e espaços da sociedade que interferem nas “relações cotidianas e informais dos indivíduos entre si e com as instituições sociais, para tornar funcional a seus objetivos a ordem convencional”^(68:14).

Essas instâncias de controle trabalhando em prol dos sistemas macro da sociedade podem ser entendidas como “instrumentos para o controle social, na medida em que, no âmbito de seus relacionamentos internos, solidifiquem-se

padrões de ação favoráveis à ordem predominante nas esferas sociais mais amplas”^(68:6).

A burocracia é entendida somente como um modo de organização funcionalista, com propostas prescritivas de controle organizacional. Ao extrapolar os limites do campo da administração, a burocracia caracteriza-se como uma forma de “poder a que se vincula um modo específico de dominação e um instrumental específico que, por sua vez, se operacionaliza no mundo moderno principalmente por meio de organizações burocráticas”^(68:7-8).

O controle normativo torna-se mais presente nas instâncias deliberativas, instituições e organizações, quando lida com “problemas altamente complexos, não passíveis de estruturação por parte da organização, quando parte significativa do poder retorna aos indivíduos envolvidos no processo decisório e quando o risco de descontrole seja elevado”^(68:14).

O risco de descontrole refere-se ao risco das decisões dos atores sociais não convergirem com os interesses dos grupos ou instituições que estejam ocupando espaços de poder hierarquicamente definidos, centralizados e verticalizados⁽⁶⁸⁾.

Os processos de organização da sociedade civil, como os das instâncias de controle social, podem ser considerados também no seu aspecto técnico, como proponho na dimensão organizativo-burocrática do controle social, mas nunca como se fossem política e socialmente neutros.

Mesmo que as decisões não sejam as mesmas nos diferentes segmentos participantes das instâncias deliberativas do controle social, algumas alternativas emergem da autonomia dos usuários quando se organizam e planejam suas atividades a partir de associações, conselhos, comissões e grupos comunitários. Podemos incluir na dimensão organizacional-burocrática do controle social as formas e dinâmicas de funcionamento do CLS e de articulação entre os atores sociais na rede.

Os participantes do estudo avaliam que organizam as ações do CLS por prioridades, compromisso com a participação e assiduidade nas reuniões.

[...] Eu tento dentro do que a gente estabelece dentro dos nossos critérios nas nossas reuniões. Desdobro-me, às vezes, mais do que poderia

fisicamente. Entramos no esquema do grupo e são estabelecidas algumas prioridades dentro do que cada um pode fazer [...] eu procuro ser assídua nas reuniões do conselho [...] telefonar pra prefeitura e CEEE, reclamando, para facilitar um pouco a vida do povo (E1-23/11/2009).

[...] faço parte do conselho local, vou às reuniões, trocamos idéias, tentamos reunir essas idéias pra levar pro conselho distrital. Combinamos de telefonar para a prefeitura, cada um telefona duas, três vezes. Quanto mais a gente pressionar, mais eles vão fazer. Não ficamos só esperando pelo conselho [...] até hoje não conseguimos foi a segurança...do posto. [...] fizemos uma reunião que pra surpresa geral vieram aproximadamente cem pessoas. Foi logo que o posto sofreu o assalto. Então naquela época, como o posto ficou fechado ao meio-dia a gente conseguiu mobilizar muita gente. Foi na associação, em um sábado de manhã [...] moro aqui há quarenta e tantos anos e foi a primeira vez que vi a sede da associação cheia [...] veio a Brigada Militar, Segurança Pública, delegado [...] E até hoje nada [...] estamos nos mobilizando agora pela questão do aterro e do campo, porque agora vem o calor e a dengue. Aquilo fica cheio de água. E o deslizamento [...] No conselho é por prioridades, agora é a questão ambiental e a segurança. Uma vez por mês retornamos com informações, fazemos uma lista e levamos para o conselho distrital (E2-30/11/2009).

[...] vamos para o telefone, usamos o computador, entramos em contato com as pessoas que são responsáveis por cada setor [...] por exemplo o das casas, que é o DMHAB, da saúde, que é a Secretaria de Saúde. Estamos sempre buscando informação (E7-06/01/2010).

Os entrevistados avaliam também que a burocracia dos serviços públicos causa dificuldades na resolução dos problemas identificados na comunidade. A burocracia é um tipo de poder, é um sistema racional em que a divisão do trabalho se dá racionalmente para atingir um fim. Implica o predomínio do formalismo, a existência de normas escritas, a estrutura da hierarquia, a divisão vertical e horizontal do trabalho e a impessoalidade. Tem uma função na organização, controlando o desempenho na forma de deveres, responsabilidades, regras e normas estipuladas, incentivando a competência. É uma forma racional de dominação, pois estimula o cumprimento dos deveres, sacrificando as convicções pessoais⁽⁷⁰⁾.

A dimensão organizativo-burocrática presente nas reuniões do CLS Pitoresca é avaliada como facilitadora nos encaminhamentos de pautas e, ao mesmo tempo, como formalizadora de relações de poder e saber entre os participantes.

O CLS Pitoresca se constitui enquanto instância deliberativa com reuniões mensais entre líderes comunitários, conselheiros de saúde, moradores que se identificam com as lutas pela melhoria da qualidade de vida no bairro

Partenon, trabalhadores e estudantes de saúde vinculados a ESF Pitoresca. Quando ocorre qualquer tipo de mudança na forma de funcionamento, essas informações são compartilhadas com os demais. As pautas das reuniões são passadas anteriormente para a coordenação das reuniões, que se encarrega de registrar essas alterações no livro de reuniões (O1-16/03/2009).

Buscando o direito de entrada para a realização do processo avaliativo, participei com maior assiduidade das reuniões do conselho no ano de 2009, registrando as observações realizadas em seis reuniões. Apresento abaixo um quadro com as pautas das reuniões do CLS Pitoresca:

Observações Participantes nas reuniões do CLS Pitoresca			
Número	Data e horário da reunião	Presentes	Pautas
O1	16/03/2009 9 horas e 30 minutos	10 participantes: uma trabalhadora da ESF Pitoresca, dois mestrandos da UFRGS e 07 usuários.	<ul style="list-style-type: none"> - Pintura interna do posto: doação de tintas, voluntários para mão-de-obra. - Organização das eleições para novos representantes do CLS: estratégias de mobilização e engajamento da comunidade. - Curso de Formação de Conselheiros do CMS: informes e preparatório. - Ações para a problemática da Segurança: marcar reunião com a Comissão de Saúde da Câmara de Vereadores e fazer chamamento dos Vereadores da região da Pitoresca para as reuniões do CLS.
O2	18/04/2009 10 horas	13 participantes: uma trabalhadora da ESF Pitoresca, 02 mestrandos da UFRGS e 10 usuários.	<ul style="list-style-type: none"> - Abaixo-assinados solicitando segurança nos horários de atendimento da ESF Pitoresca. - Oficinas Preparatórias Locais para o Curso de Formação de Conselheiros do CMS. - Certificados do Seminário Participação Social e Cidadania. - Discussão sobre controle social, abrangendo SUS e direitos e deveres dos usuários.

Quadro 4 – Observações no Conselho Local de Saúde Pitoresca (continua)

O3	20/07/2009 9 horas e 30 minutos	07 participantes: 02 trabalhadoras da ESF Pitoresca, 02 mestrandos da UFRGS e 03 usuários.	<ul style="list-style-type: none"> - Discussão sobre a problemática do lixo, importância da conscientização ambiental e legislação municipal. - Processo encaminhado à Prefeitura com solicitação de serviço do tipo segurança para a ESF. - Organização de uma reunião com toda população da área em um sábado com data prevista para 12 de setembro de 2009. - Contato com Secretaria de Educação para solicitar cadeiras disponíveis para doação em nome da Associação de Moradores da Pitoresca. - Ausência de convidados para parcerias em ações intersetoriais. - Fluxos e encaminhamentos da USF Pitoresca.
O4	17/08/2009 9 horas e 30 minutos	08 participantes: 02 trabalhadoras da ESF Pitoresca, 02 mestrandos da UFRGS, 02 convidados e 02 usuários.	<ul style="list-style-type: none"> - Transferência da reunião da comunidade do dia 12 de setembro para 03 de outubro às 14 horas e proposta do CTG Chimangos ser o local. - Abertura pela primeira vez pelos membros do CLS da “caixinha” de sugestões (proposta pela comunidade no seminário). - Iluminação da praça e terra depositada por moradores nessa área localizada ao lado da Unidade de Saúde. - Retornos e discussão referente às ações de saúde ambiental do CLS.
O5	24/08/2009 9 horas e 30 minutos	08 participantes: dois trabalhadores da ESF Pitoresca, uma mestranda da UFRGS e cinco usuários.	<ul style="list-style-type: none"> - Descentralização do Projeto Mutirão Ambiental. - Formação da Comissão de Saúde Ambiental.
O6	16/11/2009 9 horas e 30 minutos	06 participantes: 02 trabalhadores da ESF Pitoresca, 01 mestranda da UFRGS e 03 usuários.	<ul style="list-style-type: none"> - Pendências da organização do Seminário “Saúde ambiental, participação e consciência social em defesa da vida”, ocorrido em 21 de novembro de 2009. - Solicitação da coordenadora do CDS Lomba do Pinheiro-Partenon de modificações/atualizações quanto a regimento, organização e funcionamento dos CLS. - Conquista junto ao CDS do direito a folga para todos os trabalhadores participantes do seminário.

Quadro 4 – Observações no Conselho Local de Saúde Pitoresca (continuação)

Dentro da metodologia de Avaliação de Quarta Geração, participei de processos formativos, operacionalizados em seminários sobre cidadania e participação social e discussões sobre SUS e controle social junto ao CLS.

Em uma reunião do CLS foram lidos os registros elaborados pelos três grupos de trabalho do Seminário Participação Social e Cidadania, no sentido de retomar que os moradores estavam propostos a participar de ações de cidadania e promoção a saúde e o que esperavam da equipe de saúde (O1-16/03/2009).

Na reunião do mês abril, foi realizada uma discussão sobre cidadania e dialogamos sobre a história do controle social, a criação do SUS, direitos e deveres dos usuários e a Lei N° 8142/1990. Percebi que a reunião do CLS não foi meramente informativa e não funcionava somente sob uma lógica de tarefas a serem cumpridas, mediante ações planejadas pelo CLS. Foram propostas levantadas em assembléia e em trabalhos em grupo junto aos moradores, com suporte teórico, em um Seminário organizado pela ESF Pitoresca. Contamos com o apoio de lideranças comunitárias, professores, pesquisadores e estudantes de instituições de ensino, moradores do bairro e trabalhadores de saúde de outros serviços e de outros conselhos de saúde (O2- 18/04/2009).

As reuniões do CLS, enquanto espaço formal de encontro entre líderes comunitários e comunidade, integram diferentes pessoas e setores da sociedade. Apesar disso, os entrevistados avaliaram que os atores sociais têm diferentes entendimentos do que são participação e cidadania, fazendo com que não permaneçam engajados às ações e às reuniões do conselho.

Representantes da escola Marina já participaram das reuniões do conselho, mas foi para trazerem uma queixa. Não visualizavam o conselho como para participar, contribuir, aprender, resolver os problemas. Vieram em uma reunião através da representação de uma professora da escola, só pra trazer uma queixa e mais nada. E aí foi respondida a queixa, convidamos para uma próxima reunião e não apareceu (E3-10/12/2009).

As regras, as normas e as relações pessoais podem controlar e/ou facilitar as formas de participação, possibilitando ou não alterações⁽⁷¹⁾. Isso pode ser evidenciado nas observações realizadas nas reuniões do CLS Pitoresca.

[...] As consultas diárias, sem marcação em agenda, assim como a entrega de medicações e verificação de pressão arterial sistêmica durante o mês de julho foram modificados preferencialmente para o turno da tarde em função da demanda para vacinação Influenza A. Um dos conselheiros levantou essa

questão para ser discutida, salientando a necessidade de manutenção dos princípios do SUS e o direito a saúde nos serviços (O3-20/07/2009).

A demora na entrega das máscaras de proteção individual para Influenza A subtipo H1N1 para a ESF Pitoresca por parte da prefeitura também foi trazida para o conselho [...] os usuários são aliados na resolução dos problemas que são enfrentados no cotidiano do processo de trabalho. Isso por que o conselho também foi espaço de discussão sobre os problemas relacionados à organização do serviço, além das condições de vida e de saúde (O3-20/07/2009).

[...] Foram solicitadas, para os trabalhadores de saúde presentes, informações sobre doenças transmitidas pelo carrapato para serem discutidas na próxima reunião (O3-20/07/2009).

Sugeriu-se que o CLS buscasse junto ao DMLU a colocação de placas, reforçando locais e dias do recolhimento do lixo que são segundas, quartas e sextas-feiras para lixo orgânico e quintas-feiras e sábados para lixo seco. Salientou-se na reunião que os caminhões da empresa terceirizada pela prefeitura para o serviço de coleta de lixo passam cada dia em um horário diferente. As discussões centralizaram-se no tema saúde ambiental, com o planejamento de ações pelo CLS. Entre as ações estavam a listagem das famílias que desviam esgoto para o meio ambiente para uma abordagem de conscientização, a discussão sobre saneamento básico junto à comunidade, a expansão dos postos de coleta de óleo usado no preparo de alimentos e a articulação intersetorial para resolver o problema dos animais domésticos abandonados (O4-17/08/2009).

Todos estavam mais atentos a forma de funcionamento de uma reunião de CLS, já que as entrevistas da pesquisa tiveram início em novembro [...] Essa reunião estava bem estruturada e organizada com informes, pautas, discussões e planos e ações a serem executados até a próxima reunião. De alguma maneira, a realização da pesquisa e as discussões sobre controle social, nas reuniões do CLS, contribuíram para um maior comprometimento dos participantes da instância deliberativa com a organização coletiva e individual na participação social. A pauta mais discutida da reunião foi o seminário "Saúde Ambiental, Participação e Consciência Social em Defesa da Vida" (O6-16/11/2009).

Falou-se sobre a importância de confirmar com a Escola Municipal Marina a participação de duas professoras, que se disponibilizaram para coordenarem as atividades de recreação junto às crianças acompanhadas dos adultos inscritos no evento. Foram entregues 100 pastas para a comissão do seminário destinadas ao kit de materiais do evento, as quais foram adquiridas junto ao Banco do Estado do Rio Grande do Sul. O DMAE e o DEP confirmaram as atividades de educação ambiental para as crianças. Salientaram a articulação com políticos, já que foram convidadas algumas pessoas filiadas ao Partido dos Trabalhadores que são moradoras do bairro para participarem do seminário. Uma usuária ficou responsável pelo contato telefônico com a Brigada Militar para realização da segurança dos participantes no evento. Foi confirmada na reunião a questão da segurança, já que tinha sido encaminhado ofício ao comandante da Brigada solicitando o serviço anteriormente (O6-16/11/2009).

O grupo se organizou numa comissão para o seminário, sendo que uma integrante disponibilizou-se para ser da secretaria na comissão, realizando telefonemas, contatos com diferentes pessoas e instituições, agilizando o trabalho do grupo. Optou por esse trabalho na comissão, pois sofre um problema no joelho que dificulta sua locomoção, ficando limitada a caminhadas em espaços geográficos de distância pequena pela dor no joelho em que foi realizada uma cirurgia. Por esse motivo também as reuniões que antes aconteciam em um espaço precário de estrutura física (Associação de Moradores) passaram a ser realizadas no domicílio de uma usuária participante do CLS. O grupo teve solidariedade com ela e motivou a mesma para a continuidade nas atividades, oferecendo apoio para o desenvolvimento das atividades de sua função na comissão. A reunião encerrou-se às 23 horas e 30 minutos com alguns encaminhamentos, entre eles, realizar contato com os líderes comunitários ausentes na reunião de hoje e com a empresa de ônibus UNIBUS para distribuição de folders sobre o seminário nos ônibus que circulam na região (06-16/11/2009).

As reuniões do CLS são organizadas, trazendo aos participantes informações sobre os fluxos, acesso e funcionamento da ESF Pitoresca, a partir de uma dinâmica relacional, social e cultural das lutas da comunidade no território. Independentemente das normas e regras de funcionamento das reuniões, avaliou-se como característica própria do CLS o acolhimento das demandas de educação em saúde, aprofundando discussões com foco na atenção e participação junto aos usuários nesse espaço deliberativo.

A organização do seminário nomeado “Saúde ambiental, participação e consciência social em defesa da vida” consistiu em uma ação participativa do CLS Pitoresca junto às equipes da ESF e comunidade, possibilitando um planejamento a partir de arranjos necessários para sua implementação.

Foi avaliado a participação ativa nas reuniões dessa instância deliberativa em nível local, às quais são permeadas de relações que são construídas pelo compromisso assumido pelos líderes comunitários com os projetos planejados, pelas responsabilidades compartilhadas a cada reunião, pela solidariedade construída no interior desse grupo e pelas diferentes formas de participação durante a própria reunião.

Ao refletir sobre as relações construídas no CLS, aponto para “a perspectiva dos conselhos enquanto espaços de construção de democracia e na ótica de distribuição de poder. Poder não se delega, nem se distribui, apenas a critério da majestade do príncipe”^(7:423).

É preciso, portanto, que o conquistemos! Tampouco, consideremos a existência de conselhos enquanto decisão majestática do governante de plantão; sua efetivação resulta mais provavelmente de, pelo menos, duas condições: demanda por parte dos governados e sensibilidade em responder a ela pelo governante. E será tanto melhor, quanto maior observância aos aspectos de legalidade e legitimidade for encontrada! Estes dois aspectos merecem a distinção de que legalidade pode ser facilmente resolvida pelo atendimento à norma e aos ditames constitucionais e regimentais em vigor.^(7:423)

A pesquisa propiciou o incentivo para os atores engajados às reuniões do conselho realizarem cursos, participarem de discussões sobre controle social e organizarem seminários que foram desencadeadores da produção de autonomia, resgate da cidadania e motivação para construção da participação individual e coletiva.

Nas falas anteriores, os entrevistados avaliaram os modos como exercem sua cidadania e participam dos espaços do controle social enquanto líderes comunitários da região da Pitoresca, apontando informações relacionadas diretamente com a promoção do direito à saúde e exercício da cidadania.

5.1.4 Dimensão ético-subjetiva

Na dimensão ético-subjetiva do controle social, pretendo fazer referência à subjetividade que emerge da relação usuário-trabalhador, uma vez que as ações em saúde se constroem no campo dos valores individuais e coletivos. Condicionando as práticas no cotidiano da ESF, muitas das decisões são realizadas nos espaços de participação social.

A dimensão ético-subjetiva foi identificada, a partir das relações entre os atores sociais engajados no CLS e das articulações deles com a sociedade, incluindo os atributos necessários para que qualquer cidadão seja considerado um militante da saúde.

Entre os atributos avaliados pelos participantes do estudo como importantes para a participação em movimentos, grupos organizados e espaços do controle social na saúde estão responsabilidade, mediação de conflitos, conscientização, enfrentamento das dificuldades junto ao CLS, mobilização do coletivo, solidariedade, reciprocidade, engajamento político, disponibilidade, liderança, motivação e respeito à autonomia e direito de escolha.

Os entrevistados salientaram a necessidade dos militantes de perceberem a saúde de maneira ampliada, de considerarem a cidadania como um exercício cotidiano, de valorizarem as conquistas do CLS, de se envolverem nas ações de planejamento e projetos junto à comunidade e de promoverem a consciência e cuidado ambiental no bairro.

A participação no controle social prevê entre seus atributos a mediação de conflitos, buscando a construção de relações de vínculo e confiança.

[...] Ela acalma as coisas e eu passo sempre ali para falar com ela [...] ela também encaminha [...] Estamos pedindo um guarda. Já teve casos de pessoas do posto quase agredidas. Eu tenho uma lista ali de ocorrências, dos assaltos que aconteceram todos esses anos [...] Antigamente tinha gente que queria demolir vocês e hoje são todos amigos. E quem conquistou foram vocês (E5-30/12/2009).

No contexto da participação e cidadania, em que as relações entre os atores sociais estão permeadas de embates e tencionamentos por diferentes interesses e motivações, a mediação de conflitos emerge enquanto uma estratégia de fortalecimento do respeito e responsabilidade nas decisões de saúde pactuadas nos espaços de controle social da ESF.

[...] o mediador não interfere na decisão nem induz o acordo, apenas facilita a comunicação entre as partes, permitindo que decidam livremente. Ele deve analisar, em profundidade, o contexto do conflito, permitindo sua ressignificação e, conseqüentemente, novas formas de convivência e prevenção de novos conflitos. ^(72: 146)

É importante destacar que, no Brasil, existem dois modelos de mediação de conflitos. Um, que utiliza como instrumento jurídico da mediação um profissional qualificado para este fim, por meio de cursos específicos, com formação na área de ciências humanas e relações sociais, podendo advir do campo do Direito, da Psicologia, do Serviço Social, entre outros. Outro, a mediação comunitária, pode ser realizado por uma pessoa sem formação de

nível superior, mas é reconhecido pela comunidade e submetido a uma capacitação em mediação de conflitos por instituição habilitada. ^(72:148)

Entre as dificuldades avaliadas pelos entrevistados estão a falta de apoio, o individualismo e o desinteresse, refletindo diretamente na atuação dos líderes comunitários.

[...] a gente fez o seminário agora. Se tu não deres coffee break, se tu não tiver brindes, não é atrativo e o pessoal não vai. Se não tiver recreação para as crianças, as mães não vão. Então infelizmente o pessoal nessa região não tem muita consciência do que é o social (E1-23/11/1009).

A princípio ninguém gosta de se envolver, auxiliar os outros. Tem uma dificuldade enorme para que a gente consiga. Se tu chega e vai solicitar qualquer coisa, uma ajuda, aí vem: “Não, mas eu não posso”. Mas reclamam os direitos, os direitos todo mundo reclama. Já faz alguns anos que eu moro aqui e isso sempre foi assim, não vai mudar. Esperava-se que de acordo com a evolução, com todos os meios de comunicação que existem, era para melhorar (E4 - 18/12/2009).

Eu sou líder comunitário. Desconfiam que eu tenho bens, que eu ganho bens da prefeitura, que essa parada aqui na frente de casa existe porque eu era conselheiro. Isso é falta de cidadania [...] Quando a gente chama pra conversar, ninguém vem. Tem que ver quando estão mal. Quando estão mal vem mesmo, batem aqui na minha porta [...] mas é aquele grupo pequenininho que tu vê ali. Um não vem por isso, outro por aquilo. Se chamar mais ninguém vem. Isso é falta de solidariedade (E5-30/12/2009).

As dificuldades apontadas pelos entrevistados foram avaliadas como obstáculos na mobilização de atores para a participação no controle social, pois em muitas situações produzem uma cristalização na dinâmica de funcionamento do CLS Pitoresca, considerando que os conselheiros sentem-se desanimados para a implementação de ações devido a esses obstáculos.

Podemos fazer uma analogia do controle social com o “olho de um furacão”, pois o enfrentamento dos conflitos ousa dar conta de missões que parecem gigantescas⁽⁷³⁾. Nesse sentido, a participação e o compromisso aparecem como modos de enfrentamento dos tencionamentos do “olho do furacão” nos espaços de luta pela cidadania e participação no controle social. Eles se sentem sobrecarregados e com desânimo diante da falta de novos participantes no CLS, falta de segurança no bairro e a dificuldade de resolução dos problemas dos moradores junto aos órgãos públicos.

[...] o que a gente faz é exatamente isso. Tentar estimular a comunidade a participar para eles tomarem conhecimento dos direitos como cidadão. As assembleias que a gente faz, as reuniões abertas para toda população, embora a população realmente não corresponda muito. Mas aos pouquinhos, desde que eu comecei, pessoas vêm, pessoas vão, mas algumas ficam. Então é uma coisa positiva. Primeiro eu acho que é assim: tentar fazer. Eu tento, converso com meus vizinhos, tento falar sobre nossos direitos e deveres [...] Se partir de um, daquele um vai pra dois, vai pra oito, assim vai indo. [...] então as coisas realmente vão melhorar. E é isso que a gente está tentando dentro do conselho, dentro da região, com muita luta, muito cansaço. Às vezes, dá um pouco de desânimo, porque a comunidade não corresponde às expectativas. Mas não dá para parar, senão não vai pra frente [...] (E1-23/11/2009).

Outra dificuldade avaliada pelos líderes comunitários foi o desrespeito de alguns moradores com os representantes do CLS.

Quando se entregam convites nas casas para uma reunião sobre policiamento, saúde mesmo, não vai ninguém. E quando eles acham alguma coisa errada eles abrem uma boca enorme. Fica uma situação ruim, entendeu? Por exemplo, o ônibus, final de semana mudaram os trajetos e horários [...] Fui pegar os papéis de divulgação pra eles verem que haveria essa mudança [...] acharam que eu que provoquei essa mudança. Aí tem gente que diz: “Vagabundo, não tem o que fazer, isso é horário de ônibus?” Eu não levo a ponta de faca. Eu fico quieto. Quando eu fico ali na parada de ônibus eu escuto várias coisas (E5-30/12/2009).

O controle social ocorre na subjetividade dos encontros entre os diferentes atores sociais, uma vez que o cotidiano de uma comunidade se organiza e se faz por pessoas e entre pessoas, envolvendo pensamentos, comportamentos e valores. Do mesmo modo, é avaliada a dificuldade no entendimento da comunidade sobre o papel dos conselheiros de saúde e líderes comunitários, assim como o desinteresse em conhecer sobre.

O que mais nos preocupa é o desinteresse das pessoas [...] esperam que aqueles que foram designados no posto, a comissão, é que vão fazer alguma coisa. A gente não se estressa com isso, pois a comunidade é assim. Mas a gente gostaria que eles colaborassem muito mais para a saúde mental, o controle social, a cidadania, tudo isso aí a gente gostaria que eles se interessassem muito mais, mas não há interesse. Então o que a gente vai fazer? A gente vai continuar fazendo aquilo que a gente pode fazer. Vamos continuar. Não nos entregamos não. Não vamos nos entregar para os homens (E7-06/01/2010).

Todas essas dificuldades influenciam diretamente a mobilização dos

moradores da Pitoresca para o exercício do controle social e a participação em espaços decisórios. Avalia-se uma delegação de responsabilidade para os líderes comunitários e equipe da ESF na construção da saúde no território por parte da comunidade, como se os conselheiros e os trabalhadores fossem os únicos atores que devem assumir o compromisso ético de transformação social e busca por melhorias nas condições de vida.

Na dimensão ético-subjetiva, evidenciou-se a sobrecarga dos atores envolvidos ativamente na participação social, uma vez que há a necessidade de conciliar a convivência com a família, o trabalho e o exercício da cidadania, enquanto valores sustentadores do controle social.

[...] Quem sabe mais tarde, com os filhos voando de casa eu consiga ter mais tempo. Quando eu viver só pra mim talvez eu consiga, mas por enquanto eu tenho muita gente que depende de mim (E1-23/11/2009).

[...] Cada participante do conselho está procurando fazer o que pode, mas não é sempre que as pessoas podem. Eu sou aposentado, mas sempre tem uma coisa ou outra. Então a única coisa que eu estou reclamando pra fulana é que fazer reuniões semanais é muito cansativo. Tinha que fazer uma vez por mês. Daí o pessoal que participa tem mais assunto pra tratar (E4-18/12/2009).

[...] Uma andorinha só não faz verão. Tem que ter uma participação [...] participar é tu dar um pouco de ti. Tu largar teu marido, tua filha, tua casa, é se doar um pouco. Acho que se mais pessoas pensassem assim poderíamos produzir mais (E6-05/01/2010).

Nesse contexto, líderes comunitários e conselheiros de saúde, de acordo com suas crenças, valores, interesses e poderes, configuram uma rede de relações construídas nos espaços formais e informais do controle social. Tarefa nada simples, pois se modela pelo pensar, sentir e agir dos indivíduos, nas arenas das instâncias deliberativas do controle social e compartilhamento de responsabilidades frente à atenção em saúde na ESF.

A subjetividade pode ser entendida como um resultado das redes da história, sendo coletiva e desconectada do individual, enquanto a produção dos atores sociais encontra-se nos “registros coletivos da sociedade e da cultura, através de mecanismos e estratégias os mais diversos, que definem os modos de existência regulados pelas leis, verdades e crenças, produzindo subjetividades e formas de

vida”^(74:76).

A produção de subjetividade funciona forjando modos de existência, que modelam as maneiras de sentir e pensar dos indivíduos. Mas, se a subjetividade também não é natural, é produzida, assim como seu padrão ideal, a invenção de formas de vida nada mais é que a produção de subjetividade – a subjetividade passaria a ter uma dimensão estética, com efeitos políticos. A subjetividade não estaria dada, não seria interior ao indivíduo, mas seria produzida pelos vetores mais diversos presentes na coletividade.^(74:76)

Nesse sentido, a subjetividade condiciona e é condicionada no coletivo, estimulando a mobilização para projetos de cidadania no território.

Eu acredito ainda que dá pra mudar alguma coisa, dá pra melhorar [...] temos que fortalecer essas idéias da comissão de saúde ambiental. E a idéia da comissão de saúde ambiental é criar uma brigada infantil de meio ambiente. A idéia é essa, é isso aí que me motiva [...] tivemos uma idéia de tentar formar uma ONG, porque cada vez que tem um evento temos que correr, para isso, para aquilo (E3 - 10/12/2009).

Isso caracteriza a dimensão ético-subjetiva do controle social. Subjetiva pelo encontro do desejo na construção coletiva. Ética por valorizar atividades que compartilham responsabilidades e não reproduzem nos outros a culpabilização dos problemas sociais, já que as relações são construídas a partir de relações entre indivíduo, grupos e classes nos espaços do controle social e de cidadania.

A psicologia social aprofunda a análise sobre a dimensão ético-subjetiva do controle social em seus dois aspectos, o intersubjetivo e intrassubjetivo, pois estuda o “desenvolvimento e a transformação de uma relação dialética, que se dá entre estrutura social e fantasia inconsciente do sujeito, fundada sobre suas relações de necessidade”^(75:238).

Devemos atentar para o fato de que a subjetividade não se constitui enquanto um processo psíquico interior ao indivíduo, mas sim produzido a partir das pessoas entre si, das pessoas com coisas e da potencialidade de essas relações estarem presentes de diferentes maneiras na coletividade. Já que cada sujeito tem singulares histórias de vida e modos de se relacionar com os outros e com as coisas na sociedade.

Ao refletir sobre a relação entre essa dimensão do controle social e as ações em saúde mental na ESF, faço uma viagem de retorno na história ao pensar que Philippe Pinel diria que os indivíduos com doença mental são alienados e incapazes do juízo da verdade, sendo, portanto, perigosos, excluídos da socialização e privados de produzirem subjetividade. Pelo contrário, todo cidadão produz subjetividade e está em relação com a sociedade.

Os processos de subjetivação dos equipamentos sociais e dos dispositivos políticos de poder, ou seja, os momentos de produção de subjetividade operados nas ações e relações políticas e sociais, “têm a função de definir coordenadas semióticas determinadas, que se infiltram no comportamento dos indivíduos, fazendo com que suas funções e capacidades sejam utilizadas e docilizadas”^(74:77).

Isso não se caracteriza como um movimento de um poder único que exclui e aliena o indivíduo, mas trata-se de um processo de naturalização das práticas e dos discursos no campo da saúde mental⁽⁷⁴⁾. Todos os atores sociais, independentemente dos espaços que ocupam e que representam nas instâncias do controle social, estão produzindo subjetividades, podendo naturalizar ou desnaturalizar práticas, saberes e instituições.

5.2 Avaliação das ações em saúde mental na ESF pitoresca

Os trabalhadores da ESF Pitoresca participaram do estudo de Mielke (2009), que teve o objetivo de avaliar as ações em saúde mental, utilizando os pressupostos da Avaliação de Quarta Geração⁽⁴⁸⁾. As equipes desenvolveram ações no território, “buscando uma prática em saúde mental inclusiva”^(48:7).

Foram avaliados como facilidades para realizar as ações em saúde mental os apoios, as reuniões em equipe, as consultas agendadas para saúde mental, o CLS Pitoresca, as portas abertas e o grupo de saúde mental Evolução. Já como dificuldades foram apontados os seguintes aspectos: a fragmentação da rede de saúde mental, a falta de capacitação para os trabalhadores e o preconceito com a

loucura⁽⁴⁸⁾. Os trabalhadores avaliaram o CLS Pitoresca como um meio de ampliar a discussão sobre a inclusão da saúde mental na atenção básica, bem como uma possibilidade de efetivar o apoio matricial no município⁽⁴⁸⁾.

O controle social na ESF emerge enquanto dispositivo de participação, possibilitando que as ações em saúde mental possam ser avaliadas junto aos usuários nos serviços da atenção básica. Em um contexto de “redução do montante destinado aos programas sociais e de tentativa de focalização das políticas públicas, a avaliação é convocada a imprimir caráter técnico para legitimar políticas governamentais de cortes e retrações”^(76:723).

Na ESF Pitoresca, as ações de saúde mental foram avaliadas junto aos atores sociais engajados ao CLS. Foi identificado o protagonismo dos entrevistados a cada posicionamento diante dos temas inseridos no círculo hermenêutico-dialético a cada entrevista.

O protagonismo começa com a crítica dos lugares que se quer produzir; fundamentalmente, dois lugares possíveis: o de paciente, demente, alienado, tutelado e dependente, e o de sujeito político, de direito, que debate o tratamento e a instituição, que participa e interfere no campo político.

A construção coletiva do protagonismo requer a saída da condição de usuário-objeto e a criação de formas concretas que produzam um **usuário-ator politizado**. Isso pode acontecer através de inúmeras iniciativas de reinvenção da cidadania⁽⁷⁴⁾. Quando falo usuário-ator politizado, quero dizer pessoas que utilizam o SUS, participam da luta pela qualificação dos trabalhadores e melhorias nos serviços e mobilizam atores para a participação em projetos de cidadania e ocupam espaços do controle social.

5.2.1 Necessidades

No contexto das ações em saúde mental, as necessidades apontadas pelos entrevistados estão diretamente relacionadas com as mudanças “na concepção do

processo saúde-adoecimento, no modelo teórico-assistencial que organiza e sustenta o arcabouço jurídico e o universo de práticas e valores culturais^(77:28). São mudanças que envolvem a articulação da rede de atenção em saúde mental, com serviços que tenham uma “estrutura bastante flexível para que não se tornem espaços burocratizados, repetitivos, pois tais atitudes representam que estariam deixando de lidar com as pessoas e sim com as doenças^(78:83)”.

Essas mudanças estão incluídas nos desafios da inclusão de novos dispositivos de saúde mental no que se refere à atenção psicossocial, considerando as transformações contidas na lei da Constituição de 1988 que impulsionaram essas mudanças. Como exemplo, pode ser citada a “participação da população no planejamento, gestão e controle das práticas de atenção, e até mesmo na gestão dos dispositivos institucionais^(77:28)”.

Entre as necessidades avaliadas pelo CLS estão trabalhadores com formação específica em saúde mental e a implementação do matriciamento, o qual é identificado como uma ação de saúde mental que favorece a continuidade do cuidado. Isso, na lógica de trabalho da ESF, no território de vida, descentraliza as ações em saúde mental do serviço de saúde para os espaços geográficos e subjetivos das relações, interesses, crises e conflitos vivenciados pelos usuários do SUS.

[...] Uma coisa que marcou muito foi a perda do meu marido, tinha seguidamente crises [...] foram crises de ansiedade frequentes e tive um respaldo muito bom do posto [...] Mas não tem nada direcionado pra esse lado assim. Eu acho que teria que ter uma coisa mais, um profissional, porque lá é o atendimento de enfermeira, médico, não direcionado. Não tem um médico psiquiatra, um psicólogo, que te dê um apoio mesmo técnico [...] (E1-23/11/2009).

As ações em saúde mental na ABS são avaliadas como necessárias se realizadas com apoio técnico. Nesse contexto, o apoio matricial aparece como um arranjo na organização do trabalho, oferecendo aos trabalhadores uma retaguarda na atenção em saúde na ESF Pitoresca.

No contexto da saúde mental e atenção psicossocial, a crise é entendida como o resultado de uma série de fatores que envolvem terceiros, sejam estes

familiares, vizinhos, amigos ou mesmo desconhecidos^(78:81). Ou seja, as ações em saúde mental são assumidas pelos trabalhadores no cotidiano, emergindo a importância do acolhimento.

[...] Tem um senhor inclusive que a pessoa morreu, e eu é a terceira vez que ele vem no posto pra consulta comigo e faz terapia comigo. Risos. Passo para os médicos também, mas escuto, consigo encaminhar, mas eu não tenho uma capacitação para isso. Não é que a gente seja incapaz, mas precisaria algo mais específico para estar atendendo melhor [...] Quanto à rede de saúde mental e a continuidade, essa pessoa por exemplo que foi atendida no acolhimento e foi marcado consulta. Provavelmente essa pessoa depois do atendimento vai chegar até a equipe de matriciamento. Caso seja necessário ela será encaminhada para outro lugar. A equipe de matriciamento faz isso. Pelo que eu entendi é uma equipe para filtrar algumas coisas, encaminhar somente aqueles que não têm condições de serem atendidos aqui. Então o que elas não conseguem atender elas encaminham, apesar de elas darem conta da maioria dos casos (E3-10/12/2009).

Os participantes do estudo avaliaram que o acolhimento é necessário, pois possibilita que as pessoas em crise e todas as pessoas envolvidas na situação “possam ser ouvidas, expressando suas dificuldades, temores e expectativas”^(78:82).

É fundamental a construção de relações baseadas em vínculos afetivos e profissionais, para que as pessoas “se sintam realmente ouvidas e cuidadas, que sintam que os profissionais que as estão escutando estão efetivamente voltados para os problemas, dispostos e comprometidos a ajudá-las”^(78:82).

O acolhimento enquanto uma tecnologia leve contribui na reorientação das ações em saúde mental na ESF, pois se constitui pela escuta, sensibilidade e participação do usuário na construção de projetos de saúde pautados na integralidade, intersetorialidade e dialogicidade.

As tecnologias leves se diferenciam das leves-duras, já que as últimas são os saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo e o fayolismo. As tecnologias duras configuram-se como os equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais. Portanto, tecnologias leves são as tecnologias relacionadas ao vínculo, confiança, autonomia, acolhimento e gestão como uma forma compartilhada e horizontal de governar processos de trabalho⁽⁷⁹⁾.

A vulnerabilidade social dos usuários com transtorno mental e seus familiares pode ser discutida no contexto das tecnologias leves, considerando que os entrevistados avaliaram a necessidade de maior acolhida dos trabalhadores em relação aos usuários na ESF Pitoresca.

Eles poderiam dar mais acolhida para as pessoas e seus problemas [...] Eu tenho problemas e há tempos que eu não posso ir na esquina. Acho que meus problemas são psicológicos. Envolve a saúde mental, pois são muitos problemas, mas poucas soluções (E6 – 05/01/2010).

A escuta qualificada possibilita a identificação das necessidades, das fragilidades e das vulnerabilidades do usuário, fazendo o acolhimento das pessoas e de seus problemas constituir-se como ação no campo da saúde mental. A questão da vulnerabilidade social vivenciada pelos usuários com transtornos psíquicos e a falta de articulação dos serviços em uma rede de atenção em saúde mental são problemas enfrentados pelas equipes da atenção básica.

O conceito de vulnerabilidade social ao qual me reporto relaciona-se aos “processos de exclusão, discriminação ou enfraquecimento dos grupos sociais e sua capacidade de reação”^(80:321). Esse conceito envolve o nível socioeconômico e a ocupação, já que repercute no acesso à informação e aos serviços e na disponibilidade dos recursos para a atenção em saúde.

Destaca-se que esse conceito envolve questões relacionadas à dimensão estrutural, dando ênfase à discussão sobre os “processos de exclusão social, e relativos às dimensões particular e singular, quando fazem menção à capacidade de reação dos indivíduos/grupos sociais, para o enfrentamento da doença”^(80:321-322). A vulnerabilidade social repercute na atenção em saúde mental e pode ser pauta de discussão nos espaços do controle social na ESF, pois fortalece e amplia as ações em saúde mental além da clínica e dos serviços.

Os conselheiros avaliaram a defesa das ações em saúde mental no território, em parceria com a ESF, posicionando-se contra o encaminhamento do usuário para internação em manicômios. Consideraram que a ESF deve estar voltada para a saúde da família com atuação específica no campo da saúde mental, para que as

peças com transtornos mentais não sejam reféns dos modos de atenção manicomial, contando apenas com o hospício como suporte de atendimento.

[...] as pessoas antes de serem encaminhadas para um lugar como o Hospital Psiquiátrico São Pedro deveriam ter um atendimento em casa. Como esse posto é PSF é tratamento da família. É isso que está faltando de repente [...] Isso depende do governo e de uma pessoa específica da equipe para fazer esses atendimentos na casa da pessoa [...] (E7-06/01/2010).

Também avaliaram como necessidades no contexto das ações em saúde mental na ESF o benefício da Previdência Social, a informação em saúde e o Programa Bolsa Família, sendo importantes na construção de práticas psicossociais e redes de apoio.

[...] ela estava com problemas, passando necessidade e nós a levamos no posto. [...] Devem ter oferecido remédios, consultas, mas outras ações de saúde mental eu não sei. Parece que conseguiram encaminhá-la, pois já que ela tem problema mental teve direito a um salário. Eu sei que depois ela começou a receber um benefício. Percebemos que ela engordou. Então pensamos que ela não está passando fome, pois sabíamos que tinha dinheiro para comprar comida e tudo mais (E2-30/11/2009).

[...] No posto, por mais boa vontade que tenham os trabalhadores, não têm condições de oferecer um tratamento, vamos dizer, orientador. Então tem que ter uma pessoa, um assistente social, um setor que a pessoa possa ser informada e orientada (E4 - 18/12/2009).

[...] Eu gostaria de reunir as pessoas carentes ali no posto, procurando dar um atendimento melhor [...] entender as coisas que as pessoas precisam, pois tem muita gente que fica muito triste com a doença e não tem quem ajude [...] A ajuda que o governo dá, a bolsa família, é uma ajuda social não é? Eu gostaria muito de trabalhar em algo desse tipo. Mas primeiro de tudo não tem onde realizar o trabalho. Uma sala grande para conversar com as pessoas e ajudar. Acontecia a entrega da bolsa família antes, mas agora não tem mais (E7 - 06/01/2010).

O benefício de prestação continuada foi assegurado pela Constituição Federal de 1988, e está previsto em seu artigo n.º 203, que diz: “A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social”, e tem por objetivos:

I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; II - o amparo às crianças e adolescentes carentes; III - a promoção da integração ao mercado de trabalho; IV - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida

comunitária; V - a garantia de 1 (um) salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família^(81:6).

Porém, saliento que pessoas com transtorno mental não são incapazes e desprovidas de criatividade, considerando as potencialidades e autonomia conquistada na construção da cidadania.

Apesar desse posicionamento pessoal contrário à utilização do termo deficiente, “para os efeitos legais do benefício de prestação continuada, portadores de deficiência são aqueles que possuem deficiência física, deficiência mental ou doença mental”^(81:7).

Em seu artigo n.º 203, a Constituição instituiu uma Política Nacional de Assistência Social que ampara as pessoas mais carentes e necessitadas, já que fica claro no texto que “o Estado possui o dever de prestar a assistência aos necessitados, mesmo que estes nunca tenham descontado para a previdência social”^(81:7).

O mesmo artigo se repete na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), que regulamenta a concessão dos benefícios definindo que os portadores de transtorno mental devem comprovar apenas duas condições: não possuir meios de prover sua própria subsistência e cuja família também não tenha condições de garantir o seu sustento. Como se vê, em nenhum momento a lei exige, como condição para o benefício, que o portador de transtorno mental seja interditado^(81:8).

As pessoas que sofrem de alguma doença mental podem estar, por esse motivo, impedidas de trabalhar. Essa incapacidade para o trabalho pode ser temporária ou permanente, a depender do problema enfrentado. Caso a pessoa seja muito pobre (renda inferior a ¼ do salário mínimo), tem o direito a receber um salário mínimo mensal da União. Esse benefício, previsto pela LOAS, é chamado de “benefício de prestação continuada”. Para ter acesso a esse benefício, entretanto, não é necessário que a pessoa portadora do transtorno mental seja interdita. A interdição – e a conseqüente curatela – é uma medida extrema só recomendada quando o beneficiário não tem a menor condição de exercer qualquer dos seus direitos civis; quando está, em síntese, em uma situação extrema de incapacidade. A grande maioria dos portadores de transtorno mental, entretanto, mesmo quando incapacitados para o trabalho, podem ter uma vida normal em muitos outros aspectos e decidir, por si mesmos, o que é melhor para o seu futuro. Em outros momentos, o problema de saúde mental enfrentado pelo beneficiário pode implicar uma interdição parcial de direitos. Em tais casos, o juiz

determina que a pessoa está apta a exercitar plenamente seus direitos civis, menos alguns que deverá nomear. Infelizmente, a interdição parcial raramente tem sido empregada no Brasil.^(81:5)

Atenta-se para o comentário crítico-reflexivo sobre o termo pessoa incapacitada, pois, para efeito legal, pessoa incapacitada “não significa que ela esteja incapacitada para tomar decisões a respeito de sua própria vida, que não possa ter uma conta no banco, que não possa sair sozinha de casa, etc”^(81:9).

A maioria das pessoas que possuem transtorno mental “é completamente capaz de regular sua vida, como qualquer outra, pelo menos na maior parte do tempo. Seu transtorno, no entanto, pode lhes impedir de trabalhar normalmente, e isso é o que deve ser medido para efeito do benefício”^(81:9).

Já o Programa de Governo Bolsa Família é um programa de “transferência direta de renda com condicionalidades, beneficia famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza”^(82:1). Esse Programa integra o Programa Fome Zero, que tem como objetivo “assegurar o direito humano à alimentação adequada, promovendo a segurança alimentar e nutricional e contribuindo para a conquista da cidadania pela população mais vulnerável à fome”^(82:1).

O Programa possui três eixos principais: transferência de renda, condicionalidades e programas complementares. A transferência de renda promove o alívio imediato da pobreza. As condicionalidades reforçam o acesso a direitos sociais básicos nas áreas de educação, saúde e assistência social. Já os programas complementares objetivam o desenvolvimento das famílias, de modo que os beneficiários consigam superar a situação de vulnerabilidade.^(82:1)

O exercício do controle social implica planejamento, acompanhamento, avaliação e fiscalização da oferta desses programas, serviços e benefícios sócio-assistenciais. Assim, a sociedade pode intervir nas políticas públicas para garantir seus direitos. No Programa Bolsa Família, o objetivo principal do controle social é garantir aos cidadãos espaço para o acompanhamento do Programa, visando a:

assegurar os interesses da sociedade, bem como permitir que suas demandas e necessidades sejam apresentadas ao poder público. Para o acompanhamento local do Bolsa Família, os municípios devem instituir a Instância do Controle Social (ICS). A ICS deve atuar no acompanhamento de todos os componentes do Programa como o Cadastro Único para

Programas Sociais, a Gestão de benefícios, as condicionalidades, a fiscalização e as oportunidades de desenvolvimento das capacidades das famílias desenvolvidas ou articuladas pelo município e os programas complementares.^(82:1)

A informação e a comunicação em saúde constituem-se como estratégias de promoção de avanços significativos nas novas relações de poder propostas a partir da criação de espaços participativos e de práticas de saúde que dêem ênfase a um **acolhimento orientador-sensível**. Criei essa expressão, para salientar que a prática do acolhimento deve ser orientadora, incluindo informação e comunicação, que são duas áreas que “devem priorizar suas definições e suas ações com iniciativas que atendam aos usuários do SUS na atenção básica, média e alta complexidade, de forma a contribuir com novos paradigmas e conceitos”^(83:685).

Também deve ser sensível o trabalhador que desempenhará a função de acolher, considerando que, para trabalhar com saúde e com pessoas, ser sensível é fundamental. Ser sensível para mim é colocar-se no lugar do outro, construir cidadania, autonomia, cuidado e poder de maneira compartilhada e horizontal na relação trabalhador-usuário.

A informação também é política, já que pode ser estratégica nos espaços decisórios do controle social, possibilitando participação e democracia. Esse aparato que envolve a informação em saúde

necessita estar a serviço dos sujeitos políticos, sendo assim; o acesso às informações precisa ser democratizado e as barreiras existentes superadas. Para tanto, na perspectiva de fortalecer o exercício do controle social na política de saúde, se faz necessário, por parte dos sujeitos políticos envolvidos no processo, o efetivo conhecimento do SUS, da Legislação, da realidade epidemiológica, assistencial, financeira, política, etc. para acompanhar, estimular e avaliar o sistema de informações em saúde no nível municipal, estadual e nacional.^(83:684)

Os entrevistados avaliaram como necessidades o acesso ao serviço especializado e a continuidade do cuidado com apoio técnico em saúde mental, evidenciando as lacunas na rede de atenção em saúde mental.

[...] Não adianta fazer aquele atendimento somente. E depois para continuar o acompanhamento? Só buscar a receita e renovar também não adianta [...] tem que ter um acompanhamento especializado [...] os médicos

comunitários fazem a parte deles. Mas deveria ter um suporte de especialista, psiquiatra para ajudar. Consultas uma vez por mês ou a cada quinze dias. Eu acho que seria ótimo se tivesse terapia no posto. Imagina que bom, não precisar sair daqui e continuar o tratamento com as consultas. Desafogaria um pouco as redes maiores (E2-30/11/2009).

Marcar consulta pela Central de Marcação é um Deus nos acuda, porque a gente não consegue. Tem a equipe de Saúde Mental da Tobias Barreto, mas não é referência para nós [...] (E3 -10/12/2009).

O desafio que se coloca para ESF é a criação de estratégias para compartilhamento das ações em redes psicossociais, articulando o acompanhamento e a responsabilidade entre os atores sociais.

Durante a negociação dos dados, foram avaliadas diferentes configurações da saúde mental junto à ESF Pitoresca.

- Primeira: os trabalhadores da ESF não têm condições de atender situações de crise e agressão no contexto da atenção em saúde mental na atenção básica.

Tem um que já tentou agredir o pessoal. Deu alta do Hospital Psiquiátrico São Pedro e foi pegar medicamento. Mas ali no posto não existe ninguém preparado para isso. Naquela equipe não tem condições. Eles têm que continuar do jeito deles. Tem que vir mais uns, que estejam acostumados [...] Se chamarem a equipe ali no posto e falarem que tem um quebrando a casa, eles não podem fazer nada [...] O posto não faz tratamento, dá remédio e pronto (E5-30/12/2009).

- Segunda: necessidade da atuação de trabalhadores de outros núcleos profissionais, além da equipe mínima da ESF, para questões que os trabalhadores possam não estar preparados para resolverem.

[...] se tivesse psicóloga na equipe, terapeuta ocupacional [...] Mas daí tem gente que diz: "lá no posto a gente também não tem mas nós fizemos". Eu acho que dá pra fazer, mas chega um momento que complica, pois podem ter questões para a gente resolver e talvez não tenhamos preparo para isso (E3-10/12/2009).

- Terceira: necessidade do apoio matricial como suporte técnico para as ações em saúde mental na ESF e as mudanças relacionadas com a discussão dos casos com a implantação do apoio matricial na ESF Pitoresca.

[...] o que o posto dá é muito pouco. Eu acho que daí é mais uma coisa para eles fazerem e eles têm muito trabalho. Eles se desdobram muito [...] mas

tinha que ter um suporte [...] desafogaria um pouco as redes maiores (E2-30/11/2009).

[...] teve uma equipe de matriciamento que ficou dois meses, mas trocou essa equipe agora e trocou também a modalidade de atendimento [...] Os casos não são mais discutidos em reunião de equipe, pois essa equipe de matriciamento ficou de discutir com o profissional (E3-10/12/2009).

Na negociação, essas três configurações da saúde mental na ESF foram avaliadas como complementares às ações no território. Uma não se opõe a outra, já que todas dão dinamicidade na construção da atenção psicossocial. Permanece o desafio da busca pela interdisciplinaridade e pela integralidade como constituintes dos saberes e práticas no cotidiano da ESF.

Os entrevistados apontam para a necessidade de especialistas, mas avaliam a necessidade de que especialistas e trabalhadores de saúde que não são da equipe mínima da ESF pudessem atuar na perspectiva da clínica ampliada, sendo aquela que:

incorporasse nos seus saberes e incumbências a avaliação de risco, não somente epidemiológico, mas também social e subjetivo, do usuário, ou grupo em questão. Responsabilizando-se, não somente pelo que a epidemiologia tem definido como necessidades, mas também pelas demandas concretas dos usuários. ^(84:5)

Salienta-se que os especialistas também têm seu espaço e importância no campo de saúde mental, mas o desafio é quebrar com a hegemonia que a especialização historicamente adquiriu na construção de saberes e práticas em saúde, já que:

o especialista em saúde mental é, sem dúvida, essencial nos muitos casos em que a demanda expressa claramente a necessidade da psicoterapia em suas diferentes possibilidades, da medicação psicotrópica nos estados mais agudos, da terapia ocupacional e outras atividades terapêuticas peculiares ao núcleo de saber “psi”. ^(84:24)

Nesse contexto, o apoio matricial foi avaliado como um suporte especializado de saberes e ações para trabalhadores das equipes dos serviços de saúde na “composição de um espaço de troca de saberes, invenções e experimentações que auxiliam a equipe a ampliar sua clínica e a sua escuta, a acolher o choro, a dor psíquica; enfim, a lidar com a subjetividade dos usuários”^(84:29).

Tem como objetivo assegurar retaguarda especializada para os trabalhadores das equipes que realizam a atenção aos problemas de saúde. Consiste em um trabalho complementar ao previsto em sistemas hierarquizados, como os “mecanismos de referência e contra-referência, protocolos e centros de regulação”^(85:400).

Preende oferecer tanto a retaguarda “assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas”^(85:400).

Essas diretrizes sustentadoras do apoio matricial, enquanto metodologia de trabalho, “devem prever critérios para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade tanto dos diferentes integrantes da equipe de referência quanto dos apoiadores matriciais”^(77:400).

5.2.2 Potencialidades

As potencialidades das ações em saúde mental partem dos atores sociais envolvidos na construção de saberes e práticas no campo da saúde mental, considerando que a subjetividade e o protagonismo são primordiais para a participação social e a construção da cidadania.

Entre as potencialidades das ações em saúde mental na ESF estão:

- o apoio matricial;
- o apoio dos atores sociais na rede de saúde mental;
- a construção da cidadania pelo protagonismo dos líderes comunitários;
- o controle social como dispositivo de desinstitucionalização;
- a apropriação de saberes nos espaços de participação.

O apoio matricial aparece como uma potencialidade das ações em saúde mental na ESF Pitoresca, uma vez que foi avaliada a necessidade de suporte técnico

em saúde mental para os trabalhadores da atenção básica a ser realizado pelos chamados “especialistas” em saúde mental.

[...] Eles precisam de suporte ali no posto, às vezes não têm para onde encaminhar as pessoas [...] (E2-30/11/2009).

[...] Pelo que eu entendi a equipe de matriciamento é pra filtrar algumas coisas, encaminhando somente aqueles que não podem ser atendidos aqui [...] apesar de que a maioria das coisas elas conseguem dar conta (E3 – 10/12/2009).

[...] se tivesse uma garantia, um apoio para serem realizados os grupos e as visitas domiciliares a essas famílias [...] (E5- 301/12/2010).

A expressão “apoio matricial” é composta por dois termos, sendo matricial a possibilidade de sugerir que técnicos de referência e especialistas construam uma relação horizontal, rompendo com a lógica clássica e verticalizadora de funcionamento dos sistemas de saúde, baseada na hierarquização. “Apoio” é um termo que sugere a maneira de operar essa relação horizontal “mediante a construção de várias linhas de transversalidade, ou seja, sugere uma metodologia para ordenar essa relação entre referência e especialista não mais com base na autoridade, mas com base em procedimentos dialógicos”^(85:402,86). O termo apoio tem embasamento teórico no método Paidéia, que apresenta o apoiador institucional no contexto da gestão do trabalho em saúde, na clínica, na saúde pública, nos processos pedagógicos; propondo uma relação dialógica entre sujeitos com diferentes saberes, valores e papéis^(85:402,87).

No caso, o apoiador procura construir de maneira compartilhada com os outros interlocutores projetos de intervenção, valendo-se tanto de ofertas originárias de seu núcleo de conhecimento, de sua experiência e visão de mundo, quanto incorporando demandas trazidas pelo outro também em função de seu conhecimento, desejo, interesses e visão de mundo. Procura-se criar espaços coletivos protegidos que permitam a interação dessas diferenças, buscando-se construir uma análise e uma interpretação sintética, bem como se acordando linhas de intervenção e distribuição de tarefas entre os vários sujeitos envolvidos no processo.^(85:402)

A partir do apoio matricial, as ações em saúde mental na atenção básica devem substituir as práticas de encaminhamentos e a lógica referência e contrarreferência, as quais refletem em “desresponsabilização e alienação dos

profissionais em relação ao objetivo primordial de seu trabalho, que é a produção de saúde”^(84:30).

Outra potencialidade avaliada foi o apoio dos usuários engajados ao CLS na rede e no território, junto aos moradores da Pitoresca.

[...] Esses anos atrás me chamaram numa casa, mas era histerismo de uma moça, quebrando tudo. Eu fui lá, conversei, coloquei uma toalhinha molhada na testa. Depois ficou boa, em seguida casou. Risos. Esses problemas não são considerados como problemas sócio-econômicos. Pode ser falta de comida, eu não entendo direito o que ocasiona isso (E5-30/12/2009).

Houve um reconhecimento de que a atenção em saúde mental envolve mais do que ações técnicas, mas uma disponibilidade interna para a escuta e o acolhimento dos sofrimentos das pessoas. Ou seja, as pessoas podem construir no apoio uma tradução para o cuidado também como produção de solidariedade. A solidariedade emerge enquanto fenômeno social que produzido “na esfera do mundo da vida se dá a partir das trocas não circunscritas em um espaço de tempo, traduzindo-se antes de tudo pela reafirmação de laços sociais que se prolongam por uma trajetória de sociabilidade”^(88:90).

O campo dos cuidados em saúde não se restringe aos trabalhadores da saúde, pois muitos atores sociais fazem parte dos espaços de sociabilidade da sociedade civil, como as associações e ONGs. Também são considerados redes de sociabilidade do tipo primário a família, os vizinhos e amigos⁽⁸⁸⁾.

Em uma manifestação mais particular, a de cuidados a doentes ou pessoas com necessidades, ou a atenção e o conforto psicológico resultantes desta relação, o apoio social tem efeitos muito conhecidos a saúde das pessoas e, indiscutivelmente, não pode ser substituído pela atenção proporcionada pelo Estado.^(88:92)

A construção da cidadania se dá pelo protagonismo dos líderes comunitários que participam das mobilizações sociais e articulações políticas que provoquem mudanças nos modos de gerir os projetos de vida no coletivo. Essa participação local nos espaços de cidadania e controle social pode ser embasada nos seguintes pressupostos:

a. Uma sociedade democrática só é possível via o caminho da participação dos indivíduos e grupos sociais organizados. b. Não se muda a sociedade **apenas** com a participação no plano local, micro, mas é a partir do plano micro que se dá o processo de mudança e transformação na sociedade. c. É no plano local, especialmente num dado território, que se concentram as energias e forças sociais da comunidade, constituindo o poder local daquela região; no local onde ocorrem as experiências, ele é a fonte do verdadeiro capital social, aquele que nasce e se alimenta da solidariedade como valor humano. O local gera capital social quando gera autoconfiança nos indivíduos de uma localidade, para que superem suas dificuldades. Gera, junto com a solidariedade, coesão social, forças emancipatórias, fontes para mudanças e transformação social. d. É no território local que se localizam instituições importantes no cotidiano de vida da população, como as escolas, os postos de saúde etc. Mas o poder local de uma comunidade não existe a priori, tem que ser organizado, adensado em função de objetivos que respeitem as culturas e diversidades locais, que criem laços de pertencimento e identidade sociocultural e política.^(89:24)

O controle social, como dispositivo participativo, fortalece e pressiona a desinstitucionalização, potencializando a apropriação de saberes e de poder pelos usuários no contexto das ações em saúde mental na atenção básica. Também foi avaliado como dispositivo de apropriação política e de saberes nos espaços de participação social.

[...] Naquele tempo se tivesse uma pessoa insana em casa eles atiravam lá dentro. Como eu fui várias vezes lá dentro visitar, pelo caso de alcoolismo. Tinha áreas lá que parecia um chiqueiro de porco. Era um amontoado de porcos deitados, todos “cagados”. Presenciei eles chegarem com uma mangueira. Era a decadência do ser humano, um amontoado de pessoas doentes. Agora eles fizeram a Vila São Pedro e os que tinham condições, eles colocaram em umas casinhas pra morar. Os que têm famílias com condições de cuidá-los, foram levados pra casa (E6-05/01/2010).

A desinstitucionalização tornou-se um processo social complexo que tende a mobilizar como atores os envolvidos e a transformar as relações de poder entre pacientes e instituições, o que, por sua vez, “tende a produzir estruturas de saúde mental que substituam inteiramente a internação no hospital psiquiátrico e que nascem da desmontagem e reconversão de recursos materiais e humanos que estavam ali depositados”^(90:18).

O que se procura com a desinstitucionalização é resgatar um conceito mais positivo sobre saúde mental, ou seja, busca-se entender saúde como uma condição global, resultante de um funcionamento individual e de relações sociais⁽⁹¹⁾. Dentro do

caráter formativo do processo de avaliação, a negociação propiciou uma discussão sobre a mudança do modo asilar para o modo psicossocial no contexto das ações em saúde mental na ESF. Os participantes avaliaram que os debates, seminários, reuniões do CLS são dispositivos potencializadores da cidadania e controle social.

Ficou evidente que o pressuposto metodológico Avaliação de Quarta Geração é importante para o controle social na ESF, pois possibilitou o fortalecimento político e o protagonismo desses atores na construção de ações em saúde mental no território.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo apresentou uma interface entre a Saúde Coletiva e a Saúde Mental, ao entrelaçar campos de saber que culminaram nos movimentos da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica.

Os saberes, as práticas e as estratégias de cuidado substitutivas ao tratamento da doença mental em hospital psiquiátrico implicam um modo de atenção que potencializa o acolhimento, a solidariedade e a construção de redes de apoio social para o cuidado na ESF. Dessa forma, o controle social emerge como um aliado para estimular debates políticos que valorizem as necessidades e os desejos dos usuários, incluindo os recursos e apoios buscados nos momentos de crise e de enfrentamento do preconceito relacionado à loucura na sociedade.

Frente às ações em saúde mental na ESF, as possibilidades ultrapassam a dimensão assistencial, incluindo as questões políticas, subjetivas, sociais, econômicas, organizacionais, culturais e éticas. Nesse sentido, o controle social constitui-se como base para o engajamento dos atores na construção de ações em saúde mental na ESF e nos projetos políticos que incentivam a cidadania a partir de espaços locais de participação.

Foram avaliadas as ações em saúde mental na ESF Pitoresca, junto aos integrantes do CLS, propiciando a construção do conhecimento no campo da saúde mental e a articulação de atores sociais engajados aos espaços de cidadania, participação e controle social na ESF Pitoresca.

Os entrevistados fortaleceram a coerência relacionada às informações nas diferentes etapas de um processo de pesquisa participativo e formativo, construído a partir:

- da solidariedade, pois os integrantes do CLS foram solidários ao abrirem espaço das reuniões para pesquisadores na qualidade de observador-participante, construindo aos poucos confiança e ganhando direito de entrada nesse espaço;
- da confiança, pois os integrantes do CLS sentiram-se à vontade para participar do estudo, fornecendo informações pessoais e sentimentos relacionados

ao tema e as suas vivências;

- do interesse, pois os participantes do estudo solicitaram aprofundamento sobre o tema controle social no espaço do conselho local, convergindo com uma das características do referencial teórico-metodológico da pesquisa, de ser formativa ao mesmo tempo;

- da integração, pois participei da Comissão de Saúde Ambiental da Pitoresca e da Comissão Organizadora do Seminário “Participação Social e Cidadania”, contribuindo para projetos de cidadania a partir da participação e controle social durante o período do estudo.

Os resultados desta pesquisa foram organizados em unidades de informação que culminaram em dois núcleos temáticos: dimensões do controle social e avaliação participativa das ações em saúde mental.

As quatro dimensões do controle social (político-social, pedagógica, organizativo-burocrática e ético-subjetiva) foram identificadas nos modos de atuação dos conselheiros e das lideranças comunitárias, a partir da avaliação da participação e cidadania exercida a partir dos espaços deliberativos.

A participação em trabalhos voluntários significa uma retomada de valores como responsabilidade e compromisso com o social, potencializando o controle social e a cidadania a partir de ações individuais e coletivas na ESF.

As reuniões do CLS Pitoresca foram avaliadas como um espaço para atividades de formação, construção de projetos e estratégias para estimular a comunidade na conscientização política, social e ambiental, enquanto dever e direito dos cidadãos.

O controle social constitui-se no cotidiano da ESF nos mais diversos espaços e ações no território, podendo ser exercido em uma conversa com os vizinhos, na resolução de problemas locais na área geográfica junto à equipe de saúde ou no simples fato de os moradores reconhecerem os líderes comunitários e conselheiros de saúde da sua gerência distrital.

O **potencial cuidador-apoiador**, no contexto do controle social, foi avaliado como um potencial exercido por aqueles atores sociais envolvidos na mobilização de pessoas na rede de apoio social para o cuidado da saúde das famílias. A ESF

Pitoresca foi avaliada como um espaço de possibilidades e solidariedade diante dos problemas e necessidades dos moradores.

Apesar das lideranças estarem ativas na participação engajando-se ao trabalho da equipe de saúde, denunciando problemas sociais aos órgãos públicos e negociando nos espaços políticos, a dificuldade de agregar os moradores da área para as ações do CLS Pitoresca foi avaliada como uma questão importante no controle social.

A partir de uma avaliação das necessidades e das potencialidades relacionadas as ações em saúde mental, vislumbrou-se o controle social como dispositivo importante para a construção de políticas no campo da saúde mental, desde que as decisões sejam descentralizadas e articuladas com as deliberações e debates locais.

Os conselheiros e líderes comunitários defenderam a construção de ações em saúde mental no território junto a ESF Pitoresca, avaliando que essas ações ultrapassam a atenção em saúde e apontam como necessidades o benefício da Previdência Social, a informação em saúde e o Programa Bolsa Família, para a construção de práticas psicossociais e redes de apoio ao cuidado em saúde mental.

Este estudo possibilitou avaliar que o controle social é um espaço que agrega **usuários-atores** que tem uma apropriação política importante para o fortalecimento das ações em saúde mental no território. Isso porque os processos participativos construídos junto aos usuários do SUS tornam-se políticos pela mobilização de lideranças em projetos que busquem agregar pessoas que gostam de participar, de estar junto, de lutar por melhorias no coletivo, de serem solidárias umas com as outras.

O apoio matricial foi apontado tanto como necessidade quanto como potencialidade das ações em saúde mental. Foi considerado complementar às demais ações realizadas na rede de atenção, fortalecendo a continuidade do cuidado. Essa continuidade foi avaliada como necessidade, juntamente com a qualificação em saúde mental dos trabalhadores da ESF e o acesso a rede especializada.

O acolhimento e a escuta, as tecnologias leves do cuidado, foram avaliadas como ações de saúde mental que devem ser realizadas também em espaços que ultrapassam os serviços de saúde. O termo **acolhimento orientador-sensível** enfatiza que o acolhimento deve ser uma prática “orientadora”, pois possibilita ações de informação e de comunicação, as quais podem ser fortalecidas nos espaços do controle social. Constitui-se como sensível na medida em que quem o desempenha se coloca no lugar do outro, dando acolhida às pessoas, às necessidades, às potencialidades, às situações e aos problemas.

A rede de atenção em saúde mental pode contar com o controle social para mobilizar lideranças que se engajem na construção de espaços de convivência, cidadania e de apoio social para a inclusão social dos usuários com transtornos mentais.

As ações em saúde mental foram avaliadas como ações que se expressam por meio da solidariedade, da humanização, da compreensão das necessidades e da atitude ética de mediar conflitos e fortalecer ações com responsabilidades compartilhadas.

Isso é ser cidadão, é viver no coletivo, respeitando as diferenças, construindo redes de apoio tanto com os mais próximos em relações baseadas em vínculo e confiança.

Defendo o controle social e a cidadania como base das políticas de saúde mental. E como as políticas são construídas por pessoas, há que se valorizar as redes de solidariedade e os espaços de construção coletiva, considerando as avaliações participativas como fortalecedoras desse processo.

Está lançado o desafio de garantir, nos espaços públicos de decisão política, a aprovação de projetos de educação básica que incluam processos dialógicos, pedagógicos e participativos, incentivando desde o período escolar uma cultura nacional de cidadania, inclusão social, solidariedade e respeito.

Com a construção de relações sociais, profissionais e afetivas que fortaleçam a solidariedade e o respeito aos diferentes modos de viver, dá-se ênfase ao campo da saúde mental como estratégico, fortalecendo a sensibilidade entre pessoas com diferentes condições e situações de vida.

Nada melhor do que os espaços do controle social, onde circulam atores com diferentes poderes políticos, para construirmos redes de solidariedade e compromisso social. No momento que Estado e sociedade estiverem num mesmo patamar de poder a solidariedade poderá fazer parte do cotidiano e não apenas uma necessidade.

Neste estudo, foram levantadas informações importantes que poderão ser melhor aprofundadas e discutidas em novos estudos e publicações sobre o tema. Não se esgotam nesta pesquisa as reflexões, críticas e avaliações que abrangem o universo do controle social na ESF no que tange o campo da saúde mental.

REFERÊNCIAS

1. Cossetin A, Educação Popular em Saúde: uma estratégia na relação ensino-serviço-gestão-comunidade [trabalho de conclusão de curso] Santa Maria (RS): Curso de Enfermagem e Obstetrícia, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria; 2006.
2. Cossetin A, Zilio KA, A Residência Integrada em Saúde no Centro de Saúde-Escola Murialdo: memória, história e documentação de um desafio de formação multiprofissional na saúde [trabalho de conclusão de curso] Residência Integrada em Saúde, Ênfase em Atenção Básica em Saúde Coletiva, Centro de Saúde-Escola Murialdo, Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul; 2008.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS, Brasília, MS; 2005a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_15_anos_caracas.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2009.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília: MS; 2006.
5. Meirelles HL, Direito Administrativo Brasileiro. 24a ed. São Paulo: Malheiros; 2001. 543 p.
6. Bottomore TBA, A força da vida social. In: Bottomore TBA, Introdução à sociologia. 9a ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 1987.
7. Aciole S, Participação social na saúde: revisitando sentidos, reafirmando propostas. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe & participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC – ABRASCO; 2005. p. 293-303.
8. Brasil, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. A prática do Controle Social: Conselhos de Saúde e Financiamento do SUS. 11ª Conferência Nacional de Saúde. 2000. 55p. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/pratica>>. Acesso em: 12 ago. 2009.
9. _____. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.htm>. Acesso em: 30 set. 2008.
10. Tomey AV, Abraham Flexner, pionero de la educación médica. Rev Cubana Educ Méd Super. 2002, 16(2): 156-63.
11. WHO. Constitution of the World Health Organization, New York, p. 1-18, jul., 1949. Disponível em: <http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf>. Acesso em: 26 out. 2008.

12. Brasil. Lei Federal n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. In: SUS é legal: Legislação Federal e Estadual. Porto Alegre: SES-RS; 2000.
13. _____. Lei Federal n.º 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. In: SUS é legal: Legislação Federal e Estadual. Porto Alegre: SES-RS; 2000.
14. _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 333, de 4 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília: Imprensa Nacional, MS; 2003, n. 236, seção 1, p. 57.
15. _____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: MS; 2006. 76 p.
16. Arantes CIS, et al. O controle social no sistema único de saúde: concepções e ações de enfermeiras na atenção básica. Texto Contexto - Enfermagem, Florianópolis; 2007, jul./set., 16(3): 470-8.
17. Pinheiro R, et al. Demanda em Saúde e Direito à Saúde: Liberdade ou Necessidade? Algumas Considerações Sobre os Nexos Constituintes das Práticas de Integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe & participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC – ABRASCO; 2005. p. 11-31.
18. Amarante PDC, O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996. 141 p.
19. Tenorio F, A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. Rio de Janeiro: História Ciência Saúde – Manguinhos; 2002, jan./abr., 9(1): 25-59.
20. Freitas FFP, A história da psiquiatria não contada por Foucault. Rio de Janeiro, História Ciência Saúde – Manguinhos; 2004, jan./abr., 11(1): 75-91.
21. Birman J, Costa JF, Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: Amarante, P, organizador. Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994. p. 41-72.
22. Cesarino AC, Uma experiência de saúde mental na Prefeitura de São Paulo. In: Lancetti, A, et al. (Orgs.). Saúde Loucura 1. São Paulo: Hucitec; 1989. p.3-32.
23. Rosa L, Transtorno mental e o cuidado na família. São Paulo: Cortez; 2003.
24. Mendes EV, As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: _____.

Distrito sanitário. O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 1994. p.19-91.

25. Amarante P. (Org.), Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/ENSP; 1995.

26. Vecchia MD, Martins STF, Desintitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.13, n.28, p.151-64, jan./mar. 2009.

27. Amarante PDC, Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. 3 reimpressão. In: Amarante, PDC, organizador. Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 73-83.

28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: MS; 2005a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_15_anos_caracas.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2009.

29. Lancetti A, Amarante P, Saúde mental e saúde coletiva. In: Campos GWS, et al. organizadores, Tratado de saúde coletiva, São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 615-34.

30. Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei n.º 3.657 de 12 de setembro de 1989. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/sileg/Prop_Detalhe.asp?id=20004>. Acesso em: 24 ago. 2010.

31. Vasconcelos EM, coordenador. Manual de ajuda e suporte mútuos em saúde mental. Projeto Transgressões (Versão 3.1 completa do que inclui a cartilha simplificada para participantes dos grupos). Rio de Janeiro: Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2008. 117 f.

32. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados - 7, Ano V, n. 7, junho, Brasília: 2010. Informativo eletrônico. 25 p. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs/saude_mental>. Acesso em: 26 ago. 2010.

33. Amarante PDC, organizador, Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. 136 p.

34. ESP-RS. Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. Rede Observatório. Legislação. Disponível em: <<http://www.esp.rs.gov.br/observatoriorh/default.asp?mostra=3&id=13&id2=5>>. Acesso em: 20 jun. 2009.

35. Brasil. Presidência da República. Lei n.º 10.216 de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 13 nov. 2009.

36. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Departamento de Atenção Básica/ Coordenação Geral de Saúde Mental/ Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília: MS; 2003. p. 01-07. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2008.

37. Rio Grande do Sul, Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Guia dos Serviços de Saúde Mental – RS. 2003. Disponível em: <<http://www.sipergs.org.br/guia.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2009.

38. Delgado P, Lei da Reforma Psiquiátrica. Rev. Cidadania [online]. Disponível em: <<http://www.paulodelgado.com.br/revista/lei.htm>>. Acesso em: 03 jun. 2008.

39. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da família: panorama, avaliação e desafios. Brasília: MS; 2005.

40. Brasil. Atenção Básica e a Saúde da Família. 2004. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>. Acesso em: 15 out. 2008.

41. Pereira AA, Saúde mental para médicos e enfermeiros que atuam no Programa Saúde da Família: uma contribuição sobre o processo de formação em serviço, Rio de Janeiro, Cadernos IPUB: Saúde mental na atenção básica, 2007, mar./abr., XIII(24): 13-33.

42. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de atenção básica. Programa da Saúde da Família. 5a ed. Brasília: MS; 2001.

43. Denti IA, Serviços de saúde pública: reestruturação. Erechim: EdiAPES; 2001.

44. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: MS; 2004.

45. Lyra MAA, Desafios da saúde mental na atenção básica. Rio de Janeiro, Cadernos IPUB: Saúde mental na atenção básica, 2007, mar./abr., XIII(24): 57-66.

46. Porto Alegre. Prefeitura de Porto Alegre. Políticas de saúde. Saúde Mental. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?reg=1&p_secao=686>. Acesso em: 28 nov. 2009.

47. Glanzner CH, Avaliação dos fatores de sofrimento e prazer no trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial. [dissertação] Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008. 107f.

48. Mielke FB, Ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família: um estudo avaliativo [dissertação] Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009. 140f.

49. Olschowsky A, et al. Avaliação da saúde mental na Estratégia Saúde da Família. [projeto de pesquisa] (Edital CNPq Jovem Pesquisador). Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008. 36f.

50. Wetzel C, Avaliação de serviço em saúde mental: a construção de um processo participativo [tese] Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005. 290f.
51. CAPSUL. Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul. Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2006. Disponível em: <http://www.ufpel.edu.br/feo/capsul/noticia_260406.php>. Acesso em: 16 set. 2009.
52. Takeda S, Talbot Y, Avaliar, uma responsabilidade, Rio de Janeiro, Rev. Ciênc. Saúde Coletiva [online], 2006, jul/set., 11(3): 569-71. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232006000300005&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 mar. 2009.
53. Marçal CRM, A saúde mental na atenção básica: uma saída para o sofrimento psíquico? [trabalho de Conclusão de Curso] (Aprimoramento em Planejamento e Administração em Serviços de Saúde). Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2007. 25f.
54. Campos GWS, Um método para análise e gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec; 2007. 236 p.
55. Minayo MCS, O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11a ed. São Paulo: Hucitec – ABRASCO; 2008. 407 p.
56. Minayo MCS, organizador. Pesquisa social: teoria, método e criatividade, 26a ed., Petrópolis: Vozes; 2007. 108 p.
57. Yin RK, Estudo de caso: planejamento e métodos. 3a ed. Porto Alegre: Bookman; 2005. 212 p.
58. Triviños ANS, Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987.
59. Guba E, Lincoln Y, Fouth Generation Evaluation. Newbury Park: Sage Publications; 1989. 294p.
60. Kantorski LP, et al. Avaliação de quarta geração: contribuições metodológicas para avaliação de serviços de saúde mental. Interface comun. saúde educ; 2009, out./dez.,13(31):343-55.
61. Polit DF, et al., organizador Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5a ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. 487 p.
62. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1997. 20p.
63. Brasil. Congresso Nacional. Lei de direitos autorais n.º 9.610, de 20 de fevereiro de 1998. Diário Oficial da União. Brasília; 1998.

64. Angelis SE, El método comparativo constante. Material elaborado para o projeto Margarida. Infancia em red. 2005. Disponível em: <<http://www.infanciaenred.org.ar/margarita/etapa2/PDF/007.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2009.
65. Cotta RMM, Cazal MM, Rodrigues JFC, Participação, Controle Social e Exercício da Cidadania: a (des)informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde. Physis Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro; 2009, 19 [2]: 419-38.
66. Cabral B, et al., Estação comunidade. In: Lancetti A. et al., Saúde Loucura 7: Saúde Mental e Saúde da Família. 2a ed. São Paulo: Hucitec ; 2001. p. 109-116.
67. Delfini PSS, et al., Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. Ciênc. Saúde Coletiva [online]. 2009, 14(1): 1483-92. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800021>. Acesso em: 10 jan. 2010.
68. Brasil. Portaria n.º 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br/pdfs/portaria154.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2010.
69. Carlos E, Participação e cultura política no Orçamento Participativo. Civitas – Revista de Ciências Sociais, 2006, jan.-jun., 6(1): 131-54.
70. Tragtemberg M, Burocracia e ideologia. 2a ed. São Paulo: Ática; 1992.
71. Olshowsky A, Integração docente-assistencial: um estudo de caso [dissertação] Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1995. 179f.
72. Nobre MT, Barreira C, Controle Social e Mediação de Conflitos: as delegacias da mulher e a violência doméstica. Sociologias. Porto Alegre; 2008, jul./dez., 10(20): 138-63.
73. Merhy EE, Amaral H, organizadores. Reforma Psiquiátrica no cotidiano II. São Paulo: Hucitec; 2007.
74. Torre EHG, Amarante P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2001, 6(1): 73-85.
75. Pichon-Rivière E. O processo grupal. São Paulo: Martins Fontes; 2005. 286 p.
76. Furtado JP, Avaliação de programas e serviços. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond M, Carvalho UM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 715-39.
77. Yasui S, Costa-Rosa AA, Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. Saúde em Debate, Rio de Janeiro; 2008, jan./dez, 32(78/79/80): 27-37.
78. Amarante P, Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
79. Merhy EE, Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde.

In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 2006. p.113-50.

80. Munoz Sanchez AI, Bertolozzi MR, Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? Ciênc. saúde coletiva [online]. 2007, 12(2): 319-24.

81. Conselho Federal de Psicologia. Benefício de Prestação Continuada: não abra mão da sua cidadania. 2007. 28p. Disponível em: <<http://www.crprj.org.br/publicacoes/cartilhas/prestacao-continuada.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2010.

82. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Bolsa Família. Controle Social. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/controlesocial>>. Acesso em: 16 mar. 2010.

83. Silva AX da, Cruz EA, Melo V, A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro; 2007, mai-jun, 12(3): 683-8.

84. Onocko Campos R, Clínica: a palavra negada. Sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. Saúde em debate, Rio de Janeiro; 2001, maio/ago., 25(58): 98-111.

85. Campos GW de S, Domitti AC, Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública [online]. 2007, 23(2): 399-407. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/16.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2010.

86. Campos GWS, Sobre la reforma de los modelos de atención: un modo mutante de hacer salud. In: Ebenschutz C, organizador. Política de saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996. p. 293-314.

87. Campos GWS, Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec; 2000.

88. Fontes BASM, Redes sociais e saúde: sobre a formação de redes de apoio social no cotidiano de portadores de transtorno mental. Revista de Ciências Sociais POLÍTICA & TRABALHO, 2007, abril, n. 26, p. 87-104. Disponível em: <http://www.nucleodecidadania.org/nucleo/extra/2007_07_16_06_10_51.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2010.

89. Gohn MG, Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. Saude soc. [online]. 2004, 13(2): 20-31. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n2/03.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2010.

90. Rotelli F, et al., Desinstitucionalização. São Paulo: HUCITEC; 1990. 112 p.

91. Olschowsky A, O ensino de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental: Análise da Pós-Graduação "Lato Sensu". [tese] São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Ribeirão Preto; 2001. 233f.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você é convidado a participar do estudo **“CONTROLE SOCIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: AVALIAÇÃO PARTICIPATIVA DAS AÇÕES EM SAÚDE MENTAL”**, tendo como objetivo avaliar qualitativamente as ações em saúde mental a partir dos atores sociais engajados ao conselho Local de Saúde (CLS) Pitoresca. Está vinculado à pesquisa **“Avaliação das ações de saúde mental na ESF”** e ao Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Na coleta de dados, a pesquisadora realizará entrevistas e observações junto aos participantes das reuniões do CLS Pitoresca com questões referentes ao controle social e às ações em saúde mental. As entrevistas terão duração média de 30 minutos, sendo gravadas e transcritas, tendo o anonimato dos participantes e a confidencialidade das informações obtidas. Para preservar o anonimato, as entrevistas serão identificadas por números. Não haverá nenhuma repercussão funcional ou implicação legal para os participantes do estudo junto à instituição em que o mesmo será realizado. Você poderá retirar o seu consentimento a qualquer hora sem prejuízo e sua participação é voluntária, para tanto não terá custo ou receberá por participar.

Caso necessite de mais informações e/ou esclarecimento você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Profa Agnes Olschowsky pelo telefone (51) 9653-8685, pelo (51) 9332-0529 com a mestrandia Andiara Cossetin e pelo (51) 3212-4623 com o Comitê de ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

Assinatura do (a) participante:.....

Assinatura da pesquisadora:.....

Data:/...../.....

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE ENTREVISTA

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

Dados de identificação

Sigla referente ao nome:

Idade:

Sexo:

Estado Civil:

Escolaridade:

Ocupação:

Tempo de participação no CLS Pitoresca e/ou Associação de Moradores:

Entrevista

1 - Fale sobre as ações que você identifica que promovam cidadania e direito à saúde no bairro que você vive.

2 - Como você avalia as ações em saúde mental realizadas pela ESF junto aos usuários que necessitam da atenção em saúde mental.

3 - Fale sobre a sua participação no controle social.

APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE OBSERVAÇÃO

Data da observação:/...../.....

Horário de início: hora(s) minuto(s)

Horário de término: hora(s) minuto(s)

Questões a serem observadas e descritas

1. Local da reunião do CLS
2. Participantes da reunião
3. Pautas discutidas
4. Deliberações
5. Dinâmica da reunião
6. Demais observações



Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO

Pesquisador (a) Responsável: Agnes Olschowsky

Equipe executora:

Registro do CEP: 301 **Processo N°.** 001.056577.08.7

Instituição onde será desenvolvido: Secretaria Municipal de Saúde – UBS Pitoresca

Utilização: TCLE

Situação: APROVADO

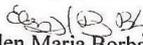
O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre analisou o processo N°.001.056577.08.7, referente ao projeto de pesquisa: “**Avaliação da saúde mental na estratégia saúde da família**” tendo como pesquisador responsável Agnes Olschowsky cujo objetivo é “Geral - Avaliar as ações de saúde mental desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família. Específicos – Identificar as estratégias utilizadas para implementação de ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família; Proporcionar subsídios para a expansão e consolidação da atenção em saúde mental na Estratégia Saúde da Família; Realizar um processo avaliativo participativo junto a Estratégia Saúde da Família, possibilitando a compreensão do objeto avaliado e a construção dos sujeitos envolvidos”.

Assim, o projeto preenche os requisitos fundamentais das resoluções. O Comitê de Ética em Pesquisa segue os preceitos das resoluções CNS 196/96, 251/97 e 292/99, sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde / Conselho Nacional de Ética em Pesquisa / Agência nacional de Vigilância Sanitária. Em conformidade com os requisitos éticos, classificamos o presente protocolo como **APROVADO**.

O Comitê de Ética em Pesquisa, solicita que :

1. Enviar primeiro relatório parcial em seis meses a contar desta data;
2. Informar imediatamente relatório sobre qualquer evento adverso ocorrido;
3. Comunicar qualquer alteração no projeto e no TCLE;
4. Entregar junto com o relatório, todos os TCLE assinados pelos sujeitos de pesquisas e a apresentação do trabalho.
5. Após o término desta pesquisa, o pesquisador responsável deverá apresentar os resultados junto à equipe da unidade a qual fez a coleta de dados e/ou entrevista, inclusive para o Conselho Local da Unidade de Saúde.

Porto Alegre, 05/11/08


Elen Maria Borba
Coordenadora do CEP



Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO

Pesquisador (a) Responsável: Agnes Olschowsky

Registro do CEP: 408 **Processo Nº.** 001.049374.09.5

Instituição onde será desenvolvido: Secretaria Municipal de Saúde – UBS- ESF Pitoresca

Utilização: TCLE

Situação: **APROVADO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre analisou o processo N 001.049374.09.5, referente ao projeto de pesquisa: “**Controle social na estratégia saúde da família: uma avaliação participativa das ações em saúde mental**”, tendo como pesquisador responsável **Agnes Olschowsky** cujo objetivo é “Avaliar qualitativamente as ações em saúde mental numa perspectiva construtivista e participativa, a partir dos atores sociais engajados ao CLS Pitoresca”.

Assim, o projeto preenche os requisitos fundamentais das resoluções. O Comitê de Ética em Pesquisa segue os preceitos das resoluções CNS 196/96, 251/97 e 292/99, sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde / Conselho Nacional de Ética em Pesquisa / Agência nacional de Vigilância Sanitária. Em conformidade com os requisitos éticos, classificamos o presente protocolo como **APROVADO**.

O Comitê de Ética em Pesquisa, solicita que :

1. Enviar primeiro relatório parcial em seis meses a contar desta data;
2. Informar imediatamente relatório sobre qualquer evento adverso ocorrido;
3. Comunicar qualquer alteração no projeto e no TCLE;
4. Entregar junto com o relatório, todos os TCLE assinados pelos sujeitos de pesquisas e a apresentação do trabalho.
5. Após o término desta pesquisa, o pesquisador responsável deverá apresentar os resultados junto à equipe da unidade a qual fez a coleta de dados e/ou entrevista, inclusive para o Conselho Local da Unidade de Saúde.

Porto Alegre, 27/10/09


Elen Maria Borba
Coordenadora do CEP



COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

CARTA DE APROVAÇÃO

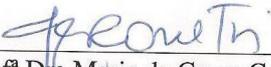
Projeto: Docentes EE N° 22/09
Versão 11/2009

Pesquisadores: Agnes Olschowsky e Andriara Cossetin

Título:.. CONTROLE SOCIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA
AVALIAÇÃO PARTICIPATIVA DAS AÇÕES EM SAÚDE MENTAL.

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, avaliou e aprova este projeto em seus aspectos éticos e metodológicos. Os membros desta Comissão não participaram do processo de avaliação de projeto onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.

Porto Alegre, 27 de Novembro de 2009.



Profª Dra Maria da Graça Crossetti
Coordenadora da COMPESQ