UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

VALÉRIA CRISTINA CRISTELLO COIMBRA

Avaliação do Cuidado em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família

Ribeirão Preto
2007

VALÉRIA CRISTINA CHRISTELLO COIMBRA

Avaliação do Cuidado em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutora em Enfermagem Psiquiátrica.

Área de Concentração - Enfermagem Psiquiátrica

Linha de Pesquisa - O doente, a doença e as práticas terapêuticas.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Luciane Prado Kantorski

Ribeirão Preto
2007

**AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL
DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU
ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE
CITADA A FONTE.**

FICHA CATALOGRÁFICA

Coimbra, Valéria Cristina Christello

Avaliação do Cuidado em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família.
Ribeirão Preto-SP, 2007.

299 p.: il 30cm.

Tese de Doutorado, apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão
Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Luciane Prado Kantorski

1. Avaliação Serviços de Saúde. 2. Programa Saúde da Família.
3. Assistência Integral à Saúde. 4. Saúde Mental.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Valéria Cristina Christello Coimbra

Avaliação do Cuidado em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família.

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutora em Enfermagem Psiquiátrica.

Área de Concentração - Enfermagem Psiquiátrica
Linha de Pesquisa - O doente, a doença e as práticas terapêuticas.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Luciane Prado Kantorski

Aprovado em: _____

Banca Examinadora

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

A Deus.

A Nossa Senhora Aparecida por me cobrir com seu manto, me protegendo e ajudando. Obrigada.

Ao meu Anjo da Guarda, meu anjo de luz que me guia na minha estrada da vida.

Aos meus pais Carmen Vera e Rubens (in memoriam), obrigada por todo amor.

A Michele minha amiga de todas as horas, nas viagens, nos estudos, no trabalho, no conhecimento, na vida. Obrigada pela atenção, carinho, compreensão.

Aos meus Irmãos Irwin, Karol, Rubens e a minha irmã Sue Anne obrigada pelo carinho e a ajuda. Ao meu sobrinho Gabriel, minha cunhada Luciane e minha avó Elnaide obrigada pelo carinho.

Aos meus amigos Eneida, Vanderlei, Richard, Marilú, Jorge e Eloah obrigada pela amizade e pelo apoio e incentivo.

Aos meus amigos de Montanha-ES, obrigada pelo acolhimento e pela amizade.

À minha orientadora Luciane Kantorski que desde graduação contribui com a minha formação (enfermeira, pesquisadora e docente) e aos meus amigos Lourenço e Éder, obrigada pela amizade.

A Prof^a. Dr^a. Ione Cravalho Pinto, Prof^a. Dr^a. Christine Wetzel, ao Prof. Dr. Luiz Augusto Facchini e a Prof^a. Dr^a. Silvana Martins Mishima obrigada pela contribuição na pesquisa.

À Profa. Dra. Toyoko e a Secretária Adriana do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas, bem como todos professores, funcionários e colegas, obrigada pela atenção.

À equipe de saúde da família estudada, pela forma acolhedora com que me receberam e participaram no trabalho de pesquisa.

À todos professores, colegas e funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, muito obrigada pelo apoio e pela oportunidade de me aproximarem ainda mais do universo da pesquisa.

À CAPES, obrigada pela concessão de bolsa.

À Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, obrigada pelo acolhimento e pelo apoio com a finalização desta Tese.

LISTA DE ESQUEMAS

Esquema 1 - Avaliação de Avedis Donabedian	56
Esquema 2 - Avaliação de Avedis Donabedian adaptada para pesquisa qualitativa	57
Esquema 3 - Fluxograma Analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde	81

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Município de Chapecó- SC	88
Figura 2 – Mapa do Estado de Santa Catarina	90
Figura 3 - Mapa da cidade de Chapecó, com as unidades de saúde e a área de abrangência.....	104
Figura 4 - Mapa do bairro Seminário com identificação de aspectos geográficos, serviço de saúde e escola.....	117
Figura 5 - Desenho livre representativo da USF Seminário	129

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Critérios para definição do local de estudo	72
Quadro 2 – Perfil dos profissionais de saúde da USF Seminário	74
Quadro 3 – Perfil dos usuários entrevistados da USF seminário	76
Quadro 4 – Parâmetros da avaliação da integralidade do cuidado em saúde mental	87
Quadro 5 - Conselho Municipal de Saúde	93
Quadro 6 - Indicadores Municipais Seleccionados em números absolutos	98
Quadro 7 - Indicadores Municipais Seleccionados em valores Reais	98
Quadro 8 - Indicadores Municipais Seleccionados em porcentagem	99
Quadro 9 - Cronograma de atividades da USF Seminário	137
Quadro 10 - Demonstrativo de parte de um turno aleatório de atendimento médico na USF Seminário (1:25min) – Chapecó / SC.....	151
Quadro 11 - Usuários da Saúde Mental Entrevistados.....	156
Quadro 12 – Referências da USF para serviços da rede de atenção a saúde	231
Quadro 13 - Critérios de satisfação ou insatisfação definidos a partir das falas dos usuários	248

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Condições de saneamento e de moradia do bairro Seminário – Chapecó –SC/2005	121
Tabela 2 - Caracterização demográfica do bairro Seminário – Chapecó – SC/2005	121
Tabela 3 - Condições de saúde e acesso a plano de saúde do bairro Seminário – Chapecó –SC/2005	124

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária da Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNSM	Conferencia Nacional de Saúde Mental
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESF	Estratégia Saúde da Família
EPCH	Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
LOS	Leis Orgânicas de Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores Saude Mental
NEAD	Núcleo de Ensino a Distância
NOAS	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPS	Organização Pan-americana de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PAE	Projeto de Aperfeiçoamento de Ensino
PROESF	Programa de Expansão e Consolidação da Estrategia Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação em Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TDPM	Transtorno Disfórico Pré-Menstrual
TGS	Teoira Geral dos Sistemas
TOC	Transtorno Obsessivo Compulsivo
TPM	Transtorno Pré menstrual
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo

UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo
ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ELB	Estudos de Linha de Base
MC	Média Complexidade
AC	Alta Complexidade
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
FM	Faculdade de Medicina
THD	Técnico de Higiene Dental
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CERES	Centro de Referência de Especialidades
CERES Bucal	Centro de Referências de Especialidade Bucal
CTA	Centro de Testagem Anônima
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CLS	Conselho Local de Saúde
GPSMS	Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde
SAPS	Serviço de atenção Psicossocial
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SINAN	Sistema de Notificação de Agravos
SIM	Sistema de informação de Mortalidade
API	Avaliação do Programa de Imunização
SIAIU	Sistema de avaliação de Imunobiológicos Utilizados
PSA	Antígeno Prostático Específico
LH	Hormônio Luteinizante
FHS	Hormônio Folículo Estimulante
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
DIA	Diabetes
PNH	Política Nacional de Humanização
DBPOC	Doença Brônquica Pulmonar Obstrutiva Crônica

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	2
1 A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO.....	10
OBJETIVO GERAL	35
OBJETIVO ESPECÍFICO.....	35
2 REFERENCIAL TEÓRICO E PERCURSO METODOLÓGICO ..	37
2.1 PERCURSO METODOLÓGICO.....	66
2.1.1 TIPO DE ESTUDO	66
2.1.2 LOCAL DE ESTUDO	67
2.1.3 DELIMITAÇÃO DO CAMPO DE COLETA DE DADOS	69
2.1.4 ENTRADA NO CAMPO DE ESTUDO	72
2.1.4.1 PRINCÍPIOS ÉTICOS.....	72
2.1.4.2 SUJEITOS DO ESTUDO	73
2.1.4.3 O TRABALHO DE CAMPO	77
2.1.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	83
3 O ESTUDO DE CASO- CHAPECÓ/SC – USF	86
3.1 O MUNICÍPIO DE CHAPECÓ/SC	89
3.2 O BAIRRO E A UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA – CHAPECÓ/SC.....	116
3.3 AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA USF SEMINÁRIO.....	126
3.4 AVALIAÇÃO DO PROCESSO DA USF SEMINÁRIO	160
3.4.1 O FLUXOGRAMA ANALISADOR DOS USUÁRIOS	161
3.5 AVALIAÇÃO DE RESULTADO.....	241
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	255
5 REFERÊNCIAS.....	271
APENDICE.....	287
ANEXOS.....	295

RESUMO

COIMBRA, V. C. C. **Avaliação do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família**. Ribeirão Preto, 2007. 299 p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Esta pesquisa teve por objetivo a integralidade do cuidado ao portador de transtorno mental na Estratégia Saúde da Família (ESF). Foi realizado um estudo de caso, sendo este desenvolvido a partir de uma adaptação da avaliação proposta de Estrutura, Processo e Resultado de Donabedian (1984), com abordagem qualitativa dos dados. Para coleta de dados foi utilizado: observação e entrevista semi-estruturada. O estudo foi realizado no município de Chapecó-SC, região oeste do Estado de Santa Catarina. Foi selecionada uma Unidade de Saúde da Família da área urbana, com maior tempo de implantação dentre as pesquisadas, com equipe completa de acordo com as propostas e normas do Ministério da Saúde e com maior vulnerabilidade social da área adscrita. Os critérios utilizados para realizar a avaliação estão fundamentados nas respectivas publicações ministeriais: Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica, Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde: saúde da família, Cadernos de Atenção Básica – Programa de Saúde da Família: a implantação da unidade saúde da família (Caderno I), Guia Prático do Programa de Saúde da Família. A análise dos dados foi dividida em três temas: avaliação da Estrutura, avaliação do Processo e avaliação do Resultado. Na Estrutura, foram observados algumas limitações de área física (salas adaptadas) e de acesso (filas e tempo de espera para consultas médicas e odontológicas) importantes para oferecimento e manutenção da qualidade da assistência aos usuários. No Processo foi possível observar ruídos (na comunicação, na restrição do acesso aos prontuários pelos agentes de saúde, na identificação de situações de risco e na intersetorialidade) e potencialidades no processo de trabalho dos profissionais de saúde (tratamento odontológico na forma completada, a realização de visitas domiciliares, o vínculo e a disponibilidade para a escuta). No Resultado foi observado que o vínculo, a relação entre a equipe e comunidade, o cuidado à família, as visitas domiciliares, o olhar integral do profissional de saúde no exame físico foram relatados como motivos de satisfação dos usuários. E os motivos de insatisfação estiveram ligados ao acesso daqueles usuários que não fazem parte dos programas e sobre a área física. Ao final da pesquisa notou-se que a equipe apresentou um movimento organizacional favorável à integralidade do cuidado a saúde mental. Pois se percebeu, no caso estudado, o compromisso com a organização de uma rede de cuidados a saúde mental, tanto por parte da própria equipe, quanto pela gestão, apesar das limitações encontradas nas dimensões de Estrutura – Processo-Resultado.

Palavras Chaves: Avaliação dos serviços de saúde. Programa Saúde da Família. Assistência Integral à Saúde. Saúde Mental.

RESUMEN

COIMBRA, V. C. C. **Evaluación de lo cuidado en salud mental en la Estrategia Salud de la Familia**. Ribeirão Preto, 2007. 299 p. Tesis (Doctorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Esta investigación tuvo por objetivo evaluar la integralidad del cuidado al portador de trastorno mental en la Estrategia Salud de la Familia (ESF). Se realizó un estudio de caso, desarrollado a partir de una adaptación de la evaluación de Estructura, Proceso y Resultado propuesta por Donabedian (1984), con enfoque cualitativo de los datos. Para la recogida de datos se utilizó observación y entrevista semiestructurada. El estudio se realizó en el ayuntamiento de Chapecó-Santa Catarina, región oeste de este Estado, Brasil. Se seleccionó una Unidad de Salud de la Familia del área urbana, con mayor tiempo de implantación entre las investigadas, con equipo completo de acuerdo con las propuestas y normas del Ministerio de Salud y con mayor vulnerabilidad social del área adscrita. Los criterios utilizados para realizarse la evaluación están fundamentados en las respectivas publicaciones ministeriales: Plan Nacional de Inclusión de las Acciones de Salud Mental en la Atención Básica, Manual de Estructura Física de las Unidades Básicas de Salud: salud de la familia, Cuadernos de Atención Básica – Programa de Salud de la Familia: la implantación de la unidad salud de la familia (Cuaderno I), Guía Práctica del Programa de Salud de Familia. El análisis de los datos se dividió en tres temas: Evaluación de la Estructura, Evaluación del Proceso y Evaluación del Resultado. En la Estructura, se observó la presencia de importantes limitaciones de la área física (salas adaptadas) y de acceso (filas y tiempo de la espiera para consultas médicas y odontológicas) para la oferta y mantenimiento de la calidad de la asistencia a los usuarios. La Evaluación de Proceso se observar los ruidos (comunicación, restricción del acceso aos prontuários pelos agentes de la salud, na identificação de las situaciones del risco y na intersectorialidad) y potencialidades en el proceso de trabajo de los profesionales de salud (tratamiento odontológico completada, la realización de las visitas domiciliarias, el vínculo y la disponibilidad para la escuta). La Evaluación del Resultado fue observado que el vínculo, la relación entre el equipo y comunidad, el cuidado a la familia, las visitas domiciliarias, la mirada integral del profesional de salud en el examen físico, el número de usuarios a espera da consulta se relataron como motivos de satisfacción de los usuarios. Los motivos de la insatisfacción estavam relacionados al acceso daqueles usuarios que no hacen parte de los programas y con la área física. La equipo apresentou un movimento organizacional favoravel para la integralidad de lo cuidado para la salud mental. Se observó que el caso estudado, apresentou compromisso con la organización de una rede de cuidados para la salud mental, tanto para la equipo, quanto para la gestión, apesar de las limitaciones encontradas em las dimensiones de la Estructura –Proceso-Resultado.

Palabras Clave: Programa Salud de la Familia. Evaluación de Servicios de Salud. Atención Integral a la Salud. Salud Mental.

ABSTRACT

COIMBRA, V.C.C. **Assessment of the assistance in mental health in the Family Health Strategy**. Ribeirao Preto, 2007. 299p. Dissertation (Doctorate). Escola de Enfermagem de Ribeirao Preto, Universidade de São Paulo.

This study analyzes the integrity of the system for the care of the patient with mental disorders in the Family Health Strategy (FHS). A case study was undertaken by adapting the assessment of Structure, Process and Outcome proposed by Donabedian (1984), with a qualitative approach to the data. Observation and semi-structured interviews were drawn on in data collection and then a documental analysis was done. The study was carried out in Chapeco, Western region of the State of Santa Catarina. The oldest Family Health Unit was selected in the most socially vulnerable urban area, with a complete team according to the proposal and rules of the Ministry of Health. The criteria used to make the assessment are based on the respective ministerial publications: The National Plan for Inclusion of Mental Health actions in Basic Care, the manual of the physical structure of the basic units of health: family health, the Basic Care Booklet – Family Health Program; and the creation of a family health unit (booklet 1), Practical Guide to Family Health Program. The data analysis was divided into three subjects; structure assessment, process assessment and outcome assessment. In the structure assessment, important limitations on the offering and management of the quality of the patient care were observed but, despite those problems, the integrity was not damaged. The process assessment was made from the Analytic Flowchart. This flowchart showed the process used by the interviewer in the health sector in the town, allowing us to observe the problems and potencialities in the health professionals' work process. The outcome assessment was done by accessing user satisfaction. Through observation, we could obtain an assessment of the care offered and how the user benefits from the service organization to meet their needs. The bond, the relation between team and community, the care for the family, the home visits, the health professional's attentive look in the physical examination and the number of users waiting for an appointment were reported as reasons for satisfaction by the users. The assessment in Health, in modern times, contemplates a dynamic and innovative process both to the service organization and to the research. Thus, we could verify the interplay that guides the assessment process, pursuing the transformation and the improvement of policy practices and knowledge in mental health.

Descriptors: Health Program Family. Health Program Evaluation. Comprehensive Health Care. Mental Health.

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Este estudo nasceu de algumas observações realizadas durante o meu mestrado. Na ocasião da pesquisa sobre o acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Castelo Simões Lopes do município de Pelotas, onde foram observadas algumas características sobre a demanda que procurava o serviço. Alguns usuários que procuravam os CAPS apresentavam transtornos leves como, por exemplo: depressão, transtornos de ansiedade leve, dependência de álcool e drogas, dentre outros. Tais casos poderiam ser acolhidos, acompanhados e possivelmente resolvidos na Estratégia Saúde da Família (ESF) ¹. Destes usuários, alguns vinham encaminhados da ESF e outros por decisão pessoal.

Entre os resultados da pesquisa do mestrado, foi constatado que existem lacunas na rede de serviços de saúde mental para atender a demanda que não é específica para o CAPS e que, no entanto, necessita de algum tipo de assistência à saúde mental.

Também foi notada a ausência de serviços extra-hospitalares, de caráter social, que possam dar suporte ao CAPS e que possam assumir esta demanda que necessita de uma interação social.

A dificuldade da rede de cuidados na saúde faz com que casos que poderiam ser resolvidos na atenção básica à saúde passem para os CAPS, que, por sua vez, devolve o usuário para a rede básica, pois entende que é um transtorno leve, que poderia ser tratado na

¹ Nesta pesquisa será utilizada a nomenclatura Estratégia Saúde da Família (ESF) por se acreditar que se trata de uma estratégia de re-orientação do modelo tecno-assistencial, no sentido de fugir da concepção usual dos programas tradicionais concebidos pelo Ministério da Saúde. A Saúde da Família não pode ser vista como uma intervenção pontual no tempo e no espaço, e nem aparecer de forma paralela ou vertical às atividades rotineiras dos serviços de saúde, mas sim como uma estratégia que propõe a integração e organização das atividades em um território definido, com vistas à saúde do indivíduo/família e das comunidades (CHIESA; FRACOLLI; SOUSA, 2001).

Unidade Básica de Saúde. Caso houvesse um processo de educação continuada sobre saúde mental, juntamente com a disponibilidade dos profissionais da rede básica, um apoio matricial, e uma organização na rede de saúde de forma integral muito casos poderiam ser assistidos na atenção primária. A referência e contra-referência² dos usuários a serviços especializados precisariam ser organizadas de forma que os usuários tivessem suas necessidades amenizadas/resolvidas e ficassem satisfeitos com a atenção recebida.

Dessas constatações surgiram algumas perguntas, tais como: como a assistência à saúde mental na atenção primária está sendo realizada? Consegue ser resolutive? Como são realizados os atendimentos de saúde mental na atenção primária? Quais critérios estão sendo considerados na decisão de encaminhamento dos usuários ao CAPS? Os encaminhamentos feitos são acompanhados pela equipe? Há o retorno? Como os profissionais da atenção primária trabalham com a inserção social? A família está envolvida no cuidado? A ESF está colaborando com a autonomia do usuário? O cuidado a usuários com transtorno mental visa à integralidade?

Ao final do mestrado fui trabalhar na ESF em um município do Estado do Espírito Santo. Percebi, com o contato com a comunidade que no bairro havia um números significativos de usuários com problemas de abuso de álcool. Segundo um levantamento realizado por nossa Equipe de Saúde da Família, outro problema constatado por meio da leitura de prontuários dos usuários atendidos na unidade cerca de 2,74% dos usuários consultados tomavam medicamento psicotrópico (106 pessoas).

² Referência e contra-referência deveriam funcionar segundo Mendes (2001) na perspectiva dos sistemas integrados de serviços de saúde. A oferta e a utilização dos serviços de saúde deveriam ser feitas por um conjunto de pontos de atenção à saúde que se articulam numa rede capaz de prestar atenção contínua a uma população adscrita. Os pontos de atenção devem ser organizados de acordo com o primeiro contacto (significa acessibilidade); longitudinalidade (pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo); integralidade (garantir a população todos os tipos de serviços de saúde); coordenação (garantir a continuidade da atenção saúde); focalização da família (o sujeito da atenção é a família) e a orientação comunitária (reconhecimento das necessidades familiares).

Também pude constatar, durante as consultas de enfermagem, que alguns dos usuários que procuravam à unidade sofriam de algum tipo de transtorno mental. Quando era necessária uma referência de saúde mental o município contava com um psiquiatra que realizava suas consultas uma vez por mês, ou com duas psicólogas, uma que também realizava suas consultas uma vez por mês e outra integrava que integrava um projeto assistencial da prefeitura, mas quando solicitada realizava atendimentos para os usuários da ESF.

Nesta experiência profissional notei que as dificuldades para atender usuários com algum transtorno mental na atenção primária podem ser as mais variadas, entre elas, pode-se citar a hegemonia do olhar biomédico de determinados profissionais de saúde, centrado na queixa; déficit de capacitação em saúde mental para a equipe; dentre outras.

Para amenizar estas dificuldades realizava discussões sobre o cuidado a saúde mental. E mais tarde, no ano de 2004, já cursando o Doutorado no Programa de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas (DPCH) na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo, (USP) também realizei capacitação em saúde mental com ACS de outra equipe de saúde da família, também do mesmo município.

Neste mesmo período comecei também a cursar a Especialização de Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem, da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Núcleo de Educação à Distância (NEAD). Percebendo certas dificuldades em relação à saúde mental na ESF elaborei junto com duas colegas enfermeiras o trabalho de conclusão de curso da especialização utilizando como ponto de partida à capacitação em saúde mental. Esta pesquisa mostrou a importância da capacitação para os ACS sobre o cuidado da saúde mental na atenção primária, pois a partir dos conhecimentos

apreendidos em saúde mental, as suas contribuições para a comunidade assistida foram bastante positivas, oportunizando a inclusão de usuários nos serviços de atenção primária, bem como a continuidade das ações.

As inquietações sobre este binômio “saúde mental e atenção primária” e os questionamentos que haviam emergido ainda estavam sem respostas. Sendo assim optei em realizar uma pesquisa sobre este tema.

As disciplinas cursadas no ano de 2004 no curso de Doutorado ajudaram na construção do objeto de estudo, pois me aproximaram de textos sobre atenção primária, modelo de assistência à saúde, avaliação, família, dentre outros.

No primeiro semestre de 2005, tive a oportunidade de participar do Projeto de Aperfeiçoamento de Ensino (PAE). Durante esse estágio, junto à disciplina de sociologia, entrei em contato com textos que versavam sobre a profissão enfermagem e a sociedade em que vivemos. Essa oportunidade ajudou-me a perceber interessantes conexões entre diferentes faces do ser enfermeiro, do ser pesquisador-docente, do ser cuidador, formando uma totalidade que se dá em conjunção num único ser que trabalha e estuda com uma finalidade em comum - o cuidado a saúde das pessoas.

Outra ocasião importante para a construção do objeto de estudo foi à participação na equipe da pesquisa qualitativa do Estudo de Monitoramento e Avaliação do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF)³ desenvolvido pelo grupo de pesquisadores do Centro de Pesquisas Epidemiológicas do Departamento de

³ Projeto do governo brasileiro com financiamento do Banco Mundial, que tem por objetivo a expansão e a consolidação da estratégia nos municípios brasileiros. O PROESF está organizado em três componentes: Componente I – diz respeito à expansão e à consolidação da Estratégia Saúde da Família nos municípios com população maior que cem mil habitantes, na perspectiva da conversão do modelo de atenção à saúde. Busca viabilizar a Saúde da Família como porta de entrada do sistema, integrando os outros níveis de complexidade e assegurando a assistência integral à população. Suas linhas de investimento são: modernização institucional, adequação da rede de serviços; fortalecimento dos sistemas de avaliação e informação, e desenvolvimento de recursos humanos. Componente II – diz respeito a metas a serem alcançadas na capacitação das equipes. Componente III – refere-se ao monitoramento e à avaliação da atenção básica (BRASIL, 2005a).

Medicina Social da Faculdade de Medicina e do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel)⁴.

O Estudo de Monitoramento e Avaliação do PROESF do grupo de pesquisadores da UFPel realizou a avaliação a partir de uma abordagem quantitativa e qualitativa. A pesquisa teve como coordenador geral o Prof. Dr. Luiz Augusto Facchini.

A pesquisa, desenvolvida dentro dos Estudos de Linha de Base (ELB) do PROESF analisou o desempenho do Programa Saúde da Família (PSF) em 41 municípios dos Estados de Alagoas, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul e Santa Catarina (FACCHINI et al, 2006a). Todos os municípios selecionados para o ELB da UFPel tinham populações acima de 100 mil habitantes.

O ELB, através da abordagem quantitativa epidemiológica, avaliou a atenção básica à saúde em suas dimensões político-institucional, organizacional da atenção, cuidado integral e desempenho do sistema na totalidade dos municípios. ELB utilizou um delineamento transversal e incluiu a coleta de dados primários nos municípios (FACCHINI et al, 2006b).

Na abordagem qualitativa, foi avaliada a implantação da ESF analisada enquanto política pública que propõe a mudança do modelo assistencial na atenção básica. O eixo da avaliação consistiu na integralidade do cuidado, tendo em vista analisar a existência

⁴ O Ministério da Saúde lançou um edital voltado para o componente III do PROESF. O Estudo de Linha de Base (ELB) se constitui em uma pesquisa avaliativa sobre a situação da atenção básica nos municípios com população maior que cem mil habitantes. Os 231 municípios brasileiros com população maior que cem mil habitantes foram divididos em 14 lotes (ANEXO A), agrupados por proximidade regional, porte populacional e vias de acesso. Propunha-se que mesmo os municípios que não aderiram ao PROESF participassem da pesquisa, pois as informações levantadas foram referentes à atenção básica, independentemente do modelo adotado para a organização desse nível de atenção. Além do benefício do conhecimento da situação de saúde sobre a gestão local, outros benefícios trazidos pelos estudos puderam também ser estendidos aos municípios de grande porte, tenham eles aderido ou não ao PROESF. Foi realizada uma seleção para a escolha das instituições de ensino e pesquisa com experiência em avaliação (BRASIL, 2005a). Neste edital a UFPel foi selecionada para avaliar o lote 2 da região sul e o lote 2 da região nordeste.

de melhoria no acesso, acolhimento, fluxo, vínculo, comunicação e negociação na atenção em saúde (FACCHINI; 2006b).

Esta tese de doutorado é um subprojeto do estudo qualitativo da pesquisa dos Estudos de Linha de Base do monitoramento e avaliação da saúde da família desenvolvido pela UFPeL.

As disciplinas cursadas no doutorado, a participação no PAE, e a participação na equipe técnica do estudo qualitativo do PROESF, as discussões com a orientadora e as leituras de textos sobre ESF, integralidade e avaliação, foram os alicerces utilizados para construção do objeto de pesquisa, que mais tarde, foi fortalecido com a minha vivência como Professor Assistente I na disciplina de enfermagem psiquiátrica e saúde mental do Departamento de Enfermagem da UFPEL.

Desta forma, esta pesquisa tem como tema o cuidado à Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família e como objeto de estudo a integralidade do cuidado ao portador de transtorno mental no interior do processo de trabalho da equipe de saúde da família. Para responder as minhas inquietações o campo da avaliação surgiu indicando um caminho para a investigação.

No primeiro capítulo deste estudo, apresenta-se a construção do objeto de estudo, os pressupostos, uma revisão bibliográfica sobre integralidade (MATTOS, 2004; CONILL, 2004; DESLANDES, 1997), reformas sanitária e psiquiátrica (AMARANTE, 2001; ROTELLI, AMARANTE, 1992; BIRMAN, COSTA; 1994), a estratégia saúde da família (MENDES, 2001; LANCETTI, 2001; ROBERTO NETTO et al., 2001) como novo modelo assistencial, e suas convergências de discurso com a reforma psiquiátrica, buscando pensar numa assistência integral ao usuário com algum transtorno, e por fim, os objetivos da pesquisa.

No segundo capítulo discorro sobre o referencial teórico e o percurso metodológico. O referencial teórico utilizado é a dialética materialista, para assim compreender melhor a realidade social, com ênfase na produção das práticas de saúde que são operadas no interior do processo de trabalho, numa dada totalidade, focalizando significados e contradições da integralidade (MARX, 1968; KONDER, 1981; DESLANDES, 1997; KANTORSKI et al, 2006; MENDES GONÇALVES, 1992).

No terceiro capítulo aborda-se os achados da avaliação das dimensões de Estrutura – Processo - Resultado do estudo de caso.

O presente estudo foi desenvolvido em uma USF, localizada no município de Chapecó, situado no oeste do estado de Santa Catarina. A USF funciona há seis anos, sendo a mais antiga do município entre as estudadas.

Na primeira abordagem apresenta-se a avaliação da Estrutura da USF, por meio do Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde: saúde da família, Cadernos de Atenção Básica – Programa de Saúde da Família: a implantação da unidade saúde da família (Caderno I), tendo como eixo a organização da saúde no município de Chapecó.

Na segunda, exponho a avaliação do Processo através do fluxograma analisador do modelo de atenção do serviço de saúde de Merhy (1997), o qual foi utilizado para desenhar a organização de trabalho no serviço. . Assim, foi montado um fluxograma analisador para cada usuário entrevistado, evidenciando particularidades, o percurso de sua entrada, recepção, decisão das intervenções e saída do serviço e quais os encaminhamentos que o usuário recebeu. Ainda foi elaborado um outro fluxograma para a USF, representando as generalidades do processo de trabalho no serviço.

Na terceira abordagem mostro a avaliação do Resultado, onde apresento a avaliação dos usuários em relação ao atendimento prestado na USF, através de sua satisfação (PUENTES ROSAS; DANTES GOMEZ; GARRIDO LATORRE, 2006).

No quarto capítulo, para finalizar, ofereço uma síntese da pesquisa resgatando a relevância deste estudo sobre a avaliação da integralidade do cuidado ao portador de transtorno mental no interior do processo de trabalho da equipe de saúde da família e sua incumbência na construção e organização de uma assistência em saúde mental de qualidade.

CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

1 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

Esta pesquisa tem como objeto de estudo a integralidade do cuidado ao portador de transtorno mental no interior do processo de trabalho da equipe de saúde da família.

O Ministério da Saúde, no final de 1993, criou o Programa Saúde da Família (PSF)⁵, a implantação significou a expansão da Atenção Primária à Saúde no país, como proposta de reversão do tradicional modelo assistencial.

A ESF teve sua origem do Programa de Agentes de Saúde instituído pela Secretaria Estadual de Saúde do Ceará em 1987, como parte de um programa de emergência de combate à seca, com a repercussão política pelos resultados positivos, especialmente, na diminuição da mortalidade infantil no Estado, fez com que o Ministério da Saúde o estendesse a todo país em 1991, com denominação de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), a atuação desse programa aumentou a demanda para os serviços de saúde que não estavam correspondendo às necessidades de saúde dos usuários (MENDES, 2002).

Em 1994 o Ministério da Saúde lançou a ESF como política oficial da APS enquanto uma estratégia de organização do sistema de serviços de saúde. A ESF brasileira sofreu influências dos modelos de saúde do Canadá de promoção da saúde e de Cuba do médico da família (MENDES, 2002).

⁵ Nesta pesquisa a nomenclatura Programa Saúde da Família será substituído por Estratégia Saúde da Família como já explicado anteriormente.

O modelo brasileiro de saúde da família conta com uma equipe de saúde composta por um médico, um enfermeiro, um ou dois auxiliares ou técnicos de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde, cirurgião dentista e um auxiliar de consultório dentário (ACD) ou um técnico em higiene dental (THD).

A ESF é responsável por um território onde vivem em média seiscentas a mil famílias. O conceito de família utilizado nesta pesquisa é “todo grupo de pessoas que coabitam e desenvolvem entre si as mais variadas formas de parentesco” (LANCETTI, 2001, p.23).

Essa responsabilização dos profissionais pela saúde das famílias de um território, tem potencialidades para resgatar o vínculo, característica da Atenção Primária a Saúde, além de resgatar o fortalecimento dos princípios da universalidade, da acessibilidade, da integralidade e da equidade do SUS (MENDES, 2002).

A municipalização da gestão e o controle social da saúde favorecem a expansão das ações extra-hospitalares estabelecendo como prioridade à organização de práticas voltadas para atenção à família em seu espaço social como foco da atenção à saúde, inclusive com repasse financeiro diferenciado e garantido, para os municípios, com o PACS e com a ESF (BRASIL, 1994).

Segundo Roberto Neto et al. (2001) para que a transformação do modelo assistencial se realize é necessário repensar sobre o processo de trabalho dos profissionais da saúde e a reestruturação dos serviços de saúde, bem como sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade, reconhecendo a saúde como um direito de cidadania, expresso pela qualidade de vida das pessoas.

Em dezembro de 1999 (cinco anos após a implantação da ESF) existia 4.114 equipes de saúde da família, atuando em 1.646 municípios brasileiros. Em 2004 já são 19.182 implantadas em 4.498 municípios, mas nos municípios com mais de 100.000 habitantes a expansão ainda é pequena (FACCHINI, 2006b). A tendência é de propagação da estratégia a todas as cidades brasileiras, por isso foi realizado o PROESF.

Assim, a ESF e os CAPS têm entre seus objetivos o acolhimento garantindo assim o acesso universal dos usuários, são organizados de forma regionalizada (divisão por distritos sanitários), intersetorial (trabalham com outros setores públicos, como por exemplo: secretarias da cultura, educação, dentre outros) e contam com a participação da comunidade no desenvolvimento de suas ações, garantindo a cidadania dos portadores de transtorno mental até então excluídos da sociedade.

Os princípios estruturantes da ESF vão ao encontro daqueles que orientam a assistência à saúde mental, que também visa à integralidade, a inserção social, vínculo, acolhimento, participação da família no tratamento, dentre outros.

O trabalho na ESF poderia ser organizado para acolher pessoas, e com relações de poder mais flexíveis, no sentido de que as responsabilidades de decisão possam ser tomadas em conjunto, isto flexibiliza a organização do serviço e eleva o uso do serviço pelos usuários.

Tanto na ESF como nos serviços de saúde mental a escuta é muito importante, pois o usuário, através da sua fala cotidianamente revela a equipe de saúde às representações do que causa o seu sofrimento e suas necessidades.

Para Campos (1992), a (re) organização das práticas e o intercâmbio de conhecimentos com os usuários dos serviços objetivam alcançar a ampliação da autonomia dos pacientes, dos grupos, da coletividade, repensando a condição de sujeitos sociais capazes de auto cuidarem-se e de cobrarem das instituições o atendimento das suas necessidades.

Malta et al. (2000) apontam como questões centrais na organização dos serviços de saúde: a identificação da situação de risco, avaliação da gravidade; acesso a todos os usuários, permitindo que estes expressem seu sofrimento; construção de uma assistência multiprofissional e uma abordagem na perspectiva da integralidade do problema do usuário.

Para isso, se faz necessário uma discussão sobre o que está sendo tomado como integralidade. A integralidade é um atributo relevante a ser levado em conta na avaliação dos serviços de saúde, principalmente naqueles da Atenção Primária à Saúde (APS), e avaliar significa a realização de um julgamento de valor o que implica no reconhecimento da existência de diversos olhares sobre uma mesma realidade (CONILL, 2004).

A integralidade que se pretende na atenção básica, nesta pesquisa mais especificamente a integralidade do cuidado a saúde mental, aparece intrinsecamente relacionada à humanização do cuidado e ao reconhecimento da pluridimensionalidade do indivíduo e do processo saúde-doença (BOSI; UCHIMURA, 2006).

De acordo com Mattos (2004) a integralidade possui pelo menos três conjuntos de sentido, o primeiro seria a característica de políticas de saúde ou de respostas governamentais a certos problemas de saúde. O segundo conjunto de sentido seria relativo a aspectos da organização do serviço de saúde e o terceiro seria voltado para os atributos da

prática em saúde. Neste trabalho tentou-se olhar para o todos três aspectos da integralidade, com ênfase no terceiro, pois se estará focalizando a atenção em saúde mental na ESF.

Segundo Campos (2003) no conceito de integralidade, as pessoas são encaradas como sujeitos e, por isso, a atenção dirigida a elas deve ser totalizadora e levar em conta as dimensões biológicas, psicológicas e sociais, deste modo à abordagem do indivíduo baseia-se em um cuidado integral.

Ao trabalhar com a integralidade nesta pesquisa se está olhando também para os seguintes aspectos: acolhimento do usuário (o acesso ao serviço de saúde, o vínculo com os profissionais, à continuidade do cuidado), e se tratando de saúde mental a integralidade do cuidado passa pela sua inserção social, cuidado a família e a pela satisfação do usuário. Estes aspectos serão usados como indicadores qualitativos de avaliação no presente estudo.

Entende-se que integralidade na saúde a partir da produção bibliográfica e teórica do grupo Laboratório de Pesquisa de Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS)⁶.

A integralidade pode ser pensada em diferentes dimensões. A integralidade focalizada é aquela que acontece nos diversos serviços de saúde, por meio escuta atenta e cuidadosa dos usuários para identificar suas necessidades de saúde. Entretanto, ela também pode ser ampliada, ou seja, ser entendida como o resultado da articulação de cada serviço com uma rede complexa composta por outros serviços e instituições. Sendo assim, a integralidade

⁶ É um programa de estudos que reuni um colegiado de pesquisadores que auxiliam na identificação e construção de práticas de atenção integral a saúde. A proposta do grupo é repensar a noção de integralidade a partir da análise, divulgação e apoio a experiências inovadoras. Esse trabalho é multidisciplinar e tem como ponto de partida o conhecimento que é construído na prática dos sujeitos nas instituições de saúde e nas suas relação com a sociedade. Esse colegiado entende integralidade como um amplo conceito, uma ação social que resulta da interação democrática entre os sujeitos no cotidiano de suas práticas na prestação do cuidado a saúde em diferentes níveis do sistema (LAPPIS, 2007).

é pode ser entendida como uma a escuta atenta e compromisso de todos, mesmo aqueles considerados especialistas (CECCILIO, 2006).

A integralidade vai além do cuidado integral, perpassa por uma rede de cuidados baseado em políticas públicas integrais, onde o usuário do serviço de saúde tem acesso aos vários níveis de saúde de forma universal e igualitária, em que a promoção da saúde e prevenção de doenças estejam articuladas com a dimensão assistencial.

Segundo Alves (2006) a integralidade possui dois componentes indissociáveis a intersetorialidade e a diversificação, se as equipes não puderem lidar com os problemas complexos, ter-se-ia que se diversificar a oferta de maneira integrada buscando em outros setores aquilo que a saúde não oferece. Ao se pensar em saúde mental esses componentes teriam que ser indissociáveis, pois algumas necessidades de saúde do usuário com transtorno mental vão além do setor saúde.

Em 2006 o Ministério da Saúde emitiu a Portaria 648 de 28 de março que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica⁷, estabelecendo revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a ESF. Nessa portaria o princípio da integralidade esta presente como um dos fundamentos da Atenção Básica.

⁷ A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006)

A Atenção Básica tem como fundamentos: possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade; efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços; desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação; realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e estimular a participação popular e o controle social. Visando à operacionalização da Atenção Básica, definem-se como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde. Outras áreas serão definidas regionalmente de acordo com prioridades (BRASIL, 2006a, p. 3)

A integralidade, nessa portaria está contemplada em vários aspectos como a integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção de saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação; trabalho de forma interdisciplinar e em equipe; e coordenação do cuidado na rede de serviços.

Concorda-se com Mattos (2006) que a integralidade é mais do que uma diretriz do SUS definida constitucionalmente, ela é uma “bandeira de luta”, parte de um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de práticas que são consideradas por alguns desejáveis. “Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária” (MATTOS, 2006, p.44).

Sendo assim, temos como primeiro pressuposto que **a ESF possui potencialidades para cuidar de casos de transtornos mentais, tornando a assistência mais resolutiva na construção da integralidade da rede de saúde.**

Experiências como o Programa Qualis/PSF, a de Sobral e Quixadá no estado do Ceará são experiências bem sucedidas, resultantes da parceria Saúde Mental – ESF.

A primeira experiência, a do Programa Qualis/PSF dirigido por David Capistrano em São Paulo-SP, trabalhava com a questão de inclusão do usuário com problema psiquiátrico na família e na comunidade, sendo feitas capacitações com as equipes de saúde da família e acompanhamento dos casos com as equipes. A segunda experiência do município de Sobral com a implantação da saúde da família e saúde mental, também apresentou propostas bem sucedidas, uma vez que, inicialmente, descredenciou uma casa de repouso que funcionava com um manicômio e organizou dois novos dispositivos terapêuticos: o serviço residencial terapêutico e a unidade de internação psiquiátrica no hospital geral. Além disso, integrou o serviço especializado a atenção básica, capacitando as equipes de saúde da família, promovendo, ainda, suporte de equipes de saúde mental para equipes de saúde da família (LANCETTI, 2001).

E a terceira experiência diz respeito a outro município que se destacaram com bons resultados da parceria CAPS-ESF que foi o município de Quixadá no Ceará que teve importantes ações bem sucedidas como, por exemplo: a participação da equipe de saúde da família nas atividades do CAPS, treinamentos, capacitações, bem como supervisão de casos (LANCETTI, 2001).

Conforme o autor, isso contribuiu significativamente para redução do uso dos benzodiazepínicos no município (de 10.000 para 3.500 comprimido por mês). Outro dado importante diz respeito às internações psiquiátricas, onde 95% das internações passaram a ser realizadas no hospital geral, e após dois anos dessa parceria ocorreu também à diminuição de internação em hospital psiquiátrico especializado da capital Fortaleza, o número de internações baixaram de oito por semana para seis ao ano.

Lancetti (2001) aponta algumas características da ESF que possibilitam a inserção das ações de saúde mental, isto é, a equipe de saúde da família atua na comunidade; descentraliza a relação médico-paciente para a relação usuário-equipe; aperfeiçoa a cobertura e conquista a universalidade - atende por necessidade e não por demanda - contribui para a participação da comunidade nas ações de saúde e finalmente acolhe e escuta as necessidades do usuário.

Segundo Mendes (2001) a Atenção Primária à Saúde poderia resolver de forma eficaz e humanizada, 90% dos problemas dos usuários. O autor ainda ressalta que o SUS optou por organizar a APS através do modelo da saúde familiar. Para ser de fato resolutiva a Estratégia Saúde da Família necessita qualificar os profissionais da saúde da família no que se refere aos problemas freqüentes encontrados na USF, e a saúde mental seria um deles. Pois muitas vezes alguns transtornos leves não são identificados, e são tratados como queixas pontuais. Sendo assim, é de real importância que os profissionais estejam qualificados para prestar assistência humanizada e de qualidade a população assistida.

A ESF tem possibilitado revelar um contexto no qual emergem os problemas e também algumas das possibilidades de respostas. Ao mesmo tempo, o trabalho efetivo com as

pessoas em seu território revela diversas formas de sofrimento, de desassistência, de processos que transformam as diferenças, de desigualdade e de exclusão.

Acredita-se que a ESF poderia integrar as ações de saúde e desta forma unificar os programas de saúde existentes no país transformando-os em ações conjuntas e mais abrangentes, e não mais em ações paralelas e desarticuladas.

A inclusão da saúde mental na atenção básica tem sido discutida em diferentes âmbitos. Com isso, o Ministério da Saúde promoveu uma Oficina de Trabalho para discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica. A inclusão também foi discutida na III Conferência Nacional de Saúde Mental. Em ambos os eventos, realizados em Brasília em 2001, foram construídos princípios, propostas e ações da saúde mental para serem desenvolvidas na ESF (BRASIL, 2003; CNS, 2002), são algumas delas:

- Atender ao princípio da integralidade incluindo a atenção aos portadores de sofrimento psíquico nas ações básicas de saúde e, também, incorporar as ações de saúde mental na ESF.
- Reorganizar a Rede de Atenção Integral à Saúde Mental enfatizando a Atenção Básica (entender esta como um conjunto de unidades e ações articuladas em um território, sob o eixo do acolhimento, vínculo e heterogeneidade).
- Priorizar as ações de cuidados primários de saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde, no que tange aos quadros clínicos e subclínicos de depressão, ansiedade e suas relações com outras doenças e promoção de palestras sobre saúde mental; buscando construir novos espaços de reabilitação psicossocial dentro da comunidade que criem mobilização social.
- Garantir que a Rede Básica de Saúde desenvolva ações de vigilância à saúde na área de Saúde Mental, no sentido de localizar e atuar nas áreas de risco geradoras de sofrimento

mental (locais de trabalho, condições de moradia e outras), contribuindo assim para desenvolver a ação intersetorial necessária para a redução do sofrimento; e mobilização de recursos comunitários estabelecendo articulação entre associações de bairros, conselhos tutelar, dentre outras organizações populares;

- Criar, em âmbito nacional, principalmente nas regiões que não dispõem de psiquiatras, protocolos de atendimento e prescrição de medicações psiquiátricas dirigidos aos médicos generalistas, com a finalidade de atender pessoas com problemas mentais e de impedir a medicalização excessiva, que também é geradora de sofrimento.
- Garantir o acesso do portador de transtornos mentais ao tratamento odontológico, de Fonoaudiologia e de Terapia Ocupacional na Rede Básica de Saúde.
- Incluir, nas agendas municipais de saúde, a atenção à saúde mental, definindo elementos para compor o pacto de criação de indicadores da atenção básica.
- Garantir maior resolubilidade e capacidade da Rede Básica de Atenção, com capacitação em saúde mental das equipes mínimas da ESF, garantindo a integralidade da atenção, dimensionando equipes especializadas de referência (para atendimento e assessoria – equipe matricial) que podem ser específicas, ou aquelas dos serviços de saúde mental especializadas já existentes.
- Garantir a incorporação das ações de saúde mental na ESF, mediante oferta de ações mais locais por parte dos profissionais de Saúde da Família, tais como: visita domiciliar, potencialização de recursos comunitários, atendimentos em grupo e individuais, em articulação com os profissionais de saúde mental.

- Garantir que cada município conte com atendimento e integração da assistência à saúde mental na rede básica (PACS/PSF/Centros de Saúde comunitários).
- Garantir que as equipes multiprofissionais de saúde mental que trabalham junto a ESF atenderão prioritariamente aos casos graves e observarão a seguinte proporção para sua constituição: um profissional de saúde mental para cada duas equipes de Saúde da Família.
- Promover a prevenção em saúde mental por meio da oferta de atividades para este fim (por exemplo: esportes comunitários, grupos de mães, oficinas de arte e de ofícios, grupos de apoio, lazer e outros), desenvolvidas preferencialmente por recursos comunitários, Saúde, PACS, ESF e comunidade e incorporar a saúde mental nas ações voltadas para: hipertensão, diabetes, saúde da mulher, criança e adolescente, idoso, alcoolismo e drogas, violência urbana entre outros;
- Criar equipes volantes de saúde mental, capacitadas nos princípios da Reforma Psiquiátrica, que funcionem como referência às equipes do PSF e das Unidades Básicas de Saúde, de acordo com a necessidade epidemiológica de cada localidade ou para cada grupo de cinco equipes.
- Garantir supervisão continuada no desenvolvimento do trabalho conjunto das equipes PACS/ ESF e Saúde Mental e, também, avaliar as ações de saúde mental executadas pelas equipes de Saúde da Família visto que a estratégia é recente.
- Implantar serviços de atendimento/internação domiciliar em saúde mental realizados por equipes itinerantes ou equipes do PACS/ESF.
- Criar a ficha “B” de Saúde Mental no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), como forma de coletar dados para acompanhar, monitorar e avaliar os usuários portadores de transtornos mentais atendidos pela Equipe de Saúde da Família. E o grupo

“Atenção à Saúde Mental” do sistema de informações ambulatoriais do SUS na designação “atendimento a grupos específicos da tabela de procedimentos”.

- Sensibilizar as equipes de saúde da família para a compreensão dos pontos de vulnerabilidade que possam provocar uma quebra ou má qualidade dos vínculos familiares e sociais; a atenção e sensibilização para a escuta; e a compreensão da dinâmica familiar e das relações sociais envolvidas.
- Acompanhar a rede básica usuários egressos de internações psiquiátricas, egressos dos CAPS, e de outros recursos ambulatoriais especializados;
- Construir intervenções terapêuticas de forma individualizada, respeitando a realidade específica local e voltada para a inclusão social;
- Defender a inclusão das ações em saúde mental no nível básico da atenção, no elenco de Ações e Programas exigidos pelas Normas Operacionais de Atenção a Saúde/2001 (NOAS/2001). De modo que sejam cumpridas as metas da OMS, quando, em sua recente Assembléia Mundial, em maio de 2001, deliberou pela ampliação dos cuidados em saúde mental na Atenção Básica à Saúde.

A NOAS/02⁸ já traz uma pequena descrição sobre as ações de saúde mental como parte da assistência básica e a Portaria 336/02 em seu texto também aborda a interlocução entre os Centros de Atenção Psicossocial e o Programa Saúde da Família (BRASIL, 2002a). Sendo assim, acredita-se que a ESF possui potencialidades para cuidar de casos de transtornos mentais com vistas a integralidade do cuidado.

⁸ A NOAS amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde em busca da equidade, criando mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e atualizando os critérios de habilitação de estados e municípios (Brasil, 2002b).

A ESF apresenta-se como estratégia do cuidado que valoriza os princípios de formação de vínculo com a população, a integralidade na atenção, trabalho em equipe com enfoque multidisciplinar⁹, ênfase na indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde, com fortalecimento das ações intersetoriais, territorialização e estímulo à participação da comunidade, entre outros, consolidando, assim, os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

A necessidade de inserir questões de saúde mental na dinâmica da ESF se evidencia diariamente, nas práticas de saúde, uma vez que a chegada de usuários com sofrimento psíquico nas unidades de saúde é bastante freqüente, as queixas são as mais variadas e para isso seria importante a equipe estar preparada para oferecer maior resolutividade¹⁰ aos problemas destes usuários.

Na pesquisa de ELB/UFPEL foi identificada que a proporção de idosos que referiram problemas de nervos foi de 34%, sendo significativamente maior nas cidades de porte populacional entre 100.001 a 200.000 habitantes. A consulta por este motivo foi realizada na UBS por 16%, sendo maior esta utilização pela população das UBS do tipo PSF pré-PROESF (23%). O uso de medicamentos para problema de nervos foi referido por 60% dos idosos, outras formas de tratamento além da indicada pelo médico foram adotadas por 46% dos informantes e uma reduzida proporção (2%) destas pessoas participou de atividade de grupo para portador de sofrimento psíquico na UBS (FACCHINI et al, 2006b).

⁹ Comprometimento de vários profissionais (enfermeiro, médico, dentista, agente comunitário de saúde, auxiliares ou técnicos de enfermagem, auxiliar de consultório dentário ou técnico de higiene dental, auxiliar administrativo, dentre outros) com o trabalho na ESF, ou seja, uma relação de troca técnica e de saberes científicos ou não.

¹⁰ Este conceito segundo Campos (1988) se trata de um neologismo gramatical, ou seja, não existiria “resolutividade” e sim “resolubilidade” como qualidade daquilo que é resolutivo.

Hoje, mais do que oferecer um cuidado básico a ESF vem se deparando com a necessidade de oferecer um cuidado mais abrangente. No campo da ESF pode se concretizar um novo fazer saúde e trabalhar a saúde mental na comunidade, estimulando reflexões sobre a prática desta assistência (CABRAL, 2001).

A estratégia não implica apenas no atendimento a programas pré-estabelecidos (hipertensão, diabetes, pré-natal, dentre outros), mas requer um atendimento universal, abrangente e integral, que visa à realidade social e as necessidades de saúde dentro da família (indissociabilidade das ações de promoção, prevenção, reabilitação e clínica).

Casé (2001) sugere que em municípios que possuam Centro de Atenção Psicossocial haja uma ampliação da comunicação entre estes serviços com as equipes de saúde da família, o que proporciona maior qualidade, acompanhamento contínuo e longitudinal, e rapidez no atendimento das demandas que habitualmente são da saúde mental.

Deste modo se tem como segundo pressuposto que a ESF possibilita um contato contínuo e longitudinal com o usuário e família contribuindo para a integralidade do cuidado

Integralidade do cuidado nesta pesquisa está sendo entendida como a integração de serviços através de uma rede de cuidado a saúde, onde o usuário pode ter sua necessidade atendida tendo acesso a vários tipos de assistência. Nesta rede de cuidados a partir da integralidade do cuidado o usuário é visto em seu contexto social, econômico, cultural, e os profissionais devem levar em conta o entendimento do processo saúde doença do usuário.

Na dinâmica de assistência à saúde mental, na ESF, o envolvimento da família no cuidado dos usuários portadores de sofrimento psíquico é muito importante.

Segundo Campos (2000), a família como parte da comunidade constrói contratos, ou seja, constitui relações conscientes, transformando o compromisso entre a família e a equipe em estratégias de relação de ajuda mútua.

A equipe de saúde deve proporcionar momentos de troca de experiências dos diferentes familiares e o serviço oportunizando a aprendizagem mútua (KOGA; FUREGATO, 1999).

O cuidado à saúde mental na ESF possibilita aos usuários e seus familiares a oportunidade de assumirem o papel de agente transformador da realidade, opinando e participando ativamente das discussões sobre as políticas da saúde mental. Com isso, abrem-se importantes portas para aproximação da família ao serviço e do serviço à família.

É importante o trabalho com as famílias dos usuários para que estas não excluam os usuários do convívio familiar, a fim de que se discuta claramente a importância da inclusão a família, bem como temáticas relacionadas ao estigma e ao preconceito ainda existente na comunidade relacionado ao portador de transtorno psiquiátrico.

Ao envolver a família no cuidado há a necessidade dos serviços oferecerem suporte para que ela consiga enfrentar as dificuldades no relacionamento com a loucura. A sobrecarga, a culpa, o isolamento social, a carência de informações, problemas de vínculo com os profissionais de saúde, situações de crise, emergência, conflitos familiares, são alguns problemas que com o suporte da equipe pode diminuir a carga emocional da família e do

próprio usuário aumentando o nível de interação e empatia da família com seu familiar doente (MELMAN, 2001).

Nesse sentido, Scatena (2000) ressalta que a família, direta ou indiretamente, afeta e é afetada por todas as intervenções de saúde. Sendo assim, o processo de intervenção na saúde envolve a todos: indivíduo, família, comunidade e profissionais. A família é apontada como o maior recurso na reabilitação do indivíduo em sofrimento psíquico, por isso deve ser estabelecida uma parceria entre indivíduo, família e profissional.

Assim, o terceiro pressuposto que direciona o presente estudo é de que a ESF pode contribuir para reinserção social do portador de transtorno psíquico, pois assiste esse no seu território, seguindo as diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

As reformas não são os focos deste estudo, mas para tentar pensar em uma rede¹¹ tendo a ESF como ponto de integração de saúde visando um cuidado integral do usuário com transtorno psíquico, se torna importante, neste momento, fazer uma breve história da trajetória das Reformas Sanitária e Psiquiátrica.

A história da assistência psiquiátrica no Brasil seguiu as tendências mundiais de exclusão do “louco” nos hospitais psiquiátricos com propósito de cura e de afastar do convívio social por causa de sua pretensa periculosidade.

Movimentos psiquiátricos mundiais questionavam a eficácia das instituições asilares como as comunidades terapêuticas na Inglaterra e psicoterapia institucional na França (reformas restritas a assistência asilar); a psiquiatria de setor na França e a psiquiatria

¹¹ Podem ser entendidas como linhas de cuidado que perspassam e são viabilizadas em todos serviços, sendo centradas nos usuários, pressupondo a articulação com os outros recursos da sociedade, como apoio familiar, religiosidade, alternativas de sustentação econômica, moradias, redes de solidariedade, entre outros (SILVA JUNIOR, ALVES, ALVES, 2005).

preventiva nos Estados Unidos (reformas que visavam superar o espaço asilar); e por último a antipsiquiatria na Inglaterra e a psiquiatria democrática ou desinstitucionalização na Itália (projetos que representavam a ruptura com os movimentos anteriores colocando em questões o conceito de doença mental, instituição, saberes psiquiátricos e as formas de tratamento) todos esses movimentos tiveram reflexos de alguma forma no processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil (BIRMAN; COSTA, 1994).

A psiquiatria preventiva deu início aos cuidados de saúde mental na comunidade, sua concepção do processo saúde-doença considerava a natureza multifatorial das doenças mentais - fatores físicos, psicossociais e sócio-culturais, a psiquiatria preventiva tinha como seu local de intervenção a comunidade e a prática assistencial já trazia a noção de trabalho em equipe (CAPLAN, 1980).

As mudanças na assistência psiquiátrica no Brasil começaram nos anos 50 e 60 influenciadas pelos movimentos de comunidade terapêutica e pelo preventivismo americano (AMARANTE, 2001).

A Reforma Psiquiátrica teve seu início no Brasil, no final dos anos 70, mais especificamente, entre os anos 1978 e 1980, tendo o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) ¹² como o principal sujeito político no projeto da reforma psiquiátrica brasileira (AMARANTE, 2001).

¹² O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental tinha por objetivo constituir-se em um espaço de luta não institucional, sendo um locus de debate e encaminhamento de propostas para transformação das práticas assistenciais da psiquiatria. Com isso, organizava encontros, reunia trabalhadores de saúde, associações de classe, entre outros setores da sociedade (AMARANTE, 2001).

A Reforma Psiquiátrica apresentava-se como um movimento contra-hegemônico ao sistema asilar, que defendia outras formas de cuidado aos portadores de transtornos mentais, ou seja, uma assistência comunitária contínua e participativa.

O movimento de desinstitucionalização que ocorreu na Itália desde os anos 60, liderado por Franco Basaglia, contribuiu significativamente para o processo de crítica as instituições psiquiátricas e para a proposição de mudanças no campo da saúde mental, que começa a ocorrer no cenário brasileiro no final dos anos 70 (KANTORSKI; SILVA, 2001).

Para romper, no âmbito teórico, com o modelo assistencial vigente, buscando transformar o valor do saber médico da explicação, compreensão e tratamento das doenças mentais surge a desinstitucionalização - conceito este elaborado no sentido de desconstrução (AMARANTE, 2001).

A Reforma Psiquiátrica deseja a reversão do círculo vicioso crise – internação – novas crises, mas para isto faz-se necessário uma rede de serviços habilitada para interromper este ciclo e garantir a continuidade da vida em sociedade para os portadores de transtornos mentais.

A década de 80 se caracterizou por ser uma década marcada por importantes transformações políticas, pois já nos primeiros anos havia todo um movimento político para a volta da democracia ao país, que viveu sob o governo militar por quase vinte anos. Esse processo de redemocratização foi fortalecido pela eleição mesmo que indireta do primeiro governo civil da Nova República. E em meio todas estas mudanças houve um movimento político-ético na busca da transformação do setor saúde que foi chamada Reforma Sanitária.

Em 1986 aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) e a partir desta conferência a saúde passou a ser entendida como um direito do cidadão e um dever do estado.

A nova conjuntura da psiquiatria brasileira toma forma, a partir de 1987, com a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM); com a criação do primeiro CAPS do Brasil, em 1987 em São Paulo (Centro de Atenção Psicossocial Luis da Rocha Cerqueira); com a criação do projeto de Lei 3.657/89; e com a Declaração de Caracas que orientava a reestruturação da assistência psiquiátrica, através da adequação das legislações, de tal forma que assegurasse o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais, e a reorganização dos serviços para a superação dos modelos convencionais de assistência psiquiátrica (ROTELLI; AMARANTE, 1992).

Em meio a todo processo de redemocratização da sociedade civil brasileira, e as reformas no setor saúde, foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS) que garante, a todo cidadão brasileiro, o direito a saúde, a partir da Constituição Federal de 1988 (MENDES, 2002).

O SUS estabeleceu a saúde como direito de todos e dever do Estado, sendo assim toda a população deveria ter acesso às ações de saúde sem qualquer discriminação (SANTINI; GOULART; REIS, 1991).

O SUS resultou da pressão social de grupos de intelectuais, sanitaristas, movimentos populares e sindicalistas estabelecendo um novo referencial e novos padrões da organização da saúde no país, por defender a descentralização da gestão e o controle social exercidos pelos conselhos de saúde (compostos por usuários, trabalhadores, gestores e prestadores de saúde).

Para regulamentar e financiar o SUS se tem as chamadas Leis Orgânicas de Saúde (LOS nº 8.080/90 e 8.142/90) e as Normas Operacionais Básicas (NOB) de 91/93/96 (BRASIL, 1999). Em 1991 a regulamentação da política nacional de saúde mental se deu através das Portarias 189/91 e 224/92 que definem claramente a integralidade como componente obrigatório dessa política.

Nesse mesmo período o campo de atenção à saúde mental passou por importantes transformações conceituais e operacionais buscando a reorientação do modelo historicamente centrado na referência hospitalar por um novo modelo de atenção descentralizado e de base comunitária. A incorporação da assistência à saúde mental na APS, rede diversificada de serviços pode contribuir para alavancar este modelo oferecendo melhor cobertura assistencial dos agravos mentais e maior potencial de reabilitação psicossocial para os usuários do SUS.

O processo de transformação da assistência em saúde mental no Brasil caracterizou-se pela criação de novos serviços e de novas estratégias de cuidados. Este processo foi marcado por uma reflexão crítica sobre os conceitos fundamentais da psiquiatria tradicional tais como a doença mental, alienação, isolamento, terapêutica, cura, saúde mental, normalidade, anormalidade, que operam uma profunda transformação no modelo assistencial, construído sobre a égide de novos conceitos, tais como desinstitucionalização, territorialização, acolhimento (YASUI, 2003).

As últimas três décadas foram marcadas por grandes avanços no setor saúde, entre eles pode-se observar a trajetória da reforma psiquiátrica e a ascensão de um cuidado à saúde mental preocupado com a inclusão social, a cidadania e a integralidade do cuidado.

Com isso, também, é importante perceber que a reforma psiquiátrica no Brasil, se deu em meio à reforma sanitária, ou seja, uma grande reforma no setor saúde, também com vistas à garantia de direitos e a garantia e manutenção da qualidade nas práticas assistenciais.

A reforma sanitária tomou um impulso com a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em 1978, realizada em Alma Ata, na Rússia, com o lema “Saúde para todos no ano 2000”. E a partir da 7ª CNS, em 1980, a Atenção Primária à Saúde tornou-se uma orientação nacional para reorganizar o modelo assistencial nos serviços básicos de saúde (SCHRAIBER; MENDES GONÇALVES, 1996).

A APS pode ser a porta de entrada dos serviços de saúde, oferecendo a garantia de atendimento ao usuário, independente da presença ou ausência de enfermidade, ela trabalha com necessidades de saúde que se revelam complexas, sendo assistidas em um nível próprio de atendimento (OLIVEIRA, 2003).

Enfim a reforma sanitária estruturou uma proposta de assistência a partir da APS. E a reforma psiquiátrica após anos de uma assistência psiquiátrica basicamente manicomial – modelo assistencial centrado no leito psiquiátrico, começou vivenciar novos rumos do modelo de assistência em saúde mental, os hospitais estão sendo substituídos por uma rede de serviços de atenção integral à saúde mental (CAPS, Ambulatórios de saúde mental, leitos em hospital geral, emergências psiquiátricas, dentre outros). Esses novos rumos fazem com que os sujeitos implicados assumam:

[...] o desafio de se estar criando estruturas ‘culturalmente sensíveis’, substitutivas aos habituais sentimentos de distanciamento e repulsa que costumam prevalecer na relação entre cuidadores e usuários de instituições psiquiátricas que deveriam ser públicas no seu amplo sentido de acolher e de tratar os que delas necessitem (PITTA, 1994:648).

Com os serviços de saúde mental foi tentada a construção de uma rede única de cuidados a saúde, mas infelizmente o que vemos na prática é a formação de uma rede paralela de assistência à saúde mental. Ou seja, os portadores de transtorno psíquico na maioria das vezes são excluídos da ESF e direcionados a serviços específicos de assistência a saúde mental, mesmo que este problema possa ser resolvido na ESF.

Tendo como propósito da Reforma Psiquiátrica a reabilitação psicossocial¹³, ou seja, a (re) inserção do usuário no núcleo familiar, na comunidade e no trabalho torna-se necessário a participação efetiva da rede básica de saúde. Desta forma, é importante para a mudança de modelo assistencial contemplar a integração das ações entre os serviços da rede de saúde com os Centros de Atenção Psicossocial, Ambulatórios de Saúde Mental, Unidades de Emergência Psiquiátricas, Serviços para internação breve e de longa permanência e a Estratégia Saúde da Família.

Nestes serviços o ato de cuidar exige dos profissionais uma postura técnico-política constante, que mobilize e envolva a comunidade. Para isso, torna-se importante haver maior responsabilização das pessoas e famílias, com a finalidade de construir com elas melhor qualidade de vida (CABRAL, 2001).

Os serviços de saúde, hoje, norteados pelos princípios do SUS, estão ampliando a assistência à saúde, em busca de oferecer saúde as pessoas. Eles estão buscando transformar suas práticas para assim reverter à lógica de um modelo assistencial centrado na doença e na sua cura para um modelo centrado na saúde do usuário. (ROBERTO NETO et al, 2000).

¹³ Reabilitação Psicossocial pode ser entendida como o processo pelo qual se facilita ao indivíduo com limitações, a restauração, com o melhor nível possível de autonomia de suas funções na comunidade (OMS, 2001)

A Estratégia Saúde da Família propõe a reorientação do modelo técnico-assistencial¹⁴ de saúde tradicional (biomédico), centrado na doença, na cura de problemas específicos, no aparato tecnológico oferecido pelos especialistas, que encarecem a assistência, para um modelo que apresenta indissociabilidade da promoção da saúde do indivíduo/família/comunidade e o tratamento clínico (BRASIL, 2000a).

A Unidade de Saúde da Família (USF) deve se constituir na porta de entrada do sistema de saúde, sendo assim, a equipe de saúde da família desta unidade pode ser uma das principais parceiras para a integração das ações de saúde mental. Segundo Alves et al. (1994) o momento atual, se caracteriza por importantes mudanças no sistema de saúde brasileiro, sendo este, um momento privilegiado para a implantação e a transformação efetiva na área de saúde mental.

Uma equipe que atende na perspectiva da integralidade deve ser capaz de identificar a doença que causa o sofrimento manifestado, dar resposta imediata à dor e reconhecer a necessidade de outras intervenções relacionadas à promoção de saúde e a prevenção das doenças, ou seja, o que caracteriza a integralidade é obviamente a apreensão aplicada às necessidades do usuário (MATTOS, 2004).

Ao pensar que a ESF está assentada na integralidade e na abordagem continuada (vê o indivíduo no contexto que vive), ressaltamos que é justamente isto que a saúde mental propõe, ou seja, eleger a comunidade e a família como lócus da intervenção e a equipe de saúde da família como eixo da assistência e da proximidade.

¹⁴ É a exposição das diretrizes básicas de um determinado projeto de política social para a área de saúde, expressando, assim, os interesses políticos de determinados agrupamentos sociais. Procurando expressar um modelo a partir das relações que se estabelecem entre as ações de saúde e o conjunto das práticas e políticas existentes em uma sociedade específica (MERHY; CECILIO; NOGUEIRA FILHO, 1991).

Acreditando na possibilidade de melhores condições de atendimento que visem à integralidade e reconhecendo que não é possível em um só estudo incluir todos estes aspectos, optamos por fazer um recorte da realidade, construindo o objeto de investigação, contemplando a integralidade do cuidado à saúde mental na ESF.

Sendo assim o objeto de estudo desta pesquisa é a integralidade do cuidado ao portador de transtorno mental no interior do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família.

Deste modo, tenho como objetivo geral avaliar a integralidade do cuidado ao portador de transtorno mental na Estratégia Saúde da Família, tendo como indicadores o acolhimento, inserção social, cuidado a família e a satisfação do usuário¹⁵.

E como objetivos específicos:

- Analisar as potencialidades da Estratégia Saúde da Família para cuidar de usuários que apresentem transtornos psíquicos, bem como de suas famílias.
- Analisar o acolhimento do usuário com transtorno mental pela Equipe de Saúde da Família, desde o acesso até o cuidado contínuo, olhando para a forma com que o portador de sofrimento mental se torna objeto de trabalho em saúde.
- Identificar os mecanismos/estratégias de participação e fortalecimento da família no cuidado do usuário com transtorno psíquico.

¹⁵ Os indicadores utilizados nesta pesquisa serão apresentados, conceituados e discutidos no referencial teórico.

REFERENCIAL TEÓRICO E PERCURSO METODOLÓGICO

2 REFERENCIAL TEÓRICO E PERCURSO METODOLÓGICO

O materialismo histórico considera o trabalho como uma categoria central para pensar e analisar os processos, movimentos e dinâmicas da sociedade, dentre eles a saúde, e tem como proposição de caminho para investigação e análise do social o materialismo dialético (MARX, 1968; KONDER, 1981; DESLANDES, 1997; KANTORSKI et al, 2006; MENDES GONÇALVES, 1992).

A dialética materialista está baseada nos sujeitos, nas relações sociais, e nas condições históricas de vida uma dialética que diz respeito, portanto, a como a vida é produzida, reproduzida e organizada (NAVES, 2000).

Acredita-se que as práticas e a organização de saúde são dialéticas, pois são concebidas historicamente e dependem das relações entre os atores sociais e as políticas de saúde adotadas e modificadas ao longo do tempo.

A perspectiva dialética indica que a análise da história dos serviços de saúde, suas especificidades, sua interação com outros atores sociais, a capacidade participativa de seus membros e a correlação entre os aspectos micro e macro políticos e econômicos devem ser itens contemplados em toda avaliação (DESLANDES, 1997).

Segundo Deslandes (1997) a análise dos sujeitos sociais envolvidos nos serviços não pode ser ignorada, mas reconhecida como portadora de racionalidade e analisada sob a luz das conexões histórico-sociais que confortam tais discursos. Esta autora ainda

afirma que a análise de serviços envolve também a análise da consciência histórica de seus agentes e de suas representações sociais que por sua vez estarão objetivadas na prática.

Diante do exposto, considera-se que o materialismo é uma base filosófica que, a partir de uma perspectiva histórica, envolve o objeto do conhecimento em todas as suas dimensões, abordando as relações entre o homem e a sociedade por meio da dialética.

De acordo com Demo (1995), a dialética é a metodologia mais conveniente para a realidade social, considerando esta como portadora de condições objetivas e subjetivas.

Portanto, a avaliação da integralidade do cuidado em saúde mental nesta pesquisa parte de um referencial dialético, pois este permitirá compreender que os fenômenos da natureza, a partir de um contexto construído historicamente, a partir da totalidade.

Konder (1981) ao estudar o caráter materialista dialético, a partir de Marx e Engels, ressalta que na ação empreendida, o ser humano se defronta, inevitavelmente, com problemas interligados.

Ao pensar na integralidade do cuidado em saúde mental na ESF, entende-se que este trabalho envolve outros aspectos como a oferta de serviços, as políticas sociais e de saúde, as necessidades dos usuários, os aspectos econômicos, dentre outros, não podendo ser compreendido isoladamente.

No pensamento dialético, o exercício totalizador busca a complexidade na ação, que será sempre parcial e particular, e historicamente condicionada. Para Konder (1981), qualquer objeto que possa ser percebido ou criado é parte de um todo, por isso a busca de soluções para os problemas depende de uma visão de conjunto, sempre provisória e que

não esgota a realidade, mas é decisiva para que se possa situar e avaliar a dimensão de cada elemento dentro de uma estrutura significativa.

O setor saúde não deveria ser percebido isoladamente, pois existem determinantes que de uma maneira direta ou indireta influem na saúde de uma população.

A visão totalizante é necessária para enxergar, e assim encaminhar uma solução à um problema. Não enxergar o todo, pode significar atribuir valores exagerados à verdades limitadas, prejudicando a compreensão de uma verdade mais geral, essa visão é sempre provisória, nunca alcança uma etapa definitiva e acabada, caso contrário a dialética estaria negando a si própria (LOUREIRO, 2006).

O conceito de totalidade, em Marx, compreende as diferenças na unidade e explica o particular no geral e vice-versa. Busca compreender a forma de relacionamento entre as várias instâncias da realidade e o processo de constituição da totalidade parcial e entende, na totalidade parcial, as determinações mais fundamentais e as condições e efeitos de sua manifestação. É no interior da concepção de totalidade dinâmica, em constante transformação, que situa o princípio da lei dos contrários, conformando uma relação dialética entre os fenômenos e sua essência; entre as leis e o fenômeno; entre o singular e o universal; entre o particular e o geral; entre a imaginação e a razão; entre a base material e a consciência; entre a teoria e a prática; entre o objetivo e o subjetivo; entre indução e dedução (LIMA, 2004).

Em se tratando avaliação de um serviço de saúde na perspectiva da integralidade, a dificuldade de perceber a totalidade (sistema de saúde; políticas de saúde

locais, estaduais ou federais; rede de cuidados, processos de trabalho dos profissionais, percepção dos usuários, dentre outros) pode levar a uma avaliação reducionista.

Segundo Loureiro (2006) é fundamental enxergar o todo, no entanto muitas vezes não tem-se certeza que se está trabalhando com a totalidade correta. Porém a teoria dialética alerta nossa atenção para as sínteses, identificando as contradições concretas e as mediações específicas que constituem o “tecido” de cada totalidade, sendo que a contradição é reconhecida pela dialética como princípio básico do movimento pelo qual os seres existem.

E ao se pensar no setor saúde, onde existe contato direto entre pessoas através de relações profundas ou superficiais, as contradições estariam presentes.

A totalidade é um dos princípios da dialética e pode ser desdobrada em dimensões que permitem uma aproximação sistematizada do objeto de estudo (KANTORSKI et al, 2006).

Uma das dimensões da totalidade deste estudo é a USF, que através das entrevistas e da observação focalizou as diferentes expressões desta integralidade do cuidado delimitada no universo das práticas de saúde, no interior do processo de trabalho desenvolvido a partir da USF considerando o acolhimento. A outra dimensão da totalidade deste estudo consiste nos usuários com transtorno mental e família, “enquanto objeto do trabalho em saúde de acordo com a concepção marxista” (KANTORSKI et al, 2005:16).

A realidade é sempre mais rica do que o conhecimento que temos, há sempre algo que escapa da síntese, porém para tentar entender e melhorar a realidade, a síntese se faz necessária. Esta síntese seria a visão de conjunto que permite ao homem descobrir a estrutura

significativa da realidade com que se defronta, e é esta estrutura que é chamada de totalidade (KONDER, 1981).

Para encaminhar uma solução para os problemas, o ser humano precisa ter uma visão de conjunto, e é a partir dessa visão do conjunto que se podem avaliar as partes (KONDER, 1981). Neste sentido a totalidade será a categoria analítica do materialismo dialético utilizado nesta pesquisa.

A unidade em que vai se concentrar o potencial de análise para a pesquisa consiste na totalidade que o serviço representa. Vale destacar que a análise dialética ao lançar mão do conceito de totalidade preocupa-se em não se restringir somente à descrição das condições, fatores ou mecanismos que interferem na produção daquele fenômeno ou processo social, mas analisar as conexões existentes entre os elementos que o determinam (DESLANDES, 1997).

Na avaliação do cuidado de saúde mental na ESF seria necessário, não apenas, descrever os fatos, mas analisar o contexto social e político da saúde local tendo como base o global.

Existem totalidades mais abrangentes e menos abrangentes, isto depende do que se pretende estudar, no caso desta pesquisa o nível de totalização que se busca, através do campo da avaliação, é a apreensão da integralidade do cuidado em saúde mental no interior da Estratégia da Saúde da Família, seus determinantes, condicionantes e movimentos.

Para Marx (1968) todos os fenômenos da natureza têm por base causas materiais e o desenvolvimento da sociedade humana está condicionado pelo desenvolvimento das forças materiais, das forças produtivas. O autor ressalta que o desenvolvimento das forças

produtivas depende das relações que se estabelecem dos homens entre si no processo de produção dos objetos indispensáveis a satisfação das necessidades humanas, ou seja, no processo de trabalho e de produção de uma dada sociedade.

A partir desta concepção materialista, de que para mudar precisamos intervir no mundo material e tendo o trabalho como eixo para pensar os processos de mudança na saúde é que ancoramos o objeto de estudo da presente pesquisa.

A dialética materialista-histórica de Marx (1968) enfatiza o movimento de transformação social, a partir do entendimento do modo como se produz e se organiza. Para o autor, o mais importante não é apenas interpretar, mas agir e transformar. A transformação da história humana dá-se pelos próprios humanos, mas não seres abstratos e sim concretos, definidos pelas relações estabelecidas entre as esferas da vida social (política, cultural, filosófica, econômica etc.).

A avaliação a partir da perspectiva dialética materialista-histórica pretende entender como acontece e se organiza o cuidado em saúde mental, para que assim se possa agir e transformar as práticas.

Almeida e Rocha (1997) referem que ao analisar os processos de trabalhos na saúde em realidades concretas, pode-se apreender as contradições e dinâmicas da prática e contribuir com estratégias de mudanças dessa realidade. Isso também é possível a partir da aproximação com estes trabalhadores e sua produção de trabalho. Estas autoras afirmam que o processo de trabalho deve ser entendido a partir de uma concepção histórica, materialista e dialética. Ele é resultado e resultante da forma como as pessoas produzem e reproduzem sua existência, estabelecendo relações sociais e subjetividades.

Acredita-se que pode ser através da transformação dos processos de trabalho que as práticas e políticas de saúde são concretizadas, influenciadas e transformadas.

Conseqüentemente, as circunstâncias fazem os homens, da mesma forma que os homens fazem as circunstâncias, por isso as práticas de saúde são compreendidas, articuladas ao modo de produção das comunidades (ALMEIDA; ROCHA 1997).

O trabalho é caracterizado por um processo de transformação que ocorre porque os indivíduos têm necessidades que precisam ser satisfeitas, e essa transformação acontece mediante a atividade do trabalho, realizada com o consumo produtivo de forças de trabalho e a intermediação de instrumentos que o agente insere entre ele próprio e o objeto, para dirigir sua atividade a uma dada finalidade (MENDES GONÇALVES, 1992). O trabalho é a ação dirigida a um dado fim, ou seja, ação que busca um determinado resultado.

No trabalho em saúde têm-se homens em relação com outros homens, com a natureza, e com outros trabalhos, mas de forma específica, em um dado processo sócio-histórico (MENDES GONÇALVES, 1992).

Assim, o trabalho na saúde se diferencia de outros trabalhos porque seu objeto é o homem e seu produto é consumido no ato.

No entanto, se o objeto de trabalho é o homem este deverá ser compreendido em sua objetividade, o que inclui a sua subjetividade¹⁶ (MENDES GONÇALVES, 1992).

O trabalho em saúde deveria trabalhar com esta subjetividade do sujeito, escutar as necessidades, desejos, dificuldades; ver o homem além da dimensão da doença.

¹⁶ Subjetividade é utilizada para referir-se às “relações, mediadas por desejos, afetos, paixões, repulsas, ódios, normatividade e trabalho, que cada homem estabelece com a totalidade em que vem a ser, e com suas partes, incluindo ele próprio, e que fazem dele um sujeito” (MENDES GONÇALVES, 1992, p.27).

Neste sentido, tanto as necessidades de saúde quanto as intervenções, deslocam-se de uma abordagem unicamente biológica e individual para uma abordagem que considera o contexto histórico-social (PEDUZZI, 2000).

As necessidades de saúde, não constituem objetos naturais, não existem enquanto objetos de intervenção em saúde, mas são construídas historicamente pelos sujeitos, a depender do modo de organização social e das concepções predominantes acerca do processo saúde-doença, sendo assim, as necessidades são sempre sociais e coletivas, embora se manifestem concretamente de forma individual, em cada sujeito com necessidades (MENDES GONÇALVES, 1992).

Costa-Rosa (2000) refere que o objeto de trabalho sobre o qual se estruturam as práxis do modo asilar, dos hospitais psiquiátricos, é a doença e seu tratamento é hospitalar e medicamentoso. Neste caso, não é considerada a existência do sujeito, ocorre a objetificação do sujeito, ele não participa do seu tratamento. O trabalho dos profissionais é fragmentado, assim como o sujeito. Já no modo psicossocial de assistência, segundo o autor, o objeto é o sujeito e este possui participação no seu tratamento, visa-se à sua permanência na família e na comunidade, o trabalho visa o intercâmbio teórico-técnico dos profissionais.

De acordo com a afirmação de Basaglia apresentada por Amarante (1996) a doença deve ser colocada entre parênteses, com isso o olhar deixa de ser exclusivamente técnico ou clínico, a pessoa passa a ser o objeto de trabalho, a ênfase não será mais no processo de cura, mas no processo de invenção da saúde e de reprodução social do paciente¹⁷.

¹⁷ A definição de inventar saúde e de reprodução social do paciente baseia-se nas idéias de Franco Basaglia. Esta noção está profundamente influenciada pela perspectiva de cidadania ativa, ou seja, o reconhecimento do paciente como pessoa com direitos, mas, ao mesmo tempo construindo um mundo melhor para o sujeito e para os outros (BASAGLIA, 1985).

É necessário explicar melhor esta mudança de objeto de trabalho na psiquiatria, ou seja, colocar a doença entre parênteses, não significa ignorar a doença, até porque não se pode ignorá-la na psiquiatria, mas trata-se de reconstituir as pessoas, enquanto pessoas que sofrem como sujeitos (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 1990), é necessário ter um olhar ampliado sobre o sofrimento.

Campos (1997) cita que em caso de doenças ou deficiências crônicas, deve-se pensar na Clínica Ampliada. Nesses casos, tais pessoas são muito dependentes de algum tipo de acolhimento e de apoio técnico (escuta, medicação, dentre outros), pois estão sujeitas há problemas em virtude de suas enfermidades.

Clínica Ampliada é definida segundo Campos (1997:4) como “uma clínica centrada nos Sujeitos, nas pessoas reais, em sua existência concreta, inclusive considerando-se a doença como parte destas existências”. Esse autor ainda destaca que nessa clínica a relação profissional/usuário é importante, pois nesta relação um não existe sem o outro.

Na clínica ampliada a equipe deveria reconhecer o usuário/família como pessoa com direitos (cidadania ativa, protagonista); deveria haver uma ampliação da atenção básica para resolver os problemas de saúde (ações de promoção e de prevenção, clínicas e reabilitação); qualificação das ESF para intervirem tanto nos problemas coletivos quanto nos individuais; trabalho em equipe multidisciplinar integralidade das ações; capacidade de ouvir o usuário e acolher a sua demanda, cabendo a ESF ter sensibilidade e preparo para decodificar e saber atender tais demandas; acesso do usuário aos serviços e poder consumir toda tecnologia de saúde, capaz de melhorar e prolongar a vida; autonomia do usuário “no seu modo de andar a vida”, frente o aumento da capacidade de auto-cuidado; humanização

personalização do atendimento; acolhimento; responsabilização pelo processo saúde-doença e não somente pela realização de procedimentos (NASCIMENTO, 2004)

Neste sentido, o objeto de trabalho sendo a doença, o indivíduo passa a ser fragmentado. Nesse reducionismo leva a uma assistência voltada para a cura, o que também fragmenta o processo de trabalho em saúde (CAMPOS, 1997).

Logo, se essa assistência está voltada para cura, pode conseguir eliminar os sintomas, mas muitas vezes, não satisfaz as necessidades particulares do sujeito. O olhar fragmentado dirigido ao indivíduo impede o trabalhador de saúde de perceber a subjetividade deste sujeito.

A cada época e sociedade, o objeto de trabalho em saúde muda, um exemplo contemporâneo, é a psiquiatria, seu objeto antes era a doença, desejava-se a cura e para isso instituiu-se a internação do doente nos hospitais psiquiátricos para tratamento.

Entretanto, nem sempre esse tratamento ajudava o doente a melhorar suas relações com a família e sociedade. Outro fato que se agrega a este contexto, é a concepção que o doente não tem desejos, que os técnicos podem decidir quais são as necessidades de cada paciente. Com a mudança do paradigma da psiquiatria o objeto de trabalho mudou os desejos, necessidades, posicionamentos dos usuários são reconhecidos e considerados durante todo o tratamento.

Por isso, o importante na atualidade é atentar para instrumentos tão subjetivos e tão importantes como a negociação e a comunicação que tendem a explicitar diferentes facetas do processo saúde doença. Pois se a cura deixa de ser a única meta, pode-se partir para

o entendimento e compreensão do sujeito e do seu contexto e então, poder ajudá-lo na totalidade de suas necessidades.

Sendo assim, para avaliar a integralidade do cuidado em atenção à saúde mental na ESF é necessário avaliar a organização da atenção, a prática dos profissionais e a estrutura do serviço.

Segundo Deslandes (1997) avaliar é uma estratégia para melhorar a práxis. Esta autora afirma que a avaliação no campo da saúde pública é uma área de extrema relevância já que viabiliza escolhas de planejamento e melhora a qualidade do serviço de saúde prestado.

A avaliação para Organização Mundial da Saúde (OMS) é um processo importante para o planejamento estratégico¹⁸, na medida em que permite formulações de juízo apoiadas em análises específicas, com o objetivo de chegar a conclusões bem fundamentadas que subsidiem ações futuras (AGUILAR; ANDER-EGG, 1995).

Quando se avalia, se confere-se ao objeto avaliado um conceito bom ou ruim de acordo com as expectativas relativas a ele e conforme critérios de caráter objetivo e subjetivo (ESCOBAR, 2000).

A avaliação pode ser considerada como uma ferramenta da gestão, na tomada de decisão e alocação de recursos de forma mais adequada, e como um instrumento de democratização e empoderamento da população, isso já aponta para os diversos usos do termo (BOSI; UCHIMURA, 2006), ou seja, é uma ferramenta com multiplicidade de conexões.

¹⁸ É um conjunto de princípios teóricos, procedimentos metodológicos e técnicas de grupo que podem ser aplicados a qualquer tipo de organização social que demanda um objetivo, uma mudança situacional futura (TONI, 2004).

Segundo Donabedian (1984) a avaliação no setor saúde não se restringe a verificação do cumprimento de objetivos propostos, porque até eles são matéria de avaliação. Necessita-se avaliar constantemente os objetivos propostos para verificar se estes estão socialmente definidos e se estão de acordo com aspirações e expectativas dos técnicos da área e dos usuários. No entanto, avaliar não se reduz a isto (DONABEDIAN, 1984).

Uma questão importante é que ao se realizar uma avaliação é preciso comparar os resultados com parâmetros. Estes parâmetros advêm de normas internacionais ou nacionais devendo, no entanto, serem aplicados e contextualizados nos contextos locais. Os parâmetros desta pesquisa serão as normalizações do Ministério da Saúde e os princípios da integralidade.

Segundo Guba e Lincoln (1989) a avaliação possui quatro gerações. A passagem de uma geração para outra se fez pelo desenvolvimento do conceito de avaliação e o acúmulo de conhecimento.

A primeira geração está centrada nas técnicas de medida, como por exemplo, a avaliação de desempenho dos alunos de escolas. A segunda preocupa-se em identificar e descrever como os programas atingem seus resultados. A terceira geração da avaliação está centrada no julgamento, ou seja, permite descrever, mensurar e julgar o mérito de uma intervenção a partir de referenciais externos. Por fim a quarta geração se caracteriza como um processo de negociação entre o avaliador e avaliado como proposta de caráter participativo e inclusivo. As gerações de avaliação dependem do objeto a ser avaliado.

Outra classificação para as pesquisas de avaliação sugerida por Silva e Formigli (1994) são: pesquisa de avaliação relacionadas com a disponibilidade e distribuição social dos recursos (cobertura, acesso, equidade); as relacionadas com o efeito das ações

(eficácia, efetividade, impacto); as relacionadas com os custos (eficiência); relacionadas com a adequação das ações ao conhecimento técnico e científico vigente (qualidade técnico-científica); as relacionadas à percepção dos usuários sobre as práticas (satisfação, aceitabilidade).

Segundo Contandriopoulos et al, (1997) avaliar consiste em atribuir um juízo de valor sobre uma intervenção, o julgamento pode resultar da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de uma demanda científica (pesquisa avaliativa). Estes autores dividem a avaliação em dois grandes grupos: pesquisas avaliativas e avaliação normativa.

A avaliação normativa é a atividade que visa julgar uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processos), e os resultados obtidos, com critérios e normas (CONTANDRIOPOULOS et al, 1997).

Essa avaliação pode ser definida segundo Pitta (1999) como:

A avaliação normativa é a mais antiga e melhor conhecida das avaliações, consiste em fazer um juízo sobre uma intervenção comparando recursos existentes numa organização (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processos) e os efeitos (resultados) obtidos segundo critérios e normas que publiquem o que vai bem e o que não vai bem ao que está sendo avaliado (PITTA, 1999: 189).

A pesquisa avaliativa é o procedimento que consiste em fazer um julgamento ex-post de uma intervenção usando métodos científicos. Ela analisa a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos, e o rendimento de uma intervenção, assim

como as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual ela se situa, geralmente, objetivando, auxiliar na tomada de decisão (CONTANDRIOPOULOS et al, 1997).

A pesquisa avaliativa pode ter vários tipos de análise como, por exemplo: análise estratégica (avalia a adequação estratégica entre a intervenção e a situação-problema que deu início a intervenção); análise de intervenção (avalia a validade da relação entre o objetivo de intervenção e os meios para alcançá-los); análise de efeito (avalia a influência dos serviços sobre os estados de saúde/doença); análise de impacto sobre o indivíduo (avalia um serviço considerando o ponto de vista e a trajetória do usuário); análise de qualidade de vida (avalia as mudanças que ocorre na vida do usuário de serviço de saúde com implicações clínicas, culturais, econômicas e sociais); análise do rendimento (avalia a relação entre os recursos empregados e os efeitos obtidos) (CONTANDRIOPOULOS et al, 1997).

Este estudo é uma pesquisa avaliativa, porque é uma pesquisa científica e também é uma avaliação normativa porque utiliza parâmetros de avaliação alguma publicações ministeriais. Foi desenvolvida a partir de três dimensões: Estrutura, Processo e Resultados (DONABEDIAN, 1966, 1984; 1986, 1988, 1993a). Na análise destas dimensões pode-se utilizar métodos quantitativos e qualitativos, nesta pesquisa será utilizado a abordagem qualitativa.

O método proposto por Donabedian consiste numa avaliação da qualidade da atenção médica.

En ese sentido, la definición de calidad puede ser casi cualquier cosa que se quiera que sea, si bien por lo común es un reflejo de los valores y metas vigentes em sistema de atención médica y en la sociedad más amplia de la que esta es una parte (DONABEDIAN, 1964: 382)

O método de Donabedian foi adaptado para a avaliação de serviço de saúde, e na maioria da sua aplicabilidade foi na abordagem quantitativa. Ainda são poucos os trabalhos que utilizam esse método com uma abordagem qualitativa.

A primeira dimensão é a **Estrutura** que se preocupa se os recursos são empregados de forma adequada para alcançar os resultados da intervenção e inclui: área física; quem é, quais os profissionais atuam na unidade de saúde da família; a qualificação dos profissionais; horário de funcionamento; como está organizada a assistência à saúde mental no município em relação a ESF; quais os serviços que são ofertados à população; população adstrita; cronograma de atividades, capacitações.

Para Donabedian (1984) os estudos baseados na Estrutura devem considerar os seguintes componentes: a organização administrativa, materiais e tecnologias empregadas na assistência, e a descrição das características das instalações e equipe. Esta dimensão permite fazer um julgamento de como o cuidado em saúde está sendo oferecido. Os estudos que se baseiam somente na estrutura têm sido pouco considerados por este autor.

Já o **Processo** se preocupa com que medida os serviços atingem os resultados esperados, sendo assim, esta pesquisa olha para o acolhimento; a interação com outros espaços públicos (articulação com o território); os atendimentos individuais; atendimentos em grupos; atendimentos na unidade; atendimento no domicílio; como a equipe age em caso de urgência ou crise; como funciona a distribuição de medicações; se este usuário recebe uma assistência contínua e integral, como a família deste grupo de usuário participa do tratamento; os aspectos éticos da relação profissional-usuário, tudo que pode ser relacionado com o

tratamento. A análise do Processo pode ser feita através do ponto de vista técnico ou administrativo.

Segundo Donabedian (1984), os estudos de Processo se dividem principalmente de duas maneiras: na observação direta da prática ou baseado nos registros médicos, de enfermagem, e outros profissionais. Nesta pesquisa a dimensão do Processo é analisada através da observação e da análise dos prontuários dos usuários.

A última dimensão da pesquisa que é o **Resultado** consiste em saber se os objetivos das intervenções em saúde estão sendo alcançados. A avaliação do Resultado descreve o estado de saúde do indivíduo ou da população como resultado da interação ou não com os serviços de saúde.

O Resultado é o produto da interação entre os indivíduos e os serviços de saúde nas condições do contexto apresentado, é o produto final da assistência prestada, considerando a saúde, satisfação de padrões e de expectativa (DONABEDIAN, 1984), por isso é avaliado através da satisfação, pesquisado por meio das entrevistas e observação da relação profissional - usuário.

Para Donabedian (1984) o usuário é quem melhor está apto a julgar seu próprio bem estar e o cuidado a ele prestado. Desta forma, é apropriado à observação da relação profissional de saúde/usuário e escutar o que o usuário pensa sobre o serviço de saúde.

Donabedian (1990) também ampliou o conceito de qualidade, utilizando o que chamou de "sete pilares da qualidade" são:

- eficácia (significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do usuário e mantidas constantes as demais circunstâncias);

- efetividade (melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática cotidiana, ou seja, grau em que o cuidado alça o nível de melhoria da saúde);
- eficiência (é a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada);
- otimização (torna-se relevante à medida que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados em forma absoluta, mas relativamente aos custos);
- aceitabilidade (sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos usuários-família, depende da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade do cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado);
- legitimidade (aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral);
- equidade (princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população).

Atualmente, dados sobre a estrutura (recursos), processos (consultas, internações, outras atividades) e resultados (morbidade, mortalidade, condições dos nascimentos) dos sistemas municipais (e também estaduais) não têm em geral um acompanhamento integrado, estando dispersos em pelo menos, três setores (municipal, estadual e federal).

Segundo Tanaka e Melo (2001) estas dimensões (Estrutura, Processo e Resultado) são interdependentes, abertas e permeáveis ao usuário do sistema de saúde. O usuário é parte integrante do processo, influenciando e sendo influenciado pelo sistema e, sendo assim, o Resultado é a característica do cliente/usuário que foi modificada na interação do Processo (TANAKA; MELO, 2001), ou seja, como o processo abrange todas as atividades

desenvolvidas entre profissionais de saúde e os usuários, é nessas relações que se obtém o Resultado.

Pretende-se abordar as três dimensões Estrutura-Processo-Resultado qualquer que seja o componente inicial selecionado na avaliação, pois eles estão inter-relacionados e são interdependentes (CARDOZO - GONZÁLES, 2005).

[...] a escolha da abordagem e o componente inicial para começar o processo de avaliação num sistema, serviço ou programa de saúde depende do objeto que se pretende avaliar e da utilidade de seus resultados (CARDOSO - GONZÁLES, 2005:40).

O entendimento da avaliação de Avedis Donabedian (construído a partir dos conceitos de Estrutura, Processo e Resultado), corresponde às noções da Teoria Geral de Sistemas¹⁹: input-process-output. Apesar da resistência de alguns setores da saúde em aceitar a abordagem sistêmica de qualidade, a categorização teve por objetivo a sistematização da complexidade da saúde, permitindo que se estabelecessem indicadores específicos para cada uma das dimensões consideradas (MALKI; SCHIESARI, 1998).

A teoria sistêmica apresenta algumas limitações, pois não consegue atingir a compreensão dos conflitos, contradições e interesses das organizações de saúde.

¹⁹ A teoria geral de sistemas (também conhecida pela sigla, T.G.S) surgiu com os trabalhos do biólogo austríaco Ludwig Von Bertalanffy entre 1950 e 1968. A T.G.S. não busca solucionar problemas ou tentar soluções práticas, mas sim produzir teorias e formulações conceituais que possam criar condições de aplicação na realidade empírica. A importância da TGS é a necessidade de se avaliar a organização como um todo e não somente em departamentos ou setores. O mais importante ou tanto quanto é a identificação do maior número de variáveis possíveis, externas e internas que, de alguma forma, influenciam em todo o processo existente na Organização. Outro fator também de significativa importância é o feed-back que deve ser realizado ao planejamento de todo o processo (CHIAVENATO, 1993).

Então para desenvolver avaliação de programas de qualidade e processos de mudança sustentáveis com possibilidades de êxito no setor de saúde, a teoria sistêmica é insuficiente, considerando a complexidade do setor e a satisfação do cliente em conflito direto com a racionalidade técnica do processo de trabalho em saúde (CONILL, 2002).

Nesta pesquisa parte-se da perspectiva que as dimensões de Estrutura, Processo e Resultado estariam interligados, quando a proposta de pesquisa fosse direcionada a avaliação do todo como, por exemplo, a realização de estudos de caso, partindo do referencial teórico materialista dialético que trabalha com o princípio da totalidade e que entende ser os problemas interligados.

O próprio Donabedian (1992) registra os limites da sua avaliação, alertando para o fato de ser a mesma uma versão simplificada da realidade. Considerava também que a sua validade relaciona-se com a existência de relação causal entre as dimensões (estrutura, processo e resultados), relação esta que é de probabilidade, e não de certeza. Dizia ainda, que as dificuldades encontradas para a distinção entre as três categorias da avaliação surgem mais freqüentemente quando se separa o mesmo do âmbito clínico, para o qual ele foi desenhado, e se tenta utilizá-lo em outros tipos de avaliação. O autor tem claro que o seu método tem limitações quando não utilizado para a análise da qualidade da atenção e sim para outros tipos de avaliação, por exemplo, avaliação dos serviços de saúde.

Assim, para melhor visualização da avaliação de Donabedian (que pode ser realizada separadamente ou em combinação) e a avaliação de Donabedian adaptada para esta pesquisa foi montado um fluxograma de avaliação E-P-R, elaborado a partir das leituras dos textos do autor.

La utilidad de esta formulación se basa por completo em la observación de que lãs características estructurales influyen en el proceso de la atención, y que este lo hace em la salud. Así, em el corazón mismo de la investigación de la calidad está el esclarecimiento de la relación entre el proceso y el resultado, y entre la estructura y el proceso (DONABEDIAN, 1986: 324)

Esquema 1 - Avaliação de Avedis Donabedian

O fluxograma do esquema mostra que cada dimensão não necessariamente é interdependente podendo ser avaliada separadamente ou em conjunto. Por exemplo, podemos realizar avaliações de processo e resultado sem ter dados de estrutura. Acredita-se que para uma pesquisa quantitativa este modelo se adapta bem e pode ser utilizado, pois os dados são objetivos e quantificáveis. Já para uma pesquisa qualitativa acredita-se que haverá uma lacuna na avaliação realizada, porque olhar para a subjetividade é necessário olhar o contexto, e na dialética o contexto histórico sempre será importante.

As principais limitações decorrentes do entendimento de Estrutura –Processo - Resultado relacionam-se com a concepção sistêmica para a análise do real. Este enfoque teórico opera, por vezes, uma homogeneização de fenômenos de natureza distinta, como, por exemplo, recursos materiais e humanos englobados sob o mesmo rótulo de "estrutura" (CONILL, 2002).

Acredita-se que numa perspectiva dialética materialista-histórica todas as dimensões são inseparáveis, pois são interdependentes e dependem do contexto histórico-político e também por que o processo de trabalho influencia e é influenciado pelas três dimensões.

Sendo assim, acredita-se que apesar do método de avaliação de Donabedian corresponder a Teoria Geral dos Sistemas, tentar-se-á compreendê-lo na perspectiva da dialética, porque nas práticas de saúde estão presentes contradições, interações entre os atores sociais. Considera-se que através da Estrutura, Processo e Resultado é possível visualizar como o processo de trabalho é produzido, reproduzido e organizado.

As abordagens de Estrutura, Processo e Resultado são adequadas para uma avaliação qualitativa, pois não revelam uma hierarquia e sim porque estão em uma relação dialética.

Esquema 2 – Avaliação de Avedis Donabedian adaptada para pesquisa qualitativa

Neste modelo apresentado as dimensões estão ligadas e mesmo que não se faça avaliação das três dimensões é necessário no mínimo uma descrição das dimensões não avaliadas, para busca do entendimento da subjetividade do todo. As setas no meio significam o universo/contexto em que o serviço está inserido. O contexto precisa ser apresentado em uma pesquisa de avaliação qualitativa, mesmo não sendo avaliado precisa ser descrito, para se poder entender aspectos relativos à organização do serviço e dos acontecimentos que interferem ora na composição da Estrutura, ora na organização do Processo, ora no desdobramento dos Resultados.

Por exemplo, o modelo assistencial pode ser considerado tanto como estrutura como processo. Já um sistema de referência e contra-referência tanto pode ser considerado como estrutura, por fazer parte da organização administrativa, como pode ser considerado como processo e, mesmo, como produto ou resultado (CONILL, 2002).

Segundo Conill (2002) o referencial de Donabedian supõe a existência de ordem de uma relação funcional entre os componentes da tríade, o que na prática concreta dos serviços de saúde não se verifica: a estrutura necessariamente não influi no processo, pois em alguns serviços com toda infra-estrutura, material para realização do cuidado, necessariamente não tem um cuidado exemplar ou de qualidade ao usuário, também o processo nem sempre guarda relação com o resultado.

Discorda-se da afirmação da autora, pois se acredita que a relação funcional da tríade existente, como por exemplo, se for se considerar uma estrutura física precária também poderá se observar que isso poderá ou não influir na boa qualidade do processo do cuidado, mas alguma estrutura básica, mesmo que precária, tem que existir, assim como a estrutura

física precária pode influir no resultado quando se utilizar para avaliação a satisfação do usuário.

Acrescentar-se-ia que para pensar na avaliação de um serviço de saúde de um município é necessário estudar a organização da saúde no município, a estrutura organizacional da rede de serviço, a estrutura social e a relação com o serviço, o processo da gestão, o processo de trabalho relacionado com o cuidado, os resultados do serviço, e a satisfação do usuário.

O eixo de avaliação desta pesquisa será a dimensão da integralidade neste sentido se fará a avaliação da integralidade do cuidado ao portador de transtorno mental no interior do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família, a partir de alguns indicadores qualitativos.

Donabedian (1993b) considera que, isoladamente, cada uma dessas alternativas apresenta problemas e insuficiências e conclui que a melhor estratégia para a avaliação da qualidade requer a seleção de um conjunto de indicadores representativos das três abordagens.

Os indicadores servem para dar suporte ao planejamento, administração, acompanhamento das ações e a avaliação. O indicador deve ser capaz de sintetizar e/ou representar e/ou dar maior significado ao que se quer avaliar (TANAKA; MELO, 2001).

Os indicadores de estrutura devem dar idéia da oferta e organização, os indicadores de processos mostram a produção, permitindo avaliar a utilização dos serviços, a integralidade e continuidade da atenção. O indicador de resultados verifica-se efeitos no estado de saúde ou na resolução de problemas e incluem a análise de mudanças de comportamentos de risco, assim como a satisfação.

A utilização de indicadores de saúde permite o estabelecimento de padrões, bem como o acompanhamento de sua evolução ao longo dos anos. Embora o uso de um único indicador isoladamente não possibilite o conhecimento da complexidade da realidade social, a associação de vários deles e, ainda, a comparação entre diferentes indicadores de distintas localidades facilita sua compreensão (MALKI; SCHIESARI, 1998).

Há necessidade de construir indicadores qualitativos que possam avaliar o cuidado à saúde mental com base na reforma psiquiátrica, capazes de traduzir a realidade e complexidade da saúde, apontando os aspectos de maior interesse para uma dada realidade.

Sendo assim, os indicadores desta avaliação são:

1. Acolhimento: o acolhimento tem como parte o vínculo, continuidade, acesso e fluxo de atendimento.

Para Franco, Bueno e Merhy (1999) o acolhimento pode ser entendido como uma estratégia para a reorganização do serviço de saúde que garante o acesso universal, a resolutividade²⁰ e o atendimento humanizado.

Para Campos (1994), o acolhimento vai desde a abertura dos serviços públicos para a demanda, até a responsabilização de todos os problemas de saúde de uma região.

Nesta pesquisa o acolhimento está sendo entendido como um instrumento de acesso ao serviço como a primeira etapa de uma série de intervenções, ou seja, é um organizador do trabalho na saúde e impulsiona a mudança do modelo assistencial centrado na doença para outro, que ainda está sendo construído, centrado no homem, levando em conta toda sua subjetividade. O acolhimento é uma estratégia para organizar os serviços de saúde de

²⁰ Resolutividade está sendo considerada como a solução encontrada pela equipe de saúde para as queixas do usuário, colocando a disposição do usuário toda a tecnologia disponível a fim de abordar a dimensão individual e coletiva dos problemas de saúde, para eliminar o sofrimento do usuário (MERHY, 1994).

forma que seja usuário-centrados, no eixo da organização do trabalho esta o usuário, sendo assim, o acesso, a integralidade das ações, a resolutividade das necessidades fica contemplada.

O acesso que o acolhimento oferece deve ser interno e externo a Unidade Básica, ou seja, o acolhimento não é apenas receber bem, ele passa pela estrutura adequada e agradável da unidade, pelo acesso geográfico, pelo acesso cultural, pelo acesso organizacional, pelo atendimento humanizado e pela resolutividade dos problemas.

Para Bueno (1997) o acolhimento na saúde, vai além da recepção, ele é um produto da relação trabalhador/usuário, passando pela subjetividade, pela escuta das necessidades do sujeito.

O acolhimento também fornece informações sobre a acessibilidade, sendo que a acessibilidade vai da dimensão geográfica até a elaboração de ações realizadas pelo serviço para atender a demanda.

Segundo Formigli, Costa e Porto (2000) acessibilidade depende da característica do serviço (localização, modo de funcionamento, acolhimento, horários e cronograma de atendimento, disponibilidade dos profissionais); aspectos culturais de certas doenças, e da população que deseja utilizar o serviço. Sendo assim, o acesso pode ser a relação entre a necessidade do usuário e os serviços disponíveis (tempo de acesso, quantidade).

Considera-se, como Mehry, Cecílio e Nogueira Filho (1991), o acolhimento como momento de encontro de possíveis interações entre usuários e trabalhadores da saúde, na produção de ações de saúde, nas decisões, uma estratégia para a (re)construção do modelo

assistencial, responsável pela organização da demanda e pela modificação do processo de trabalho.

É a construção de novos valores de solidariedade, responsabilidade social, compromisso, construção da cidadania, e pelo estabelecimento de vínculo.

Através do vínculo serviço/profissional/usuário a qualidade do cuidado em saúde mental será mais resolutiva. O vínculo é considerado por Campos (1992) um elemento essencial na assistência à saúde, pois ele aumenta a eficácia das ações e é uma das formas de controle mais efetiva, uma vez que é realizado pelas duas partes interessadas: usuários e profissionais.

E através do acolhimento também a continuidade da assistência pode ser alcançada, ou seja, ele mostra como o usuário é acompanhado (unidade, domicílio, unidades especializadas) (COIMBRA; KANTORSKI, 2005). A continuidade indica o fluxo do atendimento, se a referência e contra-referência funciona e quais são as estratégias para alcançar uma rede integral.

2. Inclusão Social: A inclusão social é um indicador para esta pesquisa, pois ao pensar que a ESF trabalha com território definido e oferece ações de promoção de saúde, uma das metas desta atenção consiste em inserir o usuário com transtorno mental na comunidade.

Para promover o cuidado integral em saúde mental na ESF a equipe poderia desenvolver ações articuladas com a comunidade, para que além da assistência a saúde mental pudesse viabilizar sua participação na vida comunitária, no trabalho, escola e lazer.

Fidelis (2003) diz que o estabelecimento de articulação do serviço junto à comunidade visa reverter o estigma da exclusão construído em torno da doença mental, de modo que os serviços possam integrar-se no cotidiano do território e tornam-se produtores de uma nova cultura de convivência e solidariedade com a diferença. O autor refere-se apenas aos CAPS, mas isso pode ter a abrangência também para a ESF.

Nesta pesquisa, inserção social está sendo tomada como o estabelecimento do contato verbal com os profissionais; convivência com os vizinhos, comunidade e familiares; participação em atividades relacionadas a educação (retorno ou ingresso na escola, oficinas de alfabetização, realização de cursos); participação nos eventos coletivos dentro e fora da comunidade (igrejas, associações); o cumprimento de compromissos com o serviço e com familiares e redução de frequência de comparecimento na unidade²¹.

3. Cuidado a Família: Atualmente a família apresenta-se sob os mais variados tipos: há a família chamada nuclear, composta pelo pai, mãe e filhos, a ramificada além das recompostas, separadas. Algumas delas incluem, entre seus membros, também as pessoas com quem mantêm estreitos laços afetivos, enquanto que outras pessoas definem como família apenas seu círculo de amigos íntimos com os quais não possuem nenhuma consangüinidade, principalmente quando se fala de família e saúde mental.

Com a implantação da ESF, cuja abordagem tem como foco principal, a família, vem de forma inovadora mudar a forma da assistência, onde a estrutura do cuidado foi direcionada a promoção da saúde voltada à família, nos seus mais variados contextos (WEIRICH; TAVARES; SILVA, 2004).

²¹ A redução da frequência de comparecimento na unidade significa que os usuários estariam estabelecendo vínculo com outros espaços de forma a utilizar cada vez menos o cuidado prestado pela ESF, pois estariam se autocuidando.

Para a ESF e nesta pesquisa o conceito de família adotado é bem geral, ou seja, família é o grupo de pessoas que mora sobre um mesmo teto e divide o mesmo espaço domiciliar. Entretanto, sabe-se que os profissionais necessitam ter uma visão mais ampla de família, pois no trabalho em saúde estão envolvidos o cuidado, o afeto, a economia e o social.

No cuidado a saúde mental o envolvimento da família no cuidar é de suma importância para a recuperação e reabilitação do usuário com algum tipo de transtorno mental. A família cuida e precisa estar preparada a ajudar o usuário com transtorno mental na crise e pós-crise. Para isto precisa do apoio de profissionais da ESF, sendo assim cuidada.

Segundo Coimbra, Oliveira e Oliveira (2005) ao refletir sobre o cuidado em saúde mental enfatizam que o cuidado restrito ao portador de sofrimento psíquico sem incluir a sua família, é bastante limitado ao deixar de contar com a família como uma aliada, uma parceira, no ato de cuidar.

A equipe de saúde da família cabe reconhecer que o núcleo familiar também precisa de apoio por parte do serviço, que a família tem o papel fundamental para o bom desenvolvimento do cuidado ao usuário.

Segundo Fidelis (2003) é com a família que os usuários com algum transtorno mental contam nos momentos em que não estão nos serviços de saúde mental ou USF.

Para Saraceno (1998) as abordagens reabilitativas devem ser realizadas na rede social familiar por esta encontrar-se mais concreta e definida para a equipe terapêutica, para o paciente e para própria família.

A família tem um papel importantíssimo, principalmente, no que se refere a propiciar ao usuário melhores condições de vida. Um dos grandes ganhos na inclusão

sistemática da família no tratamento diz respeito à retirada destes estereótipos, por exemplo, o da família ser a possível responsável pela doença do paciente.

4. Satisfação do usuário: O usuário pode ser um grande colaborador da organização do serviço se a este for dada voz, ou seja, através da avaliação da satisfação do usuário pode-se adotar novas estratégias ou melhorar as existentes para qualificar o resultado do cuidado. Como se sabe no Brasil os usuários também tiveram um papel importante na Reforma Psiquiátrica, sendo assim, não se poderia deixar de fora a percepção dos usuários, com algum transtorno mental, em relação ao cuidado prestado.

Nesta pesquisa o conceito de satisfação do usuário refere-se à percepção subjetiva do indivíduo sobre o cuidado que esse recebe.

Autores como Silva e Formigli (1994) entendem a satisfação do usuário como o grau de adesão ao tratamento e pode variar em função das relações estabelecidas com os profissionais, estrutura da unidade (tanto física, como material de consumo, como de material permanente), e seu próprio entendimento sobre o processo saúde-doença. Estes aspectos da satisfação também foram levados em conta quando se elegeu a satisfação como indicador da avaliação.

2. 1. Percurso Metodológico

2.1.1 Tipo de estudo

Esta pesquisa trata-se de um estudo de caso, sendo este desenvolvido a partir de uma pesquisa de avaliação com abordagem qualitativa.

Segundo Triviños (1987) o estudo de caso é uma pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente, e uma de suas características são dadas por duas circunstâncias principais, que são a natureza e a abrangência da unidade. Assim, a avaliação da integralidade do cuidado ao portador de transtorno mental na estratégia saúde da família é a unidade que permeia toda a organização de serviço, assistência à necessidade do usuário, acesso, integralidade das ações, inserção social, vínculo, autonomia do usuário e participação da família no tratamento.

O estudo de caso favorece o conhecimento de uma realidade delimitada e seus resultados podem permitir e formular hipóteses para o encaminhamento de outras pesquisas (TRIVIÑOS, 1987).

Segundo Lüdke e André (1986), o estudo de caso possui uma fase exploratória que consiste no contato com o fenômeno observado. A outra fase da delimitação do estudo foi à seleção dos aspectos mais relevantes e a determinação do recorte. Esta etapa é importante para atingir os propósitos do estudo de caso e para chegar a uma compreensão mais completa da situação estudada. Nesta pesquisa, o recorte estudado foi a integralidade do cuidado ao portador de transtorno mental no interior do processo de trabalho da equipe saúde da família.

O que está sendo avaliado não é o serviço em si, mas a atuação do serviço que corresponde à rede de relações internas e externas (interação com outros atores sociais), as vivências, as estruturas e os processos que constituem aquela prática institucional (DESLANDES, 1997).

A importância do estudo de caso na pesquisa avaliativa se dá por sua potencialidade em descrever o contexto real da intervenção, sua capacidade em explorar situações específicas o que não seria possível somente pela análise dos resultados, pois identificam na realidade estudada as inter-relações entre teoria e a prática concreta de serviços e programas (YIN, 2005).

A abordagem qualitativa se preocupa com o universo dos significados, motivos, aspirações, valores e atividades, que por sua vez, correspondem a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos às operacionalizações de variáveis (MINAYO, 1994), justamente porque o objetivo deste estudo centraliza-se na análise das subjetividades, contradições e transformações da assistência à saúde mental na saúde da família.

A pesquisa de avaliação com abordagem qualitativa não possui métodos e técnicas próprios; ela utiliza os mesmos métodos e técnicas da pesquisa social (AGUILAR; ANDER EGG, 1995).

2.1.2 Local do estudo

Este trabalho é um subprojeto do ELB do PROSF patrocinada pelo Ministério da Saúde e o Banco Mundial e desenvolvido pelo Departamento de Medicina Social da

Faculdade de Medicina e pelo Departamento de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas²².

A presente pesquisa foi desenvolvida no município Chapecó (SC), sendo estudada a integralidade do cuidado em saúde mental a partir da USF, que foi definida com base nos critérios e dados obtidos durante o estudo epidemiológico de Monitoramento e Avaliação do PROESF, que apontou como experiência bem sucedida em relação à integralidade na ESF.

A escolha da USF foi porque esta apresentava alguns indicativos em relação a integralidade que sugeriam ser uma experiência consolidada, eram estes: tempo de implantação da ESF no município (desde 1995); dentre as unidades de saúde da família

²² O ELB geral utilizou delineamento transversal, com grupo de comparação externo (atenção básica tradicional). Entrevistou 41 presidentes de Conselhos Municipais de Saúde, 29 secretários municipais de Saúde e 32 coordenadores de Atenção Básica. Foram caracterizados a estrutura e o processo de trabalho em 234 Unidades Básicas de Saúde (UBS), incluindo 4.749 trabalhadores de saúde; 4.079 crianças; 3.945 mulheres; 4.060 adultos e 4.006 idosos. O controle de qualidade alcançou 6% dos domicílios amostrados. A cobertura do PSF de 1999 a 2004 cresceu mais no Nordeste do que no Sul. Menos da metade dos trabalhadores ingressaram por concurso público e o trabalho precário foi maior no PSF do que em UBS tradicionais. Os achados sugerem um desempenho da Atenção Básica à Saúde (ABS) ainda distante das prescrições do SUS. Menos da metade da demanda potencia utilizou a UBS de sua área de abrangência. A oferta de ações de saúde, a sua utilização e o contato por ações programáticas foram mais adequados no PSF (FACCHINI et al, 2006a). O ELB realizado na região sul foi realizado em sessenta e cinco dias, o trabalho de campo totalizou 100% (21) das entrevistas com os Presidentes de Conselhos Municipais de Saúde, 71% (15) das entrevistas com Secretários Municipais de Saúde e Coordenadores de Atenção Básica/ PSF e 81% (17) da coleta de dados documentais. Em relação aos instrumentos do âmbito da UBS, a caracterização da estrutura e do processo de trabalho alcançou 98% (117) dos serviços. Também foram coletadas informações de 1730 profissionais de saúde, o que corresponde a uma média de 14 profissionais por UBS. O somatório da avaliação da demanda de um dia típico de trabalho das UBS estudadas, totalizou 13.612 atendimentos, o que corresponde a uma média de 113 atendimentos por dia por UBS. Na amostra populacional, foram entrevistadas 1949 crianças (93% do estimado); 1823 mulheres (87% do estimado); 1940 adultos (92% do esperado) e 1891 idosos (90% do esperado). Na média foram aplicados cerca de 16 questionários em cada estrato da amostra populacional de cada UBS. O Estudo Qualitativo da região sul avaliou em profundidade a integralidade do cuidado em uma Unidade de Saúde da Família do município de Chapecó, SC. Os sujeitos foram 17 Trabalhadores de Saúde que compõe as ESF (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e demais membros da equipe de saúde); 44 Usuários – usuários da USF da área urbana; 16 Informantes Chaves da área de abrangência da USF em estudo (identificados pelos Agentes Comunitários de Saúde, membros da equipe e outros informantes chaves – ligados ao Conselho Gestor Local, lideranças do bairro e Conselheiro Municipal de Saúde); 4 representantes da gestão em saúde - Gestor-Secretário Municipal de Saúde (1), Coordenações Locais – Coordenação Médica e Coordenação de Enfermagem (2) e Coordenador Regional da ESF (1). O processamento e análise dos dados foi concluído em dezembro de 2005 (FACCHINI et al., 2006b).

selecionadas para o estudo epidemiológico PROESF - UFPel (pré-PROESF e pós PROESF) do município era a mais antiga (funciona desde 2000); tempo de gestão plena do sistema: desde 1998; condições de trabalho; iniciativas de educação permanente – cursos e s / motivação da equipe como agente de mudança e autonomia do usuário; adscrição nas UBS Tradicionais; coordenação colegiada de UBS; indicação dos supervisores de campo como experiência bem sucedida; haver desenvolvido o Projeto Acolher Chapecó contemplado pelo Ministério da Saúde em 2004 com o prêmio David Capistrano²³.

2.1.3 Delimitação do campo de coleta de dados

Sendo a integralidade do cuidado à saúde mental no interior do processo de trabalho da equipe de saúde da família o objeto de estudo, a escolha do local aconteceu a partir de critérios que possibilitassem a integralidade. Utilizamos como categoria operacional da integralidade o acolhimento e o cuidado integral na ESF atribuídos aos usuários.

Os critérios estabelecidos para seleção do caso dessa pesquisa foram:

- O fato de o município contar com um movimento político-institucional de organização do sistema de saúde local que incluía em suas prioridades ações estratégicas que viabilizassem a de integralidade do cuidado.

²³ O Ministério da Saúde através da Portaria 2406/GM de 19 de dezembro de 2003 instituiu o Prêmio de Política Nacional de Humanização David Capistrano que se destina a estimular experiências inovadoras no campo da humanização e promover reconhecimento a ações exitosas já implantadas nas áreas de Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência. O objetivo da premiação é: reconhecer, incentivar e valorizar as instituições, nos vários níveis de atenção que se destaquem por ofertar práticas que possibilitem atenção e gestão humanizada (BRASIL, 2004).

- O serviço ser uma USF pré-PROESF caracterizada como Unidade com organização para o cuidado integral mais bem sucedida na região urbana do município;

A escolha da USF bem sucedida foi através de uma análise dos dados obtidos na pesquisa epidemiológica e nas questões abertas contidas nos instrumentos auto-aplicados da pesquisa do PROESF- UFPel:

- Nos questionários auto-aplicados aos gestores a partir do planejamento e do conjunto de estratégias adotadas pela gestão para viabilizar a integralidade do cuidado;
- No instrumento aplicado com presidentes dos Conselhos Municipais de Saúde a partir da compreensão e das ações desencadeadas pelo controle social com vistas à integralidade do cuidado;
- Nos questionários sobre a estrutura e processo de trabalho preenchido pela equipe de saúde das UBS que fazem parte do nosso projeto global de avaliação e nos remetem para articulações e movimentos da equipe de saúde visando viabilizar no cotidiano do trabalho à integralidade do cuidado;
- No instrumento de caracterização da demanda (Software PACOTAPS)²⁴ e nos questionários populacionais através dos dados quantitativos e qualitativos das questões abertas que nos permitem conhecer um perfil desta população e nos indicam em que aspectos o PSF apresenta avanços e limitações com vistas à integralidade do cuidado

²⁴ O PACOTAPS é um *software* utilizado para o estudo populacional do ELB da UFPel e também para a logística para realizar estudos de demanda prático. Este *software* é relativamente simples de instalar e operar, que tornou mais viável a realização de estudos neste nível de atenção à saúde. Os estudos de demanda foram destacados como um importante recurso para identificar as características sociodemográficas e o perfil dos atendimentos realizados. A metodologia utilizada para a instalação deste *software* foi uma exposição dialogada, e em seguida de um trabalho em grupo por município, disponibilizando uma infra-estrutura de informática, possibilitando que fosse realizada a simulação de instalação do *software* PACOTAPS, digitação e emissão de relatório (TOMASI et al, 2003).

- Nos relatórios do trabalho de campo dos supervisores do estudo epidemiológico, nos quais eles relatam as facilidades, dificuldades, opiniões, sentimentos em relação ao campo empírico que envolve a UBS, as equipes, a população;
- Na sistematização feita na reunião de conclusão do trabalho de campo dos supervisores; nesta oficina realizada com os supervisores foram definidas as características que contribuíssem para que, no campo empírico, determinada experiência se apresentasse como bem sucedida em relação à integralidade do cuidado. Como metodologia de trabalho, foi adotada a realização de grupo de discussão, aplicação da matriz de identificação de critérios, características das experiências bem sucedidas e solicitação aos supervisores que citassem por ordem de prioridade as USF e os respectivos municípios que se enquadrassem nos critérios e características por eles selecionados como determinantes das experiências.
- Realização de grupo de discussão das experiências bem sucedidas e solicitação aos supervisores que citassem por ordem de prioridade as UBS e respectivos municípios que se enquadram nos critérios e características por eles selecionadas como determinantes de tais experiências.

As experiências não foram caracterizadas como bem sucedidas a partir de um critério que refletisse exclusivamente arranjos locais, quase pessoais, que não indicam um comprometimento institucional, devido à fragilidade que a experiências possam estar expostas.

Quadro 1 - Critérios para definição do local de estudo.

Critérios Gerais	Com relação à Equipe	Comunidade
Tempo de funcionamento: quanto maior tempo melhor e mais condições de avaliar; Estrutura: não é fundamental; Capacitação; Gestão – apoio do nível central; Reuniões periódicas das equipes; Capacidade de negociação articular diferentes níveis.	Conhecer: famílias, população, território; Atividades fora da UBS; Perfil – gostar de trabalhar com gente; visita domiciliar; grupo; generalista; Atenção voltada para prevenção; Conseguir trabalhar em equipe; Reuniões periódicas das equipes; Vínculo; Liderança na equipe que mobilize; Participar das decisões; Processo de trabalho; Autonomia nas decisões.	Participação da comunidade no processo; Conhecimento da população sobre o ESF.

Fonte: KANTORSKI et al (2006)

2.1.4 – Entrada no Campo de Estudo

2.1.4.1 Princípios Éticos

A presente pesquisa juntamente com o formulário da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa foram encaminhados ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina (FM) da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) e aprovado conforme o ofício 083-05 (ANEXO C)

Foi assegurado aos entrevistados o sigilo das informações e o anonimato, bem como o direito de desistir durante qualquer etapa da investigação, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), respeitados todos os preceitos ético-legais que regem a pesquisa com seres humanos, conforme o preconizado pela Resolução

196/96 do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde. Também foi solicitada a autorização do coordenador da unidade para desenvolver a observação.

2.1.4.2 Sujeitos do Estudo

Os sujeitos do estudo foram os 18 profissionais da equipe de saúde da família (totalidade) e 13 usuários com algum tipo de transtorno mental.

Para garantir o sigilo de suas identidades e preservar seu anonimato, os sujeitos envolvidos serão identificados conforme um número estabelecido aleatoriamente para cada entrevista e a letra inicial que caracteriza o grupo de entrevistados a que pertence, por exemplo: P 1 (Profissional 1); U 2 (Usuário 2).

Os profissionais entrevistados foram: 1 enfermeiro, 1 médico, 1 dentista, 6 ACS, 3 auxiliares de enfermagem, 2 técnicos de enfermagem, 1 auxiliar de consultório dentário, 1 auxiliar administrativo, 1 estagiária de recepção, 1 auxiliar de limpeza.

Dos profissionais entrevistados o tempo de trabalho na USF variou de 3 meses a 7 anos. A maioria dos profissionais começou a trabalhar na ESF na Unidade . Duas das auxiliares passaram pela transformação de UBS para USF. A idade dos profissionais variou de 20 a 50 anos, e o tempo de formação entre 3 meses a 17 anos.

A seguir pode-se visualizar o quadro 2 com a caracterização dos profissionais da USF .

Quadro 2 – Perfil dos profissionais de saúde da USF

Identificação	Escolaridade	Idade	Cargo	Tempo de formação	Tempo que trabalha em ESF	Tempo que trabalha na Unidade
P.1	Segundo grau completo e Cursando o técnico em enfermagem.	20	ACS	7 meses*	7 meses	7 meses
P.2	Segundo grau completo e curso de auxiliar administrativo, de computação	20	ACS	7 meses*	7 meses	6 ou 7 meses
P.3	Cursando o terceiro grau e Magistério e especialização em educação infantil.	25	ACS	3 meses*	3 meses	3 meses
P.4	Segundo grau completo	33	ACS	1 ano e 3 meses*	1 ano e 3 meses	1 ano e 3 meses
P.5	2º grau incompleto.	37	ACS	3 meses*	3 meses	3 meses
P.6	Segundo grau completo e Auxiliar técnico contábil	26	ACS	3 meses*	3 meses	3 meses
P.7	Segundo grau completo	35	Técnico de enfermagem.	NI	NI	6 meses
P.8	Segundo grau completo e Técnico de laboratório.	42	Técnico de enfermagem	NI	5 anos	7 anos
P.9	Segundo grau completo.	33	Auxiliar de enfermagem.	NI	NI	3 anos e meio
P.10	Terceiro grau completo.	33	Enfermeira	8 anos	6 anos	3 anos.
P.11	Cursando o segundo grau	17	Estagiaria da Recepção	10 meses	10 meses	10 meses
P.12	-	-	Auxiliar de enfermagem Massoteuta	16 anos	3 meses	3 meses
P.13	Cursando o segundo grau	36	Atendente de consultório dentário.	13 anos	10 meses	10 meses
P.14	Segundo grau incompleto	40	Auxiliar administrativo.	17 anos	9 anos	1 ano
P.15	Segundo grau completo e mais magistério.	25	Auxiliar de serviços gerais	NI	NI	3 anos
P.16	Terceiro Grau completo	34	Médica (Residência em medicina geral comunitária e Especialização em homeopatia)	7 anos	NI	1 ano e meio
P.17	Terceiro Grau Completo com especialização	36	Cirurgião Dentista	NI	NI	10 meses
P.18		50	Auxiliar de enfermagem.	6 anos.	5 anos	6 anos.

* Tempo que recebeu a capacitação para ACS.

NI= não informou

Para a seleção dos usuários foram adotados dois critérios. No primeiro foi solicitado que os profissionais da USF que indica-se para entrevista alguns usuários que a equipe identifica-se como portador de algum transtorno mental ou problemas relacionados a saúde mental. No segundo critério foram selecionados usuários que durante a observação (consultas e visitas domiciliares) foram identificados como portadores de transtorno mental. Sendo assim, 3 dos usuários entrevistados foram selecionados na observação e 10 por indicação da equipe.

Todos os entrevistados já haviam consultado na USF e aceitaram participar da pesquisa e foram entrevistados no domicílio.

Notou-se que os usuários indicados pela equipe foram em sua maioria usuários de álcool e portadores de depressão. Destaca-se que não houve indicação de portadores de transtornos graves, o que nos leva a pensar que essas pessoas talvez não sejam reconhecidos como usuários da ESF.

Os usuários entrevistados variaram de 29 a 89 anos; a escolaridade variou de analfabeta até 8º série do ensino fundamental; o tempo de moradia no bairro variou de 5 meses a 33 anos (desde que nasceu); os sujeitos entrevistados foram 8 mulheres e 5 homens.

A seguir apresenta-se quadro 3 com os usuários entrevistados mostrando a escolaridade, idade, condição de saúde, tempo de moradia no bairro, com que mora e ocupação.

Quadro 3 – Perfil dos usuários entrevistados da USF

Usuário	Escolaridade	Idade	Condição de saúde	Tempo que mora no Bairro	Mora com quem	Ocupação
U.1 (indicação da equipe)	5 serie	89	Idoso com dificuldade de locomoção/HAS em uso de álcool (isolamento social leve)	17 anos	companheira	Aposentado
U.2 (indicação da equipe)	Sendo alfabetizada	74/71 prontuário	Poliqueixosa	11 anos	companheiro	Do lar
U.3 (observação)	5 serie	46	Depressão/HAS (problema de nervos)	5 anos	Marido e 4 filhos	Do lar
U.4 (indicação da equipe)	Sabe le e escrever	62	Depressão/HAS/risco de isolamento social	7 anos	Mora sozinha	Pensionista
U.5 (indicação da equipe)	4 serie	67/69 prontuario	Depressão/HAS	5 anos	Filho e esposa	Aposentado
U.6 (indicação da equipe)	1 serie	63/72 prontuario	Ansiedade/Depressão/HAS	8 anos	Marido	Do lar
U.7 (indicação da equipe)	3 serie	53	Uso de alcool/HAS/Problemas Familiares Graves	1 ano	2 irmãs, 2 filhos, 2 sobrinhos, 1 neta e uma sobrinha segunda	Aposentada
U.8 (indicação da equipe)	3 serie	29	Usuário de drogas e Álcool	1 ano e 11 meses	Mãe e irmão	Auxilio doença
U.9 (indicação da equipe)	1 serie	66/62 prontuario	Idoso em isolamento social grave e problemas familiares graves/ HAS/ uso de álcool	15 anos	Esposa e 2 filhos	Aposentado
U.10 (observação)	analfabeta	44	Depressão/tentativa de suicídio	20 anos	Marido e filho	Do lar
U.11 (indicação da equipe)	8 serie	35	Depressão/tentativa de suicídio	5 meses	Mora sozinha	Artesã
U.12 (observação)	6 serie	33	Depressão/toxoplasmose	33 anos	Marido e 2 filhos	Do lar
U.13 (indicação da equipe)	2 serie	72	Idoso em isolamento social moderado/ HAS/ uso de álcool	12 anos	Mora sozinho	aposentado

2.1.4.3 O trabalho de Campo

A coleta de dados deu-se através de duas técnicas de pesquisa: a observação e as entrevistas. Estas duas técnicas complementaram-se e a partir delas foram coletados as informações necessárias para avaliar a integralidade do cuidado em saúde mental. Trabalhou-se na coleta de dados de observação, entrevistas entre quatro pesquisadores (professores universitários, doutores e doutorandos), com experiência em pesquisa qualitativa no campo da saúde.

O primeiro contato com o campo foi através de uma profissional que representava a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), sendo inicialmente priorizado o contato institucional, para apresentação da proposta e o consentimento institucional.

E o primeiro contato com a USF foi no turno da tarde, sendo acompanhadas pela profissional da SMS que nos apresenta à equipe.

A enfermeira nos recebe, mostra a USF, explica rapidamente o funcionamento, apresenta os funcionários. Inicialmente, apresentamos e explicamos o projeto, os objetivos, reforçamos que precisávamos da disponibilidade e adesão dos mesmos à nossa proposta de avaliação (participam 5 ACS, a enfermeira e nós). Em seguida, nos reunimos com a médica, as auxiliares de enfermagem (1 ausente, com atestado médico), auxiliar de dentista, limpeza e pessoal da recepção (OBS 1).

O trabalho de campo em Chapecó foi realizado no período de 18 a 27 de outubro de 2005. Pelo período da manhã e tarde de acordo com o expediente externo do USF, que funcionava de segunda à sexta das 7:30 às 11:30 horas e das 13:00 às 17:00 horas.

A técnica de observação aproximou do cotidiano do processo de trabalho da equipe de saúde da família no âmbito da integralidade do cuidado. Segundo Cruz Neto (1994), o observador ao se inserir no contexto da situação observada, estabelece uma relação mais próxima dos observados e nesse processo, ao mesmo tempo, pode modificar ou ser modificado pelo contexto.

A observação contou com duas etapas que aconteceram concomitantemente. Na primeira etapa, foi realizada uma observação livre onde foram observados aspectos como: espaço físico, recursos materiais, recursos humanos e organização do serviço, visando a ambientação dos pesquisadores no local de estudo, conhecendo as pessoas e identificando consensos e conflitos presentes no processo de trabalho da USF.

A observação livre visou estudar a dimensão singular dos atos, atividades, significados, relações, no sentido de descobrir os aspectos mais evidentes e se possível capturar sua essência, identificando contradições e relações (TRIVIÑOS, 1987).

Na segunda etapa, foi observada a entrada dos usuários na USF, a recepção, os atendimentos individuais e grupais, as visitas domiciliares, as reuniões de equipe, enfim, toda e qualquer atividade que se desenvolveu no território, que tivesse alguma relação com o trabalho da USF. A observação foi realizada em Chapecó, totalizando 280 horas.

As observações foram registradas no diário de campo, seguindo um roteiro (APÊNDICE B). No diário de campo foram anotadas as observações e reflexões das expressões verbais e ações dos sujeitos.

Segundo Triviños (1987), a descrição é uma etapa da observação, o autor recomenda algumas técnicas de descrever como: descrever os comportamentos, ações,

atitudes, tal como foram observadas; descrever os sujeitos não em forma abstrata, mas por seus traços concretos; descrever o ambiente físico; descrever as atividades específicas; descrever os diálogos; e em seguida deve-se fazer anotações de campo de natureza reflexiva.

O usuário foi acompanhado a partir de sua chegada na recepção da USF, comportamento durante a espera para ser atendido. Durante a consulta, foi observado que problema o levou ao serviço, sua comunicação, comportamento durante o atendimento, sua aceitação as indicações terapêuticas.

Ao mesmo tempo foram observados os recepcionistas, dando ênfase na relação e comunicação com o usuário, sua conduta frente ao caso, explicação e informações aos usuários.

Em relação aos profissionais foi observada sua relação e comunicação com o usuário, escutas, conduta frente ao caso, as informações e explicações repassadas ao usuário, como foram ofertados os recursos terapêuticos, a identificação do problema e o tempo de atendimento.

Com a observação foi realizada uma identificação do usuário, atentando para o acompanhamento do percurso percorrido por ele dentro do serviço de saúde, e o conhecimento do problema que o trouxe ao serviço. Neste momento, foi verificado como os usuários foram recebidos, espaço físico do serviço, como os profissionais selecionaram os critérios de intervenção terapêutica dos usuários e seu envolvimento com o serviço.

Segundo Merhy (1997) ao olhar para um serviço de saúde, de qualquer natureza, para perceber algumas situações características importantes sobre o “fazer saúde” é

necessário identificar certos aspectos do serviço como: quem trabalha, como trabalha, para quê, por quê, a quem serve.

Para subsidiar a identificação destes aspectos no estudo, foi utilizado o “fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde” de Merhy (1997).

Os símbolos utilizados no fluxograma são universais, a elipse mostra o começo e o fim da cadeia produtiva, para o serviço de saúde significa a entrada e a saída do usuário. O retângulo mostra os momentos em que se realizam as etapas do trabalho na cadeia produtiva, é onde se realizam consumos de recursos e produção de produtos bem definidos que vão servir para abrir novas etapas na cadeia. O losango representa os momentos que a cadeia produtiva enfrenta um processo de decisão de caminhos a serem seguidos, são momentos de decisões e de possibilidades de percursos para atingir etapas seguintes e distintas (MERHY, 1997).

Este fluxograma ajuda a representar o que aconteceu na USF desde a entrada do usuário até a saída ou não²⁵ deste do serviço, e que processos chave ocorreram e caracterizaram o serviço.

O fluxograma permitiu conhecer e analisar o percurso dos usuários, para caracterizar melhor o serviço, assim foi possível verificar *quem são, se são da área de abrangência, por que procuraram o serviço*, assim como descrever o que se faz com os que entram para o atendimento no serviço.

²⁵ Utilizo a palavra saída ou não por que na ESF os usuários não têm alta, eles estão sempre vinculados a USF. Sua alta é somente dada em caso de mudança de área adstrita.

Mehry (1997) cita ser importante descrever cada etapa do fluxograma dos usuários que saíram do serviço, para poder analisar o encontro usuário/profissional e como foram feitos os encaminhamentos.

A análise da saída pode proporcionar a visualização do acolhimento e verificar se este permeou todo o processo de trabalho e se a necessidade foi resolvida ou encaminhada de uma maneira satisfatória para o usuário. O fluxograma analisador é uma alternativa para o serviço de saúde centrar sua assistência no usuário, procurando contribuir para um caminhar mais autônomo.

Esquema 3 – Fluxograma Analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde

E a outra técnica de coleta de dados foi a entrevista semi-estruturada com gravação das falas, partindo das questões norteadoras, com a finalidade de aprofundar o objeto estudado. A entrevista enquanto técnica para Cruz Neto (1994) é:

[...] o procedimento mais usual no trabalho de campo. Ela, possibilita o pesquisador obter informes contidos na fala dos atores sociais. Ela não significa uma conversa despreocupada e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada. Suas formas de realização podem ser de natureza individual e/ou coletiva (CRUZ NETO, 1994, p.57).

A entrevista semi-estruturada favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também a explicitação e a compreensão da totalidade, no interior de uma situação específica, bem como em situações de dimensões mais complexas (Triviños, 1987).

Segundo Minayo (2000), a entrevista semi-estruturada combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, com isso o entrevistado tem possibilidade de discorrer sobre o tema proposto sem resposta ou condição prefixadas pelo pesquisador.

Desta forma, foram utilizados dois diferentes roteiros de entrevista: um roteiro para os profissionais (APÊNDICE C) e um roteiro para os usuários (APÊNDICE D).

O roteiro aplicado aos profissionais visou saber quem era o profissional; conhecer como se estabelece o cuidado da equipe com usuário com transtorno mental; conhecer as ações relacionadas a saúde mental que a sua unidade de saúde da família desenvolvia; como se estabelecia o vínculo com o usuário com transtorno mental; que grupos são oferecidos para os usuários com transtorno mental e quais os trabalhos conjuntos com outros espaços; como a equipe de saúde da família vem trabalhando com o grupo familiar; como é o atendimento dos usuários com transtorno mental; quais são os atendimentos especializados em saúde mental que o ESF pode referenciar; se existe prática de discussão de casos em equipe; e como a equipe trabalha a autonomia do usuário.

As entrevistas foram agendadas previamente com os profissionais durante todo o período de coleta de dados no dia e hora marcados por eles. As entrevistas foram realizadas na unidade durante o expediente do profissional.

Triviños (1987) recomenda a gravação da entrevista, uma vez que esta técnica permite contar com todo material fornecido pelo informante. Desta forma, as entrevistas

foram gravadas e depois transcritas. A transcrição foi feita de forma literal, garantindo, assim, a fidedignidade das informações.

O roteiro dos usuários teve o intuito de saber quem era a pessoa, porque procurou o serviço, como esse ajuda na sua necessidade de saúde, como a equipe tem ajudado na manutenção da saúde; se participa de algum grupo na comunidade ou na USF; como consegue consulta na unidade, como é o atendimento na USF. As entrevistas foram realizadas durante todo o período de coleta de dados no domicílio do usuário, estas foram gravadas e depois transcritas.

Ainda foi utilizada a consulta a documentos fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, a fim de obter dados sobre o município, bairro, USF pesquisada e organização local do setor saúde. Foi consultado o Plano Municipal de Saúde, Relatório de Gestão, fotos cedidas pela Secretaria Municipal de Saúde, atas de reuniões do Conselho Local de Saúde, mapas do município, enfim, materiais escritos que serviram de fonte de informação acerca do município e do serviço estudado.

2.1.5 Análise de dados

Após a fase de coleta de dados, a partir dos registros da transcrição das entrevistas, o material coletado foi organizado. Através de leituras sucessivas do material coletado foi extraído das falas e da observação as situações de maior relevância, as quais respondessem aos objetivos do estudo.

Segundo Triviños (1987) o uso de diferentes instrumentos permite uma triangulação de dados para obter uma descrição, explicação e compreensão da realidade em estudo.

Segundo Minayo (2000: 209) a análise dos dados se deu através da análise temática que “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifique alguma coisa para o objetivo analítico visado”.

A análise temática apresenta três etapas (Minayo, 2000). A primeira consiste na leitura flutuante – leituras exaustivas do material – na constituição do corpus – organização do material de maneira que contemple os aspectos levantados no roteiro, represente o universo pretendido e que esteja de acordo com os objetivos – na formulação de objetivos – os dados devem responder as questões teóricas colocadas. Após estas fases, deve-se determinar a unidade de registro (palavra-chave ou frase) que oriente a análise dos dados. Neste trabalho como se trata de uma avaliação na perspectiva de Donabedian as unidades de registro foram Estrutura-Processo-Resultado.

A segunda etapa consiste em explorar os dados, que devem ser classificados de acordo com as unidades de registro. a partir do agrupamento dos dados foi separado o que faria parte da Estrutura, do Processo, do Resultado. Sabendo que em uma pesquisa de avaliação qualitativa esta separação seria apenas didática pois estas três dimensões (Estrutura, Processo e Resultado) são interligadas necessitando uma da outra para se realizar uma avaliação. Na terceira etapa ocorre a avaliação dos dados através de parâmetros estabelecidos, interpretações teóricas e pessoais sobre o tema. Sendo assim, a análise das informações foi feita a partir das unidades de registro em confronto com a bibliografia disponível sobre o assunto, com base em minha experiência e interpretação. A categoria analítica central da dialética utilizada foi a da totalidade.

O ESTUDO DE CASO – CHAPECÓ/SC - USF

3 O ESTUDO DE CASO – CHAPECÓ/SC - USF

Antes da avaliação da dimensão de Estrutura em relação à integralidade do cuidado à saúde mental na ESF, se faz necessária, primeiramente, a apresentação histórica, social e econômica do município de Chapecó-SC, abordando especialmente a organização da saúde.

Dessa forma, como cenário da avaliação da Estrutura da USF se terá a organização municipal da saúde, pois na concepção dialética e na categoria analítica do princípio da totalidade, os aspectos macro e micro-organizacionais se complementam.

Para uma avaliação e construção de caminhos de um cuidado integral em saúde mental, é preciso ter uma visão de conjunto, e é a partir dessa visão do município de Chapecó-SC que será avaliada a USF. Os parâmetros usados para a avaliação foram as seguintes publicações do Ministério da Saúde: Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica, Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde: saúde da família, Cadernos de Atenção Básica – Programa Saúde da Família: a implantação da unidade de saúde da família (caderno 1) e Guia prático do Programa de Saúde da Família.

A visão do município e da USF não se restringirá apenas a descrever as condições, mas avaliar e analisar as relações que permeiam as condições apresentadas.

A partir das leituras realizadas, foi montado um quadro com os aspectos da integralidade, que serviu para o estabelecimento de parâmetros de avaliação da integralidade do cuidado em saúde mental.

Quadro 4 – Parâmetros da avaliação da integralidade do cuidado em saúde mental

ASPECTOS DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO DA SAÚDE MENTAL		
Dimensões da Avaliação de Donabedian	Tipo de Organização	
Estrutura	Gestão	<p>Capacitação (oferecimento de cursos de atualização, de treinamento, de educação permanente para todos os profissionais e equipes de saúde).</p> <p>Intersetorialidade (comunicação e ações conjuntas entre os vários segmentos administrativos).</p> <p>Referência e Contra-referência.</p> <p>Apoio Matricial (apoio, discussão de casos e ações conjuntas entre equipes de saúde mental e equipes da saúde da família).</p> <p>Inclusão no SIAB da Saúde Mental (número de usuários medicados com benzodiazepínicos, usuários de drogas, usuários com transtorno mental grave ou severo, usuários egressos de internações).</p> <p>Noção de território.</p>
Estrutura	Serviço	<p>Acolhimento (entrada/recepção/decisão de ofertas/cardápio/saída):</p> <ul style="list-style-type: none"> - plano terapêutico. <p>Estrutura física (Unidade adequada com a demanda, programas oferecidos, tipo de atendimentos prestados).</p> <p>Estrutura de insumos (material de consumo e permanente adequado à demanda).</p>
Estrutura/Processo	Social	Integração dos equipamentos sociais com a saúde da família
Processo	Profissional	<p>Acolhimento (entrada/recepção/decisão de ofertas/cardápio/saída):</p> <ul style="list-style-type: none"> - escuta e vínculo; - consideração das necessidades (identificar a causa do sofrimento, dar resposta imediata e reconhecer as necessidades de outras intervenções e necessidades); - tratamento completado (cuidados para a prevenção, cuidados para a cura, cuidados paliativos, cuidados para reabilitação, cuidados para recuperação); - cuidado a família. <p>Conhecer população e áreas de riscos.</p>
Resultado	Usuário	<p>Reconhecer e utilizar sua autonomia.</p> <p>Realizar autocuidado e participar da construção de seu plano terapêutico individual.</p> <p>Participar das decisões locais de saúde.</p>

Fonte: Prefeitura Municipal de Chapecó (CHAPECÓ, 2005a)

Figura 1 – Município de Chapecó- SC

3.1 O Município de Chapecó/SC

O oeste catarinense foi habitado e povoado por índios até 1838. Após esta data tropeiros paulistas e imigrantes italianos e alemães vindos do Estado do Rio Grande do Sul começaram a atravessar a região, em direção a São Paulo, para comercializar gado. Por isso, a colonização de Chapecó-SC foi basicamente constituída por italianos, alemães e poloneses devido à parada de tropeiros e da vinda das companhias colonizadoras (CHAPECÓ, 2005a).

Sendo assim, o município de Chapecó-SC foi fundado em 25 de agosto do ano de 1917. A palavra “Chapecó” é de origem indígena da tribo dos Kaingang e se origina dos termos “echa+apê+go”, que na língua dos nativos significa “donde se avista o caminho da roça”, bem como “chapadão alto”, “chapéu feito de cipó” (CHAPECÓ, 2005a).

O município de Chapecó está situado no oeste catarinense há 630 km de Florianópolis e sua área é de 625,60 km². Localiza-se em meio a um entroncamento de rodovias federais e estaduais, com acesso fácil aos países do Mercosul (encontra-se a 160 km da Argentina).

Fonte: Kantorski et al, 2006

Figura 2 – Mapa do Estado de Santa Catarina.

O principal mercado de trabalho do município é a agricultura, a agroindústria e o setor metal-mecânico especializado na produção de equipamentos para frigoríficos. O município é sede das principais empresas de suínos, aves e derivados do Brasil, sendo responsável pela exportação de produtos alimentícios industrializados de natureza animal.

O município de Chapecó está habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde (GPSMS) desde janeiro de 1998. O seu gasto em saúde é de aproximadamente 15,40% da arrecadação, um gasto maior que o do País, que é de 8% (CONASEMS, 2004).

A SMS está organizada em três grandes Diretorias: Diretoria Geral; Diretoria de Controle, Avaliação e Auditoria; e Diretoria do Hospital Materno-Infantil. As Coordenações nas quais se insere a rede básica de saúde estão vinculadas a Diretoria Geral (ANEXO B).

Os principais instrumentos utilizados para o planejamento, gestão do sistema de saúde local, aprovação e expansão da ESF são os **Conselhos Locais de Saúde (CLS)** e o **Conselho Municipal de Saúde (CMS)**.

O CMS possui 28 membros titulares e 28 suplentes, que representam os seguintes segmentos: governo, profissionais de saúde e prestadores de serviço e usuários, estes últimos representam 50% do colegiado. O CMS realiza reuniões mensais, é ativo na participação junto ao Gestor Local, deliberativo e fiscalizador. As denúncias da comunidade e dos CLS são feitas diretamente ao CMS.

Entre os principais projetos aprovados pelo CMS, pode-se citar a implantação de uma equipe de saúde bucal para cada equipe de saúde da família, e a melhoria do acesso dos usuários aos serviços de saúde por meio do Projeto Acolher Chapecó-SC.

O município possui 30 CLS que contam com a participação de usuários, servidores e representantes da SMS. Esses CLS se reúnem a cada 30 ou 60 dias, tais reuniões são organizadas em conjunto com a diretoria da USF.

O CLS do Bairro realiza reuniões na comunidade a cada dois meses, na qual uma profissional da USF é integrante. Outros profissionais da equipe também participam das reuniões do CLS. Na fala a seguir de um profissional da USF, é possível identificar quais as questões principais tratadas no CLS.

[...] me proponho sempre a ajudar, no que me procuram, né? Como profissional e como participante do conselho também. Daí, dando informações sobre o andamento do posto, sobre andamento de consultas e encaminhamentos. E, isso aí eu faço com maior prazer, que é uma coisa que ajuda a comunidade, né? [...] no conselho é passado todo o andamento do posto de saúde, como é que está funcionando, se troca de médico ou se a médica pega férias, a troca de dentistas. No caso de férias de um dentista ou falta e vem, aí troca. A gente fica informada sobre isso, né? [...] a gente convida também a comunidade, e eles querem fazer uma reclamação ou um pedido, então a gente convida todos. [...] as reuniões ou a gente faz aqui no posto, ou na igreja católica. É feita na igreja católica. [...] é na outra, que trata do, assim, de asfalto, calçamento, fossas, essas coisas, é uma outra reunião de outros participantes. O conselho de saúde é mais sobre a saúde, sobre a unidade, sobre dentista, médico, essas questões. [...] As decisões são passadas para o conselho municipal. (P.18)

Nestas reuniões são discutidas questões como: os atendimentos de saúde, relações entre usuários/profissionais, estrutura da unidade, acesso à unidade de saúde e ações de saúde na comunidade. Não são discutidos no CLS assuntos como: segurança do bairro e

unidade, saneamento básico, qualidade da água, transporte coletivo, pois para esses assuntos há uma outra reunião.

Pode-se avaliar que a proposta dos temas tratados no CLS poderia, também, tratar de assuntos relacionados a segurança, qualidade da água, meio ambiente, saneamento básico, emprego e trabalho, que estão ligados às condições de saúde da população, a qualidade de vida e a promoção da saúde.

A participação da comunidade nas reuniões do CLS é importante, pois estas reuniões contribuem na autonomia, participação social e no cuidado a saúde da população, buscando elevar a qualidade de vida da comunidade, pois o CLS é um espaço que a comunidade pode exercer o controle social, conhecendo, avaliando, trocando informação e participando da política de saúde do município.

Em dados obtidos pela pesquisa PROESF/UFPel, sobre os encaminhamentos das deliberações do CMS e a participação dos usuários e familiares, foi avaliado como muito bom o apoio e incentivo do CMS a expansão da ESF, e que ainda é pequena a participação dos profissionais em relação aos usuários (KANTORSKI et al, 2006).

Quadro 5 - Conselho Municipal de Saúde

Encaminhamento das deliberações do CMS	Apoio do CMS ao Projeto da ESF	Apoio do CMS ao Projeto Atenção Básica	Participação dos Profissionais de Saúde no CMS	Participação dos Usuários no CMS
4	10	10	5	9

Fonte: Kantorski et al, 2006

A ESF esteve organizada através do Projeto Acolher Chapecó até 2004. Nesse projeto, as enfermeiras e as auxiliares de enfermagem das unidades realizavam uma escuta qualificada, garantindo o acesso. O Projeto Acolher ganhou, em 2004 o Prêmio David

Capistrano. Em 2005, com a troca da gestão do município, o Projeto Acolher Chapecó foi instinto.

Em 1997, em Chapecó-SC, havia uma rede básica composta por 4 unidades setoriais, 8 UBS (Unidade Básica de Saúde) menores na zona urbana e 4 na zona rural, 1 Posto de Assistência Médica municipalizado, 1 Laboratório Municipal, 1 Setor de Vigilância Epidemiológica, 1 Departamento de Vigilância Sanitária; 5 Equipes de Saúde da Família na zona rural e 4, na zona urbana.

Entre os anos de 1997 a 2004, houve um investimento significativo na expansão da rede, com um aumento de 258 para 664 trabalhadores de saúde (totalizando um acréscimo de 157,36%); ampliação da assistência farmacêutica (definindo lista de medicamentos básicos e implantando dispensário de medicamentos nas UBS); criação de serviços territoriais de saúde mental; implantação do tratamento completado em saúde bucal; instalação do Pronto Atendimento Municipal junto ao Hospital Municipal Materno-Infantil; adoção de duas modalidades de serviços na rede básica, as 18 Unidades de Saúde da Família (USF) e as 6 Policlínicas²⁶.

O **Projeto Acolher Chapecó** fez parte desse contexto de mudanças representando uma proposta de reorganização do processo de trabalho, a partir do trabalho em equipe, da discussão do projeto terapêutico de cada usuário, da priorização da necessidade do usuário como eixo da organização do modelo assistencial.

²⁶ As Policlínicas são unidades de saúde que contam com as especialidades de clínica-médica, gineco-obstetrícia, pediatria, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem, auxiliares de consultório dentário, agente administrativo e agente comunitário de saúde.

A implantação do Acolher Chapecó privilegiou a garantia da escuta individual, sigilosa e qualificada do usuário, realizada por enfermeira, auxiliar de enfermagem e médico. Na USF, conforme os relatos no trabalho de campo, o acolhimento ficava a cargo da enfermeira e das auxiliares de enfermagem, situação que se repetia em outras USF.

Diz que no tempo do Acolher, a administração resolveu o problema das reclamações dos usuários, porque todos eram bem atendidos, mas, na sua opinião, era pouco resolutivo e centrado no atendimento individual. (O pessoal de enfermagem) quase não tinha tempo para grupos, visitas domiciliares, educação em saúde. (OBS 2).

O problema de escassez de tempo está, somente em parte, relacionado com a forma como é organizada a atenção em saúde. Pela observação, pôde-se constatar que, atualmente, o trabalho com grupos e educação em saúde não foi intensificado, não no sentido que este fosse um eixo para organização do serviço.

Segundos os profissionais o Projeto Acolher Chapecó era limitante, pois estava centrado na consulta e não havia tempo para a realização de grupos, para os usuários era bom, pois não havia filas e a qualquer momento poderia ser consultado (especificamente com remédio ou exames), no entanto entendo que o objetivo do Projeto Acolher era a melhoria do acesso a saúde, ou seja, não deveria ser um instrumento de acesso apenas a medicamentos e exames, mas sim um instrumento de organização da demanda.

O Projeto tornou o acolhimento em uma consulta basicamente clínica do modelo mais tradicional, reforçando um modelo centrado na doença e na consulta, indo contra as diretrizes da ESF que visa o modelo centrado no usuário, tendo seu forte a promoção da saúde, proporcionando um cuidado integral. Entretanto, o Projeto Acolher se apresentava

mais resolutivo em relação à demanda clínica especificamente, ou seja, poderia ainda não ser a clínica ampliada (a que queremos construir), mas era mais acolhedora e resolutiva (imediate) para o usuário.

O término do Acolher, sem discussão com a comunidade e com o Conselho Municipal de Saúde, revela diferentes interesses implicados em um processo de mudança repleto de contradições.

Até o ano passado, tu não ias ao postinho sem ser consultado. E hoje tu vais lá [...] não precisavas tirar ficha. Tu ias lá, a enfermeira te olhava, né, enfermeira, assim, que era formada, enfermeira mesmo. Ela te olhava, se ela podia te dar a medicação, assim, que não fosse um caso grave, né, que ela pudesse dar, ela dava, caso não pudesse, ela passava para médica, e agora não (U.12).

Num tempo tava bem, né. Só que agora está bem difícil da gente conseguir uma consulta. Ou tem que marcar lá para quando a pessoa já está bem, que tem que procurar outros médicos, ou tem que enfrentar uma fila, tem que ir cinco e pouco da manhã tem que ir lá, enfrentar uma fila para conseguir uma ficha. Emergência...e daí. Só que no ano passado não era assim. O ano passado tinha, era bem melhor, né (2004). A gente ia lá e já conseguia consultar. Daí às vezes, a gente vai com criança com febre, gripe, né. Outras coisas, tem que esperar. Ou se não conseguiu, vai lá de manhã. Daí tem que estar lá às onze horas para conseguir uma consulta a uma e meia, se conseguir. Se chegar gente primeiro não consegue. Então, está difícil, né, para gente depender do posto está difícil. E daí, não consegue, tem que ir ao hospital, ou pronto atendimento (U.10).

Desde 1997, quando iniciou o processo de expansão da rede básica, o município tinha, como preocupação, a articulação entre os diferentes níveis de complexidade na atenção à saúde, investindo na ampliação do acesso à média e alta complexidade e na comunicação entre elas, o que confere um destaque qualitativo a experiência em estudo.

Destaca-se, no caso de Chapecó-SC, a referência e contra-referência como práticas que funcionam para maioria das ações, constituindo-se assim, como um diferencial

do município. Outra especificidade que merece destaque é o fato de que, quando um usuário é encaminhado para um especialista, por exemplo, ele tem dia, hora e local agendados previamente e quando ele sai da USF, leva consigo todo o seu prontuário. Quando o atendimento na especialidade (ou hospitalização) é completado, o usuário retorna a USF com seu prontuário, acrescido dos registros que relatam as ações de saúde desenvolvidas no período.

Essa especificidade do município de Chapecó-SC é um dos grandes diferenciais da organização da atenção à saúde, sendo, de fato, institucionalizado um sistema de referência e contra-referência, no qual o prontuário é do usuário e não do serviço ou dos profissionais, caracterizando-se um movimento de reversão, rumo à integralidade.

Com relação a sua população, o município de Chapecó possui 169.255 habitantes, desses 83.608 são homens e 85.647 são mulheres. A maioria da população, cerca de 90%, vivem na área urbana e 10%, na área rural (CHAPECÓ, 2005a)

A cidade possui uma alta taxa de natalidade (19,9%), e apresenta uma expectativa de vida de 76,29 anos. Os menores de 5 anos representam cerca de 9,69% da população e os idosos, cerca de 6,14%. As mulheres em idade fértil (10-49 anos) representam 67,6% da população feminina (CHAPECÓ, 2005a).

O município possui uma porcentagem de pobres de 18,59 % que está abaixo da média do país (31,27%), mas esta acima da média do estado de Santa Catarina (5,9%) (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA DESENVOLVIMENTO/PNUD, 2005). E uma alta taxa de alfabetização 90,5% da população. A rede de água chega a 82% dos domicílios, entretanto, apenas 6,7% da população têm rede de esgoto. Existem dois tipos de

coletas de lixo (orgânica e seletiva) em todo município. O lixo hospitalar é coletado por uma empresa terceirizada, que realiza todas as coletas de todas as unidades de saúde e hospitalar (CHAPECÓ, 2005a).

O município possui rede municipal de ensino: educação infantil (26 centros de educação infantil e 24 creches comunitárias e domiciliares); educação fundamental (29 unidades no meio urbano e 18 no meio rural). Também há uma rede estadual (30 escolas de ensino fundamental, 19 escolas de ensino médio e 1 escola de educação de jovens e adultos) e outra rede particular de ensino (32 pré-escola, 16 escolas de ensino fundamental, 7 escolas de ensino médio e 3 escolas de educação de jovens e adultos). Chapecó-SC abriga quatro instituições de ensino superior e tecnologia e possui vários cursos da área da saúde como Enfermagem, Fisioterapia, Farmácia, dentre outros (CHAPECÓ, 2005b).

Os quadros a seguir demonstram os indicadores selecionados para obter uma visão geral do município.

Quadro 6- Indicadores Municipais Selecionados em números absolutos.

Pop.	Nº USF	Nº de equipe da ESF	Leito/hab
169 255	19	17	1,7

Fonte: DATASUS, 2005a.

Quadro 7 - Indicadores Municipais Selecionados em valores Reais.

Despesa total/hab	Despesa recurso do SUS/hab	Despesa municipal/hab	Despesa <i>per capita</i> média e alta complexidade/hab	Despesa <i>per capita</i> atenção básica/hab
194,50	129,73	64,77	108,15	26,27

Fonte: DATASUS, 2005a.

Quadro 8 - Indicadores Municipais Selecionados em porcentagem.

% cobertura da ESF	% cobertura do PACS	% crianças com esquema vacinal básica em dia	% crianças em aleitamento exclusivo	% cobertura de consulta de pré-natal
33,4	43,1	97,4	89,2	97,5

Fonte: DATASUS, 2005a.

A partir dos indicadores apresentados, avalia-se que o município complementa os recursos repassados pelo SUS em 33,3%. As despesas com Média Complexidade (MC) e Alta Complexidade (AC) por habitante são maiores do que com a atenção básica, seguindo a lógica dos gastos em saúde no Brasil (gasto brasileiro com MC e AC, 7,56%, e com atenção básica, 1,22%)²⁷ (DATASUS, 2002). A cobertura do município pela ESF ainda é pequena, estando abaixo da cobertura atual do país, que é de 40% (MENDES, 2002). Os índices de cobertura vacinal e de consultas de pré-natal estão um pouco acima da média brasileira²⁸.

O início da implantação da ESF no município de Chapecó foi em 1995, com 4 equipes, em 1996 mais equipes foram montadas para cobrir a zona rural. Em 1997, a SMS definiu que toda zona rural seria coberta pela ESF, enquanto que na zona urbana seria implantado USF em áreas específicas da cidade. O município implantou o PACS e a ESF praticamente juntos.

Chapecó-SC possui uma territorialização e adscrição de toda clientela da área geográfica do município. Está dividido em 21 áreas, de acordo com o princípio de

²⁷ Tendo em vista que, a partir de 2001, os procedimentos de atenção básica passaram a não mais ter valor de referência, sendo integralmente pagos por transferências fundo a fundo, e que, para os de média e alta complexidade, houve grande incremento também na transferência fundo a fundo. Este indicador não foi mais atualizado.

²⁸ Segundo dados do DATASUS, em 2003, o índice de cobertura vacinal do Brasil foi de 96,05% e a média de cobertura de pré-natal no Brasil foi de 96,79%.

territorialização da ESF. Sendo assim, toda rede básica de saúde trabalha com uma área de abrangência definida e adscrição dos usuários.

A adscrição das famílias das ESF permite estruturar o sistema municipal de saúde regionalizado e hierarquizado, mas deve ser compatibilizado com os fluxos habituais das pessoas nos espaços urbanos (BRASIL, 2002c). Ao pensar na avaliação da integralidade, esse fato é um ponto positivo que ajuda na integralidade das ações de saúde.

O mapeamento das áreas de risco ainda estava em andamento, portanto, aqui, não serão oferecidos dados específicos sobre as mesmas. Os dados preliminares das áreas mostram 59 áreas desse tipo, sendo duas localizadas na área da USF Seminário, duas localizadas na área da USF Leste e duas na área da Policlínica Cristo Rei.

Esse mapeamento visa o conhecimento da realidade socioeconômica das famílias, identificando os problemas de saúde e as situações de risco aos quais a população está exposta. Auxilia ainda no planejamento das atividades de saúde, enfocando para a integralidade do cuidado, no desenvolvimento de atividades educativas; na prevenção de doenças e na promoção da saúde; na avaliação do trabalho e no estabelecimento de metas e prioridades nas ações, estimulando o trabalho multiprofissional e intersetorial, como é indicado na ESF.

A Secretaria de Saúde conta 134 auxiliares de enfermagem, 132 ACS, 71 médicos, 51 enfermeiros, 45 odontólogos, 30 ACD, 9 bioquímicos, 8 psicólogos, 7 auxiliares de laboratório, 6 técnicos de enfermagem, 3 farmacêuticos, 3 fonoaudiólogos, 2 assistentes sociais, 2 terapeutas ocupacionais, 1 nutricionista, 1 fisioterapeuta e 1 psicopedagoga. Não há

Plano de Carreira, cargos e salários na SMS. Os ACS são contratados temporariamente, havendo alta rotatividade de ACS e médicos.

A **rotatividade dos ACS** foi um fato importante que surgiu durante a observação e entrevistas. Na observação, constatamos que alguns ACS da USF haviam sido contratados há 7 meses. Os trabalhadores verbalizavam que a situação do vínculo precário e os baixos salários dificultavam a permanência no emprego. A SMS, segundo relato do gestor, está tentando solucionar o problema, uma das ações tomadas foi o encaminhamento da lei de criação do cargo do ACS.

Ademais, a rotatividade dos profissionais constituiu-se um fator que poderia comprometer a ESF, pois o vínculo com a comunidade é um importante instrumento de trabalho para a equipe. Em relação ao ACS, essa rotatividade poderia interferir em uma maior criação de vínculo da comunidade com a ESF, pois o ACS tem função de elo entre a comunidade e a USF.

Segundo critérios do Ministério da Saúde, o ACS precisa: ser da comunidade em que vai atuar, morando na micro-área que é responsável; conhecer bem as famílias da sua micro-área; reconhecer problemas e necessidades de saúde, áreas de risco, demanda da sua micro-área; comunicar-se adequadamente com as pessoas da comunidade e estabelecer negociações com as famílias para desenvolver a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1997). Essas características podem ficar comprometidas com a rotatividade dos ACS, já que no caso de Chapecó-SC, chegou a ser anual, nos últimos dois anos.

A explicação para essa rotatividade, segundo a fala dos coordenadores e dos profissionais, durante o trabalho de campo, é que alguns ACS não residiam na comunidade

em que atuavam, outros tinham problemas de relacionamento, que interferia no cadastramento das famílias.

As equipes de saúde da família são constituídas por um médico, um enfermeiro, três ou quatro auxiliares de enfermagem, três a quatro ACS, um ACD ou THD e um dentista.

O município já está de acordo com as novas diretrizes do Ministério da Saúde, que insere, na equipe básica de saúde da família, uma equipe de saúde bucal. O número de agentes de cada equipe varia conforme o número de pessoas sob responsabilidade de tal equipe.

Das enfermeiras que trabalham na ESF, 28% têm especialização em saúde da família, enquanto 42,8% dos médicos têm especialização em Medicina Geral Comunitária. Dos cirurgiões dentistas, 15,2% têm especialização em odontologia em Saúde Pública (KANTORSKI et al, 2006).

O município possui 24 unidades de saúde, sendo 6 Policlínicas (Efapi, Santa Maria, Cristo Rei, Norte, Oeste e Sul) e 18 Unidades de Saúde (USF). Dessas USF, 4 estão na zona rural, 10 na zona urbana, sendo que 2 USF encontram-se na zona central e 8 USF na periferia. Todas as unidades possuem uma farmácia básica, como prevê a ESF, com os medicamentos da farmácia básica, e outros complementares, cedidos pela SMS (KANTORSKI et al, 2006).

Algumas USF estão em prédios alugados e adaptados e outras, em sede própria da prefeitura. Possui 19 equipes de saúde da família que são: Belvedere/Colônia Cella (1 equipe); Goio-Ên/Linha Cachoeira (1 equipe); Alto da Serra/Sede Figueira (1 equipe); Aldeia

Condá/Toldo Chimbangue (1 equipe); Eldorado (1 equipe); Quedas do Palmital (1 equipe); Seminário (1 equipe); Marechal Bormann (1 equipe); SAIC (1 equipe); Jardim América (2 equipes); Santo Antonio (2 equipes); CAIC (2 equipes), Leste (1 equipe), Chico Mendes (2 equipes) (CHAPECÓ, 2005a).

Existe um colegiado de coordenadores das Policlínicas e USF, o que permite a descentralização da gerência, tendo o coordenador da Unidade o papel de coordenar a equipe e contribuir para o processo de planejamento nas próprias unidades (KANTORSKI et al, 2006).

O município também possui serviços de referência, que são: Laboratório Municipal de Análises Clínicas, Centro de Atenção Psicossocial II adulto (CAPS II), Centro de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes (CAPSi II); Centro de Referência de Especializado (CERES Geral); Centro de Referência de Especializado Bucal (CERES Bucal); Centro de Testagem Anônima (CTA); Hospital Dia (DST/HIV/AIDS); e Pronto Atendimento (Clínica Médica e Pediatria) (CHAPECÓ, 2005a).

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó, 2005.

Figura 3: Mapa da cidade de Chapecó, com as unidades de saúde e a área de abrangência.

Os serviços MC e AC são complementarmente contratados. Existe o contrato com 8 Unidades de Laboratórios Privados (oferecem MC e AC em exames). Os outros serviços especializados são oferecidos através de 24 estabelecimentos contratados (CHAPECÓ, 2005a).

Conforme informações coletadas durante a observação CERES Geral oferece as seguintes especialidades: gastroenterologia, oftalmologia infantil, cardiologia, neurologia, cirurgia ambulatorial, ginecologia, mastologia, ortopedia, dermatologia, endocrinologia e clínico especialista em diabetes. O tempo de espera para as consultas varia de acordo com as especialidades, em média duas a três semanas. O CERES geral conta também com os seguintes programas: hipertensão severa, cardiopatias e cirurgiados cardíacos, diabéticos insulinos dependentes ou não, ou de difícil controle, ostomizados e urostomizados, sondados, portadores de necessidade especial e portadores de feridas crônicas. Já o CERES Bucal oferece especialidades em radiologia, endodontia, prótese, odontopediatria, cirurgia e clínica do bebê.

Na observação foi identificado que o agendamento das consultas nos CERES é realizado diretamente pela UBS e USF, através de um formulário próprio de solicitação de parecer (ficha de referência e contra-referência). Para outros ambulatorios, o agendamento ocorre através do Setor de Agendamento dos próprios serviços. O tempo de espera para o atendimento é de uma semana a um mês entre a marcação e o atendimento, no CERES Bucal. O tempo de espera para o CERES Geral depende da especialidade, variando de uma semana a um ano, no caso das próteses.

Segundo informações do Secretário da Saúde do Município durante a coleta de dados a farmácia sede fica localizada no CERES Geral, que centraliza as medicações psicotrópicas disponíveis aos usuários do SUS. Não há falta de medicação.

O município conta também com o **Núcleo de Atenção Integral à Saúde da Família (NAISF)**. O NAISF foi criado de acordo com a Portaria 1056/GM, de 04/07/05 do Ministério da Saúde (BRASIL; 2005b), que cria novas modalidades de ações em saúde, considerando as ações intersetoriais como fundamentais à garantia da atenção integral em saúde (atua em quatro áreas – Alimentação/Nutrição; Saúde Mental; Serviço Social; Atividades Físicas e Reabilitação) (CHAPECÓ, s/d).

O NAISF é formado por uma fisioterapeuta, duas psicólogas, uma assistente social e uma nutricionista. As atividades desenvolvidas são:

- Grupo de Desenvolvimento Pessoal - trabalha com usuários diagnosticados como psicossomáticos em grupoterapia, para os manter na comunidade e melhorar sua qualidade de vida. Realizado pelas psicólogas e um profissional da equipe ou médico ou enfermeira. Ocorre semanalmente em algumas USF e Policlínicas.
- Grupo de Reeducação Alimentar (adulto e infantil) – trabalha com usuários obesos e sobrepesos, abordando a conscientização do controle do peso e do tratamento, manejo da ansiedade, motivação, como lidar com o corpo e o entendimento da obesidade como doença com causas multifatoriais. Realizado pela nutricionista e psicóloga. Ocorre semanalmente em algumas USF e Policlínicas.
- Grupo de Reeducação Postural - desenvolve atividades físicas, programas voltados a exercícios de alongamento, relaxamento, flexibilidade e fortalecimento, associados à

atividade respiratória e global; socioeducativas em saúde, realizada pela fisioterapeuta. Ocorre semanalmente em algumas USF e Policlínicas.

- Intervenção do Serviço Social – desenvolve atividades de manutenção da saúde física/mental/social. Trabalha com questões de direitos e cidadania em saúde junto aos usuários, elabora diagnósticos e pareceres sociais dos usuários, realiza visitas domiciliares, consultas individuais/familiares. Esse trabalho é realizado pela assistente social e atende todas as unidades de saúde.
- Grupo de Gestantes – atividades grupais de apoio à equipe de saúde com gestantes, com a finalidade de apoio, orientações e esclarecimentos sobre aspectos gerais da gestação.
- Grupo de Diabéticos e Hipertensos – atividades grupais de apoio à equipe de saúde, oferecendo apoio multiprofissional, conscientização e orientação sobre a doença riscos e limitações.
- Avaliação e acompanhamento para cirurgia Bariátrica - realiza avaliação de usuários candidatos à cirurgia, apresentando a relação risco/benefício para tais usuários e também faz acompanhamento pós-operatório. Realizada por psicólogas, nutricionista e fisioterapeuta.
- Capacitação Permanente para ACS - realiza trabalhos de apoio à equipe de saúde através de atividades voltadas ao desenvolvimento de temas propostos pela própria equipe e educação em saúde.
- Ações Sócio-educativas em Saúde – desenvolve atividades para promover esclarecimento e orientações sobre assuntos de saúde sugeridos pela comunidade ou pelos profissionais de saúde (CHAPECÓ, s/d).

O **CAPS infantil II (CAPSi)** conta com uma equipe composta por 1 enfermeira, 4 psicólogos, 1 psiquiatra, 1 terapeuta ocupacional, 3 fonoaudiólogos, 1 monitora de artes, 1 psicopedagoga, 1 auxiliar de enfermagem, 1 auxiliar administrativo, 1 auxiliar de serviços gerais, 1 estagiário de psicologia e 1 estagiário de psicopedagogia (MASCARENHAS et al., 2005).

Segundo informações dos profissionais coletadas durante a observação o serviço disponibiliza passe de ônibus para os usuários que não possuem recursos. Possui 6 crianças em tratamento intensivo e cada profissional do serviço fica responsável por uma área geográfica do município. O serviço funciona desde 1997, surgiu, como um Serviço de Atenção Psicossocial (SAPS), sendo que em 2005 foi cadastrado como CAPSi II .

O **CAPS II adulto** possui os seguintes profissionais: 2 enfermeiros, 2 psicólogos, 2 psiquiatras, 1 terapeuta ocupacional, 1 artesã, 1 professora, 3 auxiliares de enfermagem, 1 ACS, 1 auxiliar de serviços gerais, 1 estagiário de educação física, 1 auxiliar administrativo, 6 estagiários de psicologia. O CAPS II adulto funciona desde 2001 e atende todo o município de Chapecó-SC. O serviço oferece as seguintes atividades: grupos operativos (diários), educação física, música, grupo de psicologia, terapia ocupacional (diário), oficinas de marcenaria, pintura, horta, tricô e crochê, grupo de família, grupo ambulatorial, grupo de comissões de tarefas (limpeza da área física, lavagem e secagem da louça, higiene corporal, recepção dos usuários novos), atendimentos individuais de psicologia, consultas psiquiatras e consultas de enfermagem (MASCARENHAS et al., 2005).

Segundo informações dos profissionais do CAPS tem 35 usuários intensivos e são atendidos 32 usuários do bairro , em atendimento não intensivo.

Os CAPS II adulto e CAPSi II realizam consultas individuais, grupos, oficinas e visitas domiciliares conforme a necessidade. Esses atendimentos são realizados em três modalidades: não-intensivos (indivíduos com transtornos leves, atendidos semanalmente ou mensalmente); semi-intensivos (indivíduos com transtornos moderados, atendidos até 12 dias no mês); intensivos (indivíduos em crise aguda com transtornos severos, atendidos diariamente, e recebendo 3 refeições ao dia) (MASCARENHAS et al., 2005).

De acordo com o protocolo de atendimento em saúde mental de Chapecó os serviços que encaminham usuários da rede municipal aos CAPS II adulto e CAPSi II podem ser os serviços de saúde como UBS tradicionais, USF, profissionais liberais do setor privado, hospital regional, serviços de educação (escolas, coordenadores pedagógicos, direção, professores), assistência social (conselho tutelar) e a própria comunidade. Esses órgãos devem entrar em contato com os profissionais dos CAPS, que preenchem o formulário padrão de atendimento no serviço. Nesse momento, acontece a avaliação do usuário pelos profissionais do CAPS que decidem se o usuário ficará em acompanhamento no CAPS ou se vai ser encaminhado para uma internação hospitalar²⁹, ou ainda, se será encaminhado para um grupo de desenvolvimento pessoal (grupo de apoio aos usuários das USF), ou para acompanhamento no CERES.

Segundo informações coletadas o município possui um Hospital Regional do Oeste o qual desenvolve ações de média e alta complexidade com 309 leitos (95% do SUS) e 22 apartamentos para convênio. Esse hospital tem 760 funcionários e 200 médicos no corpo clínico. A entrada dos usuários do SUS é feita pela emergência, onde são atendidos pelo

²⁹ As internações psiquiátricas, quando necessária, são feitas no Hospital Regional do município e em casos de crise aguda os usuários são encaminhados para hospitais psiquiátricos da região (município de Quilombo, São José ou Florianópolis).

plantonista em clínica médica e/ou pediatra. O obstetra permanece no centro obstétrico, quando necessário é chamado, assim como outros especialistas também acionados quando necessário. Em caso de cirurgias agendadas a entrada dos usuários é pela recepção.

Esse hospital é referência da macroregião em Urgência/Emergência, Quimioterapia, Radioterapia, Hemodiálise, Neurocirurgia, Cirurgia Oncológica, Gestações de Alto Risco, Ortopediatria e Vascular, sendo as demais demandas encaminhadas para Florianópolis. Isso se deve ao fato de não haver uma Central de Regulação no Estado, o que contribui para organizar a demanda, pois a dificuldade de acesso aos serviços pode ser acentuada em decorrência da distância de 730 km entre o município de Chapecó-SC e a capital Florianópolis-SC (CHAPECÓ, 2005a).

A integração da APS com os demais níveis de complexidade possibilita a organização da assistência ao usuário pela ESF. O acesso à atenção especializada depende de encaminhamento da ESF, sendo que a integração é proporcionada pelo estabelecimento de mecanismos de referência e pela realização da contra-referência (BRASIL; 2002d).

O município de Chapecó-SC possui ainda os seguintes programas intersetoriais na saúde: Programa de combate à obesidade (Secretaria de Esporte e Lazer e CAPS II adulto); Programa de Reeducação Postural (Secretaria de Esporte e Lazer e Fisioterapeutas); Programa Fome Zero (Secretaria da Educação, Secretaria de Assistência Social, ESF); Programa de Assistência ao Adolescente (Secretaria de Educação e CAPSi II); e Horto Municipal (Secretaria da Agricultura e Secretaria de Saúde).

A Vigilância Epidemiológica é responsável pelos seguintes programas: SINAN (Sistema de Agravos de Notificação); SINASC (Sistema de Informação sobre Nascidos

Vivos); SIM (Sistema de Informação de Mortalidade); API (Avaliação do Programa de Imunização); SIAIU (Sistema de Avaliação de Imunobiológicos Utilizados); Programa de Hepatite Viral; Setor de Vigilância Epidemiológica no Hospital Regional Oeste; e Monitoramento de Doenças Diarréicas Agudas. Este setor de vigilância realiza a supervisão nas Unidades de Saúde.

Chapecó-SC desenvolve educação continuada com os profissionais da ESF, a fim de capacitá-los em atividades como o acolhimento, o vínculo, a vigilância epidemiológica, a diabetes, a prevenção de DST/AIDS, a vacinação, e a saúde da criança.

Também durante a coleta de dados foi observada uma capacitação para médicos e enfermeiros sobre fitoterapia e saúde mental. A referida capacitação foi organizada pela Secretaria de Saúde. A observação dessa capacitação foi importante para iniciarmos a avaliação da integralidade do cuidado de saúde mental na ESF, na dimensão da **Estrutura**.

A reunião começou às 8 horas. No primeiro momento, houve a “Apresentação da fitoterapia na atenção básica – implantação do uso de fitoterapia no SUS”. A palestra foi rápida, durou mais ou menos 10 minutos. A segunda palestra da manhã foi com os profissionais do CAPS II adulto e CAPS I. Foi distribuído um “protocolo” de atendimento em saúde mental. Os palestrantes leram o “protocolo”, explicaram o que são os CAPS, sua finalidade e composição técnica. Explicaram que Chapecó-SC tem 2 CAPS (CAPS I/ CAPS II adulto) e vários grupos de desenvolvimento psicossocial realizados nas USF da cidade. A última palestra foi a explicação do fluxo de encaminhamentos do CAPS. Não houve perguntas dos participantes (OBS 3).

Segundo o parâmetro do Ministério da Saúde, utilizado nesta avaliação, para que as ações de saúde mental sejam desenvolvidas na ESF, é fundamental a capacitação das equipes.

No que se refere à saúde mental, as **capacitações** são importantes, pois, muitas vezes, alguns transtornos não são identificados, sendo tratados como queixas pontuais. Além disso, os profissionais envolvidos passam a conhecer a realidade e traçam ações de cunho social e científico, organizadas com a intenção de construir e avaliar as ações de saúde para cada comunidade (COIMBRA; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2005).

As capacitações visam a qualificação das ações de saúde e promovem mudanças a médio e longo prazo, além de serem um instrumento de informação, organização e preparo dos profissionais para realizar as intervenções de saúde mais qualificadas e atualizadas. No caso da capacitação observada, identificou-se dois pontos frágeis o primeiro foi que ela foi pontual e serviu como um informe sobre o CAPS. O protocolo (ANEXO D) distribuído explicava somente como é feito o encaminhamento (o fluxo) do usuário com algum transtorno mental, no entanto, não foi explicado para que tipo de usuário e quando deveriam ser encaminhados.

E o outro ponto frágil das capacitações se refere à participação de apenas duas categorias profissionais (enfermeiros e médicos), embora, o município tenha atividades e cronogramas diferentes para cada uma dessas categorias profissionais.

As capacitações deveriam ser integradas (para todas as categorias profissionais) para assim superar o modelo assistencial tradicional, assim como ter como base pedagógica a educação problematizadora.

Com essa educação problematizadora seria oferecida oportunidade para que os profissionais possam tornar-se pessoas de iniciativa, de responsabilidade, de compromisso, de determinação; seriam capazes de aplicar às novas situações os conhecimentos adquiridos; que

sejam críticos e reflexivos antes de qualquer iniciativa (FREIRE, 1987). As capacitações estariam trabalhando com os problemas imergentes da realidade de cada serviço de saúde.

As capacitações baseadas na problematização partiriam da base que, em um mundo de mudanças rápidas, o importante não são os conhecimentos ou idéias nem os comportamentos corretos e fáceis, mas sim o aumento da capacidade do profissional para detectar os problemas reais e buscar para eles soluções originais e criativas (BORDENAVE, 1983).

A capacidade desenvolvida seria a de fazer perguntas relevantes em qualquer situação, para entendê-las e ser capaz de resolvê-las adequadamente. Em termos de capacitação em gestão e produtividade, não é tão importante, dentro do contexto, a transmissão fiel de conceitos, fórmulas, receitas e procedimentos nem tampouco a aquisição de hábitos fixos e rotinas de trabalho que conduzem a uma boa gestão. O que se quer é que em certas situações se desenvolva a capacidade de observar a realidade imediata; detectar todos os recursos de que se possa lançar mão; identificar os problemas; localizar as tecnologias disponíveis para usar melhor os recursos ou até inventar novas tecnologias apropriadas; e encontrar formas de organização do trabalho e da ação mais integrais (BORDENAVE, 1983). Uma capacitação problematizadora é uma transformação individual e social, e deveria ser desenvolvida em situação grupal.

Os médicos reúnem-se de 15 em 15 dias. As capacitações para os enfermeiros não têm uma escala definida, pode ser a cada 30 ou 60 dias. A coordenadora de enfermagem realiza as capacitações com os enfermeiros e no dia seguinte com os auxiliares de enfermagem.

Os odontólogos participam das capacitações a cada 30 dias durante duas horas, sendo os temas escolhidos por eles mesmos. Os ACS referiram receber apenas 3 dias de capacitação, para iniciar o trabalho, sendo que após esses três encontros, as capacitações ficariam a cargo de cada enfermeira da unidade. Para os auxiliares de serviços gerais das USF e Policlínicas, na admissão há um treinamento e, segundo informações da equipe, houve outra capacitação a partir do manual de biossegurança.

Conforme as entrevistas com os profissionais da USF, as capacitações ajudam na melhoria da qualidade do serviço. As capacitações para os auxiliares e odontólogos são mais técnicas, centradas em procedimentos. Já para os agentes, foi orientada pelos dados objetivos do trabalho como agente de saúde. Apenas a médica e a enfermeira, haviam recebido, algum tipo de capacitação em saúde mental.

As capacitações devem visar o estímulo para a formação permanente e não somente capacitações pontuais. Para ajudar o município seria possível implantar as equipes de apoio matricial³⁰, pois essas podem trabalhar na linha da formação continuada e em serviço, discutindo casos e textos junto às equipes da atenção básica (BRASIL, 2003a).

³⁰ O apoio matricial objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados (mecanismos de referência e contra-referência, protocolos e centros de regulação). O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnicopedagógico às equipes de referência. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial. O apoio matricial busca personalizar os sistemas de referência e contra-referência, ao estimular e facilitar o contato direto entre referência encarregada do caso e especialista de apoio. Nesse sentido, essa metodologia altera o papel das Centrais de Regulação, reservando-lhe uma função na urgência, no zelo pelas normas e protocolos acordados e na divulgação do apoio disponível. A decisão sobre o acesso de um caso a um apoio especializado seria, em última instância, tomada de maneira interativa, entre profissional de referência e apoiador. O regulador à distância teria um papel de acompanhar e avaliar a pertinência dessas decisões e de tomá-las somente em situações de urgência, quando não haveria tempo para o estabelecimento de contato entre referência e apoio matricial (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

De acordo com Brasil (2003a), as capacitações oferecidas podem ser voltadas para as equipes da ESF (médicos generalistas, enfermeiros, agentes comunitários de saúde). Assim, os temas devem incluir propostas de atualização em Saúde Mental, seguindo conforme os princípios da Reforma Psiquiátrica, voltadas à promoção da autonomia dos usuários e a participação da família como parceira no tratamento. A Coordenação de Saúde Mental/DAPE também propõe que os conteúdos básicos a serem abordados podem ser modificados de acordo com as demandas e necessidades locais.

Além disso, as capacitações para os enfermeiros poderiam abordar estratégias pedagógicas de capacitação dos ACS e cada equipe de saúde da família, também poderia contar com, pelo menos, um profissional de nível superior capacitado em saúde mental.

Segundo o Plano Estadual de Saúde Mental 2005–2006 de Santa Catarina uma das estratégias para a concretização das ações em saúde mental na ESF é o fortalecimento do “Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica”, que visa criar programas estratégicos interdisciplinares e permanentes de formação em saúde mental para o SUS, por meio de capacitação/educação continuada, monitoramento dos trabalhadores e atores envolvidos na atenção a saúde mental. (SANTA CATARINA, 2005).

Ademais, conforme esse Plano, a política de formação e capacitação deveria criar espaços de troca baseados na realidade local, com a valorização dos diversos saberes e metodologia participativa, construídos através de intercâmbio entre municípios, coordenação estadual e instituições formadoras. Tal política deveria ser para profissionais de saúde em todos os níveis. Assim, a estratégia para implementação seria realizada mediante a promoção de ampla e permanente parceria com os Pólos de Educação Permanente na oferta das

atividades de capacitação do pessoal envolvido na atenção de saúde mental (SANTA CATARINA, 2005).

A partir deste momento, apresentamos especificamente dados da **Estrutura** da USF. A focalização na USF visa contribuir com a avaliação da integralidade das ações em saúde mental na ESF.

3.2 O Bairro e a Unidade de Saúde da Família – Chapecó/SC

A USF localiza-se em um bairro ao sul do município de Chapecó-SC, o referido bairro é composto por 3 loteamentos urbanos e uma área rural, que se destaca pelo grande número de aviários. O loteamento Aline, conforme dados da observação, se constitui na área de maior vulnerabilidade social.

O Bairro, segundo dados da Secretaria de Planejamento do município, possui uma área de 98,72 hectares, com 815 lotes e densidade populacional de 29,32 habitantes por hectare, totalizando 2,10% da área do município. A renda média do responsável por domicílio é de 356,17 reais, configurando a região como uma das áreas de menor renda por habitante do município. A média de habitantes por domicílio é de 3,72, sendo que a maior concentração populacional encontra-se na faixa entre 5 a 15 anos, totalizando 29% (CHAPECÓ, 2005c).

Legendas

Área agrícola	Vazio urbano	Unidade de saúde
Área verde	Açudes/banhados	Escola

Fonte: Secretaria Municipal de Planejamento, Chapecó, 2005.

Figura 4- Mapa do bairro com identificação de aspectos geográficos, serviço de saúde e escola.

Os dados de observação apontam outras características:

Vamos ao sul do município e encontramos uma região de “morros”, e quando saímos da avenida principal não há calçamento. Muitas casas de madeiras. A unidade do bairro fica em uma subida, é uma pequena casa de madeira ao lado de um terreno com uma plantação de mandioca. (OBS 4).

Segundo dados oriundos da equipe de saúde o bairro se constitui em uma área “pobre”, há duas creches na comunidade, várias igrejas católicas e evangélicas, é servida por transporte urbano, a água disponível no bairro e na região não é de boa qualidade, a população utiliza algumas fontes disponíveis na região. A equipe também referiu que são muito comuns casos de giardíase e que tem pessoas da comunidade que “puxam” água de uma fonte no mato que fica um pouco acima da unidade de saúde.

Ainda segundo informações da equipe de saúde a maioria da população trabalha em frigoríficos, ou são funcionários públicos, pedreiros e pintores. Muitas mulheres trabalham como empregadas domésticas, também há catadores e muitos desempregados.

Os dados e características da demanda e dos profissionais da USF apresentados na sequência foram obtidos a partir do estudo epidemiológico da pesquisa matriz a qual esta pesquisa está filiada (FACCHINI et al., 2006b)

- as faixas etárias mais atendidas são crianças de 5 a 14 anos (26,3%), seguidas de adultos jovens de 20 a 29 anos e de adultos de 50 a 64 anos (14,6%), e 30 a 39 anos (10,9%);
- das faixas etárias mais atendidas, a maioria dos usuários são mulheres, um total de 65%;
- 55,6% de crianças de 5 a 14 anos, 80% dos adultos jovens de 20 a 29 anos, 70% dos adultos de 50 a 64 anos, e 66,7% dos adultos de 30 a 39 anos;
- a maioria dos usuários não possui o ensino fundamental completo (41,6%) e apenas 16,1% são analfabetos;

- as consultas realizadas pelo enfermeiro somam 2,2% dos atendimentos; as consultas médicas 10,9%; as consultas odontológicas 25,5% e os atendimentos (procedimentos) dos auxiliares de enfermagem chegam a 61,3%;
- os encaminhamentos de usuários para especialistas são de 4,4%; os retornos são de 2,2%; e usuários que não recebem nenhum encaminhamento são 54,7%;
- os exames solicitados pela equipe são de 7,3%;
- os motivos de atendimento são variados. Os principais são: para solicitação de exames gerais e de rotina (28,5%); para exame de rotina de saúde da criança (14,6%), para procedimento odontológico (7,3%), para vacinação (4,4%), e para curativos (3,6%).
- com relação à caracterização dos profissionais da USF os dados foram os seguintes:
 - idade média de 31 anos;
 - 86% são mulheres;
 - 21% têm pós-graduação;
 - 21% têm um emprego;
 - 71% ingressaram através de concurso público; 92% são estatutários; 21% têm outro tipo de vínculo; 100% estão satisfeitos com o vínculo empregatício; 93% são contratados por 40h;
 - 33% fizeram treinamento introdutório para a ESF; 73% receberam treinamento SIAB; 91% acreditam que a capacitação influi na prática profissional;
 - 71% consideram boa a qualidade do serviço.

- Com relação à satisfação com a estrutura física da Unidade (cada profissional atribuiu uma nota):
 - média final da estrutura foi 4,3;
 - em relação atendimento individual da demanda a média final foi 7; e ao atendimento domiciliar a média final foi 7,6;
 - em relação ao trabalho em equipe a média final foi 8,5; e as reuniões em equipe a média final foi 7,7;
 - em relação ao preenchimento de relatórios a média final foi 6,5;
 - em relação as reuniões na comunidade a média final foi 6,7;
 - em relação a coordenação local a média final foi 6,5.

Através dos dados disponíveis do SIAB de outubro de 2005 foi possível perceber algumas características das condições de vida e de saúde da população residente no bairro.

Na tabela 1 identificou-se uma proporção em torno de 10% de moradores sem acesso a água distribuída em rede pública e uma proporção semelhante (9%) sem acesso a energia elétrica, chegando a atingir na micro-área 6 (35%) da população. Em relação aos domicílios, aproximadamente 40% das casas são de madeira.

Tabela 1: Condições de saneamento e de moradia do bairro – Chapecó –SC/2005.

Áreas	Água (%)			Habitação (%)		Coleta de lixo (%)	Dejetos Fossa (%)	Energia Elétrica (%)
	Abastecimento Rede Pública	Tratamento no domicílio (Cloro)	Sem tratamento no domicílio	Tijolo	Madeira			
Micro-área 1	92,3	40,5	55,5	45,7	43,2	97,6	86,2	89,9
Micro-área 2	87,3	39	54,2	64,8	25,8	89	96,6	96,2
Micro-área 3	86,8	42,3	51,1	40,1	48,5	92,3	95,6	90,8
Micro-área 4	100	92	6,7	80	13,3	98,7	100	94,7
Micro-área 5	98,9	100	-	34,1	52,3	98,9	98,9	93,2
Micro-área 6	89,1	63	34,8	41,3	58,7	93,5	97,8	65,2
Total	90,5 (873)	51,1 (493)	44,2 (426)	50,2 (484)	39,8 (384)	94 (906)	94,2 (908)	91,2 (879)

Fonte: DATASUS, 2005b.

Na tabela 2, apresenta-se a **distribuição desigual de famílias** e populações entre as micro-áreas, assim como uma proporção de 32,84% de crianças entre 7 e 14 anos fora da escola.

Tabela 2: Caracterização demográfica do bairro – Chapecó –SC/2005.

Áreas	Número de famílias	População	Escolares (7-14anos)	Alfabetizados (15 anos e mais)
Micro-área 1	247	967	58,62 %	92,42 %
Micro-área 2	236	927	56,70 %	90,21 %
Micro-área 3	272	1062	57,73 %	87,87 %
Micro-área 4	75	298	98,21 %	92,59 %
Micro-área 5	88	337	100 %	90,39 %
Micro-área 6	46	205	93,02 %	83,22 %
	964	3 796	67,16 %	89,96 %

Fonte: DATASUS, 2005b.

Segundo a orientação normativa do Ministério da Saúde, o limite máximo de famílias por ACS é de aproximadamente 150 famílias, ou seja, de 400 a 750 pessoas por micro-área, perfazendo um total de 2400 a 4500 pessoas cobertas por uma equipe da ESF

(BRASIL, 2000a). Observando os dados, avalia-se que há uma má distribuição de famílias por agentes. Segundo informações da equipe no período da coleta de dados, os ACS estavam cadastrando e redistribuindo as famílias.

Avalia-se, então, que a USF , em relação ao total de pessoas cobertas, está dentro do estipulado. No entanto, existe uma má distribuição de famílias por micro-áreas, pois enquanto 3 ACS têm uma população maior que 750 pessoas, os outros 3 têm uma população inferior a 400 pessoas. Infere-se que quanto maior a quantidade de pessoas ou famílias por ACS, maior é a dificuldade de realizar visitas domiciliares e identificar os problemas da comunidade.

No entanto, chama-se atenção para a importância de se avaliar as zonas de risco e áreas prioritárias, ou seja, se avaliar as micro-áreas através dos dados do SIAB nota-se que a micro área 6, que possui o menor contingente de famílias, também é a que apresenta menor grau de escolaridade, menos energia elétrica nos domicílios, a maioria das casas são de madeiras. Por isso, ressalta-se a necessidade das equipes de Saúde da Família possuírem diagnóstico situacional e mapas de risco para que através desses a equipe possa organizar o trabalho e dividir as áreas a partir das prioridades e risco (não apenas em cima de números de família)

Segundo os próprios ACS, a prioridade para **visitas domiciliares** é, principalmente, para os usuários hipertensos, diabéticos, gestantes, idosos e crianças desnutridas, bem como usuários com nível educacional menor, que são pais, adolescentes, usuários de medicação controlada e portadores de doença mental leve. Já com os graves, não há uma preocupação, pois eles fazem acompanhamento no CAPS II. Para aqueles usuários

que não são prioridade, os ACS referem que “dão uma passadinha” ou “perguntam se está tudo bem”, quando encontram algum desses usuários na rua.

Pergunto à Enfermeira sobre as prioridades para as visitas domiciliares de cada ACS. Ela diz que a Secretaria definiu que os ACS devem fazer 200 visitas por mês e que aqui () cada agente faz entre 190 e 230 visitas. As prioridades para as visitas de agentes são: hipertensos, diabéticos, puérperas, RNs, gestantes. Também crianças em atraso com esquema vacinal, pós-internação e notificação de encaminhamentos para especialistas e exames (estas duas últimas atividades não contam como visita, somente se as agentes fazem orientação e acompanhamento). Se não for possível visitar todas as famílias em determinado mês, as famílias que não têm nenhum membro em um dos grupos prioritários deverão receber visita no mês seguinte. As prioridades para a visita médica são deficientes físicos, acamados e, por interesse da própria médica, as puérperas e os RN, para a enfermeira não há critério definido, sendo que, muitas vezes, faz visitas conforme a necessidade dos usuários. A Secretaria disponibiliza carro para visitas um turno por semana para cada USF (OBS 5)

Assim sendo, questiona-se: é possível ter um cuidado integral na lógica da priorização do atendimento? Acredita-se que possa ser possível sim, pois, na lógica da ESF, a vigilância à saúde (prioridades) deve caminhar junto à vigilância ao cuidado integral. Em primeiro lugar, olhar o usuário que faz parte dos programas de forma integral, não apenas atuar na sua doença. Em segundo lugar, olhar para a comunidade integralmente, pois, em determinadas situações, aqueles que fazem parte dos programas pré-estabelecidos não são, necessariamente, os usuários que precisam de um atendimento prioritário. Portanto, há a necessidade de que a organização local garanta o direito de acesso do usuário a um cuidado integral sempre que necessário.

De acordo com Brasil (2006b), as equipes das USF devem atuar no reconhecimento de agravos, que devem ser seguidos a longo prazo, através do cadastramento

e do acompanhamento contínuo e integral dos usuários e de suas famílias (as ações programadas). Além disso, as equipes devem acolher integralmente as necessidades de uma comunidade definida por limites territoriais (as ações de atenção à demanda espontânea), para que dessa maneira se consiga interferir nos padrões de produção de saúde-doença, e, conseqüentemente, se reflita como impacto na melhoria dos indicadores de saúde.

Na tabela 3, destaca-se o número de casos de epilepsia e das deficiências, assim como o baixo número de alcoolismo em relação aos relatos expressos pela equipe de saúde da USF.

Tabela 3: Condições de saúde e acesso a plano de saúde do bairro – Chapecó –SC/2005.

Áreas	Doença referida				
	Alcoolismo (ALC)	Deficiência (DEF)	Diabetes (DIA)	Epilepsia (EPI)	Hipertensão (HÁ)
Micro-área 1	-	8	7	5	62
Micro-área 2	2	4	6	3	71
Micro-área 3	1	12	3	4	67
Micro-área 4	-	4	2	2	14
Micro-área 5	-	7	5	3	25
Micro-área 6	-	3	-	-	5
Total	3 (0,08%)	38 (1%)	23 (0,61%)	17 (0,45%)	244 (6,43%)

Fonte: DATASUS, 2005b

No **SIAB**, os únicos dados de saúde mental que se tem são o número de alcoolismo e o número de internações psiquiátricas. Em todo município de Chapecó, em outubro de 2005, foram registradas 12 hospitalizações de usuários por abuso de álcool, sendo 2 oriundos da zona rural e 10 da zona urbana. Não houve registro de internações psiquiátricas no município nesse período. Na USF também não há registro desses dados e segundo a

equipe no bairro há problemas de uso e abuso de álcool e drogas, como maconha e cocaína, no entanto, também não há registro desses problemas.

No entanto, já existe um projeto do Ministério da Saúde para a inclusão de dados de saúde mental no SIAB. Esse é um importante passo para o fortalecimento da integralidade em saúde.

Conforme Brasil (2003a), são propostos os seguintes indicadores:

- atenção a pessoas com problema de uso drogas ilícitas (percentual de pessoas com problemas de uso drogas acompanhadas na rede básica, por faixa etária e sexo);
- atenção a pessoas com transtorno mental grave (severo) e persistente (número de pessoas identificadas com esses tipos de transtornos, por faixa etária e sexo);
- atenção a pessoas com transtornos mentais egressas de internação psiquiátrica (percentual de pessoas com transtorno mental egressas de internação psiquiátrica acompanhadas pela rede básica, por faixa etária e sexo);
- prevenção ao uso inadequado de benzodiazepínicos (número de pessoas que utilizam benzodiazepínicos atendidas pela rede básica, por faixa etária e sexo);
- prevenção e atenção aos casos de tentativas de suicídio (percentual de pessoas com tentativa de suicídio acompanhadas pela rede básica por população, por faixa etária e sexo).

Acrescente-se, ainda, a esses indicadores, usuários que utilizam os CAPS ou outro dispositivo de saúde mental (números de usuários que estão em acompanhamento no CAPS, hospital-dia, residência terapêutica, internação psiquiátrica em hospital geral) e o número de equipamentos sociais que existem na comunidade (grupo de idosos, grupo de alfabetização, grupo de dança, grupo de atividades físicas).

3.3 Avaliação da Estrutura USF

A USF funciona há, aproximadamente, 7 anos em uma casa alugada, que recebeu adequações em sua **área física**, feitas pelo proprietário do local. Segundo informações da equipe, isso ocorreu porque a condição para a SMS alugar a casa foi a de que o proprietário fizesse a reforma. Fundada, inicialmente como uma UBS, em 2000 foi transformada em USF.

O anexo, construído no fundo da casa, foi utilizado para a instalação de uma sala de vacinas, uma sala de coleta e uma sala de atendimento. A sala de atendimento, devido a problemas estruturais, incluindo vazamentos e goteiras, passou a ser utilizada como almoxarifado. A Unidade de Saúde é uma construção mista de madeira e tijolo, possuindo várias limitações estruturais, como, por exemplo, a falta de acesso adequado para portadores de deficiência.

A USF funciona de segunda a sexta, das 7:30 às 11:30 e das 13 às 17 horas. Os atendimentos acompanhados indicaram a presença da maioria dos materiais básicos para atendimento nos diferentes grupos de atenção em saúde. No entanto, foi observado que, algumas vezes, falta material de limpeza. Apesar disso, foi observado que a Unidade é bastante limpa, incluindo banheiros e espaços externos ao prédio.

Converso com a auxiliar de serviços gerais, que diz que comprou água sanitária, pois a Secretaria teve um problema com a licitação de material de limpeza. Portanto, a Unidade não havia recebido tal material. Ela ainda me disse que a limpeza da Unidade está sendo feita também com álcool 99°GL (OBS 6).

A USF possui em sua área física: recepção e uma sala de espera estreita, sala de sinais vitais, banheiro para os usuários, consultório médico, consultório para a enfermeira, farmácia, uma pequena sala para os ACS, sala de procedimentos, cozinha, sala de expurgo, banheiro para os funcionários, sala de coleta de exames, sala de vacinas, almoxarifado, varanda aberta, que serve para a espera da consulta odontológica e também para a realização de reuniões da equipe, galpão de madeira onde fica o *trailer* do consultório odontológico, e, ao lado do *trailer*, duas diferentes áreas para a disposição do lixo da unidade (separado em contaminado e não contaminado).

Segundo os parâmetros do Ministério da Saúde utilizados nesta pesquisa, a USF apresenta limitações de área física. A estrutura de uma USF deveria ter uma recepção, uma sala de espera, dois consultórios (um com sanitário), duas salas de procedimentos, um almoxarifado, um consultório odontológico com área para escovação, uma área para depósito de material de limpeza, dois sanitários (para usuários), uma copa/cozinha (opcional), uma área aberta para reuniões e educação em saúde, uma sala de recepção, lavagem e descontaminação, uma sala de esterilização e estocagem de material esterilizado (BRASIL, 2006b).

Pode-se ponderar que a área física da USF apresenta várias limitações, o local é pequeno e com adaptações precárias. Sendo assim, a área física da USF não condiz com o processo de trabalho realizado e com o fluxo de pessoas na Unidade.

Na Unidade, por exemplo, não há espaço adequado (uma sala ampla) para a realização de grupos de educação em saúde. Por essa razão, a equipe utiliza os equipamentos sociais, como, por exemplo, uma das Igrejas do bairro para realizar as reuniões dos grupos de hipertensão e diabetes.

A partir desse fato, pode-se avaliar, por dois vértices, a integralidade das ações de saúde. Por um lado, a utilização de equipamentos sociais pela equipe é importante para a interação USF e comunidade, e, se pensando em saúde mental, essa interação é uma premissa do cuidado. Por outro lado, o desenvolvimento de atividades de promoção e prevenção nas dependências da Unidade poderia facilitar o acesso de número maior de pessoas (aproximação com a comunidade) e melhorar a interação equipe e usuário.

A USF, no período da coleta de dados, iria realizar a mudança de local. As novas instalações da Unidade também são em um prédio alugado, que faz parte de uma escola do bairro. A nova USF possui em sua área física: sala de espera, sala para a recepção, garagem onde ficará o *trailer* do consultório odontológico, banheiro para os funcionários, banheiro para os usuários, sala para a farmácia, uma sala ampla com divisórias, a qual foi dividida em três salas (uma para vacina, uma para puericultura e uma para coleta de exames e procedimentos), consultório médico, cozinha, almoxarifado, consultório para a enfermeira, sala de reunião, sala dos ACS e expurgo.

Instalações da Unidade em outubro 2005

Novas instalações da Unidade

Fonte: Kantorski et al, 2006

Figura 5: Desenho livre representativo da USF .

A sala dos ACS possui uma mesa, duas cadeiras e um arquivo, em uma área física pequena. O consultório médico é de madeira e tem problemas em relação à privacidade dos usuários.

O consultório médico tem uma mesa de madeira na frente da porta, uma cadeira simples estofada que é usada pela médica. Na frente da mesa, uma poltrona amarela – aparentemente confortável. Atrás dessa poltrona, uma mesa de exame. No fundo da sala, ao lado da mesa, um arquivo (com quadros de figuras anatômicas em cima) e uma mesa ginecológica sob a janela. Ao lado da mesa de exames e nos pés da mesa ginecológica, uma mesa com material ginecológico, incluindo um sonar. No canto, nos pés da mesa de exames, uma pia. Fixado na parede, um porta-papel toalha. Sobre ele, o otoscópio. Na mesa um estetoscópio, uma prancheta com folhas para preenchimento dos atendimentos, blocos de pedidos de exames, receituários e fichas individuais de pacientes. Também vejo um calendário, um porta-canetas e um enfeite – vaso pequeno. A janela dá para a frente do posto. Durante o atendimento, a médica fica abrindo e fechando a janela, em função do calor e da necessidade de privacidade dos usuários – especificamente privacidade física (OBS 7).

O Consultório de enfermagem também se encontra na área de madeira da casa, sem pia ou lavatório. A sala tem uma escrivaninha, uma mesa ginecológica, uma mesa auxiliar, duas cadeiras e uma estante de ferro, na qual se encontra material educativo relacionado a crianças e mulheres (banheira infantil, boneco, modelo de mama, entre outros materiais).

Antes de chamar a paciente, a enfermeira diz que vai lavar as mãos – não há pia na sua sala de atendimento. Dirige-se para a área da cozinha, que inclui o banheiro dos funcionários e sala de procedimentos, esta está dividida por uma cortina, e depois de algum tempo ela volta (OBS 8).

Outro problema detectado nos consultórios que não estão de acordo com os parâmetros do Ministério da Saúde é que nenhum dos dois consultórios possui sanitário, o que é indispensável para a realização de alguns exames e para manter a privacidade dos usuários.

Na sala da farmácia há estantes de ferro, onde ficam guardados os medicamentos da farmácia. Segundo informação, não há falta de medicamentos. A sala também possui uma poltrona, que é utilizada pela funcionária que atende nesse setor. A divisória entre essa sala e a de sinais vitais é feita com uma cortina. Na sala de sinais vitais não há pia, apenas uma balança adulto, uma cadeira e uma mesa.

A recepção/sala de espera possui duas mesas, uma delas com um computador para registro dos atendimentos realizados na Unidade, arquivos, um bebedouro com copos descartáveis, um banco na parte externa (frente da Unidade) e dois bancos próximos à sala da recepção, acompanhando a parede junto à porta de entrada.

O espaço é pequeno, principalmente quando há usuários a espera de consultas. O local tem condições de acomodar de 4 a 6 pessoas, no máximo. Na recepção há algumas tecnologias duras³¹, como cartazes informativos sobre o cartão SUS, agendamento da saúde bucal, um diploma do Humaniza SUS para o Acolher Chapecó, um cartaz com a produtividade mensal da USF, e um caixa para depósito de sugestões dos usuários. A recepção não está de acordo com o parâmetro do Ministério da Saúde, que prevê uma recepção ou sala de espera para 20 usuários.

³¹ Merhy et al. (1997) classifica as tecnologias em leves (as tecnologias de relação do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como forma de governar processos de trabalho); leve-dura (saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde) e dura (equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais).

A recepção tem cartazes de aviso, um sobre documentos necessários para fazer o cartão SUS, outro sobre o dia, horário e documentos para agendamento de dentista (5º dia útil do mês, às 7:30 horas); um cartaz sobre o número de procedimentos realizados na USF no mês (setembro); outro com o “Art. 331 – Desacatar funcionário público no exercício da função ou em razão dela. Pena – Detenção, de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos, ou multa”. Também, há outro cartaz “Chapecó – A gente faz acontecer” (na porta da frente – *slogan* de campanha do atual Prefeito). Atrás do bebedouro (e dos copos descartáveis) se encontra o diploma do Prêmio Humaniza SUS do Acolher Chapecó (2004). Na entrada da USF, em cima do arquivo, há uma caixinha para sugestões e papéis em branco ao lado (OBS 9).

Na sala de procedimentos (garagem adaptada da casa), são realizados curativos, nebulizações, medicações, mensuração de peso e altura de crianças, puericultura, preparo de material, além de servir como sala de observação. Uma cortina de pano separa essa área da cozinha. A entrada da sala de procedimentos é feita por uma porta lateral, o usuário não passa pela recepção. Apesar da sala de procedimentos estar situada em um local com pouco trânsito de pessoas, encontra-se inadequada por estar próxima à cozinha da Unidade e, também, por abrigar, no mesmo ambiente, a puericultura, nebulização e preparo de material. As roupas da Unidade são lavadas em uma pequena área de serviço, contínua à cozinha.

Observa-se que algumas divisórias da USF são feitas com cortinas de pano, o que contraria os parâmetros do Ministério, pois além de reduzir a privacidade (ruídos e vultos), propicia a contaminação, não sendo adequadas para serem utilizadas em uma USF.

As reuniões de equipe são realizadas em uma varanda aberta, no fundo da Unidade, local que serve de sala de espera para os atendimentos odontológicos. Não existe outra área na Unidade que possa reunir todos os trabalhadores. Em uma reunião observada, os profissionais trouxeram cadeiras de outras salas e, quando iniciou a chuva, a reunião teve que ser interrompida.

Os banheiros estruturalmente são ruins, existindo apenas um banheiro unisex para os usuários. O lixo da Unidade é separado em contaminado e lixo limpo, sendo armazenado em um pequeno galpão, onde também fica o *trailer* odontológico.

O *trailer* odontológico possui estufa, mesa, cadeira odontológica e ar condicionado. O acesso ao *trailer* odontológico, à sala de vacina e à sala de coleta de exames laboratoriais é feito através do corredor externo da Unidade, não tendo passagem pela recepção.

A sala de coleta de material de exames laboratoriais deve estar localizada em uma área onde o usuário não transite nas demais dependências da USF, é o que ocorre na Unidade do . No entanto, não há pia na sala, o que é indispensável segundo parâmetros do Ministério da Saúde.

A sala de vacinas possui arquivos (separados por idade e por vacinas), duas cadeiras, mesa, um livro de registro e anotações, geladeira e dois termômetros. Por se tratar de ambiente que é utilizado, em boa parte, por usuários sadios, na determinação do Ministério da Saúde, essa sala deve estar localizada de forma que o usuário não transite nas demais dependências da USF.

Nos últimos dias da coleta de dados, foram acompanhados vários movimentos da equipe para garantir a mudança para uma outra área física. Foram dados telefonemas e presenciados relatos de conversa com a SMS, de contato com outras Secretarias que ofereceram suporte para a mudança, especialmente veículos. Também se observou a realização da mudança da USF, que foi feita pela equipe com o suporte do coordenador de odontologia e funcionários da Prefeitura, no final do período da coleta de dados.

A mudança da Unidade está ocorrendo após esta conseguir um carro. O coordenador do serviço de odontologia está na Unidade e, apesar da chuva, a auxiliar de consultório odontológico, a funcionária de serviços gerais e algumas ACS lavam o *trailer* na rua. O Coordenador da odontologia comenta a disposição da equipe (OBS 10).

A USF não possui **diagnóstico situacional e plano de ação**³², contudo possui um mapa sinalizando apenas as micro-áreas, não possui marcadores das áreas de risco, e situação epidemiológica da área adscrita.

A **equipe de saúde da USF** é constituída de 6 ACS, 4 auxiliares de enfermagem, 1 técnico de enfermagem, 1 médica, 1 enfermeira, 2 recepcionistas, 1 auxiliar de serviços gerais, 1 auxiliar de consultório odontológico e 1 dentista. O dentista da equipe, atualmente, desenvolve uma atividade junto à coordenação de odontologia e está sendo substituído parcialmente por outro profissional, que atende em região indígenas do município e que comparece à Unidade em três turnos semanais. Os demais profissionais desenvolvem suas atividades integralmente na USF, em 40 horas semanais.

O tempo de trabalho dos profissionais da USF varia de 3 meses há 7 anos. A maioria dos profissionais começou a trabalhar na ESF na Unidade . Apenas duas das auxiliares passaram pela transformação de UBS para USF.

Dentre os ACS, somente uma está a três anos na Unidade. As demais trabalham na Unidade a cerca de três a seis meses. Após uma seleção que incluiu entrevista com profissionais da psicologia, entrevista com membros da coordenação da atenção básica, currículo e prova escrita (com questões sobre funções do ACS e SIAB), os selecionados estabeleceram um vínculo empregatício através de um contrato de um ano renovável.

³² Diagnóstico situacional e Planejamento Estratégico e Mapa Inteligente (mapa com área de risco, situação epidemiológica de cada micro-área) são instrumentos básicos para iniciar o trabalho na ESF (BRASIL, 2000a).

[...] a enfermeira relata que, no ano passado, tinham três agentes. Duas não moravam na região e conheciam muito os usuários e a área. Neste ano, a administração rompeu o contrato devido a precariedade deste e estabeleceu como critério morar próximo à área. Segundo ela, a coordenação explicou a mudança em razão dos critérios do Ministério da Saúde e que todas as mudanças desmotivaram os antigos agentes a fazer a seleção. Ela diz ainda que com as várias mudanças, os agentes perderam algumas vantagens trabalhistas anteriores e receberam outras. Alguns não se inscreveram para a seleção. [...] Diz também que o Secretário reuniu os ACS selecionados e explicou as características do contrato, a necessidade de redefinição de áreas e manteve a autonomia de troca de agentes, se necessário. Pergunto se a quarta regional acompanhou, em algum momento, a implantação ou execução do Programa de Saúde da Família. Ela diz que não, que nem sabe quem é a representante. (OBS 11).

A equipe da USF não recebeu o Curso Introdutório em Saúde da Família³³. Os ACS receberam apenas uma capacitação de três dias em dois turnos sobre preenchimento das fichas do SIAB.

Os ACS vão à Unidade para assinar o ponto no início e término de cada turno. Marcam consulta apenas para os usuários da zona rural abrangida pela Unidade, após ter a autorização da enfermeira. As atividades desenvolvidas pelos ACS são anotadas em um caderno. Em caso de uma situação muito importante, os ACS conversam com a enfermeira, que autoriza a anotação no prontuário do usuário, assim como, se encontram alguma situação-problema, conversam com a enfermeira e esta autoriza o agendamento ou encaminhamento para a assistente social conforme a característica do problema.

Avalia-se que a falta do registro das visitas domiciliares dos ACS no prontuário, ou seja, existe um prontuário clínico, que é de acesso da médica e da enfermeira.

³³ O processo de capacitação deve iniciar concomitantemente ao início do trabalho da equipe da Saúde da Família por meio do Curso Introdutório em Saúde da Família para toda equipe. Deve ser oferecido até 3 meses após a implantação da ESF. A responsabilidade da realização desse curso em municípios com população inferior a 100 mil habitantes é da Secretaria de Estado da Saúde em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, já em municípios com população superior a 100 mil (caso de Chapecó) deve ser oferecido pela Secretaria Municipal de Saúde em parceria com a Secretaria do Estado da Saúde (BRASIL, 2006b).

Isto apresenta-se como um ruído importante na organização do processo de trabalho da equipe, pois se os ACS não registram suas visitas no prontuário a comunicação entre a equipe pode ficar prejudicada.

Destaca-se o grande número de auxiliares e técnicos de enfermagem, o que parece ocorrer em todas as Unidades do município.

Sobre o número de auxiliares de enfermagem, ela diz que, no início, era um auxiliar e que os enfermeiros começaram um movimento para contratação de mais auxiliares, o que fez com que a administração colocasse em média três auxiliares em cada serviço. Diz ainda que, na administração anterior, foi possível pressionar e no final da administração vieram mais duas auxiliares. (OBS 12)

Cada auxiliar de enfermagem fica responsável por uma função na Unidade: uma pelos exames laboratoriais, uma pela puericultura e sala de procedimentos, uma pela sala de vacina e outra pela farmácia e sinais vitais.

A recepção é feita pelo auxiliar administrativo e pela estagiária, que distribuem as fichas, separam os prontuários dos usuários que serão atendidos, agendam os usuários das ações programáticas, agendam os usuários para os serviços que foram já referenciados.

A atenção em saúde realizada pela USF está centrada na consulta médica. As atividades realizadas pela enfermeira e pela médica se estruturam parcialmente, a partir do cronograma abaixo (**cronograma e atividades da equipe da USF**)

Quadro 9 - Cronograma de atividades da USF .

		Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã	Enfermeira		CP agendado		CP agendado	
	Médica	Consulta	Consulta	Consulta	Consulta	Consulta
Tarde	Enfermeira	CP agendado		CP agendado		
	Médica	Consulta	Consulta	Visita Domiciliar médica, auxiliar de enfermagem e agente comunitária de saúde	Consulta	Consulta

Fonte: Kantorski et al., 2006

A **enfermeira** realiza exames preventivos de CA (câncer) ginecológico toda terça e quinta-feira pela manhã e segunda e sexta pela tarde (quatro vagas por turno). As coletas de CP (citopatológico) são registradas em um caderno separado com os seguintes dados: nome da paciente, data de realização do CP, resultado e número do prontuário. Não existe um controle das mulheres em idade fértil que fazem ou faltam fazer o exame preventivo de CA ginecológico. A enfermeira da Unidade também é coordenadora da equipe, situação que se repete na maioria das Unidades da rede municipal, segundo a observação realizada.

A enfermeira somente pode fazer transcrição de prescrição médica conforme orientação dos programas. Ela não está autorizada³⁴ a prescrever nenhum tipo de medicamento (antihelmíntico, analgésicos, cremes vaginais, anticoncepcionais, medicação hipertensivas e diabetes, entre outras) e nenhum tipo de exame laboratorial (glicemia de

³⁴ As enfermeiras eram autorizadas a prescrever medicamentos e solicitar exames durante o funcionamento de Projeto Acolher Chapecó através dos protocolos aprovados pela Secretaria da Saúde e CMS. Após a termino do Projeto Acolher os protocolos foram suspensos e as enfermeiras não podem mais prescrever e solicitar exames.

jejum, hemograma, colesterol, urina, fezes, entre outros). Isso é confirmado na observação a seguir:

Quando chegamos da visita, há uma usuária pedindo medicação para vermes. Pergunto como é o atendimento nessas situações. A enfermeira diz que conversa com a paciente, faz receita e leva para médica assinar (OBS 13)

A saúde coletiva envolve certas práticas cujo objeto se constitui nas necessidades de saúde, com utilização de distintos instrumentos de trabalho, diversos saberes, disciplinas e tecnologias materiais e não - materiais. As suas intervenções são centradas nos grupos sociais e no ambiente, independente do tipo de profissional e do modelo institucional (LIMA, 2004).

Pela lei do exercício profissional o enfermeiro está habilitado a prescrever medicamentos ou solicitar exames de acordo com os protocolos estabelecidos pela Secretária Municipal de Saúde. No entanto, os protocolos foram suspensos no município, isso de certa forma é um nó crítico, uma vez que limita o trabalho da enfermeira, sobrecarrega o médico e pode influenciar negativamente na resolutividade.

Um ruído importante observado foi o fato que a enfermeira faz a receita e a médica assina o que eticamente não é recomendado, pois segundo o código de ética dos profissionais quem realiza o procedimento deveria assinar.

Sendo assim o processo de trabalho da enfermagem deveria, como parcela do trabalho em saúde, participar do processo de produção dos serviços de saúde em nível coletivo (ALMEIDA; ROCHA, 1997).

Almeida e Rocha (1997) destacam que o processo de trabalho da enfermagem vem ganhando autonomia e não se vê mais subordinado ao processo de trabalho médico, como o modelo clínico impunha, mas sim ao processo de trabalho em saúde coletiva. Este processo de trabalho em saúde coletiva toma como instrumentos a clínica, o saneamento ambiental, as políticas sociais, as ciências sociais, a educação em saúde, os trabalhos em grupo e outras atividades que, de forma conjunta com outras ações, vão recortando vários objetos além do corpo biológico, a fim de controlar a ocorrência de doenças na população. Sendo assim, a enfermeira deveria estar ligada a outras atividades na USF e não apenas como um “quebra galho”.

De acordo com a idéia de que fazer saúde envolve gente, necessidades de saúde, trabalhador de saúde, subjetividade e que o produto se dá em meio ao desenvolvimento do processo de produção em saúde cujo valor de uso e de troca, contudo, pela complexidade do setor saúde e os vários interesses em disputa na construção de hegemonia em torno de projetos políticos assistenciais, dever-se-ia atentar para o fato de que as alterações no mundo do trabalho se refletem em algumas dimensões do setor saúde, com maior ou menor intensidade (LIMA; 2004).

Segundo as auxiliares de enfermagem, são realizados em média de 16 a 30 procedimentos de enfermagem em cada turno (curativo, aplicação de medicamentos, verificação da pressão arterial, entre outros).

Os **exames laboratoriais** são coletados na Unidade todos os dias a partir das 7:30h, tendo, como cota, a coleta de 9 exames por dia. Os exames são enviados todos os dias para o laboratório (através do recolhimento feito pela Prefeitura), vindo o resultado por

malote, que demora de 5 dias a 1 mês. Existem exames que necessitam de uma autorização prévia da Secretaria Municipal para serem realizados, são eles: urucultura e outras culturas, antígeno carcinoembrionário, cortisol, estradiol, FSH (hormônio folículo estimulante), LH (hormônio luteinizante), prolactina, PSA total (antígeno prostático específico), T3, T4, vitamina B12 (os sete últimos exames, após a autorização, são colhidos na própria Unidade). Nesses casos, o tempo entre a solicitação e a autorização da Secretaria é de 1 ou 2 dias. O usuário retira a autorização e, se for exame cuja coleta não seja realizada na rede, deve ir ao laboratório indicado, mediante agendamento prévio.

Os **cuidados odontológicos** são realizados em 12 atendimentos por turno. Todo o 5º dia útil do mês às 7:30h da manhã, a recepcionista distribui cartão (senha). Em seguida, inicia-se o agendamento, com os ACS anotando, em caderno de registro próprio, o nome, endereço e telefone, e colocando observações sobre os turnos de estudo ou trabalho dos usuários. Após, as ACS avisam a data e horário do agendamento por telefone ou em visita no domicílio. Usuários que faltam sem justificativa não são reagendados, por isso têm que ir para a fila para retirar ficha novamente.

Dos 12 atendimentos odontológicos marcados, uma vaga é destinada diariamente para a livre demanda (urgência). O usuário que chega com dor é atendido como urgência. A ACD, nesse caso, já o encaminha para o dentista, que o avalia. Na observação, constatou-se que a equipe de saúde bucal tem muita flexibilidade para atender as urgências. E no que se refere à consulta médica a urgência é identificada pela auxiliar ou enfermeira que passa para a médica que decide se vai atender (as prioridades de atendimento em urgência são crianças, gestantes e hipertensos).

Alguns usuários relatam que o acesso ao dentista é difícil, pois são poucas fichas distribuídas, tendo que ir muito cedo para conseguir uma, além da demora para entrar no atendimento odontológico. Já outros usuários, os que fazem parte das ações programáticas (hipertensão arterial sistêmica-HAS, diabetes-DIA, gestante, crianças em fase escolar), não têm problemas com o acesso ao dentista, porque são encaminhados diretamente, sem a necessidade de ficha. Nota-se que quando se toma a funcionalidade da integralidade do cuidado ela está presente para aqueles usuários que fazem parte das ações programáticas no que se refere à prioridade nas consultas médicas e odontológicas.

No entanto, todos os usuários elogiam a forma como é conduzida a assistência da odontologia com base no tratamento completado.

Avalia-se essa situação por dois vértices. Por um lado, o fato de o dentista ter sido incorporado às equipes desde de 1997, sendo uma iniciativa do município a ampliação da equipe de saúde da atenção básica anterior a qualquer normatização do Ministério da Saúde. Quando foram se formando as equipes de saúde da família, foi sendo incorporado a elas a de saúde bucal (cirurgião dentista e atendente de consultório dentário). Quando ocorreu a inclusão formal da saúde bucal às equipes do ESF pelo Ministério da Saúde, através da Portaria 1.444 de 28 de dezembro de 2001 (BRASIL, 2000b) e Portaria GM/MS 267 de 6 de março de 2001 (BRASIL, 2001a), o município de Chapecó já estava adequado. Nota-se, nessa situação, uma concepção mais ampliada de saúde na perspectiva da integralidade.

O outro vértice consiste no fato de o usuário, ao ingressar no atendimento odontológico, adquirir o direito de completar o seu tratamento, característica que revela a continuidade do cuidado, que, por sua vez, se traduz em um fator decisivo da integralidade.

Também, nota-se, como fator que contribui nesse processo, a priorização das crianças e gestantes no atendimento odontológico.

Os atendimentos odontológicos são 12 pacientes por período, fora as urgências (1ª a ser atendida). Um desses é livre demanda, os demais agendados a cada meia hora. Atualmente, tem dentista na USF três vezes por semana – segunda, quarta e sexta. No 5º dia útil do mês – 7:30h manhã - são distribuídas as fichas para as pessoas. A recepcionista chega e distribui o cartão (com nº, senha). O dentista realiza educação em saúde na sala de espera (higiene, escovação, tártaro, uso do fio dental, cárie e estágios diferentes). Em seguida, inicia o agendamento (ACS é quem faz, com nome, endereço e telefone – em caderno de registro próprio) sempre colocando observações, alguns estudam pela manhã e só podem ser atendidos a tarde. Isso facilita a vida dos usuários (existe uma preocupação com a linguagem e com as necessidades dos pacientes). Depois que o usuário inicia o acompanhamento e o ACS avisa a data e horário, ou em casa ou por telefone, as faltas sem justificativa não são aceitas e a pessoa não é reagendada, devendo ir para a fila novamente. Se seguir o tratamento sem faltar (ou justificando), tem cobertura até o final do tratamento. Segundo as informações coletadas no trabalho de campo, não aguardam na fila idosos, gestantes, crianças e indivíduos que frequentam APAE. Os procedimentos realizados na USF são limpeza, restauração, aplicação de flúor, raspagem (RAP). Nos casos de urgência, quando o paciente chega com dor, ele é encaminhado ao dentista, que avalia se dá uma medicação, se faz um curativo, se está com o rosto edemaciado, ou o que fazer... Tem flexibilidade para atender urgência. Referem que nunca falta material, sendo o pedido realizado a cada dois meses. (OBS 14).

A odontologia trabalha na lógica de tratamento completado, ou seja, quando um paciente tem acesso a uma consulta odontológica, é avaliado e são marcados todos os seus retornos até completar todos os tratamentos dentários identificados.

O atendimento odontológico na USF congrega aspectos que contribuem para a integralidade do cuidado, como o tratamento completado, e consideração de aspectos particulares dos usuários (emprego, escola) na hora da marcação das consultas. Em relação à integralidade na saúde mental, os usuários com transtorno severo não esperam na fila (chegam

e são atendidos), assim como idosos, gestantes, crianças e indivíduos que freqüentam APAE. Essa flexibilidade no atendimento mostra que as necessidades dos usuários são vistas e o trabalho se adapta a elas.

Os procedimentos realizados pela saúde bucal na USF são: limpeza, restauração, aplicação de flúor e raspagem. O dentista ainda faz educação em saúde na sala de espera (higiene, escovação, tártaro, uso fio dental, cárie, entre outros temas). O dentista da USF estava cedido temporariamente para a SMS para realizar o levantamento epidemiológico da saúde bucal do município, sendo substituído por meio turno por outro dentista e assim foi adaptado o cronograma de consultas do dentista 12 atendimentos/dia e não estava sendo feito educação em saúde na sala de espera.

Foi realizado um levantamento nas escolas e creches do bairro, onde o dentista examinou as crianças. A partir do exame, foi elaborada uma lista com código (quanto mais estrelas, maior necessidade). Após, foi feito contato com as escolas e creches pedindo para que as crianças fossem levadas (de acordo com a classificação de maior necessidade) no dia e horário marcados. Segundo a ACD, há muitas crianças que não completaram o tratamento devido à cultura do “dente de leite”, na qual não se precisaria tratar o dente de leite, pois ele vai cair. Também é realizado nas escolas e creches, de 3 em 3 meses, a escovação com aplicação de flúor.

Ao questionar uma das usuárias sobre o acesso ao serviço de odontologia, ela diz que marcou atendimento para as filhas que são excepcionais. Diz que nesses casos funciona com agendamento. Um senhor de 60 anos diz que ele veio no início do mês, chegou por volta das 04:15 da manhã e que já havia 14 pessoas esperando. A mãe das meninas diz que não marcou horário para ela, pois tem medo de vir essa hora na Unidade. O senhor continua dizendo que, uma vez por mês, são distribuídas 30 fichas. Depois de conseguir a ficha, todo o tratamento necessário é agendado (OBS15)

A USF possui algumas **dificuldades nos encaminhamentos** clínicos para dermatologista, ginecologista, oftalmologista, otorrinolaringologista, ortopedista e psiquiatra.

Falo sobre o encaminhamento para o oftalmo, perguntando quanto tempo leva para a marcação e o atendimento. Ela diz que é uma das especialidades mais difíceis, que está demorando entre 6 a 12 meses (OBS 16).

Nota-se que a rede de cuidados ainda está em construção no município, apesar de ter uma boa comunicação entre referência e contra-referência (existe uma ficha de referência e contra-referência que deve ser preenchida pelo médico quando encaminha e pelo especialista após a consulta, essa ficha é anexada ao prontuário do usuário), a articulação com as especialidades ainda tem fragilidades, pois não há um estabelecimento de prioridades para a marcação das consultas com os especialistas. O apoio matricial e a existência de uma regulação poderia ser um meio de corrigir essa fragilidade.

As ACS são responsáveis pelos dois grupos de usuárias que estão inseridos nas quatro modalidades de Bolsa (Bolsa Alimentação, Bolsa Família, Bolsa Escola e Vale-Gás). O Grupo de Bolsa se realizam uma vez por mês na Unidade e participam do grupo 40 mulheres com filhos (20 em cada grupo). No dia do Grupo, as ACS medem e pesam as usuárias e crianças. Também realizam uma palestra, abordando os mais variados temas, os quais são escolhidos pelas próprias ACS. A enfermeira faz a supervisão do grupo e cede o material didático.

Os cuidados domiciliares estão organizados para verificação da PA, realização de curativos, visita a acamados, troca de sondas, visitas ao asilo, orientações sobre educação em saúde e uso de medicações.

As ACS da USF não possuem materiais básicos para o trabalho, já que, de acordo com Brasil (2001b), os ACS precisam de alguns equipamentos básicos para realizar seu trabalho, como: balança (para pesagem em casa e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças), fita métrica, além de boné e camiseta para serem identificados pela população.

As **auxiliares de enfermagem** fazem, na recepção, um diálogo com as pessoas, identificam prioridades de atendimento, negociam com a enfermeira e com a médica a eventual antecipação de atendimento ao usuário. Os procedimentos de PA e o peso são verificados em todos que aguardam consulta, sendo nesse momento que as auxiliares e técnicas de enfermagem indagam sobre o estado geral do usuário, fazem uma escuta e procuram acolher a pessoa no serviço. Um fato que contribui para esse acolher, enquanto rede de conversação, é o tempo que referidas trabalhadoras têm de USF (a maioria mais de 5 anos) e também o fato de uma auxiliar de enfermagem e um funcionário da recepção serem moradores do bairro há vários anos.

A **médica** atende 16 fichas por turno e realiza visitas domiciliares às quartas-feiras (em média 12 visitas), juntamente com uma auxiliar de enfermagem e uma ACS. O agendamento é feito em um caderno especial que serve para marcar as visitas. Essas visitas domiciliares da médica são intercaladas com as capacitações para os médicos das Policlínicas e USF, por isso são realizadas de 15 em 15 dias. Após as visitas, a médica retorna à Unidade e atende usuários no final da tarde. As visitas são pontuais como se pode ver na observação de algumas das visitas realizada pela médica a seguir

Saímos no carro da Prefeitura para as visitas domiciliares (VD) médica uma ACS e uma auxiliar de enfermagem. [...] 2º VD: 13:50 – 14h Sra. idosa de 101 anos, que tem registro no caderno da ACS de insônia, agitação, dias que conversa, dias que só quer dormir. Médica sugere levar no sol pela manhã, filha diz que a idosa levanta tarde e fica difícil. A médica orienta que é preciso se não a usuária vai ficar muito fraca. A auxiliar verifica PA: 110 x 60, a médica ausculta. Os familiares falam que a idosa tem crise e não dorme duas, três noites, fica caminhando, conversando, saímos 14h. [...] 10º VD: 15:15 – 15:27. Puérpera (realizada cesaria). RN dormindo, feminino, 3400 gramas, 8 dias. Médica pediu carteira do hospital, fez anotações. A auxiliar de enfermagem fica falando com a puérpera e pega o bebê no colo. A médica pergunta sobre a PA, se ela está bem. A usuária fala que RN depois das 23:00 chora muito. Médica examina RN, diz que está bem. Pede para ver a barriga da mãe, ela diz que tirou os pontos hoje pela manhã e que já tem consulta no posto marcada para segunda. PA 110 x 80. O prontuário estava com a usuária, para que levasse ao hospital e foi solicitado pela médica para levá-lo de volta ao posto. Médica orienta em caso de dor de cabeça, tontura para procurar a equipe, pois pode ser pressão alta. 11º VD: 15:30 – 15:36. Sra. com Parkinson refere não conseguir dormir duas noites Diz que o neurologista está acompanhando. Fala que tem vontade de ir no posto se pesar, mas porque dói muito a perna não consegue. Auxiliar verifica PA: 180 x 100. Médica diz que ela pegue as medicações para ela ver. Constata que a usuária está tomando errada a medicação (captopril – toma 3 por dia e é 1 por dia). Hidroclorotiazida (toma uma vez por dia e é para tomar 3 vezes por dia). Médica diz para pedir para um filho ir no posto buscar medicação e diz que PA está alta, pois está tomando mal a medicação [...] (OBS)

Nota-se que as visitas realizadas levaram mais ou menos dez minutos e foram focadas no problema (especificamente na queixa). A equipe em geral tem interação com os usuários e possui uma linguagem próxima a deles. A visita ofereceu acesso a exames, encaminhamentos a especialistas e informações pontuais.

Das 16 fichas para o atendimento médico, são disponibilizadas 10 fichas na fila em cada turno, as outras 6 são para agendamento feito pela equipe.

Segundo a enfermeira, os usuários vêm para a fila às 6:30h para as fichas da manhã e às 11:30h para as fichas da tarde (OBS 17).

Tem que levar a carteirinha, daí pede a consulta. Eles dão a consulta. Atende no mesmo dia. Se, às vezes, tu não podes, que não tem naquele dia, às vezes,

eles marcam. Só que daí marcam, às vezes, leva até uma semana para marcar. E isso aí precisava ser melhor, né. Se não tem hoje, então marca para amanhã. É só isso que eu acho que não está certo. (U.6).

Às vezes, eu já fui duas ou três vezes lá em cima e já deixei minha consulta, porque tem muita gente. Ficam dezesseis ficha, né. Então, não tem jeito. Tem que ir cedo. Tem que ir antes das sete horas, e de tarde também tem que ficar [...] Tem que ir meio dia, onze e meia, tem que estar lá, para pegar consulta, porque tem uma escala, né, um mês para outro eles marcam. Eles dão quatro ou cinco fichas, rapidinho. Porque o resto já está tudo marcado. O atendimento é bom, mas precisava de mais um médico. Pelo menos só para criança. Um para criança e outro para clínico geral (U.3).

Eu tive que ir no horário determinado para conseguir segurar a vaga para consulta. Mas, não tive dificuldade, desde que a gente tenha um pouco de disposição para pegar ficha. [...] Aí reserva um lugar na fila, pega a ficha. A partir do momento que pegou a ficha, então ela já fica ali para consultar (U.11)

[...] Lá se a gente precisar de vereda só se vai de madrugada. Acho que até a menina ali sabe. A gente tem que estar lá de madrugada, se a gente não conseguir, a gente tem que ficar sem ou ir para o hospital. [...] Mas, só que quando a médica atende, ela atende muito bem. Isso a gente não pode se queixar. Só que o problema é o horário, que não está fechando. Esse tempo da consulta está muito demorado. Vão lá 6, 7 pessoas na frente, os outro que chegam mal depois, eles não conseguem mais. Daí tem que voltar, como acontece para muita gente. Não só para mim. Para muita gente. Então, a única coisa que não está fechando são esses horários (U.10).

Tem que ir no postinho para tirar a consulta, sempre. É tem que ir cedinho, porque se não tu não consegues, às vezes, consegues [...] É, às vezes, tem vezes que não consegue, porque são fichas limitadas. Tem que ir às 7 ou 15 para as 7, depende do dia (U.12).

Avalia-se que os usuários por livre demanda têm de disputar uma ficha e os usuários dos grupos podem ter suas consultas marcadas, mas, muitas vezes, o tempo de espera para o agendamento chega até há duas semanas. Esse tempo de duas semanas é em geral avaliado como satisfatório para os usuários, mas em se tratando de saúde mental, dependendo da situação de saúde do usuário pode ser muito tempo de espera.

As formas de **acesso ao serviço** são diversificadas, podendo ser por demanda espontânea e por agendamento prévio, priorizando-se as ações programáticas (saúde da mulher/pré-natal/saúde da criança e os usuários vinculados aos grupos de hipertensos e diabéticos). Assim, todos os dias é disponibilizado um número mínimo de consultas, para atender a livre demanda e situações de urgência. No livro de registro de consultas médicas, consta o máximo de 16 consultas por turno (16-manhã e 16-tarde), no entanto a médica atende até três pessoas a mais, conforme a urgência, dando prioridade para gestantes e crianças, como se pode observar no trabalho de campo.

A recepcionista entra na sala de atendimento médico, estamos a auxiliar de enfermagem, a médica, fazendo anotações das visitas domiciliares realizadas, e eu (observadora). A auxiliar diz que tem uma criança com assadura, que já foi usado neomicina, mas não resolveu, uma gestante agendada, uma lavagem de ouvido e uma outra consulta. A médica pede para transferir para sexta pela manhã os dois últimos e diz que vai atender a gestante e a criança. (OBS 17).

Os usuários reclamam que é necessário ir muito cedo para a fila para conseguir a consulta médica. Mas, mesmo assim, algumas vezes ficam sem o atendimento, o trabalho na USF está centrado no modelo de trabalho médico.

A **dificuldade de acesso** é um dos mais sérios obstáculos da integralidade. Embora se parta da compreensão de que a principal porta de entrada do sistema de saúde deve ser a atenção básica, é importante considerar outras vias de acesso, outros serviços que viabilizem a entrada do usuário no sistema. No caso de Chapecó, o Pronto Atendimento do Hospital Regional e a Policlínica Sul.

Contudo, as barreiras para a entrada na USF, materializadas na fila e no retorno dos usuários sem atendimento, refletem uma demanda maior que a oferta, que, por sua vez, repercute na limitação de resolutividade do serviço.

Assim, considerando os parâmetros da OMS (Organização Mundial da Saúde) de 2-3 consultas médicas/habitante/ano e o número de 0,75 consulta médica em Atenção Básica/habitante/ano, em relação à população que pertence à área de abrangência da USF, nota-se que as consultas médicas oferecidas são suficientes. No entanto, é preciso considerar ao menos dois fatores implicados.

Primeiramente, o fato do cronograma de atividades do profissional incluir os horários de atendimento domiciliar, de reuniões de equipe e de capacitações representa, no caso da USF, a diminuição do número de consultas. Segundo, destaca-se o fato de, na USF, as consultas serem concentradas em um único profissional médico, o que lhe impõe um processo de trabalho exaustivo, desgastante e aprisionador de um saber qualificado, que fica reduzido ao ato do atendimento individual.

As consultas agendadas são as das ações programáticas. O médico é quem realiza puericultura, ao passo que a enfermeira faz o exame citopatológico e de mamas. São agendados também os usuários que participam dos grupos de hipertensos e diabéticos.

Durante a observação de campo, os usuários de modo geral problematizavam a questão do atendimento médico, devido ao fato de a demanda de consulta médica ser grande e de haver rotineiramente mais pessoas que o número de atendimentos disponível, e também, porque, aos olhos do usuário, se disponibiliza poucas fichas para atendimento de demanda livre e urgências.

Apesar do sistema de distribuição de atendimentos ter sido decidido em reunião com a comunidade, ele não responde às necessidades da mesma. Pôde-se observar que existe uma demanda reprimida, que quando não consegue ser atendida, conforme a gravidade, busca atendimento junto ao Pronto Atendimento do Hospital Regional ou em uma Policlínica, próxima à USF

Existe um alto número de pessoas na USF no primeiro horário da manhã e da tarde. Já na metade do turno, esse número se reduz significativamente, pois aqueles que chegam no serviço, constatam que “acabaram as fichas” e que não serão atendidos, retornam a suas casas ou vão buscar atendimento em outro local. Por isso, a ausência da fila, em determinados períodos do dia, não significa que não haja demanda reprimida.

A seguir, apresenta-se uma descrição de parte de um turno de trabalho médico (foi observado 1h e 25 min do turno de 8 horas do trabalho médico), pois se entende que este quadro permite avaliar a sobrecarga do profissional e o modo como ele fica subsumido ao atendimento no interior do processo de trabalho. E também como a USF ainda esta centrada no modelo assistencial tradicional.

Quadro 10 - Demonstrativo de parte de um turno aleatório de atendimento médico na USF (1:25min) – Chapecó / SC.

	Usuário	Motivo da ida do usuário na USF	Grupo	Ação médica	Exames	Encaminhamento	Prescrição / conduta	Observação
	9:00							
1	Masculino, 72 anos, branco, usando óculos de sol.	Está lacrimejando muito e tosse contínua.	Idoso	Ausulta; exame de olhos.	NI	Oftalmologista.	Colírio (deveria comprar); medicação para tosse (retirar na USF).	Encaminhamento deve ser solicitado na recepção – no caso entre 6 a 12 meses de espera.
2	Feminino, 68 anos, parda	Retorno de exames. Relata dor no braço (fratura recente em clavícula) e não sabe onde é o serviço de fisioterapia.	Idoso	Avalia exames; ausulta.	NI	NI	Diz que exames estão bem. Prescreve medicação para dor.	Usuária parece querer conversar. Médica diz que Recepção ajudará a encontrar serviço de fisioterapia.
3	Feminino, 4 anos, acompanhada de mãe jovem, branca	Conjuntivite (creche não aceitou ficar com a criança no dia anterior). Depois, refere tosse.	Criança	Investiga casos de conjuntivite na família; questiona sobre criança ter tido varicela; ausulta; exame de olhos.	NI	NI	Xarope; colírio. Questiona sobre necessidade de atestado para a criança.	NI
4	Masculino, 1 ano e 6 meses, negro, acompanhado de mãe	Retorno de gastropediatria. Traz lista de exames que deverão ser solicitados pela médica da USF indicados pela especialista.	Criança	Pergunta à mãe o que a especialista disse.	Exames indicados por gastro pediatra	Já realizados: gastropediatria e hematologista. Motivo: anemia e diarreia desde os 6 meses e, agora, um broncoespasmo.	NI	Especialista pediu à mãe que levasse criança ao hospital no dia seguinte quando estaria de plantão. Hematologista agendado para dezembro.
5	Feminino, 3 meses, parda, filha da usuária 6	Gripe e febre.	Criança	Questiona a mãe sobre amamentação. Examina e brinca com a criança.	NI	NI	Gotas nasais.	Atendimento conjunto.
6	Feminino, 30 anos, parda, déficit cognitivo	Dor de cabeça, dor nas “costas”. Pede medicação que seu marido usa.	Mulher	Médica pergunta se madrinha da criança, que sempre acompanha as duas, não veio. Ausulta.	NI	NI	Medicação para dor.	Atendimento conjunto. Médica fala alto, orienta buscar medicação do pai da criança na farmácia da Unidade.

Fonte: Kantorski et al, 2006

Quadro 10 – Demonstrativo de parte de um turno aleatório de atendimento médico na USF (1:25min) – Chapecó / SC (continuação).

7	Auxiliar de enfermagem entra na sala referindo não se sentir bem (rinite). A médica orienta medicação e pede que avise a auxiliar de serviços gerais da necessidade de trocar o lençol. Logo a auxiliar chega com o lençol e sai novamente para buscar outro, dizendo que o que trouxe não é adequado. Limpa a mesa com álcool e coloca o lençol.							
8	Feminino, 13 anos, negra	Amenorréia. Traz resultado negativo de teste de gravidez realizado há uma semana.	Adolescente	Questiona atividade sexual e menarca (março).	Avaliação hormonal; BetaHCG.	NI	NI	Orienta necessidade de uso de preservativo.
9	Feminino, 42 anos, branca	Retorno de exames solicitados em agosto. Metrorragia (filha, 12 anos, também tem). Há 2 meses está com amenorréia. Refere angústia, cefaléia há 4 dias e coriza. Diz fazer regime sem orientação, o coração disparar ao subir e descer escadas. Diz ter ido ao cemitério (mãe morreu há 3 anos – câncer) o que a fez se sentir melhor. Parou o uso de amitriptilina. Pergunta se vai morrer de câncer.	Mulher	Comenta resultado de exame (verminose) e necessidade de repetir avaliação tireóide.	Avaliação hormonal – tireóide; betaHCG.	NI	Mantém antibiótico.	Médica comenta atraso do retorno, orienta novo retorno e pede que usuária traga sua filha para atendimento.
10	Feminino, 29 anos, branca	CP na rede feminina, não confia no serviço. Não consegue engravidar, está preocupada e quer fazer uma “revisão geral”. Leucorréia constante com prurido. Refere ciclo irregular e uso irregular de anticoncepcional há 10 anos, sua última menstruação foi em 17/10. Está fazendo tratamento dentário e uso de antibiótico. Pede nova prescrição de antibiótico.	Mulher	NI	Hemograma; exame qualitativo de urina (EQU); avaliação hormonal; colesterol; creatinina.	NI	NI	Orienta uso da medicação (antibiótico) e retorno
11	Masculino, 66 anos, pardo	Refere “ferroadas” na região da próstata (cirurgia há 4 anos); consumo diário de álcool. Relata que trabalhou muito tempo com veneno (agrícola). Quer encaminhamento para avaliação de colesterol e próstata.	Idoso	NI	Avaliação hepática; urina; próstata; hemograma; colesterol.	NI	NI	NI
12	Às 10:25, a técnica de enfermagem entra na sala para falar sobre usuária acompanhada no pré-natal pela Unidade que abortou e que médica havia solicitado ultrassom, que não foi autorizado. Diz que usuária está nervosa e triste. Médica diz que irá atendê-la. Auxiliar diz que verificará sinais vitais.							

Fonte: Kantorski et al, 2006

* NI = Não informado.

A partir desse quadro, observou-se que, das consultas realizadas nesse dia, duas poderiam ser relacionadas à saúde mental, a primeira o atendimento 9, onde a usuária relata estava em uso de amitripilina e que perdeu a mãe a 3 anos, e o atendimento 11 onde o usuário relata usar diariamente álcool.

Nota-se que a médica dispõe de pouco tempo para a escuta e a consulta é pouco resolutivo, o que compromete a integralidade das ações. O atendimento fica centrado na queixa principal do usuário, disponibilizando pouco tempo para as tecnologias relacionais. Isso justifica, em parte, a centralização do foco da consulta na doença e não no sujeito. Esse fato pode ser analisado nas observações abaixo:

(...) Levanta e chama o segundo paciente: uma senhora de aproximadamente 68 anos. Ela traz exames para a médica avaliar e refere dor no braço. Diz não saber onde é a fisioterapia. Diz morar há 11 anos em Chapecó e não conhecer a cidade. Parece querer conversar. A médica diz que na recepção irão ensiná-la como chegar na fisioterapia e que os exames estão bem. Prescreve um medicamento para dor e, quando vai se despedir, a senhora diz estar com tosse. A médica pede que ela levante e tire o casaco. Ausculta e prescreve outro medicamento. Enquanto tenta colocar o casaco, a usuária olha para mim e diz que quebrou o braço e a clavícula. A médica despede-se. Comenta comigo que a usuária gosta muito de conversar, mas que ela não pode, tem muitos pacientes para atender (...). Fala-me da necessidade de atender vários pacientes e da dificuldade para dar toda atenção necessária aos usuários (...) comenta comigo sobre o número de pacientes que atende e diz que “naquela região, tem muito desempregado que, não tendo muito o que fazer, acaba vindo consultar”. São consultas de repetição (...) (OBS 18).

(...) O próximo atendimento: mulher (branca), 42 anos. É um retorno para avaliar exames solicitados em agosto. A médica comenta atraso e diz que os resultados indicam presença de verminose e necessidade de repetir exames para avaliar hormônios-tireóide. Usuária diz ter história de hemorragia, mas atualmente não menstrua desde agosto, estar angustiada, com cefaléia há 4 dias e coriza. Diz que está fazendo regime sem orientação, está correndo e subindo escadas e, nessa situação, seu coração dispara. Diz ter ido ao cemitério e ter se sentido melhor. A mãe morreu de câncer há três anos. Pergunta se vai morrer de câncer. Tem uma filha de 12 anos que esta tendo sangramento abundante na menstruação. Diz que depois que visitou o túmulo da mãe, quer parar com a medicação (amitriptilina). A médica interrompe suas queixas e solicita exames para avaliar hormônios, teste de gravidez e prescreve medicação para rinite. Orienta retorno e diz que a usuária deve trazer a filha para se consultar (...) (OBS 19).

Não há um oferecimento de um cardápio de intervenções ou mesmo um plano terapêutico para os usuários. Avalia-se que as consultas médicas são centradas na queixa pontual, não abrindo espaço para as ações integrais. Observa-se a falta de orientações e de valorização dos demais sinais que indicam outras necessidades dos usuários. Além disso, o fato de se trabalhar com prontuários arquivados por família indica um movimento de iniciativa para romper com a fragmentação na organização dos processos de trabalho, desenhando-os de modo que permitam uma abordagem integral do sujeito.

Nesse caso, a fragmentação assume a polaridade entre o individual e o coletivo implica passar a considerar, no concreto da produção de cuidados em saúde, a família, como um primeiro coletivo em relação a esse usuário que está sendo assistido pela ESF. Destaca-se essas ações como movimentos, pois o processo de trabalho em sua organização vive o tensionamento entre práticas cristalizadas de fragmentação e movimentos de ruptura. O trabalho médico está centrado no modelo da clínica tradicional e poder-se-ia dizer que é um trabalho alienado

Considera-se que o conceito de integralidade também está relacionado à capacidade de integração entre os serviços da rede de saúde, a referência e contra-referência, o acesso a exames laboratoriais e de imagem e o acesso a especialidades médicas e hospitalização.

Quanto aos **exames laboratoriais**, no caso estudado, a organização do sistema de saúde descentralizou, desde 1997, a coleta e entrega dos resultados, sendo esses realizados na própria USF. Esse fato atende a um dos requisitos de avaliação da integração, ampliando o acesso, agilizando tanto o agendamento do exame quanto o seu resultado, conferindo maior

poder de negociação aos profissionais da USF por estabelecer uma relação mais direta com o laboratório municipal, antecipando algumas solicitações quando necessário e ampliando a comunicação e negociação entre os serviços submetidos à gestão pública.

No caso estudado, o município conta com um CERES, onde médicos especialistas contratados pela Prefeitura atendem a demanda encaminhada da atenção básica. De modo geral, a **referência** funciona na maior parte das especialidades médicas, com tempo de espera baixo (1 a 2 semanas). O agendamento é feito por telefone na própria USF, que comunica data e horário ao usuário por intermédio do ACS.

Na área de **saúde mental**, a rede dispõe das seguintes especialidades médicas: psiquiatra, neurologista e neurocirurgião. Também conta com leitos psiquiátricos em hospital geral, de um CAPS II adulto e de um CAPS I (infantil).

A seguir, apresenta-se um quadro elaborado a partir dos dados dos prontuários dos usuários da saúde mental, em que se pode verificar aspectos particulares de sua condição de saúde.

Quadro 11: Usuários da Saúde Mental Entrevistados.

Condição de saúde	Nº	Frequência a CAPS	Tiveram Internação Psiquiátrica	Local da Internação	Medicação	Sintomas	Situação de risco
Saúde mental	13	Sim – 6	Sim – 4	Hospital psiquiátrico – 2 Hospital geral – 2	Amitriptilina-2 Diazepam-2 Haloperidol-2 Biperideno-1 Clonazepam-1 Fluoxetina – 1 Clorpromazina – 1 Imipramina - 2 Prometazina - 1 Fenobarbital - 1	Poliqueixosa -1 Tremores – 1 Isolamento – 3 Ansiedade – 1 Depressão/tentativa de suicídio – 2 Depressão – 2 Depressão/ansiedade - 2 Uso de drogas/álcool - 1	4 - (2 isolamento; 2 tentativa de suicídio)

Fonte: Adaptado de Kantorski et al., 2006

A USF possui **ações programáticas**, realizadas com grupo de hipertensos e diabéticos (8 grupos que se reúnem a cada 40 dias) coordenado pelos auxiliares de enfermagem, enfermeiro e ACS; grupo de crianças/bolsa alimentação (2 grupos que se reúnem todos os meses) coordenado pelos ACS; grupo de adolescentes, idosos e puericultura. Nessas ações são desenvolvidas várias atividades, como pré-natal, diagnóstico e tratamento de tuberculose, planejamento familiar, coleta de citopatológico, promoção do aleitamento materno, entre outras. Também são realizadas visitas domiciliares com enfermeiros, médico, auxiliares de enfermagem e ACS. As ações educativas em escolas são feitas pelos ACS, os auxiliares de enfermagem, a enfermeira e o dentista.

O trabalhador de saúde considera o seu espaço de trabalho como um espaço de **escuta** e de diálogo:

Para mim é ser uma pessoa disposta a ajudar todo mundo. Sem receio, sem medo, com vontade, com ânimo, que é ótimo, que é o que eu adoro. (P 5).

É ajudar as pessoas da comunidade, conhecer a realidade do bairro, tentar ajudar as pessoas. Porque, elas só querem um diálogo, um médico, uma orientação. Então, esse é o trabalho. (P 6).

Novamente, a escuta/diálogo surge como um elemento diferenciador das práticas e como instrumento mediador de ações, que devem ser orientadas pela perspectiva igualitária dos usuários.

Acho que é estar buscando ajudar o paciente, não só aqui. Visitando na casa quando precisam, mesmo quando não solicitam, deve ir, porque têm alguns que mesmo não estando mal, eles não pedem para a gente ir lá. A gente tem que entrar em contato através da agente de saúde e ir até eles. No caso de verificar a pressão, auxiliar com uma visita do médico? Medicação. (P 7).

Para mim é uma gratificação total. Adoro ajudar as pessoas, sinto bem. É uma profissão gratificante quando você pode fazer um curativo, tu conseguiste salvar alguém, teve uma queimadura, não ficou seqüela nenhuma. Fez direitinho, com amor. Eu acho bem gratificante. (P 8).

É um pouco diferente. Antes trabalhava no posto, na policlínica, não era PSF... Tem a questão de palestras, que na outra Unidade não realizava... Também grupo de hipertenso... colégios. Não tinha contato com a prevenção nos colégios, com pessoas... Acho que sai mais da Unidade (P 13).

Atende de igual para igual a todos. Independe do idoso, do adulto, a mãe, puérpera, criança. Todos da mesma forma, dando sempre mais atenção aos pacientes mais delicados, no caso, vem se tentando fazer de forma mais igualitária a todos. (P 9).

Chego na Unidade, verifico sinais. Vou ali na frente. Se precisar, converso com as pessoas. Pergunto quem está ruim, quem está precisando de atendimento antes. A gente conversa com a doutora, passa na frente. Crianças com febre, vê a temperatura [...] Às vezes é feita compressa, na sala dos curativos, para baixar a temperatura... Eu gosto muito do que faço. (P 12).

Entre um grupo de técnicos, percebe-se mais claramente o discurso da **Estratégia Saúde da Família** centrado na idéia de vínculo, de estar junto à população, conhecer as pessoas no contexto das famílias e desenvolver uma atenção em saúde integral. Aqui, a idéia de integralidade parece ter como referência o universo da família:

É poder estar atuando... junto à população. Como é uma Unidade diferenciada das demais Unidades, das Policlínicas, então é ter um vínculo, conhecer bem a população, conhecer todos os membros da família, dar uma assistência integral a todos os membros, não a um só, específico. É o que diferencia uma Unidade de um Ambulatório. (P 10).

Na fala a seguir é possível identificar, ainda que de forma incipiente, uma relação multiprofissional/interdisciplinar como estratégia para as ações de promoção em saúde:

Você participa, interage com outros profissionais, médicos, enfermeiros, para promover a saúde. (P 17).

Ao identificar as propostas do ESF, os trabalhadores explicitam contradições vivenciadas perante as dificuldades, no sentido de ações efetivas de vigilância em saúde, construídas a partir da especificidade da realidade/comunidade na qual se trabalha, e o desafio de romper com um modelo centrado na atenção individual e curativa, via consulta médica.

Esse Programa da Saúde da Família é uma estratégia muito boa. Os profissionais estão descontentes com o atendimento exagerado. O salário, é claro que influencia bastante. Mas não é só isso. Tu tens que te sentir bem com o que estás fazendo, e, da forma como está, é difícil algum profissional estar contente com o que está fazendo (...) Tu trabalhas, trabalhas, semana após semana, para que não seja a mesma coisa e não vês muito retorno nesse trabalho. Quando, na verdade, deveriam modificar muitas coisas, modificar os indicadores de saúde, mas a gente só está no atendimento (...) Naquele modelo antigo de atender o usuário, não trabalhar muito a prevenção. A gente tenta fazer alguma coisa, no tempo que consegue, dentro da consulta, da visita domiciliar, mas é muito pouco o que consegue. (P 16).

O desgaste apontado pelo trabalhador de saúde expõe, além das condições específicas, uma contradição própria do momento de implantação e da tarefa da consolidação, na medida em que a proposta do programa é exatamente se constituir em uma estratégia de mudança do modelo de atenção em saúde. Aqui, parece estar localizado um dos nós críticos do modelo e o grande desafio colocado aos trabalhadores de saúde.

Nesse universo destaca-se, ainda, a identificação de uma relação diferenciada entre os trabalhadores, aparentemente mediada pela necessidade de articulação de diferentes fazeres ou própria de algumas características dos sujeitos que fazem escolhas pessoais/profissionais relacionadas a esse universo.

Gosto muito de trabalhar aqui [...] Fui cobrir férias e vi que a coisa não é como funciona aqui, não sei o porquê. Mas, as pessoas são tratadas de forma diferente [...] Nós, funcionários, somos tratados com indiferença nas outras Unidades. (P 15).

Foi observado, na leitura dos **prontuários**, que diferentes profissionais fazem o registro de modo sumário. Enfatiza-se que o prontuário unificado consiste em um movimento para diminuir com a fragmentação dos sujeitos.

Portanto, há que se considerar que a integralidade pode acontecer por meio da mudança de práticas e o caminho para isso, certamente, está sendo construído por todos atores envolvidos com a ESF, entretanto, nesse caminho foram também observados obstáculos, como por exemplo a inadequação da área física, que pode ser entendido pelos usuários, como um fator que gere insatisfação com o cuidado, que conforme o observado tende a ser integral.

Por isso, é importante que seja observado, avaliado a estrutura física, pois dela, também depende a qualidade das práticas.

Também notou-se que o pouco tempo para a escuta, a cultura da consulta médica, evidencia a necessidade de mudança do modelo assistencial, pois em vários momentos fica reproduzido o modelo de UBS.

3.4 Avaliação do Processo da USF

A avaliação da dimensão do **Processo** na proposta de Donabedian, neste trabalho, foi realizada a partir do Fluxograma Analisador (MEHRY, 1997), pois se entendeu que seria um modelo de análise apropriado para esse fim. Segundo o autor, o fluxograma, por mostrar todo caminho percorrido pelo usuário no sistema de saúde, oferece uma visão ampla dos ruídos, quebras e potencialidades no processo de trabalho dos profissionais de saúde.

O fluxograma analisador, nesta pesquisa, constitui-se em um instrumento de avaliação, que auxiliou na análise da construção de processos de trabalho cujo eixo fosse a integralidade do cuidado, vislumbrando a viabilização do SUS e da ESF, com destaque para o cuidado em saúde mental. Ademais, o fluxograma analisador permitiu a identificação de falhas na assistência que precisam ser modificadas para que seja possível alcançar a integralidade na saúde.

Ao montar o fluxograma de cada usuário entrevistado, foi possível compreender, inicialmente, como se dá a organização do sistema de saúde de Chapecó, bem como realizar a avaliação do **Processo**.

No primeiro momento deste capítulo, é feita uma apresentação dos fluxogramas de cada usuário entrevistado e são levantados os aspectos diagnosticados em cada caso. Em seguida, é apresentado um fluxograma analisador geral do processo de trabalho na Unidade, montado a partir dos relatos dos usuários. Em um segundo momento, é realizada a avaliação da dimensão do **Processo**, a partir dos dados obtidos.

3.4.1 O fluxograma analisador dos usuários

A partir dos dados da observação, da entrevista com usuários e das anotações dos prontuários, foi montado o fluxograma analisador de cada usuário, para ajudar a visualização de sua entrada, recepção, decisão de ofertas e cardápio. A Saída, que seria o último item do fluxograma analisador, não foi analisada, pois, se tratando de ESF, se considera que não há alta para o usuário, já que a proposta é realizar um acompanhamento longitudinal.

No entanto, antes de apresentar os fluxogramas dos usuários, será retomado os fatos relevantes sobre os **prontuários dos usuários** no município de Chapecó. Em Chapecó, o prontuário do usuário é “realmente do usuário”, ou seja, quando o usuário é referenciado a especialistas ou muda de área adscrita, o prontuário vai junto com ele. Sendo assim, cada usuário tem um prontuário único que circula em todas as instâncias de atendimento à saúde.

[...] Pergunto sobre o fato de o usuário levar o prontuário para os serviços de referência, a enfermeira diz que os pacientes podem retirar o prontuário para fazer cópia, levar ao hospital, centro de especialidades e outros. No caso de gestantes, é comum a internação para o parto apenas com carteira de gestante (OBS 2).

O fato de o prontuário circular junto com o usuário nos serviços em que este é referenciado e retornar com a ficha de contra-referência preenchida é um aspecto da integralidade do cuidado que deve ser destacado no caso de Chapecó, apresentando-se como um ponto muito positivo na avaliação do **Processo**. Também se ressalta o fato de o usuário possuir um único prontuário que contém a sua história do processo saúde-doença, que o acompanha pelos serviços de saúde do município. Por isso, no fluxograma de alguns usuários se pode observar que o seu tempo de acompanhamento é maior que o tempo de funcionamento da USF, que é de 6 anos. Constata-se que o tempo de acompanhamento, no sistema de saúde do município de Chapecó, dos usuários entrevistados variou de 3 meses a 19 anos.

U.1

História

Homem, 89 anos, ensino fundamental incompleto. Trabalhava como trabalhador rural, hoje é aposentado. Reside no bairro há 17 anos e mora com sua companheira a usuária U.2. O usuário tem dificuldade de deambular, utiliza muletas devido à fratura da perna, o que dificulta o seu acesso à Unidade.

Segundo informações do próprio usuário, ele foi um dos fundadores e presidente do grupo de idosos da comunidade, grupo esse que existe há 5 anos. Referiu que o grupo funciona todas as quartas da seguinte maneira: intercala o oferecimento de almoço e chá, após há jogo de cartas, música, palestras sobre assuntos variados oferecidas por funcionários da Prefeitura e conversas. Logo que foi fundado o grupo, era oferecido por uma participante um curso de crochê e tapeçaria, mas acabou. Relatou, também, que após ter fraturado a perna, deixou de ser presidente, passando o cargo para outro.

O usuário disse que, até pouco tempo, participava do grupo de idosos, mas não participa mais. Segundo ele, isso se deve ao fato de se sentir incomodado, pois refere ter déficit auditivo e a funcionária da Prefeitura que palestrava para o grupo falava muito rápido, o que dificultava a ele entender as palestras.

É acompanhado há 14 anos pelo sistema de saúde do município. Teve o diagnóstico de hipertensão anterior a 1991, sendo convidado a participar do grupo de HAS da USF. No entanto, na maioria das vezes, não compareceu, tendo raras presenças. Em sua história, conforme o prontuário, ele foi atendido poucas vezes através de consultas individuais.

Recebe visitas domiciliares freqüentes. As duas últimas visitas da médica e auxiliar de enfermagem aconteceram uma em junho e a outra em setembro. Nessas visitas, foi verificada a pressão arterial e fornecida receita dos medicamentos para o controle da hipertensão e “fortificante”. Como tem dificuldade de deambular, quem busca seus medicamentos na USF é sua companheira, os quais são fornecidos para dois meses.

Segundo ACS, faz uso de álcool, porém não há registro no prontuário. Já foi encaminhado ao angiologista, tem diagnóstico de Doença Bronco-Pulmonar Obstrutiva Crônica e problemas circulatórios nos membros inferiores.

Fluxograma Analisador

Aspectos avaliados

Fator comprometedor da integralidade no cuidado à saúde mental:

- A falta de um plano de ação/intervenção que contemple o risco de isolamento social, por ter dificuldades auditivas e de deambular.

Fator que contribui para a integralidade no cuidado à saúde mental:

- A realização de visitas domiciliares periodicamente.

U. 2

História

Mulher, 74 anos, analfabeta. Era trabalhadora rural e, quando veio para cidade, foi trabalhar como doméstica. Mora há 11 anos no bairro, reside com seu companheiro o usuário U.1.

Participou do grupo de idosos da comunidade apenas uma vez, pois se desentendeu com uma das organizadoras do grupo. Segundo a usuária, está participando das aulas de alfabetização para adultos oferecida pela Prefeitura. Essas se realizam à noite, todas as terças, quintas e sextas-feiras, com duração de uma hora. Refere que pensa em fazer curso de crochê, pois gosta de aprender e tentará um curso no centro social, localizado em outro bairro, já que no grupo de idosos da comunidade não é oferecido. Passa a maior parte do tempo em casa. Relata que gosta de visitar a família no interior do município, mas que fica difícil de ir, pois não pode deixar o companheiro sozinho.

Há 7 anos é acompanhada na USF . Segundo a usuária, ela consulta, na maioria das vezes, à tarde, pois quase sempre amanhece com mal-estar geral. Prefere consultar com especialistas, tendo já consultado com o dermatologista em setembro de 2005, relata que o tempo de espera foi de três meses. Já foi também encaminhada para o oftalmologista, sendo o tempo de espera para a consulta de 2 anos. Segundo registro no prontuário, teve os seguintes encaminhamentos: dermatologista, CAPS, cardiologista e otorrinolaringologista.

Refere ter de dor de cabeça, fraqueza, dor no corpo, falta de ar, “inchaço” e gastrite. No prontuário, o diagnóstico é paciente poliqueixosa e portadora de transtorno

depressivo. Segundo a usuária, o especialista prescreve a medicação para a gastrite e o médico da USF prescreve a medicação para a tosse.

Segundo o registro no prontuário, ela freqüentou o CAPS e faz uso de Amitriptilina³⁵ e Diazepam³⁶. Segundo a usuária, utiliza medicação para depressão e tranqüilizante, pois tem dificuldade para dormir, comer e trabalhar.

³⁵Amitriptilina (Tryptanol®, Cloridrato de amitriptilina) pertence a um grupo de farmacos (qualquer produto ou preparado farmacêutico usado como medicamento) conhecida como antidepressivo triciclicos (medicamento que evita ou diminui a depressão). Serve principalmente para tratamento de depressão. Este medicamento também serve para o tratamento de enurese noturna (urinar na cama à noite) e possui propriedades sedativas (calmantes) (BRASIL, 2007).

³⁶Diazepam (Valium®) pertence a um grupo de medicamentos chamado benzodiazepinas. O medicamento se apresenta sob a forma de comprimidos e solução para injeção, sendo esta última de uso restrito a hospitais. É um sedativo, relaxante muscular e também age contra ansiedade (ansiolítico e tranqüilizante) e convulsões - tensão e outras queixas somáticas ou psicológicas (BRASIL, 2007).

Fluxograma analisador

Aspectos avaliados

Fatores que comprometem a integralidade no cuidado à saúde mental:

- As visitas não são realizadas com o foco na família, são focalizadas no companheiro, que tem diagnóstico de hipertensão.
- A pouca integração da USF com a comunidade (equipamentos sociais) e a falta de grupos de atividades no grupo de idosos da comunidade.
- Demora das consultas

U. 3

História

Mulher, 46 anos, ensino fundamental incompleto. Reside no bairro há 5 anos, mora com os 4 filhos e o marido. Trabalhou 11 anos e meio como acompanhante de idosos e, atualmente, é do lar. Depois da primeira gravidez, engordou muito (cerca de 30 quilos) e tem o diagnóstico de obesidade.

A usuária é acompanhada há 2 anos pela USF, tendo diagnóstico de Hipertensão Arterial anterior a 1993 registrado no prontuário, mas, segundo ela, tem essa doença há 7 anos. Tem consultas irregulares, porém realiza exames freqüentes, como o Citopatológico. Retira preservativos e a medicação para HAS na USF.

Foi encaminhada ao ginecologista, relata que não demorou 10 dias para realizar a consulta. Já foi hospitalizada para realização de cirurgia de histerectomia³⁷, diz que depois da cirurgia passou a sentir dor pélvica. A usuária relata ter realizado vários exames através da USF, sendo o mais demorado para ser realizado o Rx (6 meses de tempo de espera).

A usuária participa do grupo de HAS da Unidade, no qual recebe orientações sobre a doença e a dieta correta para hipertensos. Ela expressou vontade de participar de grupos na comunidade ou realizar curso para cuidar de idosos.

Tem acesso à consulta através de retirada de ficha ou agendamento, porém, em caso de urgência, sempre conseguiu ser atendida sem ficha. Em uma consulta, descobriu que

³⁷ Histerectomia é a retirada do útero, que pode ser total, quando se retira o corpo e colo do útero ou sub total, quando só o corpo é retirado. Na maioria das vezes é feita através de uma incisão no abdome, por onde se retira o útero (histerectomia abdominal). Em alguns casos também pode ser feita através de uma incisão na vagina, por onde se retira o útero (histerectomia vaginal). Uma outra abordagem, é a histerectomia por vídeo laparoscopia onde a cirurgia é realizada por pequenos orifícios de 5 a 10 mm no abdome e a retirada do útero é feita pela vagina. Às vezes esta cirurgia é acompanhada da retirada dos ovários e trompas (histerectomia total com anexectomia bilateral) (ETHICON, 2007).

estava com uma infecção intestinal e teve diagnóstico de doença diverticular de cólon, ansiedade e depressão. A médica prescreveu Fluoxetina³⁸, que vem usando há cerca de 2 meses. A prescrição da medicação foi fornecida para três meses e, segundo a orientação da médica, a usuária deveria tomar durante três meses, após deveria consultar novamente. Caso não estivesse melhor, seria encaminhada para um especialista. A usuária relata fazer tratamento com Amitriptilina há 8 anos.

Também relata que sentia muita dor nas pernas, que inchavam freqüentemente, e que estava engordando. Após o início do tratamento com Fluoxetina, já emagreceu 5 kg em um mês. Diz que a médica explicou que ainda emagreceria mais e que, no primeiro mês, a medicação não faria efeito sobre a depressão, somente a partir do segundo mês. A última consulta na USF, segundo a usuária, foi por estar resfriada e “atacada dos nervos”.

³⁸ Fluoxetina (Prozac®) é indicado no tratamento da depressão, associada ou não com ansiedade. Também é indicada para o tratamento da bulimia nervosa, do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e do transtorno disfórico pré-menstrual (TDPM), incluindo tensão pré-menstrual (TPM), irritabilidade e disforia (BRASIL, 2007).

Fluxograma analisador

Aspectos avaliados

Fator comprometedor da integralidade no cuidado à saúde mental:

- O tratamento exclusivo com a medicação visando à supressão dos sintomas da depressão e ansiedade, uma vez que a USF não oferece outros tipos de intervenção.

Fator que contribui para a integralidade no cuidado à saúde mental:

- Apesar de o acesso ser através da ficha, em caso de urgência, a usuária consegue ser atendida através do agendamento, por fazer parte do grupo de hipertensos.

U. 4

História

Mulher, 63 anos, viúva, pensionista. Possui menos de um ano de escolaridade. Reside no bairro há 7 anos, mora sozinha. Participa das aulas de alfabetização para adultos, realizadas três vezes por semana (terça, quinta e sexta-feira). Relata não participar do grupo de idosos da comunidade.

Tem pressão arterial convergente e fez uso de Hidroclorotiazida³⁹ que retira na farmácia na USF. Participa do grupo de HAS da USF, relatando que nesse grupo as auxiliares de enfermagem e a enfermeira realizam medidas antropométricas, verificam a pressão arterial, perguntam como o usuário tem se sentido, se está tomando os medicamentos conforme a prescrição médica e se tem apresentado algum sintoma de alteração da PA.

Foi convidada para participar do grupo de desenvolvimento pessoal da USF, mas, no dia em que se realizaria o grupo, não pode ir, porque recebeu visitas.

Acompanhada desde 1987 pelo sistema de saúde do município, teve o diagnóstico de HAS em 2000. Realiza consultas frequentes na Unidade, fez exame preventivo nos anos de 1993, 1997, 1998, 2000, 2002, 2004 e 2005. Fez reposição hormonal, segundo registro no prontuário. Relata que já fez mamografia duas vezes e o resultado foi sem alterações. Na época, tinha outra solicitação para realizar uma terceira mamografia, há mais ou menos 3 a 4 meses, por ela relatar ter um problema no seio (inversão do mamilo, vermelhidão e dores).

³⁹Hidroclorotiazida é um agente diurético e anti-hipertensivo. Está indicada também no tratamento de edemas associados com insuficiência cardíaca congestiva, cirrose hepática e com a terapia com corticosteróides ou estrógenos. É eficaz no edema relacionado a várias formas de disfunção renal, como a síndrome nefrótica, glomerulonefrite aguda e insuficiência renal crônica (BRASIL,2007).

Também foi encaminhada para o oftalmologista que, segundo a usuária, diagnosticou glaucoma e a orientou a fazer controle anual. A usuária deveria ter retornado ao oftalmologista um ano depois da primeira consulta, mas, como seu encaminhamento demorou, se passaram dois anos. Quando retornou, já havia perdido a visão do olho direito. Relata estar precisando de encaminhamento para o oftalmologista novamente, pois já está próximo do retorno e tem de ser com certa antecedência devido à demora.

Já foi encaminhada para o otorrinolaringologista, devido a um problema de sinusite. Esse encaminhamento foi feito no prazo de 10 dias. O médico diagnosticou sinusopatia crônica⁴⁰ e realizou procedimento a laser, visto que tinha indicação de cirurgia. Durante esse procedimento, seu eletrocardiograma teve resultado alterado, com isso foi encaminhada também ao cardiologista.

A usuária relata que tinha dificuldade de abrir a mão. Por isso, foi encaminhada ao neurortopedista no centro de especialidades. Foi diagnosticada a necessidade de cirurgia na mão, devido a problemas nos nervos desse membro. No entanto, o neurortopedista foi transferido e o centro de especialidade solicitou que ela retornasse com o encaminhamento para a USF. A usuária está aguardando há cerca de um ano, mas no então mês de outubro foi avisada de que uma nova consulta foi marcada.

Foi encaminhada ao fisioterapeuta devido a dores na coluna, também foi solicitado o exame de RX de coluna, mas ainda não havia sido marcado. Realiza fisioterapia toda segunda-feira, relata que a mão, após a fisioterapia, vem melhorando. Participa toda a

⁴⁰Sinusopatia crônica: as alterações fisiopatológicas do complexo óstio-meatal são a causa mais comum de sinusopatias. Quando essas alterações levam à obstrução permanente ou recorrente dos óstios, instala-se a sinusopatia crônica com retenção de muco e diminuição do oxigênio dentro dos seios envolvidos (GRASEL et al;1996).

quinta-feira pela manhã das aulas de educação física, nessa aula caminha e faz vários tipos de exercícios.

Fez tratamento para Hanseníase durante três anos e oito meses. Relata que, quando apareceram várias manchas nas pernas e algumas nos braços, foi consultar na USF, porém os medicamentos prescritos não fizeram efeito. Então, a médica da USF a encaminhou para o dermatologista. Após essa consulta, passou a fazer tratamento sempre no centro de especialidades.

Relata que o marido era alcoolista, utilizava medicação para depressão e que cometeu suicídio. Diz que tinham um bom relacionamento e não sabe o que o levou a cometer suicídio. Segundo a usuária, ele saiu de casa, ficou cerca de 9 meses sem dar notícias, foi encontrado morto nove meses e três dias após ter saído de casa. A polícia constatou que foi suicídio.

A usuária relata que ficou deprimida desde que o marido saiu de casa, mas que piorou quando descobriu que o marido havia morrido. Relata também que ficou mais de dois anos em depressão, sendo que o primeiro ano foi pior por vivenciar dois sentimentos. Um de abandono, quando o marido saiu de casa; outro de perda, quando descobriu que o marido estava morto, pois sabia que ele não iria mais voltar.

Relata, ainda, que recebia visita dos profissionais da USF duas vezes por semana, que traziam balança, aparelho de verificar a pressão e a medicação para a pressão alta e queriam saber como estava se sentindo, pois ela não saía da casa, se sentia muito tonta, somente sentia vontade de chorar, não tinha vontade de conversar, pois se dava muito bem com o marido e não soube o que o levou a cometer suicídio.

Nessa mesma época, a usuária teve de realizar uma cirurgia de vesícula, que já havia sido indicada. Depois que encontraram seu marido, na mesma semana, ela foi levada para a USF, que a encaminhou com urgência ao hospital para realizar cirurgia. O médico do hospital prescreveu medicação e a mandou para casa. No dia seguinte, a equipe da USF a levou para o hospital, pois não conseguia se locomover. Assim, foi para o hospital, fez cirurgia e ficou internada em torno de 12 dias. A equipe da USF realizava visitas domiciliares para também fazer o curativo.

A usuária relata que, por causa da depressão, passou mais tempo no hospital, por se sentir muito mal, já que ia à USF, que a encaminhavam para o hospital, onde recebia medicação e era liberada para casa.

Em uma das vezes em que foi à USF, estava nervosa, apresentando tontura e cefaléia intensa, a médica da USF a encaminhou para o psiquiatra. Relata que não esperou muito pela consulta. O psiquiatra prescreveu Diazepam, encaminhando-a para tratamento no CAPS para fazer acompanhamento psicológico. Ficou em tratamento por 6 meses e fez uso por um ano de Diazepam.

Parou de tomar o Diazepam há, mais ou menos, um ano, pois sabia que este é um remédio de faixa preta e que causa dependência. Por isso, resolveu seguir o conselho do pastor de sua igreja, quem a aconselhou a não usar mais a medicação e tomar somente chá. Relata que desde então vem se sentindo melhor. Também toma homeopatia que compra na farmácia e, quando sai de casa, leva as gotas na bolsa.

Diz que até hoje recebe visita da equipe de USF, especialmente da ACS, que está sempre interessada em saber se a usuária está bem e se está tomando a medicação corretamente. Hoje, ela se sente bem melhor de saúde.

Fluxograma analisador

Aspectos avaliados

Fator comprometedor da integralidade no cuidado à saúde mental:

- Rompimento da integralidade. A usuária parou de tomar a medicação Diazepam, não houve registro no prontuário e nenhuma intervenção foi realizada. A usuária tem vários problemas de saúde e os encaminhamentos foram demorados, além de não serem estabelecidas prioridades.

Fator que contribui para a integralidade no cuidado à saúde mental:

- O incentivo para a usuária participar de grupos que lhe confirmam algum grau de autonomia (grupo de alfabetização para adultos, educação física e de fisioterapia).

U. 5

História

Homem, 69 anos, ensino fundamental incompleto, aposentado. Reside no bairro há 5 anos, mora com a esposa e um filho.

É acompanhado desde 1995, teve o diagnóstico de HAS em 1997, realiza consultas individuais e faz exames com pouca frequência.

Participa do grupo de HAS da USF e retira medicação para controle da hipertensão na USF de dois em dois meses. Relata já ter realizado exame de RX, entre a solicitação e a realização do exame transcorreram 2 meses.

Relata ter sido encaminhado para o proctologista há, mais ou menos, 5 anos e ter realizado 37 sessões de radioterapia devido a um câncer na próstata. Segundo o usuário, anualmente faz revisão com o proctologista.

As consultas com esse médico especialista são agendadas a cada consulta no centro de especialidades, ou seja, o usuário sai da consulta sabendo quando é o seu retorno. Refere tomar medicação para próstata⁴¹ que prescrito a cada consulta com o proctologista. Não há registro no prontuário.

Foi encaminhado também, através da USF, para consulta com o psiquiatra e para tratamento no CAPS. O psiquiatra prescreveu Amitríptilina e Clonazepam⁴², tendo

⁴¹ Androsteron é um preparado hormonal com efeito antiandrógeno que inibe a ação dos hormônios sexuais masculinos, protegendo os órgãos produtores de andrógenos dependentes como a próstata, frente ao efeito dos andrógenos gonadotróficos e adrenocorticóides. No homem é indicado na diminuição do impulso sexual patológico ou patologicamente aumentado; carcinoma de próstata inoperável; para eliminar o efeito dos andrógenos; em tratamento com agonistas LH-RH (BRASIL, 2007).

⁴² O Clonazepam (Rivotril®) pertence a uma família de remédios chamados benzodiazepínicos, que possuem como principais propriedades inibição leve de várias funções do sistema nervoso permitindo com isto uma ação anticonvulsivante, alguma sedação, relaxamento muscular e efeito tranqüilizante (BRASIL, 2007).

diagnosticado transtorno depressivo. Teve alta do CAPS e atualmente realiza consulta na USF para renovar a prescrição de medicação a cada mês.

Segundo o registro no prontuário, já foi encaminhado também para o oftalmologista e cardiologista.

Fluxograma analisador

Aspectos avaliados

Fator comprometedor da integralidade no cuidado à saúde mental:

- Pouca informação sobre o tratamento do usuário no CAPS registrada no prontuário.
- Não há registro de referência e nem contra-referência ao proctologista.

Fator que contribui para a integralidade no cuidado à saúde mental:

- O atendimento individual para avaliação e renovação da receita das medicações prescritas para depressão e ansiedade e o seguimento feito na USF.

U. 6

História

Mulher, 63 anos, segundo a usuária, e 72 anos, conforme o registro no prontuário. Era trabalhadora rural e, agora, é do lar. Reside no bairro há 8 anos, mora com o marido.

Acompanhada desde 1998, foi diagnosticada HAS em 2000. Participa do grupo de HAS da USF, realiza consultas e exames freqüentemente (*check-up*). Segundo a usuária, tem glicemia alta, mas não toma medicação, apenas controla com a alimentação. Já realizou RX devido a uma dor no braço, porém teve que ser encaminhada para outra cidade, pois o aparelho de RX de Chapecó-SC estava quebrado. Relata que esperou mais ou menos 1 mês para a realização do exame.

Foi hospitalizada algumas vezes devido à hipertensão, mas, desde que reside no bairro e utiliza a USF, não teve mais hospitalizações, visto que sua pressão arterial está controlada.

Segundo o prontuário, já foi encaminhada ao oftalmologista e, conforme a usuária, para o psiquiatra e otorrinolaringologista. Faz tratamento com o odontologista da Unidade.

Ainda conforme registro no prontuário, tem diagnóstico de ansiedade e, segundo a ACS, a usuária tem depressão. Não há registro de prescrição medicamentosa e nem de outras intervenções.

Fluxograma analisador

Aspectos avaliados

Fator comprometedor da integralidade no cuidado à saúde mental:

- Ausência de registro sobre intervenções e tratamento para a ansiedade da usuária.
- Desacordo entre diagnóstico da usuária registrado no prontuário (ansiedade) e as informações relatadas pela ACS (diagnóstico de depressão). Déficit de informações entre a equipe sobre o diagnóstico da usuária.

Fator que contribui para a integralidade no cuidado à saúde mental:

- O atendimento odontológico através do tratamento completado.
- Intervenções efetivas da equipe de saúde da família em relação à hipertensão, não havendo mais internações hospitalares.

U.7

História

Mulher, 53 anos, ensino fundamental incompleto, aposentada. Reside no bairro há 1 ano, mora com 7 pessoas: dois filhos (homem, 18 anos e mulher, 19 anos), uma irmã que tem deficiência mental; outra irmã que tem dois filhos (um filho que é deficiente mental por seqüela de meningite e uma filha que é mãe de uma criança de mais ou menos 1 ano). Duas famílias moram na mesma casa.

É acompanhada desde 2003 na USF, tem diagnóstico de HAS anterior a 2003. Não há referência no prontuário se participa do grupo de HAS, retira os medicamentos na USF, também tem o diagnóstico de alcoolismo e depressão. Realiza consultas individuais freqüentemente, o último citopatológico foi realizado em 2005. Foi encaminhada ao CAPS pela USF do outro bairro onde morava. Quando mudou de residência, trouxe seu prontuário e o encaminhamento para continuar o acompanhamento no CAPS. Foi convidada para participar do grupo de desenvolvimento pessoal, mas não compareceu nenhum dia.

Encaminhada ao neurologista em setembro de 2005 e ao neurocirurgião por ter o diagnóstico de aneurisma no cérebro. Realizou cirurgia no início de outubro e está fazendo uso de Fenitoína⁴³ e Imipramina⁴⁴.

⁴³Fenitoína é a droga de escolha para o tratamento das crises convulsivas generalizadas e todas as formas de crises parciais epiléticas, englobadas sob o rótulo de grande mal. Isoladamente é a droga mais eficiente dentre as utilizadas no tratamento das crises convulsivas (BRASIL, 2007).

⁴⁴Cloridrato de Imipramina é um antidepressivo tricíclico que atua como inibidor da recaptação de noradrenalina e serotonina. Tem propriedades alfadrenolítica, anti-histamínica, anticolinérgica e bloqueadora do receptor serotoninérgico (5-HT). Contudo, acredita-se que a principal atividade terapêutica da Imipramina seja a inibição da recaptação neuronal de noradrenalina (NA) e serotonina (5-HT). O Cloridrato de Imipramina é chamado de bloqueador misto (BRASIL, 2007).

Durante a coleta de dados, foi observada uma visita domiciliar à usuária. A visita foi realizada pela médica, uma ACS e uma auxiliar de enfermagem. A usuária foi orientada para o retorno ao neurocirurgião, pois estava no 15º dia do pós-cirúrgico. Foi verificada pressão arterial 110x80 mmhg. A usuária solicitou à médica uma vitamina, porque estava se sentindo fraca e pediu um remédio para alergia. Foram prescritos Complexo B⁴⁵ e Dexametazona creme⁴⁶.

Em outra observação de uma visita domiciliar, a ACS foi até a casa da usuária para entregar um atestado para APAE da irmã portadora de deficiência mental. A usuária foi encontrada agitada, chorando e queixosa. Isso porque houve uma discussão na noite anterior, por causa de um copo de leite, a usuária gritou, xingou e tentou bater na irmã portadora de deficiência mental. A ACS dispôs-se a falar com a médica sobre a necessidade de uma reavaliação da usuária, em relação à medicação, sintoma e agressividade.

A ACS perguntou sobre a possibilidade da usuária e dos seus filhos morarem em outro local, para aliviar os conflitos. A sobrinha da usuária respondeu que já havia pedido ao pessoal da USF (especialmente à enfermeira) para falar com a assistente social sobre a possibilidade de ser contemplada com uma casa popular. A ACS também se dispôs a falar com a enfermeira para que solicite junto à assistente social uma ajuda para a família.

A irmã da usuária encontrava-se deitada, referindo cefaléia, chorando, murmurando e dizendo que não agüentava mais. A ACS foi afetiva, ouviu as queixas,

⁴⁵Complexo B compreende diversas substâncias que apresentam as características de se diferenciarem em sua estrutura química, em suas ações biológicas e terapêuticas e no teor de suas necessidades nutricionais. A característica em comum é que são hidrossolúveis e que suas fontes habituais são representadas pelo fígado e as leveduras (BRASIL, 2007).

⁴⁶Dexametazona é um corticosteróide sintético. Atua inibindo a inflamação e o prurido, prevenindo o desenvolvimento de lesões, feridas e irritações provocadas por reações alérgicas na pele (BRASIL, 2007).

convenceu a irmã da usuária a tomar um chá e aceitar que a filha a levasse para atendimento na USF. A ACS conversou também com a usuária para que se tranquilizasse, pois a irmã não estava bem e precisava que todos ajudassem. A usuária chorou e disse que iria dar um jeito de sair dali, que se sentia culpada por tudo e que sentia que a querem fora da casa. A ACS tentou acalmar a todos.

Em outro dia, quando foi realizada a entrevista, a usuária também havia discutido com a irmã. Encontrava-se chorosa, com tremores nas extremidades e parecia agitada. Relatou que gostaria de morar na própria casa, mas não pode, visto que vendeu a casa onde morava para dar o dinheiro a seu filho, que o gastou todo. O filho já esteve preso por mais ou menos 21 dias, acusado de roubo. Relatou também que ele usava drogas, que também havia brigado nesse dia com ele, pois este andava com “más companhias e não trabalhava para ajudar em casa”.

Fluxograma analisador

Aspectos avaliados

Fator comprometedor da integralidade no cuidado à saúde mental:

- Os problemas familiares e o alcoolismo encontram-se registrados no prontuário, mas a intervenção ainda é insuficiente.
- A assistência à família é fragmentada (deficiência, hipertensão e alcoolismo).

Fator que contribui para a integralidade no cuidado à saúde mental:

- Bom vínculo entre a equipe e a família.
- Noção de intersetorialidade das ações da ACS, constatada mediante a questão de moradia.

U. 8

História

Homem, 29 anos, ensino fundamental incompleto, recebe auxílio-doença. Mora com a mãe e um irmão, reside no bairro há 23 anos.

É acompanhado desde janeiro de 2002. Em março de 2004, foi diagnosticado como alcoolista, faz consultas individuais e recebe visitas domiciliares. Apresenta tremores em membros superiores e membros inferiores, agitação, tosse e cefaléia. Obtém consulta na USF através da retirada de ficha.

Foi encaminhado ao neurologista, que diagnosticou cisticercose⁴⁷. Também já foi encaminhado ao CAPS, onde fez tratamento por 4 anos e teve alta há mais ou menos 1 ano. Segundo registro no prontuário, faltou 1 mês ao tratamento no CAPS e foi novamente encaminhado. Foi diagnosticado pelo CAPS também como usuário de drogas e faz uso de Haloperipol⁴⁸ e Biperideno⁴⁹.

Durante os 4 anos de tratamento no CAPS, foi internado em um hospital psiquiátrico no município de Florianópolis (1 mês de permanência), há dois anos, e no município de Quilombo (28 dias de permanência), há mais ou menos um ano, e também em

⁴⁷Cisticercose é uma doença causada pelas larvas da *Taenia* adquiridas através da ingestão de alimentos e água contaminados com os ovos do verme e pode ser grave. No intestino, os ovos se transformam em larvas que podem se deslocar para várias partes do corpo, tais como: músculos, cérebro, pulmões, olhos e coração causando convulsões, distúrbios mentais, cegueira e até a morte (RIO DE JANEIRO, 2007).

⁴⁸Haloperidol (Haldol®) é indicado para o alívio de transtornos do pensamento, de afeto e do comportamento como: acreditar em idéias que não correspondem à realidade (delírios); desconfiança não usual; ouvir ou ver ou sentir coisa que não está presente (alucinações); confusão (algumas vezes associada ao alcoolismo); agitação psicomotora. Além disso, Haloperidol é indicado para tratar: movimentos incontrolados como tiques; soluços, náusea e vômitos (BRASIL, 2007).

⁴⁹Cloridrato de Biperideno (Akineton®) contém como princípio ativo o biperideno. O biperideno é indicado para tratamento do Parkinsonismo e dos efeitos colaterais extrapiramidais causados pelos medicamentos que agem no cérebro (neurolepticos) e outros medicamentos que bloqueiam os receptores de uma substância chamada dopamina ou que fazem com que a dopamina fique com a sua função diminuída (BRASIL, 2007).

outros hospitais psiquiátricos. Recebe visita do CAPS para aplicação de medicação injetável (dia 3, 15 e 28 de cada mês) e relata ter consulta agendada para o dia 7 de novembro de 2005 no CAPS.

O usuário tem atendimento na USF e atendimento periódico no CAPS. No início do tratamento no CAPS, estava na modalidade de atendimento intensivo, fazia uso de medicação e fazia integração no grupo, o carro ou ambulância do CAPS vinha buscá-lo pela manhã para ele passar o dia no CAPS. A equipe USF acompanhou sistematicamente o caso do usuário, pois sua mãe ia à Unidade pedir auxílio. Às vezes, ele não queria ir ao CAPS e era trazido até a USF, um membro da equipe ligava para CAPS. Outras vezes, quando o usuário não ia ao CAPS, a enfermeira do CAPS vinha à Unidade e juntamente com a enfermeira da USF iam buscá-lo em casa.

Fluxograma analisador

Aspectos avaliados

Fator comprometedor da integralidade no cuidado à saúde mental:

- Não há registro no prontuário da medicação e do acompanhamento, há pouca informação sobre as internações psiquiátricas e o tratamento no CAPS. O CAPS fica responsável pela medicação.
- A equipe da USF não realiza visitas domiciliares.

Fator que contribui para a integralidade no cuidado à saúde mental:

- As enfermeiras da equipe de saúde da família e do CAPS tiveram um bom vínculo no acompanhamento do caso.

U. 9

História

Homem, 62 anos conforme o registro no prontuário, porém o usuário refere ter 66 anos. Possui ensino fundamental incompleto, é aposentado e reside no bairro há 15 anos. Mora com a esposa, uma filha e um filho deficientes mentais, outra filha e uma neta de mais ou menos 1 ano.

A filha do usuário, que é portadora de uma deficiência mental, durante a entrevista estava escondida em um cômodo fora da casa, onde não havia móveis. Segundo a mãe (esposa do usuário), ela vive a maior parte do tempo nesse cômodo, pois gosta e prefere não sair. A menina segurava uma corda com as mãos que usava contra as paredes e, às vezes, contra si, com movimentos de auto-agressão.

Segundo o irmão, também é portador de deficiência mental, a menina, algumas vezes, fica gritando e não dorme, ele também perde o sono e fica acordado a maior parte do tempo tomando chimarrão, refere não sentir sono. A menina gritou, chorou algumas vezes durante a entrevista e a mãe foi alcançar “um copo com comida” (sic). A mãe não quis falar muito sobre a menina. A outra filha é mãe da criança de um ano e não se encontrava em casa. Segundo o usuário, essa filha trabalha e, às vezes, fica fora várias semanas. No dia da entrevista, ela não estava em casa já fazia uma semana. A esposa do usuário relatou que, em agosto de 2005, a filha que tem deficiência mental ficou muita agitada e agressiva e que ela a levou até a USF, mas lá não havia medicação para acalmá-la. Então, os profissionais da USF chamaram a ambulância para levá-la ao hospital.

A equipe da USF relatou que já fez visita à família e que é a médica da equipe que prescreve as medicações para a filha com deficiência mental.

O usuário é acompanhado e tem o diagnóstico de HAS desde 1999. Tem indicação para participar do grupo de HAS, mas não comparece. No prontuário, há registros freqüentes de orientações sobre o uso contínuo e correto da medicação. Quando foi realizada a entrevista, ele mostrou um saco de plástico com grande quantidade de medicações para HAS. Tem prescrição para fazer uso de Hidroclorotiazida e Metildopa⁵⁰, que deveria buscar a cada dois meses na farmácia da USF. Consegue consulta através do agendamento e do grupo de HAS, já a família consulta através da retirada de ficha.

Refere ter muita cefaléia, dores na coluna e pressão muito alta. Relata já ter sido internado no hospital por tontura e desmaio. Atualmente, relata que constantemente apresenta tremores, cefaléia e fraqueza. Segundo a equipe da USF, ele faz uso sistematicamente de álcool, mas não há registro no prontuário de nenhuma informação que reforce esse fato. Segundo o usuário, participava do grupo de idosos da comunidade, mas atualmente não participa mais por não poder caminhar muito devido à dor na coluna. Também não pode mais comer todo tipo de comida, apenas caldo e leite.

Relata que já foi internado no Hospital Psiquiátrico São Pedro em Porto Alegre, durante 48 dias, cerca de 8 anos atrás.

⁵⁰ Metildopa (ALDOMET[®]) é um medicamento que pertence a um grupo de fármacos chamado agentes simpatolísticos de ação central. Metildopa age diminuindo os impulsos do sistema nervoso central que aumentam a pressão arterial (BRASIL, 2007).

Fluxograma analisador

Aspectos avaliados

Fator comprometedor da integralidade no cuidado à saúde mental:

- Não há registro no prontuário do risco de isolamento social do usuário e de sua família.
- Estrutura familiar difícil e com pouca intervenção da equipe de saúde da família. Isolamento social da família e, principalmente, da filha com deficiência mental.
- Não participa do grupo de hipertensos e sua inserção social é bastante comprometida.

U. 10

História

Mulher, 44 anos, do lar, analfabeta, tem três filhos. Reside no bairro há 20 anos e mora com marido e um filho.

É atendida pela USF há 4 anos e realizou 29 consultas desde que começou a ser acompanhada, a maioria com queixas recorrentes de dor e ansiedade. Tentou suicídio com as cordas das cortinas da casa, sendo socorrida pelos bombeiros, foi internada no hospital regional durante 3 dias. Foi encaminhada para a USF, que a encaminhou ao CAPS II, onde faz tratamento há quase 3 anos. Não teve alta do CAPS II, segundo a usuária, porque o psiquiatra disse que ela ainda “tem muitos altos e baixos e muito medo de falar com as pessoas”. A usuária ainda relata estar sempre tomando banho, trocando de roupa, pensa que está sempre suja e que as pessoas estão olhando para ela. Faz tratamento no CAPS II três vezes por semana (segunda, quarta e sexta permanece o dia inteiro). Adquire os remédios, prescritos pelo psiquiatra do CAPS II, na Secretaria de Saúde a cada mês.

Foi convidada a participar do grupo de desenvolvimento pessoal, oferecido na USF por uma psicóloga do NAISF (Núcleo de Apoio Interdisciplinar à Saúde da Família). Segundo a usuária, a psicóloga coordenadora do grupo achou que não iria adiantar ela participar do grupo por já estar fazendo tratamento no CAPS II há muito tempo, devendo continuar apenas com o tratamento no CAPS II.

Houve um dia em que a usuária foi bem cedo para a USF, mas não encontrou mais ficha para a consulta médica. Por essa razão, ficou muito nervosa, brigou com os profissionais da Unidade, saiu de lá dizendo que não voltaria mais, que pegaria os exames e

mostraria para o médico do CAPS II. Segundo a usuária, foi para a casa triste. Em seguida, as ACS foram à sua casa, conversaram com a usuária convenceram-na a voltar e consultar com a médica. Foi acompanhada pelas ACS até a Unidade, onde foi atendida pela médica.

Foi diagnosticada pela médica da USF como depressiva e ansiosa há 2 anos. Também tem problemas cardíacos e de coluna. Realiza exame preventivo do câncer ginecológico regularmente. Já foi encaminhada ao urologista, fisioperapeuta e ortopedista. Relatou que foi solicitado um exame de RX de coluna pelo ortopedista, que demorou 8 meses para ser realizado. Faz uso de Imipramina e Prometazina⁵¹.

⁵¹Prometazina é um derivado da fenotiazina com propriedades bloqueadoras H1 histaminérgicos, antimuscarínicas e sedativas. É utilizado como antialérgico, contra pruridos, para o enjôo e como sedativos, também conhecido como Fenegram® (BRASIL,2007).

Fluxograma analisador

Aspectos avaliados

Fator comprometedor da integralidade no cuidado à saúde mental:

- Consultas por retirada de fichas tornam o acesso difícil.
- Usuária relata que, em seu entendimento, a saúde mental não deve ser tratada na atenção básica.

Fator que contribui para a integralidade no cuidado à saúde mental:

- A utilização da escuta.
- O movimento de busca que a equipe realiza, no sentido de não reforçar o sentimento de abandono do serviço.

U. 11

História

Mulher, 35 anos, trabalha informalmente como artesã, tem o ensino fundamental incompleto. Mora sozinha, segundo informações da mesma. Foi casada e teve 3 filhos. Quando se separou, o marido levou os filhos e ela mantém pouco contato com eles.

Ela não tem família, foi abandonada pela mãe na infância e criada em um orfanato até os 8 anos quando fugiu. Durante algum tempo, viveu na rua e em várias cidades. Há três anos a mãe da usuária apareceu e contou sua história. A leitura da usuária é de que a mãe veio lhe dizer que o seu nascimento estragou sua vida.

Reside no bairro há 5 meses, morou em um acampamento do Movimento dos Sem-Terra por algum tempo. Tentou duas vezes o suicídio e foi encaminhada ao CAPS, onde faz acompanhamento. Faz uso de Fluoxetina e Haloperidol há 5 meses. Faltou à última consulta no CAPS, pois foi visitar um amigo no acampamento do Movimento sem Terra. Como a consulta no CAPS (após o encaminhamento) é agendada e ela não compareceu à última consulta, deveria ir até o CAPS para agendar novamente. No entanto, não havia ido por ter pouco dinheiro e ter que ir caminhando.

Na última tentativa de suicídio, a usuária morava em frente à USF com o marido e filhos. Ocorreu cerca de dois meses antes da coleta de dados, realizada em agosto. Ela não estava aceitando a separação do marido e brigou com ele porque estava trazendo outra pessoa para morar com ele. No domingo pela manhã, ingeriu todos os medicamentos que tinha em casa, como Diazepam, Amitriptilina, Fluoxetina e antibióticos. Com a ingestão, a usuária dormiu o dia inteiro. O marido, na segunda pela manhã, foi até a USF para avisar que

ela estava dormindo desde domingo. Uma auxiliar de enfermagem e uma agente comunitária foram até a casa, verificaram a pressão arterial, que estava muito alterada, voltaram à USF e comunicaram a enfermeira. Foi chamado o carro da Prefeitura para levar a usuária para o hospital.

No hospital foi realizada a desintoxicação e, ao voltar para a USF, foi encaminhada ao CAPS, onde está sendo acompanhada por um psicólogo e psiquiatra. Todos os encaminhamentos e consultas aconteceram em oito dias.

Foi convidada pela USF para fazer parte do grupo de desenvolvimento pessoal, coordenado por uma psicóloga da equipe do NAISF (Núcleo de Atenção Integral à Saúde da Família). Recebeu dois convites, indo na primeira reunião, mas como estava fazendo acompanhamento no CAPS I, decidiu que não iria participar. Na segunda reunião, tinha consulta no CAPS I no mesmo horário.

A usuária relatou que realizou exames pela USF e que demorou em torno de 20 dias para chegar o resultado

Fluxograma analisador

⁵² Clorpromazina (Amplictil®) tratamento dos distúrbios psicóticos; é eficaz na esquizofrenia e na fase maníaca da doença maniaco-depressiva. Tratamento do controle de náuseas e vômitos graves em pacientes selecionados. Terapêutica alternativa para fármacos de primeira linha no tratamento de curto prazo (não mais de 12 semanas) da ansiedade não psicótica. Tratamento de problemas graves de comportamento em crianças (hiperexcitabilidade). Tratamento coadjuvante de tétano (BRASIL,2007).

Aspectos avaliados

Fator comprometedor da integralidade no cuidado à saúde mental:

- A usuária participa de atividades de saúde mental apenas no CAPS.
- Contato com a usuária somente após a crise.

Fator que contribui para a integralidade no cuidado à saúde mental:

- Bom vínculo entre a usuária e a equipe da USF.
- Interesse da equipe pelo tratamento da usuária no CAPS.

U. 12

História

Mulher, 33 anos, ensino fundamental incompleto, do lar. Mora com marido e um filho, reside no bairro desde que nasceu. A usuária tem mais dois filhos, que moram com sua mãe. Segundo informações o marido da usuária, está desempregado, foi usuário de álcool e drogas antes de viver com ela. Foram viver juntos quando a usuária engravidou. Há informações de que ele batia na ex-mulher.

A usuária faz acompanhamento na Unidade há 8 anos, tem consultas individuais frequentes e realiza exames de sangue frequentemente. Teve um aborto e foi encaminhada para o ginecologista. Em sua última gravidez, em 2004, realizou 7 consultas de pré-natal. Após o nascimento do filho, diz ir mais à USF realizar a puericultura. Realizou exame preventivo em setembro de 2005.

Em uma visita recente de uma ACS e uma auxiliar da USF, a usuária foi encontrada deitada, coberta com cobertores apesar do calor, triste, com seio endurecido e dolorido, não querendo se alimentar. Sua PA era 100x60 mmhg. A auxiliar de enfermagem conversou, convenceu-lhe a tomar banho e fazer uma refeição. O fato foi comunicado à enfermeira da Unidade e foi sugerida nova visita domiciliar no dia seguinte.

No dia seguinte, foi realizada uma nova visita domiciliar pela auxiliar de enfermagem e a ACS. A usuária foi encontrada em pé, aparentemente bem, mais animada e referiu que o seio estava melhor, sua PA era 120x80 mmhg. A usuária refere ter tido crise depressiva antes de o último bebê nascer e estar fazendo uso de Fluoxetina. No prontuário, não há registro do uso de tal medicação.

Já foi encaminhada para oftalmologista, reumatologista e neurologista. Ela não compareceu à última consulta com o oftalmologista, pois estava doente no dia da consulta. Solicitou que as ACS remarcassem, mas ainda não havia obtido confirmação. A usuária tem o diagnóstico de toxoplasmose, artrite reumatóide e epilepsia. Atualmente, em uso Fenobarbital e faz acompanhamento com o neurologista há 5 anos.

Segundo informação da ACS, já consultou no CAPS, mas no prontuário não há registro. O seu acesso à USF é através da retirada de fichas.

Fluxograma analisador

Aspectos avaliados

Fator comprometedor da integralidade no cuidado à saúde mental:

- Ausência de registro no prontuário de que consultou no CAPS, que faz uso de antidepressivo e que teve crise depressiva.

Fator que contribui para a integralidade no cuidado à saúde mental:

- Cuidado na crise.
- Bom vínculo entre a usuária e a equipe.

U. 13

História

Homem, 72 anos, ensino fundamental incompleto. Era trabalhador rural, após se mudar para a cidade trabalhou como vigia por 10 anos. Depois, voltou para a zona rural, onde ficou 3 anos, até fraturar um braço e ter de voltar para a cidade novamente. Hoje é aposentado, reside há 12 anos no bairro, é viúvo há 5 anos, tem um irmão que, algumas vezes, fica com ele na casa, mas na maior parte do tempo fica sozinho.

Relata não participar de nenhum grupo da comunidade, nem da Unidade, por causa das tonturas que sente, acuidade visual diminuída, ânsia de vômito e também porque sua casa já foi assaltada três vezes.

É acompanhado desde 1999 pela USF , teve o diagnóstico de HAS em 2002. No prontuário, não há registro de indicação de participação no grupo de HAS.

Faz controle de exames regularmente, de dois em dois anos, desde que descobriu a HAS (em 2003). Teve encaminhamento para o oftalmologista em 2004 e tem indicação de controle trimestral de glaucoma. Possui Doença Brônquica Pulmonar Obstrutiva Crônica (DBPOC), tem audição diminuída, tremores em membros superiores e diagnóstico de alcoolismo registrado em prontuário.

O usuário esteve na Unidade dia 18 de outubro de 2005, devido à lacrimação excessiva, foi atendido pela enfermeira que lhe forneceu água boricada para limpar os olhos e agendou a consulta para o dia seguinte com a médica. Quando foi consultar com a médica, além de estar lacrimejando muito, estava com tosse. Relatou que, no ano passado, havia consultado com o oftalmologista, quem lhe prescreveu óculos, que custaram 150,00 reais e

não resolveram muito. A médica auscultou os pulmões e examinou os olhos usando o otoscópio. Ela prescreveu um colírio e lhe explicou que não tinha a medicação na Unidade, mas que não deveria ser muito cara. Também prescreveu outra medicação para a tosse, fez um encaminhamento para o oftalmologista, orientou-o a retirar a medicação disponível na Unidade e a solicitar orientações para seu encaminhamento na recepção.

O usuário referiu ter problemas de coluna, tontura, náuseas e tosse. Obteve consulta na USF através do grupo de HAS. Relata ter sido hospitalizado por problemas renais e, quando saiu do hospital, foi encaminhado à USF para realizar exames laboratoriais e descobriu que tem diabetes. Segundo o usuário, os profissionais da USF disseram que em julho ele deveria fazer outro exame de sangue, mas até outubro não tinha sido realizado. Relatou ter emagrecido 9 kg e, quando descobriu que tinha diabetes, recebeu orientações quanto à alimentação. No prontuário, não há registro do diagnóstico de diabetes.

Fluxograma analisador

Aspectos avaliados

Fator comprometedor da integralidade no cuidado à saúde mental:

- Ausência de plano de intervenções para o usuário frente ao alcoolismo e a relação com o aumento da pressão arterial.
- Falta de registro do risco isolamento social, por morar sozinho e não participar de outras atividades.

Fator que contribui para a integralidade no cuidado à saúde mental:

- Presença de registro do diagnóstico de alcoolismo no prontuário.

A partir de todos os dados dos usuários e profissionais foi montado um fluxograma analisador na perspectiva do usuário. Neste fluxograma apresento de forma geral o fluxo dos usuários dentro do sistema de saúde do município. Esse fluxograma geral da USF ajudou a visualizar e apontar alguns nós críticos no fluxo percebidos ou apontados pelos entrevistados, e além de ter sido útil na avaliação do Processo.

FLUXOGRAMA ANALISADOR: A PERSPECTIVA DO USUÁRIO

Fonte: Fluxograma Analisador adaptado de KANTORSKI (2006.)

Na avaliação do **Processo** em relação à integralidade do cuidado à saúde mental, foram detectados, a partir dos aspectos diagnosticados, vários fatores que comprometem o cuidado e outros fatores que contribuem para a integralidade.

O primeiro fator identificado que compromete a integralidade diz respeito aos **prontuários**. A pouca informação registrada ou a falta dela dificultam um cuidado integral. Por exemplo, houve casos em que não foi registrada a dependência de álcool e/ou a relação do consumo dessa substância com o aumento da pressão arterial, em outros falta o registro de diagnósticos (depressão e/ou ansiedade) e de tratamento (uso de medicação ou acompanhamento no CAPS II), também há falta de registro dos tratamentos (plano terapêutico individual); pouca ou ausência de registro e informação sobre tratamento no CAPS II e falta de registro de crises de usuários com depressão.

O prontuário é um documento legal, no qual deve haver um registro e descrição de dados do usuário, necessários à elaboração do diagnóstico, proposta terapêutica, evolução do tratamento e intervenções. Ademais, serve como fonte de informações para todos os profissionais de saúde, visando à integralidade das ações terapêuticas.

Observou-se que os prontuários arquivados por famílias na USF são desmembrados caso o usuário pertença a algum grupo (hipertensos, diabéticos e gestantes). Esse fato também limita a integralidade do cuidado, visto que o cuidado fica centrado na doença ou na atual condição do usuário.

[...] O prontuário é dividido por programa e no prontuário da família há uma lista com membros e ficha individual de quem não está em programas. Exemplos: gestantes/ menores de 1 ano/ hipertensos e diabéticos não ficam no prontuário família. Apenas são listados na ficha A [...] (OBS3)

O prontuário deve conter todas as informações necessárias para o desenvolvimento de um cuidado integral, como, por exemplo, história de saúde-doença, anamnese, hipóteses diagnosticadas, diagnósticos confirmados, prescrições de todos os profissionais que atendem o usuário, plano terapêutico individual⁵³, e sendo mais criterioso, também poderia contar com o genograma familiar⁵⁴ e o ecomapa⁵⁵, já que o prontuário é da família.

Avalia-se que a falta de registro de algumas informações no prontuário do usuário limita as intervenções e a qualidade do atendimento prestado, pois, segundo Modesto, Moreira e Alemida-Filho (1992), o prontuário é uma fonte de informação que reflete, em última instância, a qualidade do atendimento prestado à população.

A falta de registros e a restrição do acesso dos ACS aos prontuários acarretam problemas no cuidado integral, visto que há um desacordo entre as informações do prontuário e as informações relatadas pelos ACS.

A nossa parte é orientar, vir ao posto, falar com a doutora X. A doutora encaminha. Se precisar de remédio, ela prescreve. Vai para a Secretaria autorizar, daí a pessoa começa a tomar remédio. [...] Têm pessoas que não contam. Aquela que mora lá para baixo conta tudo. Se tu dás um dedinho de confiança, ela conta. Agora, uma outra, não. Tem que ficar em cima, ver se

⁵³ A elaboração do plano terapêutico individual, ou seja, do tratamento, é um processo com momentos de atuação individual e momentos de troca com acordo da equipe de saúde (pactuação da equipe). Os profissionais devem ter momentos de encontros para discutirem a situação do doente, os objetivos terapêuticos, as propostas de intervenção e a avaliação de resultados. Esse processo ajuda na compreensão e no sucesso do tratamento, no sentido de reforçar e aprimorar as opções na abordagem da sequência saúde/doença/reabilitação. O plano terapêutico deve, necessariamente, incluir ações que visem ao aumento da autonomia do doente e da família/rede social sobre o seu problema, no sentido do cuidado de si e da capacitação de cuidadores, com a transferência de informações e técnicas de cuidados (BRASIL, 2004)

⁵⁴ O genograma é um instrumento útil para representar as estruturas internas e externas das famílias. O genograma é um diagrama do grupo familiar que, visualmente, ajuda o profissional a olhar para a família. Ele propicia dados sobre relacionamentos, saúde e doença, ocupação, dentre outros. O genograma segue os gráficos convencionais da genética (WRIGHT; LEAHEY, 2002).

⁵⁵ O ecomapa é um diagrama do contato da família com os demais além da família imediata, representa as conexões entre a família e o mundo (escola, trabalho, serviço de saúde, entre outros) (WRIGHT; LEAHEY, 2002).

ela está tomando medicação, se ela não desistiu de tomar. [...] Tu tens que estar por dentro do que a pessoa está tomando e se ela está tomando, se ela está fazendo certinho. [...] Mais do que isso, a gente não sabe, até porque é sigilo. A gente não tem muita informação (P.1).

É tudo em sigilo. Passa aí com a doutora, não é mais com ninguém. [...] É eles comentam mais, assim, dos problemas da família, que daí eles caem em depressão por causa dos problemas de família. Não é mais em sigilo, assim, com a enfermeira. Caso precise, ela passa para doutora, para ver o que pode estar encaminhando. Porque se for da minha micro área, eu só converso com a enfermeira, se quiser conversar com a médica [...] (P.2).

Acredita-se que os ACS são profissionais de saúde que fazem parte da equipe e devem apresentar conduta ética e sigilosa o que tornam habilitados a manusear e terem acesso aos prontuários dos usuários.

Segundo Jorge, Alencar, Belmonte e Reis (2003), a organização de todo trabalho envolve o estabelecimento de canais de **comunicação** entre a equipe. Todos da equipe devem ter assegurado o direito de participar do processo de produção e divulgação da informação.

Os ACS precisam de informações sobre os usuários, pois o seu trabalho é a orientação em saúde e o estímulo ao autocuidado dos usuários. Sendo assim, necessitam ter conhecimento de alguns diagnósticos, intervenções e tratamentos para realizar seu trabalho de forma mais integral e com qualidade.

A ESF trabalha com a noção de multidisciplinaridade e interdisciplinaridade, nas quais os vários profissionais trocam idéias e informações sobre a sua prática, podendo reunir-se regularmente para debater os pontos de vista e complementarem os seus conhecimentos sobre o problema em questão. Os profissionais poderiam atuarem juntos para o bem-estar do usuário, daí a importância da discussão de **casos clínicos** entre a equipe de

saúde da família para, assim, poder realizar um cuidado mais integral, no qual todos os profissionais se sintam co-responsáveis pela saúde da comunidade.

Aquele estudo de caso clínico do paciente foi se tentado fazer. Pegar um paciente de risco, que tu consideras de risco, tentado fazer um estudo de caso dele. Mas, a gente procura fazer durante a semana, as gurias vão para visita, o agente de saúde vai para visita e tem um problema na comunidade, ele já traz, já comunica, eu passo. Então, a gente tenta resolver antes da reunião da equipe (P.10).

Outro fator comprometedor da integralidade foi a falta de integração da USF com a comunidade, ou seja, não há uma oferta de atividades extra-USF para todas as faixas etárias.

Os profissionais da odontologia fazem palestras nas escolas e a escovação, enquanto que a enfermeira coordena um grupo de alunos do técnico de enfermagem para palestra nas escolas. Observou-se, então, que as ações na comunidade estão muito voltadas para as crianças.

[...] A enfermeira diz que a equipe costuma fazer palestras na comunidade [...] A enfermeira fala com a professora responsável sobre cronograma e outras prioridades temáticas que os professores venham a identificar [...] uma enfermeira do Curso Técnico de Enfermagem fala para as crianças o que é saúde (emprego, brincar, cuidar do corpo). São mais ou menos 50 crianças com 7, 11 e 12 anos, assistem à palestra. Após 3 alunos do técnico em enfermagem falam sobre higiene, os alunos falam de higiene, limpeza das unhas, pés, banho [...] (OBS 4).

A ESF vem propondo um modelo de **intersetorialidade** na assistência à saúde, assim como na saúde mental. Para isso, é necessário que a equipe de saúde se aproprie dos espaços oferecidos na comunidade. No caso do município de Chapecó, as escolas com

crianças, jovens e adultos, igrejas, grupo de idosos, associação de bairro. Há muito pouco envolvimento da equipe com os equipamentos sociais do bairro.

Segundo Jorge et al (2003), em um trabalho de base territorial, as características, e, acrescente-se ainda, os equipamentos sociais disponíveis deveriam ser levados em conta. Acredita-se que os equipamentos sociais devem ser encarados como instrumentos valiosos para a realização de uma assistência integral.

Para o sucesso de qualquer tratamento, tem-se de levar em conta o contexto (social, econômico, cultural e político) no qual as pessoas (usuários e técnicos) estão inseridas (JORGE et al, 2003).

É necessário que a USF promova o envolvimento e o incentivo dos usuários para que participem em outras atividades que possam ser oferecidas pela comunidade junto com a USF, atividades essas que contribuam com a autonomia do usuário.

No relato do U.9 e de sua família, percebe-se um isolamento social importante, pois não participam de nenhum grupo na comunidade, nem mesmo no grupo de HAS da USF (ele é hipertenso) e a filha com deficiência mental fica isolada em um cômodo nos fundos da casa. No entanto, as ações da USF são apenas manter a medicação da família, visto que eles têm dificuldades de intervenção na família por essa ser difícil. Outro caso é o da U.7, que também tem problemas relacionais familiares importantes, a equipe está tentando contatos intersetoriais (Secretaria de Assistência Social ou da Habitação) para resolver o problema da convivência da usuária e seus dois filhos com suas duas irmãs.

O **tratamento** não deve ser exclusivo com a medicação, visando à supressão dos sintomas da depressão e/ou ansiedade. A USF deveria oferecer outros tipos de intervenção.

[...] Segundo informações dos profissionais da USF , que participou de um Fórum contra violências nas escolas, dizem que na última reunião ficou definido o investimento em cursos como corte e costura, inglês, dança e de cuidados com mudas de árvores (OBS 5).

Na USF, acontece o grupo de hipertensos e diabéticos⁵⁶ ,que é uma oportunidade de realizar a integralidade do cuidado na saúde mental já que alguns dos usuários entrevistados tinham hipertensão ou diabetes, concomitantemente ao alcoolismo, depressão e ansiedade. Nesse grupo, além da entrega das medicações, medidas antropométricas, verificação da pressão arterial, palestras voltadas à hipertensão e diabetes, poderiam ser oferecidas outras palestras como uso de álcool, drogas, ansiedade, estresse, depressão, entre outras.

Houve uma tentativa de realizar um **grupo de saúde mental** chamado Grupo de Desenvolvimento Pessoal, coordenado por uma psicóloga do NAISF e pela médica ou enfermeira da Unidade.

[...] a gente começou em grupo. Só que não deu certo o grupo. Até vinha uma profissional da Secretaria fazer o grupo. Não deu certo porque as pessoas ainda não estão aceitando muito o grupo [...] Porque eles acham que se eles tratam lá no CAPS, eles não precisam [...]. Ali, a gente era um grupo, que era só para conversar, para ver, quem não quiser falar nada, não precisaria [...] Foram os agentes que convidaram, só que quem ficava no grupo era só uma profissional que é enviada da Secretaria. [...] a gente chamava de Grupo de Desenvolvimento Pessoal [...] a gente acabou escolhendo tantos para o grupo [...] Depois acabaram desistindo (P.4).

Eu acho porque eles não vão querer se expor. Eu também não ia querer expor meu problema para um monte de gente, porque, às vezes, é difícil para você contar os seus problemas. Já é difícil para uma pessoa, o que dirá para várias pessoas que tu nunca viste na vida ou que vês sempre na rua, sabe que mora no bairro, fica complicado. Sabe que a pessoa conta para outra pessoa pela falta de confiança [...] vai espalhar. Às vezes, a pessoa aumenta um probleminha assim. Chegam falar “ah, tu és louco” [...] (P.1).

⁵⁶ O funcionamento do Grupo de hipertensos e diabéticos foi explicado na Avaliação da Estrutura.

[...] Não deu certo. Tem uma característica também muito incomum aqui nessa comunidade. [...] Algumas se dedicam especificamente a fofoca na comunidade. E cada uma dessas pessoas incomoda bastante aqui na Unidade. E essas pessoas foram chamadas para o grupo e compareceram ao primeiro dia do grupo. [...] quando viram do que se tratava, porque elas são mais esclarecidas que as demais, elas perceberam que era um grupo meio que de terapia. Espalharam em toda a comunidade que era um grupo de louco, que quem era louco, era que ia para fazer o grupo, que elas não iriam, que elas não eram loucas. E que, naquele grupo, todo mundo falava da vida de todo mundo, que ia lá. Quem fosse lá falaria da sua vida e toda a comunidade e todo o bairro saberia. Bom, com isso, nem eu iria mais nesse grupo. [...] quem nos trouxe isso foram as agentes (P.16).

A psicóloga solicitou que nós fizéssemos um levantamento de todos os que estavam indo no CAPS, e que usavam algum tipo de medicação. Então, foi feita uma lista, ela pediu para convidar 20 para fazer um grupo e esses permaneceriam vindo no grupo todas as segundas-feiras por 4 meses. [...], por 4 segundas-feiras. Na primeira semana, vieram os 20. Na segunda, já foi reduzindo. Na quarta semana, vem uma paciente só e essa que veio queria que continuasse o grupo. Terminou o grupo, alguns já estavam em acompanhamento no CAPS, preferiram ficar lá [...] Outros ficaram com receio de quem estivesse no grupo saíssem comentando os casos deles em particular na comunidade [...] E outros que nós convidamos, a pedido da Secretaria, que eram algumas pessoas que ligavam e reclamavam, daí não vieram mais porque se consideravam, se ofenderam, porque nós fizemos os convites que nós estávamos chamando eles de loucos e eles não eram loucos. [...] Não foi rotulado nada. Daí, lá no primeiro encontro, foi explicado o que seria abordado no grupo, que deveria ter o sigilo, que nada do que fosse comentado no grupo pelos profissionais não sairiam dali, que pelos pacientes não deveria sair também. Mas, muitos deles ficaram receosos (P.10).

O respeito e a garantia de que o grupo pode dar suporte a todo tipo de sentimentos expressados que vai criando o vínculo e um espaço para troca de vivências das pessoas do grupo, e também garante que as informações técnicas possam ser transmitidas e elaboradas (BRASIL, 2000a). Acredito que para um grupo ser formado vai além do orientado pelo Ministério é preciso ter profissionais preparados para coordenar um grupo, pois grupo não é apenas reunir pessoas (seria um agrupamento). Um grupo precisa ter um objetivo, uma missão e uma finalidade.

Segundo Brasil (2000a), trabalhar com grupos⁵⁷ requer alguns conhecimentos, como garantir voz a todos os participantes e, sobretudo, o respeito e o sigilo das questões durante as reuniões. A comunidade tem de estar ciente desses fatos para assim poder confiar e participar dos grupos da USF, sem medos ou restrições.

Avalia-se que para a formação de um grupo se deve, primeiro, saber se o usuário tem interesse, visando sua autonomia e, segundo esclarecer para que serve o grupo e qual sua finalidade. Conforme Zaicaner (2001), o grau de adesão do usuário às ações de saúde que lhe são propostas está relacionado à satisfação que o mesmo tem com o serviço que lhe é prestado.

Ao se pensar no Grupo de Desenvolvimento Pessoal, este foi apenas um primeiro movimento, no qual se pode notar algumas considerações como, por exemplo, a seleção dos usuários por serem poliqueixosos ou usarem medicação controlada, sem um contato prévio sobre seu interesse. Há que se respeitar o interesse e a iniciativa de participação dos usuários em diferentes grupos, partindo da premissa de que os usuários têm todo o direito de, junto com os profissionais, definirem seu plano terapêutico.

[...] com relação à minha depressão no posto não trato (...) não tenho muito ido tratar sobre isso não. Eu vou no NAPS porque eu preciso de um tratamento, que eles me ajudaram a me tirar da depressão [...] (U.10).

⁵⁷Para Pichón-Rivière, grupo seria todo o conjunto de pessoas ligadas entre si por constantes de tempo e espaço e articuladas por sua mútua representação interna, que se propõe, explícita ou implicitamente, a realizar uma tarefa que constitui sua finalidade, na qual cada um assume um papel (ZIMERMAN, 1997).

A **divisão em especialidades** da saúde acaba sendo projetada a alguns usuários. Isso se nota na fala da usuária, quando diz que acha que o posto deve tratar os problemas gerais de saúde e o CAPS os mentais.

[...] Do grupo desenvolvimento pessoal. [...] eu não estou participando, porque eu estou fazendo acompanhamento agora lá no NAPS. Então, eu deixei de participar do grupo. [...] A médica da USF sempre me faz pergunta sobre como está o meu tratamento (U.11).

A usuária também consegue falar com a equipe sobre seu problema de saúde mental, mas, no que se refere à depressão, utiliza apenas o CAPS como fonte de tratamento. Utiliza a USF apenas para as questões ligadas à sua condição física.

No entanto, pode-se avaliar que, segundo o parâmetro do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica, a USF tem um acompanhamento de usuários egressos e em tratamento no CAPS como prevê tal plano. Os profissionais perguntam como está o tratamento e os acompanham mesmo que apenas através de informações do usuário.

O **tratamento somente medicamentoso** também compromete a integralidade do cuidado em saúde mental. Concorde-se com Saraceno (1993) quando diz que os psicofármacos devem ser considerados como parte integrante do arsenal terapêutico para o tratamento dos transtornos mentais e não como a única alternativa cabível. Vê-se a necessidade de outros tipos de intervenção junto com a farmacológica, em algumas falas.

[...] eu estou querendo entrar num curso lá no centro social. Lá tem um curso de crochê que é uma beleza. Eu gosto de fazer, eu gosto de aprender. É ali no outro bairro. Lá faz crochê, faz um monte de coisa. Documentos se a gente precisa, vai lá, eles encaminham tudo (U. 2).

[...] Gostaria de participar, que a gente aprende, a maioria de enfermagem, coisa assim. Gostaria de trabalhar, eu não tenho estudo. Eu sempre fui trabalhar, assim, com os idosos (U.3).

A USF deveria incentivar os usuários a participar de grupos que lhes confirmem algum grau de satisfação, mas, o que se notou, é que o incentivo à procura de atividades pelo usuário fica a cargo somente do CAPS II. No entanto, acredita-se que o incentivo a promoção de saúde e qualidade de vida do usuário deve dar-se em todos os serviços de saúde e com todos os usuários, especialmente os de saúde mental.

[...] nunca fui lá no grupo de idosos. Só vou para fazer a fisioterapia e vou na escola lá. Três vezes, é terça, quinta e sexta. A fisioterapia funciona assim: vem, diz que é uma professora, elas fazem dez voltas de caminhada, assim, em roda, de um lado, depois vira, dez voltas para o outro lado, depois elas fazem vários tipos. Fica na cadeira, uma perna para trás, outra para frente, depois volta. A gente fica com a perna bem estendida e vê se pegava lá no pé (U.4).

A gente não é tão específico nessa parte, porque o CAPS trabalha muito isso. Principalmente, essa questão da autonomia e tal, isso aí o CAPS trabalha. Mas, a gente ajuda, fortalece as orientações e tal. Não temos uma atividade específica para isso, mas na visita sempre se dá orientação (P.16).

O uso da psicofármacos acarreta alguns medos dos usuários, como a questão da dependência farmacológica da medicação.

[...] Eu tomo sempre um chá agora, porque eu tomava aquela faixa preta e aquele lá diz que vai indo, que é droga. Diz que é perigoso, habitua, não pode ficar sem tomar aquele. Daí, veio um pastor aqui e disse “a senhora toma chá?”, eu disse “eu tomo, eu tenho uma leiteira ali que chega a ser tinta de tanto eu tomar chá”. “Então, eu vou dar um chá para a senhora e a senhora não vai mais tomar esse remédio” e acredita que não tomei mais? Graças a Deus. Estou tomando o chá só e estou me sentindo bem. Quando eu vejo que não estou legal, eu tomo aquela erva de São João em gota, eu pego na farmácia. Daí, quando eu saio, eu levo, ponho na bolsa e levo junto. [...] Parei por causa que eu tomo esse chá e esse chá foi bom para mim. Faz mais de ano que eu parei de tomar. (U.4).

A dificuldade de **diagnosticar situações de risco** em saúde mental é um fator importante a ser avaliado. A exemplo dessa situação, tem-se o caso da equipe que teve contato com uma usuária após a tentativa de suicídio, apesar desta morar em frente a Unidade. A identificação de uma possível situação de risco não aconteceu.

Eu morava junto com mais duas pessoas, era o ideal para mim [...] Também estava muito deprimida, que eu estava passando por muitas dificuldades no casamento, meu marido estava me abandonando, coisas assim. Só que se não fosse realmente o pessoal do posto, eu acho que eu teria morrido, porque a pessoa que estava em casa viu que eu estava mal, mas não tinha nada a oferecer. Senão fossem eles a me socorrer, eu acho que essa horas eu não estaria aqui para dar esta entrevista (U.11).

A situação de risco para suicídio não foi observada, antes da tentativa de suicídio pela usuária, que foi rapidamente atendida pelos profissionais da Unidade.

O Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica elaborado no ano de 2003 colabora com o desenvolvimento do modelo de vigilância em saúde através da promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação (BRASIL, 2003a), e aqui, utilizando-o como documento oferece parâmetros para avaliação, uma vez que se percebe dificuldades da USF para identificar os pontos de vulnerabilidade (social, afetiva, econômica e psicológica) da comunidade e dos indivíduos que possam desencadear uma situação de risco em saúde.

A equipe ainda não conseguiu elaborar um mapa de situações de risco para orientar seu trabalho, sendo este desenvolvido centrado nas consultas e nos programas básicos (HAS, DIA, Puericultura e Pré-Natal). A intervenção da equipe ainda é bastante limitada no sentido de prevenção de riscos e crises.

A demora por alguns **atendimentos especializados** ou para a realização de exames foi identificada como nó crítico na integralidade. Os usuários identificam dificuldades para obter consulta com o oftalmologista e a demora para realizar RX. Em relação às outras especialidades, os usuários não tiveram queixas.

Ficou um tempo, daí eles marcaram um Raio x. Daí, ficou 8 mês, eu acho, 8 mês para fazer esse Raio x. E até lá, a gente tem que ficar com dor e esperando (U.10).

Das vistas, esse custa mais. Por causa que custou atender. A vista direita, eu perdi, porque ela era problema do nervo e era um ano bem certo para eu voltar e pegar outra consulta. E passou, já ia fazer dois ano, já. Aí, quando eu voltei lá, o médico disse que eu já tinha perdido. (U.4).

Em Chapecó, foi construída, ao longo dos anos, uma prática de comunicação entre a rede básica e as especialidades, que se reflete na organização dos serviços e nas práticas profissionais, estabelecendo-se no concreto das práticas de referência e de contra-referência. Através do prontuário, verificou-se a continuidade do cuidado, pois a maior parte dos usuários entrevistados tem as referências à USF e suas contra-referências dos especialistas, em diferentes momentos ao longo do tempo e em situações diversas.

No entanto, notou-se que há problemas nas referências, pois em alguns casos são demorados, não há um diálogo entre a rede de cuidados, a referencia não atende as prioridades e às vezes a burocratização causa problemas na qualidade da assistência. Acredito na ESF como porta de entrada no sistema de saúde e que a regulação é uma estratégia importante no oferecimento de serviços de saúde, no entanto esta deveria atender a prioridades e também ser menos burocratizada.

A ESF deveria encaminhar o usuário, mas sem perder a noção de responsabilização pela saúde do usuário, pois se a consulta do encaminhamento esta levando muito tempo para se realizar, a equipe tem que estar atenta para que esta demora não prejudique a saúde do usuário.

A seguir, apresenta-se um quadro elaborado a partir dos prontuários dos usuários entrevistados, no qual foi feita uma lista das referências para os serviços especializados, realizadas a partir da USF.

Quadro 12 – Referências da USF para serviços da rede de atenção a saúde

Condição de saúde	Número de usuários entrevistados	Referências	Tipo e número de encaminhamentos
Saúde mental	13	Sim - 13	Oftalmologista – 5 Neurocirurgião - 1 Neurologista - 3 CAPS II - 6 Reumatologista - 1 Ginecologista - 2 Cardiologista - 3 Otorrinolaringologista - 2 Neuro ortopedista - 1 Dermatologista - 2 Fisioterapia - 2 Psiquiatra - 2 Ortopedista - 1 Angiologista - 1 Internação em hospital psiquiátrico - 1 Urologista - 1 Internação em hospital geral – 1

No entanto, nesta pesquisa se atentou olhar para a **referência e contra-referência no CAPS II**. Os usuários que utilizam o CAPS II foram, em sua maioria, encaminhados pela USF.

[...] mandado dali do postinho, para o doutor lá do CAPS. Sei que é um médico que é para cabeça. Daí, ele que passou esse faixa preta. Fui lá sentindo aquele nervosismo e aquela tontura e dor de cabeça. Daí, me doía tudo, me doía a nuca. Eu fui lá, daí eles encaminharam para o doutor do CAPS. Não demorou. Depois do doutor ele passou para, essa outra lá, ela conversava. [...] Psicóloga Daí, eu fiquei parece que mais de seis mês, eu consultando lá no CAPS. E daí depois para o posto. Daí, as do posto, elas estão sempre fazendo visita, venham aqui ver como é que eu estou [...] Agora eu ando boa. (U.4).

Essa referência funciona bem, os usuários relatam que não há demora entre a referência do posto para o CAPS II e também não há demora para serem atendidos no CAPS II. Há uma boa relação entre as enfermeiras da Unidade e do CAPS na realização do cuidado em saúde mental.

O U.8 que é um paciente nosso, é drogadito. Tem o atendimento aqui e faz o atendimento periódico no CAPS. No início, ele ia todos os dias, ficava de manhã até o final da tarde, fazia medicação, fazia integração no grupo. Eles vinham buscar de manhã com o carro, ambulância e levar para o CAPS, depois traziam de volta. Então, esse foi um que a gente acompanhou bastante. [...] A mãe dele vinha, pedia auxílio, às vezes, ele não queria ir, era trazido até a Unidade. Da Unidade, era ligado para o CAPS. Quando ele não ia, o pessoal do CAPS, a enfermeira vinha na Unidade e conosco, ela ia na casa para ver o endereço e buscar ele. naqueles casos graves, que teve uma crise. Exemplo, semana retrasada, uma usuária teve uma crise, a agente de saúde estava na casa e ela teve uma crise na frente dela e do esposo. A ACS traz para nós, trás para mim. Eu já chamo a doutora, a gente consegue, se passa todas as informações lá. Daí, ali se decide, liga para o CAPS para ver como está o acompanhamento, dá sugestões, tenta ver o melhor tratamento, o que ela está tendo, o que pode ser melhorado para solucionar o problema dela. (P.10).

Existe uma negociação entre a USF e o CAPS II para estabelecer um atendimento mais integral, essa comunicação se dá através das consultas ou de informações de usuários pelo telefone.

Já aconteceram casos de pessoas, chegam na Unidade com sintomas depressivos de tentativas de suicídios. A gente está ligando no caso, passando para doutora, a doutora encaminhando, a gente ligando no dia mesmo para o CAPS que entende a coisa e já manda. [...] Até aconteceu o caso aqui, de a gente encaminhar o paciente no dia. O paciente chegou aqui, à tarde, fez a consulta com a doutora, contou o problema que tinha. A gente ligou já pedimos carro da Secretaria, consultou uma hora, as duas horas a gente estava lá. Até tem alguns casos que os pacientes eles continuam um bom tempo do tratamento lá. Mas, de vez em quando, eles voltam na Unidade, para passar por uma avaliação pela médica da Unidade [...] (P.14).

[...] Eu avalio o paciente. Até já aconteceu um caso que desses, eu avalio o paciente e já encaminho direto para o CAPS. Que nem sempre ele consegue consulta logo, porque também é uma procura muito grande. Mas, se não, se consegue para logo, consulta com o psiquiatra e consegue uma avaliação do psicólogo, que agora, até hoje, foi definido lá, que eu nem sabia que tem uma psicóloga que está fazendo uma triagem de encaminhamento. Então, a gente faz o encaminhamento e a psicóloga faz a triagem. E essa psicóloga avalia, o que é grave realmente, conversa com o psiquiatra. Vai, atende na hora (P.16).

Segundo Silva Junior, Alves e Alves (2005), a articulação do trabalho das diversas equipes e serviços de uma rede não é feita só por normas e formulários, mas pela discussão conjunta de processos de trabalho e objetivos pactuados entre si e com a população. A equipe da USF deveria ser responsável pela gestão do projeto terapêutico que será executada, garantindo acompanhamento seguro do usuário e análise permanente das prioridades assistenciais para orientar os encaminhamentos (SILVA JUNIOR, ALVES, ALVES, 2005).

Acredita-se que os profissionais da saúde deveriam estabelecer essa comunicação entre os serviços para conhecerem o funcionamento, atividades oferecidas, horários, equipe disponível, para assim facilitar os encaminhamentos e tornar o caminho mais claro para o usuário. Além disso, deveria estabelecer com o usuário um vínculo de confiança, ou seja, o profissional está encaminhando-o para um serviço de saúde que realmente vai

ajudá-lo e que o usuário possa escolher se quer ir ou não, fazendo uso de sua autonomia sobre sua saúde.

Outro fato importante é que para consultar, é necessário **retirar ficha**, aqueles usuários que não fazem parte dos grupos programáticos da ESF.

[...] eu de manhã cedo, quase nunca posso, amanheço sempre mal. [...] Às vezes, eu marco de um dia para outro, porque nunca acho ficha. De manhã cedo, 6 horas, tem que estar lá, mais cedo ainda, senão não pega ficha. E eu já não agüento estar levantando da cama e sair assim, não sustenta. Então, eu sempre vou 2 horas, marco ficha para o outro dia ou dali a uma semana. Que nem agora, eu marquei para segunda-feira. Fui e consultei [...] (U. 2)

Sabe-se que a ESF não vem com a proposta de clínica individual apenas, mas sim com a proposta de uma abordagem coletiva, visando a promoção da saúde e o monitoramento das doenças crônicas e da saúde da comunidade, além de promover a qualidade de vida da população. Os aspectos citados constituem um importante elemento de reorganização das rotinas de trabalho e contribuem para a organização do fluxo da demanda (BRASIL, 2000a).

Em consulta a comunidade, ficou estabelecida a forma de distribuição dos atendimentos na USF, estipulando-se que a pessoa que consegue a ficha ou que está agendada tem de ficar na recepção aguardando ser chamada. Caso ela se retire daquele espaço e neste intervalo seja feita a conferência de quem aguarda para a consulta, ela perde o direito ao atendimento. Apesar de esta ter sido uma opção feita em reunião da comunidade, existem muitas queixas sobre tal situação.

Embora a discussão tenha sido realizada de forma participativa, é de se justificar esse tipo de imposição pela possibilidade das pessoas não comparecerem ao

atendimento e perderem a oportunidade de reaproveitar a consulta. Tal decisão constitui-se um transtorno ao próprio usuário, que se submete a uma espera de horas, para confirmar que realmente precisa do atendimento.

A integralidade fica comprometida com a retirada de fichas que torna o acesso difícil, pois não é sempre que quem procura o serviço consegue fichas.

A organização da demanda na ESF deveria ocorrer a partir da elaboração de um diagnóstico situacional e de um planejamento estratégico das ações, que após a implantação deve ser avaliado e readequado de acordo com as mudanças que vão ocorrendo na comunidade.

Muitas vezes, essa organização da demanda ocorre através das ações programáticas (hipertensão, diabetes, gestante, puericultura, entre outras), mas tal organização pode ser exclusivista, ou seja, não pode deixar espaço para aqueles usuários que não fazem parte de nenhum grupo específico. O inverso também pode gerar exclusão, ou seja, organizar o serviço apenas visando a livre demanda dificulta o acesso daqueles grupos de risco, pois todos têm que entrar na fila e retirar ficha para garantir o atendimento. Autores como Franco e Mehry (1999), avaliam criticamente o não atendimento da demanda espontânea, as visitas domiciliares compulsórias e a normatividade na implementação da ESF.

Sendo assim, acredita-se que o ideal seria a articulação entre a demanda espontânea e a programada. Para autores como Franco e Mehry (1999), essa articulação seria realizada através do acolhimento e da escuta qualificada, mas, em Chapecó, já houve uma tentativa, com o Projeto Acolher Chapecó⁵⁸. Esses autores também acreditam que o

⁵⁸ Este Projeto já foi apresentado no capítulo da Avaliação da Estrutura.

acolhimento seja um dispositivo para a organização do serviço, mas esse não pode ser tão normatizado e rígido, devendo se adequar a realidade da área adscrita da USF.

Brasil (2000a) comenta que é normal constatar um aumento na demanda espontânea da USF no início da implantação da ESF. Isso porque a demanda reprimida começa a ser descoberta nos domicílios e, na medida que os problemas de saúde coletivos vão sendo identificados e uma abordagem coletiva eficiente é colocada em prática, se pode verificar uma tendência ao “desafogamento” da Unidade.

Assim, a lógica de ação da ESF é trabalhar com plano de ação dentro das necessidades da comunidade, através da promoção de saúde. Por essa razão, a educação em saúde, grupos, monitoramento, prevenção, recuperação e reabilitação vão ganhando espaço e sendo praticados com mais êxito.

Ao encontro disso se tem a realização de **visitas domiciliares** como fator de positivo da integralidade. Quando bem utilizadas, as visitas domiciliares reduzem custos hospitalares, melhoram o prognóstico dos usuários em alguns casos, além de se ter a oportunidade de propiciar uma educação em saúde, estimular o autocuidado e a qualidade de vida, não somente do usuário, mas da família, que também é cuidadora (REINALDO; ROCHA, 2002).

[...] quase não posso caminhar. Mas, a médica veio já duas vezes me consultar aqui. [...] Por causa da perna, não posso caminhar. Eu quebrei a junta em cima. Então, para subir lá, para mim é uma dificuldade. [...] Eu não tenho carro, tem que depender dos outros. E daí, ela veio fazer duas consultas aqui já. É, ela conversa comigo [...]. Faz a consulta. Aí, me dita lá uns remédios. [...] São comprimidos para pressão. [...] vêm de dois em dois mês.[...] (U.1)

Segundo Brasil (2000a), o elemento central na ESF é a visita domiciliar. Esta deve ser realizada cotidianamente pelo ACS, devendo o resultado de cada visita ser repassado para a equipe, o que faz com que o encaminhamento de cada caso seja de acordo com a realidade daquele momento da vida cotidiana dos usuários.

A visita domiciliar é um instrumento que possibilita um cuidado mais integral, não somente em relação à saúde mental como também na saúde em geral. Ela ainda estabelece e fortalece o vínculo dos usuários com a equipe da saúde da família.

A visita domiciliar realizada pela ACS e auxiliar de enfermagem no momento do início de uma crise é um ponto positivo.

Através das agentes de saúde [...] Esse daí foi uma senhora que eu fui visitar. [...] Cheguei à tarde, verifiquei a pressão dela, estava dez por seis. Estava deitada no sofá. Um calor, com um cobertor, depressiva. Não queria se alimentar. Daí, eu sugeri, assim, conversei com ela, pedi para ela levantar, não entendi, fiz tomar um banho e fazer uma refeição, porque ela não tinha feito nenhuma refeição durante o dia [...] Então, ela foi, fez isso. No outro dia, a gente foi lá, ela estava bem. Deu oi, estava sorridente, feliz. Tem que conversar, tem que ter, tem que ver o lado dela, o lado da pessoa. Eu sou muito assim, não entendi. (P.12)

Avalia-se que as visitas domiciliares têm contribuído para o fortalecimento do vínculo do profissional com o usuário, bem como a integralidade do cuidado na USF está sendo organizada de modo que se possa garantir uma continuidade de tal cuidado, uma relação de confiança e um conhecimento das famílias.

A gente faz assim, a visita normal, a gente, assim, sempre está pedindo se está marcando a consultinha, porque, às vezes, eles vão ficar agendado. Eles são encaminhados lá, daqui trinta dias, vinte dias, dependendo da necessidade, o médico já deixa marcadinho. Só que muitos pacientes acabam

não indo e a gente tem que ir ver. Marcou a consultinha? “Sim”. Daí, “só não fui esse mês”, daí a senhora tem que ir lá agendar. Vai lá, agenda sua consultinha, “eu vou, eu vou”. Daí, a gente tem que estar sempre fazendo esse acompanhamento. Mas se vão, se faltou, se a gente, digamos assim, passe, [...] Às vezes, acontece algum caso assim, do CAPS, eles ligando para a gente: “ah! A fulana não veio já faz duas consultinhas, vão ver o que está acontecendo”. Mas, até hoje, não chegou a acontecer, porque a gente sempre está na rua e sempre está acompanhando o que faz (P.4).

Um dos objetivos da visita domiciliar na ESF é monitorar a situação de saúde dos usuários com dificuldade de se locomover até a USF, priorizando grupos de risco e as solicitações dos ACS (BRASIL, 2000a).

Avalia-se que algumas visitas dos ACS são apenas para marcar consultas, avisar sobre os horários de exames, desviando um pouco do foco da visita domiciliar, que é a família e suas necessidades, orientações e monitoramento.

Identificou-se que o fato da visita domiciliar ser apenas para um usuário e não para a família, ou seja, nas visitas os usuários de uma mesma família são vistos isoladamente, não sendo percebidos como um grupo familiar e que suas necessidades de saúde podem ser fruto de um contexto familiar conturbado e desajustado. A família faz parte do contexto do usuário com necessidades, sendo assim não pode ser despercebida.

Segundo Brasil (2001b), a visita domiciliar oferece acesso ao contexto familiar e social do usuário. Ela também propicia um momento adequado para uma abordagem familiar. Contudo, o que se nota é que as visitas ainda não são feitas à família e sim a um usuário específico, portador de alguma doença ou necessidade de saúde.

É por meio da visita domiciliar que se pode, também, entender a dinâmica familiar, com o objetivo de verificar as possibilidades de envolvimento da família no tratamento oferecido ao usuário (REINALDO, ROCHA, 2002). Acrescente-se ainda que a

visita domiciliar oferece um momento importante para trabalhar as necessidades da família em relação à saúde de cada um de seus membros e entre si mesma.

Na avaliação da integralidade da assistência, destaca-se no município o atendimento odontológico com o oferecimento do tratamento completado. Tal tratamento completado oferece para o usuário uma agenda de consultas odontológicas, até que se tenha concluído o tratamento compatível com o nível da atenção primária. Caso necessite de tratamento especializado, é encaminhado ao CERES Bucal, que também trabalha com o tratamento completado (PANIZZI, PERES, MOSCHETTA, 2004). Esse tipo de tratamento tenta romper com a tradição do atendimento odontológico paliativo (resolver problemas agudos e pontuais).

O tratamento completado é elogiado pelos usuários, pois estes saem com todas as suas necessidades resolvidas ou encaminhadas. O sistema de fichas, apesar de haver algumas limitações, garante o acesso à primeira consulta e, com isso, o tratamento completado para aqueles usuários que não fazem parte das ações programáticas da ESF. Os usuários das ações programáticas do ESF têm seu acesso garantido à consulta odontológica e ao tratamento completado sem precisar retirar ficha.

A escuta é importante na integralidade da assistência, como se nota na fala a seguir:

Na mesma hora, daí eu fui com as meninas, que eu fui bem cedinho. Daí, eu disse assim “eu não quero mais falar com ninguém”. Daí, quando elas chegaram, eles falaram para mim: “olha, as moças estão ali”. Eu disse: “mas agora, eu não quero mais falar com elas”. Daí, depois eu conversei com elas, fui junto, me atenderam bem. As meninas são muito queridas. (U.10)

O bom vínculo com a equipe de saúde é demonstrado pelos usuários, que em sua maioria referem que a equipe é “muito boa”. Os usuários demonstram em suas falas terem uma relação de confiança com os membros da ESF.

Eu acho que eles têm me ajudado. O que poderia ser feito, eles estão fazendo. Tem sido a minha “casa de salvação” (U.11).

Esse bom vínculo entre os usuários e a equipe se fortaleceu após a tentativa de suicídio da qual foi socorrida pela equipe. A usuária percebeu que a equipe estava preocupada e que poderia ajudá-la em sua saúde.

Outros fatores que chamam a atenção é o fato de alguns funcionários, além dos ACS, residirem no bairro e da importância da equipe trabalhar 40 horas/semanais, o que fortalece o vínculo e o conhecimento das famílias.

Por meio da avaliação do processo foi possível descrever e analisar profundamente cada um dos casos conhecendo e entendendo o contexto do processo saúde – doença, bem como suas implicações no envolvimento com a ESF, uma vez que os pesquisados tiveram acesso a Unidade, foram acolhidos e acompanhados pelos profissionais da equipe saúde da família.

Os usuários contam com serviços de referência e medicações psicotrópicas, no entanto, foi percebido que a Unidade poderia gerir a organização de grupos de saúde mental, não só com os usuários portadores de transtornos psíquicos, mas também com a comunidade em geral, justamente, com o objetivo de construir uma lógica de cuidado baseada na promoção da saúde, utilizando, ainda, equipamentos sociais da própria área adscrita.

3.5 Avaliação de Resultado

Na avaliação da integralidade do cuidado em saúde mental o estabelecimento de julgamentos acerca da dimensão do Resultado foi feito a partir da satisfação do usuário com o cuidado prestado.

A satisfação, enquanto dimensão da qualidade da assistência está ligada às expectativas do usuário, ou seja, ela se dá na relação entre a atenção à saúde (oferta da assistência à saúde) e o seu próprio estado de saúde, se ambos convergirem, haverá maior possibilidade das expectativas serem contempladas (OTERO; SATURNO; MARQUET; 1999).

A satisfação do usuário deve fazer parte da avaliação, pois as informações obtidas podem ajudar a analisar a Estrutura, o Processo e o Resultado.

Para Constanzo e Vertinsk (1975), a satisfação dos usuários pode ser avaliada pelas modificações fisiopatológicas e/ou percepção psicossocial. Nessa pesquisa a avaliação de Resultado foi realizada a partir da percepção psicossocial do usuário.

O resultado pode ser avaliado através da mudança de estado de saúde do usuário ou da comunidade, que pode ser atribuída a um cuidado prévio, incluindo, também, mudanças de comportamento (DONABEDIAN, 1990). A mudança de comportamento foi analisada por meio da satisfação do usuário, ou seja, a avaliação do serviço de saúde na perspectiva do usuário.

Segundo Donabedian (1984), a avaliação no setor saúde não se restringe a verificação do cumprimento de objetivos propostos, porque até eles são matéria de avaliação.

Necessita-se avaliar constantemente os objetivos propostos para verificar se estão socialmente definidos e se estão de acordo com aspirações e expectativas dos técnicos da área e dos usuários (DONABEDIAN, 1984).

O usuário entende como qualidade a obtenção dos benefícios esperados diante de demandas, expectativas e necessidades de saúde. A qualidade é um objetivo que está sendo perseguido por gestores, profissionais e usuários em vários países do mundo, inclusive no Brasil.

No campo da qualidade em saúde, trabalha-se com a premissa de que bons processos de trabalho podem levar aos bons resultados (CAMPOS, 2005).

Assim, o grau de satisfação é fortemente influenciado pelas expectativas e pelo perfil social dos usuários (PUENTES ROSAS; DANTES GOMEZ; GARRIDO LATORRE, 2006).

Coimbra (2003) diz que as necessidades em saúde mental são complexas em várias situações, por isso precisa de complementaridade de outros serviços de saúde. “Todo este conjunto de ações deve trazer benefícios e satisfação ao usuário. Este deve sair do serviço, levando a certeza que foi feito tudo para resolver seu problema e que a equipe de saúde está interessada na sua melhora” (COIMBRA, 2003, p. 147).

A satisfação do usuário é uma função direta da percepção que as pessoas têm sobre a capacidade dos serviços de saúde em responderem ao que eles entendem como necessidade de saúde (ZAICANER, 2001). Seria, então, a percepção subjetiva que o usuário tem da assistência prestada a ele, como nota-se nas falas a seguir:

Eu acho que eles têm me ajudado [...] o que poderia ser feito, eles estão fazendo. Tem sido a minha “casa de salvação”. [...] porque eu sinto que tenho apoio, quando eu preciso, sei que ali eu tenho com quem conversar, tenho alguém que me ajude [...], sou sozinha no mundo. Então, ali eu sinto como se eu tivesse alguém da família. Eu sou muito bem atendida ali, não posso reclamar (U.11).

Essa médica examina. É meia hora lá dentro [...] ela vê tudo diariamente, tudo o que ela passou, para anotar. Ela é ótima. E eu fiz exame de tudo. [...]. Do coração eu fiz e não tenho nada [...] eu fiz o exame e deu infecção intestinal e agora está me atacando os nervos (U.3).

A satisfação (percepção individual) do usuário é complexa, pois existem vários fatores que afetam a percepção do usuário. Entre eles se destacam: as experiências anteriores de cuidado médico recebido, em que condições elas se deram e o seu estado atual de saúde. Esses fatores devem ser levados em conta quando se utiliza o estudo de avaliação dos serviços de saúde.

Segundo Turrini (2002) a partir da percepção do usuário pode-se obter conceitos ligados as atitudes relacionadas ao cuidado recebido, ou de como o usuário se beneficia da organização do serviço para resolver suas necessidades.

Não posso me queixar [...]. A nossa família sempre foi bem atendida (U.6).

A gente é bem atendida lá. Se, por acaso, a gente não pode ir no horário marcado, a gente vai lá igual [...]. O remédio da gente está lá, seguro (U.4).

Pelo posto de saúde, para mim, me atendem bem sempre. E remédio sempre eles deram. Agora, fortificante é que eles nunca dão e isso tem que comprar toda vida (U.1).

[...] não tem reclamação nenhuma. Sempre eles me trataram bem. Qualquer exame que eu preciso sempre é bem rapidinho, não sei se é por causa da doença que eu tenho [...] não tenho queixa (U.12).

[...] a médica e a enfermeira vêm aqui e são bem recebidas, vou ao posto, sou bem atendida [...] (U.7).

Pelo que eu vejo, acho que está sempre cheio de gente. Agora, se atendesse mal, acho que essa gente não ia (U.13).

Nas falas é possível perceber que os usuários constroem seus próprios critérios de avaliação, ou seja, associando ao cuidado um juízo de valor positivo. O vínculo, a relação entre a equipe e comunidade, a dinâmica para a realização do exame laboratorial, o cuidado à família, o fornecimento de medicação, as visitas domiciliares, o olhar integral do profissional de saúde no exame físico e, até mesmo, o número de usuários a espera da consulta foram relatados como motivos de satisfação dos usuários.

Toda essa construção é muito importante para a análise, especialmente se for considerado que, ainda hoje, muitos usuários dos serviços de saúde no Brasil desconhecem seus direitos de cidadão. “Muchas de las personas e instituciones encargadas de prestar atención de salud desperdician posibilidades de recoger a partir de las personas a las que sirven informaciones valiosas para la retroalimentación de esos servicios” (SOMERS, 1983, p. 53).

Neste estudo é possível perceber que os usuários estão realizando permanente diagnóstico e avaliação do serviço, mesmo que decorrente de opinião e vivências pessoais. Fazendo isso, discutem sobre as condições da oferta da atenção à saúde, avaliando, emitindo juízo de valor sobre o bom e o ruim. É o que se pode observar em algumas falas, quando o usuário faz a sua avaliação do serviço, apontando potencialidades, além disso, aponta também as possíveis “soluções” para o problema.

Os serviços devem ouvir também o usuário no momento da tomada de decisão, pois sua opinião pode ter papel importante nos destinos das organizações, além de fortalecer o envolvimento do usuário com a participação social.

A insatisfação esteve ligada à dificuldade de acesso ao serviço daqueles usuários que não fazem parte dos programas (puericultura, gestante, HAS e DIA), pois consideram que existem poucas fichas, filas e desorganização da demanda. Relatam que, além de terem de chegar cedo e aguardar um longo tempo à espera da consulta, o número de médicos é insuficiente e o espaço físico da unidade é inadequado.

A única falha que eu estou achando é esse negócio de ficha. No mais, eu acho que eles estão fazendo certo. [...] precisava ter uma regra para as consultas marcadas [...] sete e meia estar no posto e daí a pessoa vai ser consultada só às 10 horas da manhã. Não podia. Devia ter um horário, [...]. Daí, a pessoa não fica lá, às vezes, o dia inteiro com a criança no braço ou passando mal, para ficar ali esperando. [...]. Não sei se eu estou certa, mas eu acho que tem que se ter uma regra assim. [...] a única coisa que eu acho que falha é isso. [...] o resto, está tudo bem atendido (U.10).

A única coisa que eu vejo que precisaria melhorar é o número de médicos, porque como só existe um médico para atender fica difícil. Muita gente não consegue ficha, a pessoa precisa ser atendida, não tem como. A não ser que seja uma emergência, alguma coisa muito séria, daí eles sempre dão um jeitinho de ajudar (U.11).

Tinha que ter mais um médico ali, porque tem muita gente, principalmente pediatra. Que tem muita criança. Às vezes, eu já fui duas ou três vezes lá em cima e já deixei minha consulta, porque tem muita gente [...] Ficam dezesseis fichas. Então, não tem jeito. Tem que ir cedo. Tem que ir antes das sete horas e de tarde também. Tem que ir meio-dia, onze e meia, tem que estar lá para pegar consulta, porque tem uma escala, um mês para outro eles marcam. Conforme, eles dão quatro ou cinco fichas rapidinho. Porque o resto já está tudo marcado. O atendimento é bom, mas precisava de mais um médico. Pelo menos só para criança. Um para criança e outro para clínico geral (U.3).

Precisa de mais espaço naquele posto, ele está muito apertado. Precisava de uma sala maior. [...] tinha que ser diferente. O que é para exame vai para um bloco e o que é para consulta vai para outro [...]. Eu acho que não era para ser tudo misturado (U.6).

[...] o posto é pequeno, mas tudo vai melhorar, temos esperança que nós vamos conseguir. Sempre levantar a cabeça e ir à luta. [...] Tanto é que nós vamos conseguir melhorar as coisas no posto (U.7).

Acho que tem coisas que precisam melhorar, que nem esse postinho. Ele vai mudar lá para o fundo, mas ele precisava ter um lugar para ele, sem estar pagando aluguel. Ali é um aperto, ali chega gente com chuva e não tem nem como ficar, quase. Melhorar para os funcionários também, não só para a gente. Eles também necessitam de melhora (U.10).

Segundo orientações do Ministério da Saúde o tempo de espera para ser atendido pela recepção deve ser até quinze minutos, e que o tempo de espera para atendimento de consulta pode ser no máximo de até quatro horas, no turno marcado (BRASIL; 2000a).

A insatisfação dos usuários esteve ligada às dificuldades para a obtenção da ficha para consulta e o tempo de espera o atendimento. As pessoas esperam na USF, até quatro horas para serem atendidas, mesmo após terem obtido a ficha.

Segundo Ramos e Lima (2003) o acesso e acolhimento são elementos essenciais do atendimento, para que se possa incidir efetivamente sobre o estado de saúde do indivíduo e da coletividade e também são elementos que podem favorecer a reorganização dos serviços e a qualificação da assistência prestada.

Nos serviços de saúde do Brasil tem-se observado inúmeros problemas com relação a acesso e acolhimento, no caso da USF a área física que não dispõem de condições necessárias para a espera e as filas, foram algumas das limitações.

Alguns usuários relataram que a solução para acabar com as fichas seria a contratação de mais médicos, no entanto, mesmo que aumente o quadro de profissionais, não há garantia de que a oferta seja suficiente em relação à procura. Uma alternativa seria valorizar a atuação de profissionais com uma visão integral do indivíduo e com formação para

atuar junto à comunidade, em contraposição ao modelo baseado na especialização do atendimento (RAMOS; LIMA, 2003).

De acordo com Ramos e Lima (2003) a dificuldade de conseguir fichas (ter que ir cedo para a fila) poderia ser resolvida se fosse abolido o sistema de distribuição de fichas. Mas para isso, seria necessário maior disponibilização de consultas, que não precisariam ser exclusivamente médicas, poderia ser de enfermagem, solução esta destacada pelos usuários com a solicitação da volta do “Projeto Acolher Chapecó”.

Apesar da USF adota dois tipos de organização (agendamento e fichas), há facilidade de acesso apenas para os grupos específicos permitindo uma “pseudo” alteração do modelo exclusivo de pronto atendimento e também ao não se conseguiu eliminar as filas muitos usuários ainda deixam a unidade sem ter seu problema resolvido. Sendo assim, a unidade ainda trabalha nos moldes tradicionais de organização, centrada na consulta médica, através da distribuição de fichas (RAMOS; LIMA, 2003). Entretanto, em relação ao tratamento na recepção e no momento da consulta foram motivos de satisfação dos usuários.

Com isso, os usuários constroem critérios de avaliação, associados aos juízos de valor que emitem como positivos ou negativos. A partir destes dados foi elaborado um quadro com os critérios de satisfação ou insatisfação definidos a partir dos usuários fazendo um contraponto com a proposta da ESF.

Quadro 13 - Critérios de satisfação ou insatisfação definidos a partir das falas dos usuários

Critérios (Objetivos e subjetivos)	SATISFAÇÃO (Positivos)	INSATISFAÇÃO (Negativos)	Esta de acordo com a proposta da ESF (BRASIL, 2000)
O vínculo entre a equipe e a comunidade	X		SIM
A relação humanizada entre a equipe e a comunidade	X		SIM
A dinâmica para a realização do exame laboratorial	X		SIM
O cuidado à família	X		SIM
O número elevado de usuários a espera da consulta	X	X	NÃO
As visitas domiciliares	X		SIM
O olhar integral do profissional de saúde no exame físico	X		SIM
O fornecimento de medicação	X		SIM
Número de fichas insuficientes		X	NÃO
Existência de filas		X	NÃO
Desorganização da demanda dentro da USF		X	NÃO
Chegar cedo para conseguir ficha		X	NÃO
Tempo de espera para consulta		X	NÃO
Necessidade da presença de mais um médico ou de especialistas		X	SIM
Espaço físico inadequado.		X	NÃO

Os critérios de avaliação que foram selecionados a partir da fala dos usuários confluíram com alguns domínios selecionados por especialistas da OMS que foram utilizados em pesquisa realizado no México por Puentes Rosas, Dantes Gómez e Garrido Latorre (2006).

Um serviço de saúde com base no cuidado integral à saúde mental poderia ser organizado conforme Puentes Rosas, Dantes Gómez e Garrido Latorre (2006). Eles apresentam e discutem sobre a importância do tratamento adequado; o que acontece quando os serviços se organizam, levando em consideração as expectativas e preferências dos usuários naqueles aspectos de sua relação com os serviços de saúde.

O tratamento adequado foi desmembrado em oito domínios, para facilitar sua medição da satisfação: autonomia, confidencialidade, comunicação, tratamento respeitoso, pronto atendimento, condições das instalações básicas, acesso a redes de apoio social e capacidade de eleição⁵⁹ (PUENTES ROSAS; DANTES GOMÉZ; GARRIDO LATORRE, 2006).

Cada um desses domínios surgiram ou não como resultado da análise dos dados coletados. O primeiro domínio é a autonomia do usuário que está centrada em sua participação e decisão relacionadas à sua saúde. Seria a negociação entre o usuário e o profissional para se estabelecer um plano terapêutico a ser seguido pelo usuário de acordo com suas possibilidades, desejos e necessidade de saúde.

⁵⁹ Este domínio (capacidade de eleição) não será utilizado, pois a ESF no Brasil é organizada e financiada basicamente, pelo SUS que é o único provedor de serviço público no país, diferentemente do México.

A autonomia não deve ser confundida como um sujeito independente, mas sim com um sujeito que estabeleceu vínculos ao serviço e que ajuda a construir, através da troca de informações, o seu cuidado.

Segundo Fidelis (2003) o maior critério de autonomia do usuário seria a participação deste nos Conselhos Locais e Municipais de Saúde, e a reivindicação de seus direitos, ainda acrescentaria a participação na organização da USF na construção de um cuidado integral.

Dos usuários entrevistados nenhum participava do Conselho Local de Saúde, dos 13 usuários entrevistados 8 participavam do grupo de hipertensão oferecido pela equipe de saúde da família do , 2 participavam de grupos oferecidos pela comunidade e 3 freqüentavam outro serviço de saúde (CAPS). Sendo assim este domínio está sendo parcialmente contemplado, pois, existem usuários que gostariam de participar e realizar outras atividades que não são oferecidas pela USF e nem pela comunidade.

[...] eu gostaria de participar do grupo de idosos se tivesse um curso pra gente aprender um crochê, um tricô [...]. Mas lá só participa do grupo. E depois eu deixei do grupo [...] porque uma participante vivia alegando que tinha que conversar, o pessoal ia lá só para comer, eu não ia lá só para comer, eu ia para me fazer companhia [...] (U.2).

Nota-se que o domínio da autonomia ainda tem que superar a cultura do clientelismo, ou seja, que os profissionais têm que fazer tudo pelo usuário retirando toda a responsabilização sobre sua saúde.

Os serviços deveriam trabalhar para aumentar a capacidade dos usuários de lidarem com as suas dificuldades, através do trabalho em equipe estimulando o autocuidado e

o entendimento sobre o próprio corpo, doença, suas relações com o meio social, instituindo em cada usuário a possibilidade de sobreviverem tendo qualidade de vida (CAMPOS, 1994).

Os usuários devem utilizar os CLS para sugerirem e opinarem sobre as atividades desenvolvidas na USF e nas extra-muros.

Segundo Oliveira (2003) a promoção da saúde também se dá pelo autocuidado, pela responsabilização do usuário com sua saúde, pela ajuda mútua, e pelas condições sociais, econômicas e culturais.

O segundo domínio é a confidencialidade que pressupõe que o usuário tenha para si o controle de quem tem acesso à informação sobre sua saúde. Como já foi apresentado o usuário tem pleno poder sobre seu prontuário podendo levá-lo a qualquer serviço de referência quando for consultar.

Identificou-se que há problemas quanto ao acesso do prontuário, pois da equipe da USF apenas a médica e a enfermeira podem ter acesso e anotar no prontuário dos usuários. Os ACS não têm permissão para manusearem os prontuários dos usuários, o que acredita-se ser desnecessário uma vez que o ACS faz parte da equipe de saúde e apresentam atributos éticos/profissionais para terem acesso aos prontuários dos usuários, sem que informações sejam disseminadas.

O terceiro domínio é a comunicação refere-se ao fato de o usuário receber toda a informação que requer sobre o seu estado de saúde e tratamento. E o quarto domínio é o tratamento respeitoso implica que o usuário receba um tratamento humano, gozando plenamente de seus direitos, não recebendo agravos sobre sua dignidade. Nessa pesquisa o terceiro e quarto domínio estão interligados foram analisados juntos.

Esses dois domínios se referem à relação entre usuário e profissional, ou seja, o atendimento cuidadoso, o interesse pelo seu estado de saúde, as explicações sobre dúvidas (sinais, sintomas, agravos, exames) dentre outros, são algumas das informações pertinentes para o usuário demonstrar sua satisfação com o serviço e ainda afirmo que daí pode se construir o vínculo e o cuidado integral.

Eles pesam, eles medem a pressão, e daí perguntam pra gente como é que a gente passo aquele mês, se a gente passo bem ou conforme, o sintoma que a gente sentiu né. Então, aí a gente conta [...] o jeito que eles fazem lá (U.4).

[...] a médica já me orientou, sim. Elas explicam como é que pra tomar. A gente já sabe né. Elas explicam conforme pegam a medicação no posto. Se tem médico ou não tem [...] e ela fala tudo. O dia que tem médico, o dia que não tem, o dia que tem, que tá marcando. Explica tudo, tudo (U.3).

A ACS sempre me visita [...] o pessoal todo que trabalha no posto teve me visitando, várias vezes, sempre se preocupando como que eu tava, se eu precisava de alguma coisa, se eu precisava de ajuda, sempre dando apoio, dando força. Nem que fosse só para uma visita, mas sempre alguém vinha na casa [...] eu sinto que eu tenho apoio, quando eu preciso eu sei que ali eu tenho com quem conversar, eu tenho alguém que me ajude pra expor [...] me ajuda quando eu preciso. Eu não me sinto bem, eu sou uma sozinha no mundo. Então ali eu sinto como se, se eu tivesse alguém da família. Eu sou muito bem atendida ali, não posso reclamar (U.11).

O quinto domínio é o pronto atendimento que pressupõe que o tempo transcorrido entre a busca de atenção e a provisão de serviço não gere riscos ou moléstias que mais tarde ocasionem a busca da atenção. E o sexto domínio são as condições das instalações básicas exigem que as características físicas do serviço, como limpeza, amplitude e iluminação, sejam apropriadas.

O quinto e o sexto domínio já foram abordados anteriormente em relação às filas e demora no atendimento e o espaço físico ser inadequados sendo domínios que geram

insatisfações ao usuário do USF . Sendo assim, esses domínios não foram contemplados pelos usuários, que avaliaram como ponto negativo no processo de trabalho da equipe.

O sétimo domínio e último é o acesso a redes de apoio social requer que o usuário receba atenção hospitalar e não perca o contato com o seu meio social. Os usuários relataram estar satisfeitos com alguns pontos da rede de cuidados, pois a maioria dos encaminhamentos foi rápida, em contraponto com outros que demoram até dois anos.

Relataram também estarem satisfeitos com o acompanhamento da equipe da USF em todo o processo de encaminhamento (os usuários que precisam são encaminhados, a unidade marca o especialista e depois é avisado pelas ACS o dia que foi marcado) como já foi visto anteriormente na avaliação do Processo.

[...] Tudo aconteceu dentro de oito dias [...] quando eu saí do hospital, no dia seguinte, eu fui, procurei o posto já fui atendida, fui encaminhada para o NAPS [...] Marcarão a consulta lá, aí não levou oito dias para mim ta consultando [...] dentro de oito dias eu consegui fazer tudo (U.11).

O tratamento respeitoso pode remeter à reflexão de que os resultados são dialéticos, porque se tem um grupo satisfeito com os relacionamentos, mas insatisfeito com a área física e organizacional. Isso faz com que se leve a entender que o usuário avalia positivamente algumas ações, entretanto avalia negativamente outras, que também dependem de relações entre equipe e gestão ou entre equipe e usuários.

Assim, surge um grande questionamento, no momento em que o serviço se organiza a partir destas características de se ter de chegar cedo para conseguir ficha, depois ainda ter de esperar em um ambiente pequeno algumas horas para ser atendido ou ser

agendado para outro dia ou mês, sendo assim, que características adquire a atenção à saúde recebida?

Na unidade foi observado que os usuários da hora que chegavam até a hora que saíam, levavam até mais que 4 horas para serem atendidos e isso não contribui para a humanização das práticas no serviço, nem mesmo para a satisfação do usuário.

A primeira prioridade da Política Nacional de Humanização (PNH) é a redução das filas e o tempo de espera dos usuários para a realização de uma consulta e/ou procedimento com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco (BRASIL, 2004).

Na observação de campo, os usuários de modo geral problematizavam a questão da demanda à consulta médica, há rotineiramente mais pessoas do que o número definido a priori para os atendimentos. Apesar do sistema de distribuição de atendimentos ter sido decidido em reunião com a comunidade, isto não responde as necessidades da mesma. Foi observado a presença de demanda reprimida.

Destaca-se que a uns dos motivos de insatisfação dos usuários se deve pela falta de médico especialista na ESF, pois segundo alguns usuários a USF deveria contar com no mínimo um pediatra. Segundo as orientações da ESF cada USF deve possuir apenas um médico que deve atender as necessidades dos usuários e caso precise de uma intervenção especializada o usuário deve ser encaminhado para serviços de referência, sem deixar de ser acompanhado pelos profissionais da USF (BRASIL, 2000a).

Na verdade, os usuários muitas vezes participam das ações de saúde da ESF, mas não materializam as transformações no modelo assistencial, ou por não perceberem

mudanças na forma e na proposta do atendimento, ou mesmo, por falta de informação sobre a proposta de cuidado voltado para a promoção saúde por meio de ações que estimulem também os usuários e suas famílias a conseguirem se compromissar com o desenvolvimento de práticas saudáveis.

Na fala do profissional P.10 se entende que a população prefere consulta por não entender ainda o que seria um cuidado prestado pela ESF (vinculação da promoção, prevenção, reabilitação e clínica).

O ideal do PSF é que eles (usuários) não viessem na unidade, que fossem feito tudo com os grupos, dessem orientação, né [...]. E eles só viessem quando realmente tivessem necessidade, porque muitos vêm ali para uma dúvida, uma gripe, antigamente nem se vinha por gripe, se tratavam em casa, eles por poucas coisas, ai enche, incha aqui e a doutora não consegue sair, não consegue fazer os grupos. Mas isso também tem interesse lá da secretaria, enquanto eles quiserem só ter demanda, que o povo saia satisfeito com consulta, com remédio, que ele tenha consulta médica e remédio se tu não dás remédio se não pega uns exames eles te encham de lixo né [...] Então quando ainda não tiver esse entendimento do que é a unidade da saúde da família lá na secretaria e eles auxiliarem a nos ta orientando ta movimentando a comunidade então nos continuaremos com essa dificuldade (P.10)

O que se nota é a cultura da consulta está muito presente na comunidade, ou seja, existe a supervalorização da consulta médica, da prescrição de medicamento e da solicitação de exames, faz com que se perda o objetivo da ESF que é o da promoção à saúde, o do estímulo ao auto cuidado, e da prevenção de doenças.

Neste momento volta-se ao “Acolher Chapecó” alguns dos usuários entrevistados demonstraram gostar do projeto, pois a qualquer hora do dia durante o

funcionamento da USF eram atendidos, consultados pelo enfermeiro, ou médico, ou auxiliar de enfermagem e saíam da USF com exames ou medicamentos como nota-se na fala a seguir:

Eu acho que devia voltar o Acolher que tinha antes, né. Porque, antes a enfermeira, se o problema fosse tão grave, a enfermeira mesmo te olhava. Agora é só com a médica. Então, por isso que se tornou mais difícil agora, né. E tu vais lá sempre está cheio, sempre está cheio, e às vezes tu tá bem doente, vai lá, não tem consulta. Ou tu vais no pronto-socorro (U.12).

No entanto, o Projeto Acolher foi extinto das USF sem qualquer consulta aos usuários e perante o término do projeto os usuários se depararam com a consulta (prescrições de medicamentos e exames) somente realizado pelos médicos, o que tornou o acesso difícil, pois já havia sido criada uma demanda de consultas com o Projeto que se tornou reprimida, a espera da consulta médica.

Concorda-se com Zaicaner (2001) quando diz que o usuário não pode ser mais considerado como mero expectador de um sistema que oferece serviços que considera necessário, ele precisa ser reconhecido enquanto indivíduo que possui direito e autonomia, sendo capaz de tomar para si as rédeas de suas escolhas e decisões.

Neste estudo, a partir da avaliação da satisfação do usuário, é possível perceber que existem fragilidades em três dos domínios: o pronto atendimento, as condições das instalações básicas e a autonomia.

Os usuários deveriam ser ouvidos e participar das decisões, mas para isso ainda há um longo caminho na área da saúde a trilhar em busca da integralidade do cuidado. Entretanto, os profissionais da área da saúde mental já começaram a estimular a participação do usuário na decisão clínica, onde todas as informações necessárias são fornecidas para que a

decisão se faça de modo conjunto entre o profissional, equipe e usuário, mas para isso o usuário precisa querer assumir responsabilidades pelas suas próprias decisões. Esta prática deveria se espalhar para todo campo da saúde.

Por isso, é importante que o usuário/família conheça seus direitos, reconheça seus deveres e se insira de forma decisiva na construção de práticas através dos CLS e do CMS, pois a sua satisfação ou insatisfação deve ser valorizada e entendida como um processo de movimento rumo a qualificação da atenção à saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final desta pesquisa será apresentada uma síntese das questões discutidas a partir dos dados obtidos relacionando-os com os pressupostos e objetivos da pesquisa.

Esta pesquisa foi um subprojeto do Projeto de “Monitoramento e Avaliação da Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família (PROESF)” patrocinada pelo Ministério da Saúde e o Banco Mundial que foi desenvolvida pelo Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina e pelo Departamento de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL).

O objeto de estudo da pesquisa foi à integralidade do cuidado ao portador de transtorno mental no interior do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família. A avaliação realizada foi a partir de uma abordagem qualitativa das dimensões de Estrutura, Processo e Resultado adaptadas da produção teórica de Avedis Donabedian.

A coleta de dados foi realizada através da observação e de entrevistas dos profissionais que trabalham na USF e de usuários identificados com algum tipo de transtorno mental (selecionados através da observação na recepção da USF e por indicação da equipe).

Antes de entrar na avaliação de Estrutura da USF foi realizada uma descrição do município de Chapecó – SC, sua organização do setor saúde, dados de saúde, rede de serviços, recursos humanos e capacitações. Em relação à descrição do bairro e da USF foram apresentados dados socioeconômicos da população, infra-estrutura, equipamentos sociais disponíveis no bairro, características da demanda da USF .

A análise dos dados foi dividida em três temas: **Avaliação da Estrutura**, **Avaliação do Processo** e **Avaliação do Resultado**. Foi observado que uma dimensão influencia a outra e para realização de um estudo de caso que utilize avaliação qualitativa é importante que sejam contempladas e analisadas todas as perspectivas do estudo para que se possa apresentar dados que sejam úteis para a tomada de decisão.

Foi realizada uma **Avaliação de Estrutura** sobre as características físicas da USF bem como a organização de sua demanda geral. Pois se partiu da perspectiva que o usuário portador de transtorno mental utiliza a USF em busca de um cuidado integral, sendo que muitas vezes, também pertence a outros grupos, de hipertensos, gestante e diabéticos. Entende-se que a dimensão da estrutura especificamente na ESF tem que ser adequada ao atendimento dos usuários em geral, ou seja, o ambiente acolhedor, com privacidade e com infra-estrutura compatível com o processo de trabalho em saúde e o modelo que a ESF está construindo.

A unidade fica em uma casa alugada e adaptada para ser uma USF que não comportava confortavelmente, a demanda e atividades ali desenvolvidas, não possuindo acesso adaptado para deficientes físicos.

A estrutura física da USF influencia na qualidade do atendimento prestado aos usuários, pois apresenta-se inadequada ao processo de trabalho desenvolvido pela equipe.

Por ter problemas de espaço a equipe realiza os grupos de hipertensão, diabetes e educação em saúde nos equipamentos sociais disponíveis na comunidade (igrejas, escolas, grupo de idosos) o que se torna um ponto positivo no processo de trabalho voltado para a

integralidade do cuidado em saúde mental, tendo em vista a integração dos recursos comunitários.

A unidade realiza consultas médicas, vacinação, puericultura, realização de curativos, verificação de sinais vitais, coleta de exame preventivo de câncer de colo do útero, atendimento odontológico, distribuição de medicamentos.

O atendimento odontológico na USF apresenta-se como um aspecto positivo para a integralidade, pois o serviço trabalha na lógica do tratamento completado, ou seja, após o usuário conseguir o atendimento somente dará alta quando completar todo seu tratamento dentário.

O atendimento oferecido à população é em grande parte consultas médicas. A grande quantidade de consultas dificulta a disponibilidade da médica para a escuta, apesar desta evidenciar a importância da escuta no trabalho em saúde. Destaca-se que a equipe reconhece a importância da escuta e do vínculo para realização de um cuidado integral, tendo a recepção, auxiliares, enfermeira e ACS utilizando a escuta como um instrumento importante para um processo de trabalho voltado para a integralidade do cuidado em saúde mental.

Entretanto, o acesso dos usuários às consultas (médicas ou odontológicas) é o aspecto que mais dificulta a integralidade do cuidado, pois é grande a disputa por fichas para atendimento na livre demanda. Apenas os usuários que pertencem aos grupos programáticos têm seu acesso garantido, mas alguns chegam a esperar semanas por uma consulta agendada.

Em relação ao sistema de referência um destaque positivo para a integralidade do cuidado é que o usuário leva seu prontuário para cada especialista com quem consulta, tendo um prontuário único no sistema de saúde do município.

A **Avaliação de Processo** foi realizada a partir do Fluxograma Analisador, esse modelo de análise foi apropriado para esse fim. O fluxograma mostrou o caminho percorrido, pelo usuário entrevistado, no setor de saúde do município, ofereceu uma visão dos ruídos, dificuldades e potencialidades no processo de trabalho dos profissionais de saúde.

Primeiro descreveu-se a história do usuário e após foi montado um fluxograma a partir da entrevista e prontuário de cada usuário participante da pesquisa. No fluxograma foi identificada a entrada do usuário no sistema de saúde, a recepção, como foram a decisão das intervenções, quais as intervenções oferecidas. No momento seguinte, uniram-se todos os fluxogramas dos usuários e foi criado um fluxograma geral da unidade segundo a visão do usuário sobre o funcionamento do serviço onde se pôde identificar nós críticos que podem dificultar a integralidade do cuidado em saúde mental.

A utilização do fluxograma analisador possibilitou analisar o acesso, o cuidado contínuo, as estratégias de cuidado no campo de saúde mental na ESF, uma vez que esta apresentou potencialidades para a construção de uma rede qualificada, integral e equânime.

Dos aspectos que comprometem a integralidade do cuidado destaca-se o registro e a restrição do acesso aos prontuários pelos ACS. Ou seja, a pouca informação ou falta de registro de algumas informações e o desconhecimento de algumas informações pelos ACS foram pontos negativos evidenciados, pois esta dificulta o canal de comunicação entre os próprios profissionais e entre eles e o usuário.

A equipe realiza grupos de hipertensão e diabetes, e algumas vezes, realiza palestras nas escolas voltadas apenas para as crianças. Ao pensar que a ESF vem propondo um modelo de intersetorialidade na assistência à saúde, assim como na saúde mental. A

equipe de saúde para proporcionar a integralidade do cuidado poderia se aproximar dos espaços oferecidos na comunidade, pois os equipamentos sociais são instrumentos valiosos para a realização de um cuidado integral.

A projeção que alguns usuários fazem que a saúde deve ser especializada, limita a ação da equipe de saúde da família em relação a saúde mental, dificultando a integralidade. Outro fator limitador da integralidade é a dificuldade de diagnosticar situações de risco em saúde mental (suicídio e isolamento social).

Em relação à referência em saúde mental na avaliação do processo nota-se que esta rede tem fácil comunicação entre USF e CAPS.

Em relação a fatores identificados como contribuintes para a integralidade do cuidado obteve-se o tratamento odontológico na forma completada, a realização de visitas domiciliares, o vínculo e a disponibilidade para a escuta.

Nota-se que a utilização das dimensões de Donabedian, em uma perspectiva integral, se mostraram auto dependentes, pois o tratamento odontológico aparece tanto na Avaliação da estrutura quanto do Processo como pontos positivos para alcançar a integralidade.

A visita domiciliar pode ser avaliada por duas vertentes tanto como fortalecedora, como comprometedora da integralidade, no sentido de como é realizada. Na primeira vertente a visita como foi dito, é um instrumento que possibilita um cuidado mais integral em relação à saúde. Ela estabelece e fortalece o vínculo dos usuários com a equipe da saúde da família, e é organizada de modo que possa garantir uma continuidade do cuidado, estabelecer e criar vínculo com os usuários e família.

Na segunda vertente identificou-se o rompimento da integralidade no cuidado da saúde mental no fato da visita domiciliar ser apenas para um usuário e não para a família. Em uma visita os usuários de uma mesma família são vistos isoladamente, não sendo percebidos como um grupo familiar e que suas necessidades de saúde podem ser fruto de um contexto familiar conturbado e desajustado.

A **Avaliação de Resultado** foi realizada a partir da satisfação do usuário. Através da percepção pode-se obter uma avaliação do cuidado prestado e como o usuário se beneficia da organização do serviço para resolver suas necessidades.

O vínculo, a relação entre a equipe e comunidade, a dinâmica para a realização do exame laboratorial, o cuidado à família, o fornecimento de medicação, as visitas domiciliares, o olhar integral do profissional de saúde no exame físico, o número de usuários a espera da consulta foram relatados como motivos de satisfação dos usuários.

Foi possível perceber que os usuários estão realizando permanente avaliação do serviço, fazendo isso, discutem sobre as condições da oferta da atenção à saúde, avaliando, emitindo juízo de valor sobre o bom e o ruim, apontando potencialidades e limites. Além disso, os usuários apontam também as possíveis “soluções” para os problemas. Por outro lado, ainda precisamos aprimorar a capacidade dos serviços em ouvir o usuário e considerar sua fala na tomada de decisões, pois sua opinião pode ter papel importante nos destinos das organizações.

A insatisfação esteve ligada ao acesso daqueles usuários que não fazem parte dos programas (puericultura, gestante, HAS e DIA), pois consideram que existem poucas

fichas, grandes filas e desorganização da demanda. Relataram que tem que chegar cedo e aguardar um longo tempo à espera da consulta e que o espaço físico da unidade é inadequado.

Notou-se que a comunidade supervaloriza a consulta médica, a prescrição de medicamento e a solicitação de exames, o que acaba por se confrontar com os objetivos da ESF que estão voltados a promoção à saúde, ao estímulo ao auto cuidado, e a prevenção de doenças.

Para avaliar a satisfação do usuário foram utilizados oito domínios: autonomia, confidencialidade, comunicação, tratamento respeitoso, pronto atendimento, condições das instalações básicas, acesso a redes de apoio social.

Em relação à autonomia do usuário, que está centrada em sua participação e decisão relacionadas à sua saúde, notou-se que dos 13 usuários entrevistados nenhum participava do Conselho Local de Saúde, que 8 participavam do grupo de hipertensão oferecido pela equipe de saúde da família do, 2 participavam de grupos oferecidos pela comunidade e 3 freqüentavam outro serviço de saúde (CAPS). Sendo assim, este domínio foi parcialmente contemplado, porque, existem usuários que gostariam de participar e realizar outras atividades que não são oferecidas pela USF e nem pela comunidade.

Em relação à confidencialidade, ela foi avaliada positivamente, pois o usuário tem pleno poder sobre seu prontuário podendo levá-lo a qualquer serviço de referência quando for consultar. Já por parte da equipe o acesso ao prontuário dos usuários fica restrito a médica e a enfermeira, as ACS não consultam os prontuários dos usuários, entretanto os usuários não sabem deste fato.

Quanto à comunicação e ao tratamento respeitoso, ou seja, a relação entre usuário e profissional, o atendimento cuidadoso, o interesse pelo seu estado de saúde, as explicações sobre dúvidas (sinais, sintomas, agravos, exames) dentre outros, foram algumas das informações pertinentes para o usuário demonstrar sua satisfação com o serviço.

Sobre o pronto atendimento e as condições das instalações básicas foram destacados às filas, a demora no atendimento e o espaço físico inadequado, como sendo esses domínios que geram insatisfação no usuário da USF e que podem romper com integralidade do cuidado em saúde mental.

Em relação ao acesso a redes de apoio social os usuários relataram estar satisfeitos com a rede de cuidados, pois a maioria dos encaminhamentos foram rápidos e a equipe da USF acompanha todo o processo de encaminhamento (os usuários que precisam são encaminhados, a unidade marca o especialista e depois ele é avisado pelas ACS o dia que foi marcado o atendimento).

Um dos pressupostos deste estudo foi que **a ESF possui potencialidades para cuidar de casos de transtornos mentais leves e moderados tornando a assistência mais resolutiva na construção da integralidade da rede de saúde**. Este pressuposto foi confirmado através das observações e entrevistas, pois foi possível verificar o envolvimento dos profissionais da equipe com o cuidado oferecido diante de exemplos como: acompanhamento no domicílio e na unidade, encaminhamentos quando necessários ao CAPS e outras especialidades.

O segundo pressuposto foi que **a ESF possibilita um contato contínuo e longitudinal com o usuário e família contribuindo para a integralidade do cuidado**. Este

pressuposto também foi confirmado através da presença de uma área adscrita, cadastramento de todas as famílias, reconhecimento de necessidades de cada usuário e famílias, das visitas domiciliares, do acompanhamento do usuário e família, mesmo quando este foi encaminhado a outros serviços de referência.

E o último pressuposto foi que **a ESF pode contribuir para reinserção social do portador de transtorno psíquico, pois assiste este no seu território, seguindo as diretrizes da Reforma Psiquiátrica**. Este pressuposto foi parcialmente confirmado uma vez que, a ESF favorece o acesso à unidade e o acesso dos profissionais no domicílio, mas não prioriza a utilização de equipamentos sociais para a organização de grupos ou atividades de promoção da saúde que favoreçam a participação dos usuários com transtornos mentais.

O objetivo geral desta pesquisa foi avaliar a integralidade do cuidado ao portador de transtorno mental na Estratégia Saúde da Família. O objetivo foi alcançado, por meio da avaliação de Estrutura, Processo e Resultado, pois foi possível observar o movimento organizacional da equipe na tentativa de promover o cuidado integral na saúde mental. Até mesmo, porque se percebeu, no caso estudado, o compromisso com a organização de uma rede de apoio a saúde mental, tanto por parte da própria equipe, quanto pela gestão.

Os objetivos específicos do estudo foram atingidos. A equipe apresentou potencialidades para o atendimento integral ao usuário portador de transtorno psíquico, uma vez que os instrumentos de trabalho utilizados pela equipe, como por exemplo, a formação de vínculo equipe usuário, a escuta, e a vinculação ESF/CAPS, contribuíram positivamente para a integralidade do cuidado.

Os usuários foram acolhidos, porque todos entrevistados referiram ter recebido atenção sobre sua necessidade, por meio de acompanhamento na própria USF, visitas domiciliares, encaminhamentos, solicitações de exames e tratamento medicamentoso quando necessário.

Foi observado na maioria das famílias, um agente cuidador, que era o responsável pelo cuidado com a medicação, com as consultas, com a alimentação, e o cuidado do usuário portador de transtorno mental.

Em algumas famílias o problema central de sofrimento do usuário se dava na própria dificuldade de relação familiar, no entanto, era também na própria família, que a equipe buscava trabalhar recursos, soluções para o melhor entendimento entre usuário e família, pois mesmo diante de alguns problemas de relacionamento era neste ambiente que o usuário buscava apoio, cuidado, o que elege de certa forma a família como um importante recurso para a manutenção e cuidado a saúde mental.

A equipe precisaria elaborar mecanismos e estratégias de priorização, cuidados, acesso, promoção, prevenção e reabilitação mais integrais e menos burocratizado e com relações de poderes, saberes mais flexibilizados.

A pesquisa é relevante na área de investigação em saúde mental, porque ela pode contribuir para a organização dos serviços no que se refere o cuidado em saúde mental, a fim de estabelecer uma possibilidade de atenção integral, centrada no usuário e família, e que viabilize o encaminhamento mais resolutivo.

Sendo assim, acredita-se que este estudo possa contribuir para a integralidade das práticas de atenção a saúde, na busca de desenvolver as potencialidades dos serviços,

enquanto locus de profissionais comprometidos com a reversão do modelo assistencial. Outra contribuição bastante importante se refere ao convite para algumas reflexões sobre o trabalho em saúde.

Esta pesquisa de avaliação do cuidado em saúde mental no ESF tentou fornecer informações para melhorar a intervenção (acesso, escuta, acolhimento, estrutura física, processos de trabalhos, mudança de modelo assistencial e responsabilização pela saúde do usuário), contribuir para o desenvolvimento prático e teórico do cuidado em saúde mental na ESF; ajudar na elaboração de uma assistência mais integral ao usuário (rede de cuidados e não somente encaminhar), e apontar quais são os fatores que contribuem e/ou impedem a formação de uma rede integral (visitas domiciliares, relação ESF/CAPS, longitudinalidade, vínculo e territorialização).

A avaliação em saúde, na atualidade, contempla um processo dinâmico e inovador tanto para a organização dos serviços, quanto para a pesquisa. Com isso, é possível verificar não somente as interfaces que norteiam o processo avaliativo, como também, propor espaços de dimensões entre os diferentes interessados, gestores, profissionais, usuários, pesquisadores, organizações não governamentais, dentre outros, buscando a transformação e qualificação das práticas, políticas e saberes em saúde mental.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS*

AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação e Programas Sociais**. 2ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

ALMEIDA, M. C. P., ROCHA, S. M. M. **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.

ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.2, n.½, p. 5-20, 1997.

ALVES, D. S. Integralidade nas políticas de saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/>. Acessado em: 4 maio 2007

ALVES, D. S. N.; SEIDL, E. F.; SCHECHTMAN, A.; SILVA, R. C. Reestruturação da atenção em Saúde Mental: Situação atual, diretrizes e estratégias. In: AMARANTE, P. (org). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 195-201.

AMARANTE, P. **O homem e a serpente**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BIRMAN, J; COSTA, J. F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (org). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 41-71.

* De acordo com:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 6023: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

BORDENAVE, J. E. D. La Transferencia de Tecnología Apropriada al Pequeño Agricultor **Revista Interamericana de Educação de Adultos**, v. 3, n. 1-2, 1983

BOSI, M. L.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. In: BOSI, M. L. M; MERCADO, F. J. (org.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petropolis, RJ: Vozes, 2006. p.87-117.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. Programa de Saúde da Família. **Programa de Saúde da Família; saúde dentro de casa**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual para a organização da atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica – Programa Saúde da Família: a implantação da unidade de saúde da família (caderno 1)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1444, de 28 de dezembro de 2000**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 267/GM, de 20 de maio de 2001**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia pratico do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da Assistência à Saúde**: aprofundando a descentralização com equidade no acesso - Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b

BRASIL. Ministério da Saúde. **Padrões de Qualidade do Atendimento ao Cidadão**: manual técnico para implantação dos padrões de qualidade do atendimento ao cidadão. Brasília: Ministério da Saúde, 2002c

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação da implantação do programa saúde da família em dez grandes centros urbanos síntese dos principais resultados**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. 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 - inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização - a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica. **Informe da Atenção básica**: estudo de linha de base nos grandes municípios brasileiros - uma ação do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf). Ano VI, n 27, janeiro/fevereiro de 2005a

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1056/GM, de 4 de julho de 2005**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Bulário eletrônico da Anvisa**. Disponível em <http://www.bulario.bvs.br/> . Acessado em: 02 fev. 2007.

BUENO, W. S. Betim: construindo um gestor único Pleno. In: MEHRY, E. E.; ONOCKO, R. (org). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec/Lugar Editorial, 1997. p. 169-195.

CABRAL, B. Estação comunidade. In: JANETE, A.; LANCETTI, A. (org). **Saúde mental e saúde da família**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 137-154.

CAMPOS, F. E. **Resolutividade: uma aproximação à avaliação qualitativa dos serviços de saúde**. Imprensa Universitária: Belo Horizonte/Rio de Janeiro, 1988.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas – o caso da saúde. In: CECILIO, L. C. O. (org). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 29-87.

CAMPOS, G. W. S. **A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada**. Campinas, 1997. /mimeo/

CAMPOS, G. W. S. M. **Um método para a análise e co-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, 2000.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.2, p. 399-407, fev. 2007.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584. 2003.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2002.

CAPLAN, G. **Princípios de Psiquiatria Preventiva**. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

CARDOZO-GONZALES, R. I. **O tratamento supervisionado no domicílio para o controle da tuberculose no município de Ribeirão Preto, SP – Brasil**: avaliação do desempenho. Ribeirão Preto, 2005. 100p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2005.

CASÉ, B. Estação comunidade. In: JANETE, A.; LANCETTI, A. (org). **Saúde mental e saúde da família**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 137-154.

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006. p.113-126.

CHAPECO. Estado de Santa Catarina. Prefeitura Municipal de Chapecó. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde**: gestão compartilhada (2005-2008). Chapecó: Secretaria Municipal da Saúde, 2005a.

CHAPECÓ. Estado de Santa Catarina. Prefeitura Municipal de Chapecó. Secretaria de Pesquisa e Planejamento. Projeto de desenvolvimento Municipal e Planejamento. **Planilha geral de bairros e planilha de lotes urbanos vazios**. 2005b Disponível em: <http://www.chapeco.sc.gov.br/> Acessado em: 2 de fev. 2007

CHAPECO. Estado de Santa Catarina. Prefeitura Municipal de Chapecó. Secretaria Municipal de Saúde. Programa de saúde da Família. Núcleo de Atenção Integral à Saúde da Família (NAISF). Chapecó: Secretaria Municipal da Saúde, s/d

CHIAVENATO, I. **Introdução à Teoria Geral da Administração**. 4. ed. São Paulo: Makron, 1993.

CHIESA, A. M.; FRACOLLI, E. A.; SOUSA, M. F. Enfermagem, academia e saúde da família. **Revista Brasília de Saúde da Família**, Brasília, v. 2, n.4, p. 52-59, ago. 2001.

COIMBRA, V. C. C.; OLIVEIRA, M.M.; OLIVEIRA, E. M. **Capacitação em Saúde Mental para Agentes Comunitários de Saúde**: pensando na realidade, buscando a transformação. Vitória, 2005. 52p. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Curso de Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem. Núcleo de Educação à Distância Universidade Federal do Espírito Santo.

COIMBRA, V. C. C. **O acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial**. Ribeirão Preto, 2005. 187p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2003.

COIMBRA, V. C. C.; KANTORSKI, L. P. O acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial. **Revista de enfermagem UERJ**, v. 13, n.1, p. 252-256, 2005.

CONIL, E. M. Epidemiologia e sistemas de saúde: fundamentos históricos e conceituais para uma discussão sobre o acompanhamento de direitos na prestação de serviços. In: **Curso de Especialização à distância em Direito Sanitário para Membros do Ministério Público e da Magistratura Federal**, Brasília: Unb/FIOCRUZ, 2002, p. 75-92. Disponível em www.saude.ba.gov.br Acessado em: 2 fev. 2007

CONILL, E. M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.5, p. 1417-1423, out.2004

CONASEMS. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Conferencia de Silvio Fernandes no Congresso da Alames (Lima –Peru). In: CONGRESSO LATINO AMERICANO DE MEDICINA SOCIAL, 9. **Medicina Social e gestão Publica: da teoria a pratica**. Quarta feira 18/08/2004 18h 22m Disponível em: <http://www.conasems.org.br/mostraPagina.asp?codServico=38codPagina=1320> Acesso em 29 de agosto de 2006.

- CONTANZO, C. A.; VERTINSKY, I. Measuring the quality of health care: a decision oriented typology. **Med. Care**, v. 13, n. 5, p. 417-431, 1975.
- CONTRADIPOULOS, A-P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J-L.; PINEAULT, R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de janeiro: Fiocruz, 1997.p. 29-47.
- COSTA-ROSA, A. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (org). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 141-168.
- CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. (org). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 4 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1994. p.51-66.
- DATASUS. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Assistência a saúde. **Indicadores de recursos – gasto médio (SUS) por atendimento ambulatorial**. 2002. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb.2002/e10.pdf>. Acesso em 29 de agosto de 2006.
- DATASUS. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Assistência a saúde. Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó. **SIAB** (Sistema de informação de atenção básica) – consolidado das famílias cadastradas do ano de 2005 do modelo geral. Chapecó: Secretaria de Saúde, 2005a.
- DATASUS. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Assistência a saúde. **Indicadores municipais de saúde – Santa Catarina/SC – Chapecó**. 2005b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/tabfussion/default.cfm?estado=sc>. Acesso em 29 de agosto de 2006.
- DESLANDES, S. F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, 1997.
- DONABEDIAN, A. **Evaluación de la calidad de la atención médica**. The Milbank Memorial Fund. Quarterh 44, 1966. p.383-404

DONABEDIAN, A. **La calidad de la atención médica**: definición y métodos de evolución. México: La prensa Médica Mexicana, S. A, 1984.

DONABEDIAN, A. La investigación sobre la calidad de la atención médica. **Salud Pública Mexico**, México, v. 28, p. 324-327, 1986

DONABEDIAN, A. Veinte años de investigación en torno a la calidade de la atención médica, 1964-1984. **Salud Publica Mexico**, México, v. 30, p. 202-215, 1988.

DONABEDIAN, A. The Role of Outcomes in Quality Assessment and Assurance. **QRB**. 18:356-360,1992.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of pathology and laboratory medicine**, v. 114, p. 1115 – 1118, 1990

DONABEDIAN, A. Prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo de la calidad de la atención. **Salud Publica Mexico**, México, v. 35, p. 94-97, 1993a

DONABEDIAN, A. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. **Salud Publica Mexico**, v. 35, p. 238-347, 1993b

ESCOBAR, E. M. A. **Avaliação da qualidade do programa de imunização de município de Vinhedo – Sp**. São Paulo, 2000. Tese (Doutorado). Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, 2000.

FACCHINI, L. A. ; PICCINI, Roberto Xavier ; TOMASI, E. ; THUMÉ, E. ; SILVEIRA, D. S. ; SIQUEIRA, F. V. ; RODRIGUES, M. A. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 669-681, 2006 a.

FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. **Monitoramento e Avaliação do Projeto Expansão e Consolidação da Saúde da Família**: relatório final do estudo de linha de base do lote sul. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas, 2006b. p. 05 -192.

FORMIGLI, V. L. A.; COSTA, M. C. O.; PORTO, L. A. Avaliação de um serviço de atenção integral à saúde do adolescente. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 831 - 841, jul/set. 2000

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr./jun. 1999.

FRANCO, T.B.; MERHY, E. E. Programa Saúde da Família: contradições e novos desafios. In: CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA; 6., 1999, Águas de Lindóia. **Anais...** São Paulo: APSP, 1999. v.2, p. 145-154.

FREIRE, P. *Pedagogia do Oprimido*. 35a. edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987

GARSEL, S. S.; SANCHEZ, T. G.; DIARDINI, L.; MURANO, E.; ALMEIDA, E. R.; BUTUGAN, O.; MINITI, A. Comparação entre o RX convencional e a tomografia computadorizada coronal em adultos com sinusopatia crônica recorrente. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**. v.26, n.5, set/out. 2006. p.68-74.

GUBA, E. G., LINCOLN, Y. S: **Fourth generation evaluation**. Newbury Park: Sage Publications; 1989.

JORGE, M. A. S.; ALENCAR, P. S. S.; BELMONTE, P. R.; REIS, V. L. M. **Texto de apoio em saúde mental**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003

KANTORSKI, L. P.; SILVA, G. B. **Ensino de enfermagem e reforma psiquiátrica**. Pelotas: Edidora da UFPel, 2001

KANOTSKI, L. P.; HECK, R. **Projeto PROESF: abordagem qualitativa**. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas, 2005.

KANTORSKI, L. P.; HECK, R.; JARDIM, V. M. R.; SILVA, E. N. F. Estudo de caso: abordagem qualitativa. In: FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. **Monitoramento e Avaliação do Projeto Expansão e Consolidação da Saúde da Família**: relatório final do estudo de linha de base do lote sul. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas, 2006. p. 193-313.

KOGA, M.; FUREGATO, A. R. F. Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobre carga familiar. In: LABATE, R. C. (org). **Caminhando para assistência integral**. Ribeirão Preto: Scala, 1999. p 363-375.

KONDER, L. **O que é Dialética**. Coleção Primeiros Passos 23. São Paulo: Brasiliense, 1981

LANCETTI, A. Saúde mental nas entranhas da metrópole. In: JANETE, A.; LANCETTI, A. (org). **Saúde mental e saúde da família**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 11- 52

LAPPIS. Laboratório de Pesquisa de Práticas de Integralidade em Saúde. **Quem somos**. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/> Acessado em: 4 maio 2007

LIMA, V. A. **O processo de trabalho da enfermagem na atenção primária**. Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. 258p Campinas, SP, 2004.

LOUREIRO, C. F. B. Complexidade e dialética: contribuições à práxis política e emancipatória em educação ambiental. **Educação Social**; Campinas, v. 27, n. 94, p. 131-152, jan./abr. 2006. Disponível em <<http://www.cedes.unicamp.br>>

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa Em Educação**: Abordagens Qualitativas. São Paulo: EPU. 1986.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**. Saúde & Cidadania, São Paulo: [s.n.]. v. 3, 1998.

MALTA, D. C.; FERREIRA, L. M.; REIS, A. T.; MERHY, E. E. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 56, p. 21-34, set./dez. 2000.

MARX, K. **O Capital**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968.

MASCARENHAS, E. B.; LUNARDI, J. C.; CHIARADIA, R. M.; BIONDO, S. M. **Protocolo de atendimento em saúde mental**. Chapecó: Secretaria Municipal de Saúde, 2005.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.5, p. 1411-1416, set/out. 2004.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006. p.39-64.

MELMAN, J. **Família e doença mental**. São Paulo: Escritus, 2001.

MENDES, E. V. A implantação dos sistemas integrados de serviço de saúde. In: VILLA, T. C. S.; PALHA, P. F.; MENDES, E. V.; MAMEDE, S. **Apostila da disciplina modelos de atenção à saúde da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP)**. Ribeirão Preto, 2001. p. 41-60 /mimeo/

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002

MENDES GONÇALVES, R. B. **Práticas de saúde**: processo de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal de São Paulo, 1992. (Caderno CEFOR).

MERHY, E. E.; CECILIO, L. C. O.; NOGUEIRA FILHO, R. C. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferencias de saúde. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 33, p. 80-83, 1991.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços da saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECILIO, L. C. O. (org). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 117-160.

- MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MEHRY, E. E.; ONOCKO, R. (org). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec/Lugar Editorial, 1997. p.71 – 112.
- MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. (org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 4 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1994. p. 9-29.
- MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7.ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.
- MODESTO, M. G.; MOREIRA, E. C.; ALMEIDA FILHO, N. Reforma sanitária e informação em saúde: avaliação dos registros médicos em um distrito sanitário de Salvador, Bahia. **Caderno Saúde Pública**, v.8, n. 1, Rio de Janeiro, jan. mar. 1992
- NASCIMENTO, M. A. A. **O desafio da clínica na saúde da família**. Palestra apresentado no VII Encontro de Atualização em Atenção Primária à Saúde Juiz de Fora/MG, 2004.
- NAVES, M.B. **Marx: ciência e revolução**. São Paulo: Moderna, 2000.
- OLIVEIRA, M. M. **A Prevenção do câncer do colo do útero, no contexto da estratégia saúde da família, da área básica da Distrital-Oeste/Sumarezinho, do município de Ribeirão Preto-SP**. Ribeirão Preto, 2003. 139p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2003.
- OMS. Organização Mundial de Saúde. **Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001: saúde mental - nova concepção, nova esperança**. OMS, 2001 Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006020.pdf>
- OTERO, P. A.; SATURNO, H. J. P.; MARQUET, P. R. Mejora de la calidad en atención primaria. In: MARTIN, Z. A.; CANO, P. J. **Atención primaria: conceptos, organización y práctica**. Madrid: Harcourt, 1999. p. 399 – 420./
- PANIZZI, M.; PERES, M. A. A.; MOSCHETTA, J. D. F. Saúde bucal: em busca da universalidade, da integralidade e da equidade. In: FRANCO, T. B.; PERES, M. A. A.; FOSCHIERA, M. M. P.; PANIZZI, M. (org). **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho**. São Paulo: Hucitec; Chapecó SC: Prefeitura Municipal, 2004. p. 145-192.

PEDUZZI, S. A. **O enfermeiro no PSF**. São Paulo: Secretaria da Saúde, 2000.

PITTA, A. M. F. Avaliação como processo de melhoria da qualidade dos serviços públicos de saúde. **Revista Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 44-61, abr/jun. 1992

PITTA, A. M. F. Os Centros de Atenção Psicossocial: espaços de reabilitação? **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 43, n 12, p. 647-654, dez. 1994

PITTA, A. M. F. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje. In: PITTA, A. M. F. (org) **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucite, 1996. p. 19-26.

PITTA, A. M. F. Cuidados com o cuidar em saúde mental: estratégias de avaliação. **Cadernos IPUB**, Rio de Janeiro, n.3, p. 185-195, 1999

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – Brasil. **Pobreza: desigualdades estaduais em 2005 – tabelas do ranking IDH-M (atlas)**. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/atlas/tabelas/index.php>. Acesso em 29 de agosto de 2006.

PUENTES ROSAS E, GÓMEZ DANTÉS O, GARRIDO LATORRE F. Trato a los usuarios en los servicios públicos de salud em México. **Revista Panam Salud Publica** v. 19, n 6, 394-402, jun. 2006.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.27-34, jan-fev, 2003

REINALDO, A. M. S.; ROCHA, R. M. Visita domiciliar de enfermagem em saúde mental: ideias para hoje e amanhã. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 4, n. 2, 2002. p. 36-41. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br>

RIO DE JANEIRO. Secretaria do Estado de Saúde. **Tenias e Cisticercose**. Disponível em: <http://www.saude.rj.gov.br/acoes/tenias/> Acessado em: 2 fev. 2007

ROBERTO NETO, A.; RIBALTA, J. C. L.; FOCCHI, J. BARACAT, E. C. Avaliação crítica da estrutura do Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo Uterino do Ministério da Saúde do Brasil. **Femina**, São Paulo, v. 29, n 8, p. 555-560, set. 2001.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Guia de saúde Mental**. Porto Alegre, 2001.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desintitucionalização, uma outra via. In: ROTELLI, F.; FRANCO, R. LEONARDIS, O.; MAURI, D.; RISIO, C. **Desintitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 17-59.

ROTELLI, F.; AMARANTE, P. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA JR, B.; AMARANTE, P. (org). **Psiquiatria sem hospício**: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p.41-55.

SANTINI, L. A; GOULART, F. A. A.; REIS, H. C. (org) **A saúde no município**: organização e gestão. Rio de Janeiro: IBAM/UNICEF, 1991.

SARACENO, B. Questões abertas em Psicofarmacologia Clínica. In: RUSSO, J.; FERREIRA, J. (org). **Duzentos anos de psiquiatria**. Rio de Janeiro: UFRJ, 1993. pxxxx

SARACENO, B. A concepção de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental. **Revista Terapia Ocupacional Universitária**. São Paulo. v.9, n.1, p.26-31. jan./abr.1998.

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidade possível**. Rio de Janeiro: Editora Te Cora, 1999.

SANTA CATARINA. **Plano Estadual de Saúde Mental 2005 – 2006**. Florianópolis: Secretaria Estadual de Saúde, 2005.

SCHRAIBER, L. B.; MENDES GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES GONÇALVES, R. B. (org). **Saúde do adulto**: Programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 29-47.

SCATENA, M. C. M. **Saindo do hospital psiquiátrico: análise da inserção dos pacientes nos lares abrigados**. Ribeirão Preto, 2000 [livre-docência]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2000.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, v.10, n.1, p.80-91, jan/mar, 1994

SILVA JUNIOR, A. G.; ALVES, C. A.; ALVES, M. G. M. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org). **Construção social da demanda: direito a saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC UERJ: ABRASCO, 2005. p. 77- 89.

SOMMERS, P. A. Participacion activa de los consumidores en el sistema de prestacion de servicios de salud: una evaluacion de la satisfaccion de los pacientes. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, v. 94, n. 1, 54-75, Jan. 1983.

TANAKA, O. Y. **Avaliação da qualidade de serviço básico de saúde: o estudo do distrito da Brasilândia**. São Paulo, 1994. Tese (Livre-docência). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1994.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de Programas de saúde do adolescente: um modo de fazer**. São Paulo: EDUSP, 2001

TOMASI, E.; FACCHINI, L. A. ; FASSA, A. G. ; OSORIO, A. Aplicativo para sistematizar informações ao planejamento de ações de saúde pública. **Revista de Saúde Pública / Journal of Public Health**, São Paulo, v. 37, n. 6, 2003.

TONI, J. Planejamento Estratégico e Situacional: uma proposta metodológica inovadora. In: **Revista Espaço Acadêmico**, n. 32, Maringá, 2004.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais - a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

TURRINI, R. N. T. **Percepção das usuárias sobre a resolutividade e a satisfação pelos serviços de saúde na região sudeste da grande São Paulo**. Tese [Doutorado] São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo 2002.

ZAICANER, R. **Satisfação da clientela: um objetivo a ser alcançado pelo serviço público de saúde**. Dissertação [Mestrado] São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo 2001.

ZIMERMAN, D. E. Fundamentos Técnicos. In: ZIMERMAN, D. E; OSORIO, L. C. (org). **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Medicas, 1997. p. 33-40.

YASUI, S. A reforma psiquiátrica e a transição paragmática. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA DA ABRASCO, 7., 2003, Brasília. **Anais...**Brasília: ABRASCO, 2003. v.1, p 151

YIN, R. K. **Estudo de Caso**: planejamento e métodos. 3 ed. Tradução: Daniel Grassi. Porto Alegre: Bookman, 2005.

WRIGTH, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliacao e intervencao na familia**. 3 ed. São Paulo: Roca, 2002.

WEIRICH, C. F.; TAVARES, J. B.; SILVA, K. S. O cuidado de enfermagem à família: um estudo bibliográfico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 02, p. 172-180, 2004. Disponível em www.fen.ufg.br.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) Sr (a): _____

Venho, respeitosamente, por meio deste, solicitar sua participação na pesquisa **“Avaliação do cuidado em saúde mental no Programa Saúde da Família”** que tem como objetivo avaliar a integralidade do cuidado ao portador de doença mental na estratégia saúde da família. Trata-se de uma pesquisa articulada com o Curso de Pós-graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), nível Doutorado, realizado por mim Valeria Cristina Christello Coimbra, Enfermeira, sob orientação da Profa. Dra. Luciane Prado Kantorski da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas (FEO-UFPe).

Será utilizado gravador para realização das entrevistas. Esta pesquisa não oferece ônus para nenhuma das partes (pesquisado e pesquisador).

Através do presente termo de consentimento livre e esclarecido declaro que fui informado (a), de forma clara dos objetivos, da justificativa e da forma em que o trabalho será conduzido. fui igualmente informado (a):

- Da garantia do sigilo e anonimato;
- Da garantia do respeito à privacidade;
- Do direito de acesso aos dados coletados, bem como esclarecimentos necessários;
- Do direito de desistir do estudo quando assim o desejar;
- Da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida acerca dos procedimentos, riscos e benefícios e outros assuntos relacionadas ao trabalho;
- Enfim de todos os preceitos éticos-legais durante e após o término do trabalho

Obrigado pela atenção.

Atenciosamente,

Enfa Msc Valeria Cristina christello Coimbra
Doutoranda do Programa de Enfermagem Psiquiátrica
da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.
Tel para contato: (016) 6354056

Local e Ciente. De acordo:

Data: _____, _____ de _____ de 2005.

Assinatura do (a) entrevistado (a): _____ RG

APÊNDICE B – Roteiro de Observação

Nome da Unidade de Saúde da Família: _____

Início de Funcionamento: _____

Horário de Funcionamento: _____

Área Adstrita (n°): _____

Bairros de Abrangência: _____

Situação Socioeconômica da população adstrita e história dos bairros: (Anexar o Diagnóstico Situacional da Unidade Saúde da Família):

Estrutura

- ❖ Números de salas e distribuição
- ❖ Privacidade
- ❖ Ruídos
- ❖ Iluminação e limpeza
- ❖ Quem são os profissionais que trabalham na Unidade Saúde da Família (equipe mínima):

Médico (n°): ____ Carga Horária: ____ Qualificação: _____

Enfermeiro (n°): ____ Carga Horária: ____ Qualificação: _____

ACS (n°): ____ Carga Horária: ____ Qualificação: _____

- ❖ Quais e quantos os profissionais que trabalham na Unidade Saúde da Família (equipe de suporte):

Cirurgião Dentista (n°): ____ Carga Horária: _____

Atende na Unidade de Saúde da Família () sim () não, onde: _____

Dias de atendimento: _____

Fisioterapeuta (n°): ____ Carga Horária: _____

Atende na Unidade de Saúde da Família () sim () não, onde: _____

Dias de atendimento: _____

Psicólogo (nº): _____ Carga Horária: _____

Atende na Unidade Saúde da Família () sim () não, onde: _____

Dias de atendimento: _____

Assistente Social (nº): _____ Carga Horária: _____

Atende na Unidade de Saúde da Família () sim () não, onde: _____

Dias de atendimento: _____

Nutricionista (nº): _____ Carga Horária: _____

Atende na Unidade de Saúde da Família () sim () não, onde: _____

Dias de atendimento: _____

Psiquiatra (nº): _____ Carga Horária: _____

Atende na Unidade de Saúde da Família () sim () não, onde: _____

Dias de atendimento: _____

Outros Profissionais: _____

-
- ❖ Como estão organizados (atividades que assumem, em que circunstâncias e com que frequência de reúnem).
 - ❖ Como funciona o serviço (características, projeto terapêutico, horário de funcionamento, entre outros).
 - ❖ Oferta de atendimentos (Anexar o cronograma de atividades)
 - ❖ Como está organizada quanto à assistência a saúde mental (organização específica serviços de referencia em saúde mental).

Processo

- ❖ Como o usuário foi recebido
- ❖ Quem são os usuários
- ❖ Participação dos usuários e família (cuidado integral)
- ❖ Relação com a equipe (vínculo)
- ❖ Envolvimento com o serviço
- ❖ Como funciona a distribuição de medicamentos (psiquiátrico)

- ❖ Atividades em grupo em espaços públicos (estimula a inserção social)
- ❖ Interação com outros espaços públicos (escolas, igrejas, ONG, polícia, cadeias, abrigos, hospitais, clubes, estádios, cinemas, fábricas, associações de moradores e outras instituições presentes no território).
- ❖ Existe fila de espera
- ❖ Como é feita a marcação de consulta (acesso)
- ❖ Como é feito o encaminhamento a outros serviços (continuidade)
- ❖ Existe suporte de uma equipe de saúde mental e como é realizado este suporte
- ❖ Como é realizado o acompanhamento de usuários com transtorno mental
- ❖ Quais as ações específicas de saúde mental que a equipe de saúde da família realiza

Em relação ao atendimento (na unidade)

- ❖ Como o usuário foi recebido
- ❖ Atuação da equipe em caso de urgência psiquiátrica
- ❖ Atividade individual na unidade
- ❖ Atividades em grupo na unidade
- ❖ Identificação do problema que levou o usuário ao procurar o serviço
- ❖ Escuta
- ❖ Exame físico e psíquico
- ❖ Uso de medicamento
- ❖ Uso de roteiro ou protocolos
- ❖ Uso de normas do serviço (rígida ou não)
- ❖ Conduta do profissional frente ao caso
- ❖ Como o usuário recebeu o atendimento (estimula a autonomia do usuário, poder de decisão sobre sua saúde)
- ❖ Quais as intervenções oferecidas ao usuário
- ❖ Recebeu informações necessárias sobre a intervenção
- ❖ Como utiliza os recursos disponíveis no serviço
- ❖ Agendamento

❖ Próximo atendimento

Em relação ao atendimento (no domicílio)

- ❖ Atividade individual fora da unidade (domicílio) e como é marcada e realizada a visita domiciliar
- ❖ Profissional que realizou a visita
- ❖ Qual o motivo da visita
- ❖ Como é o relacionamento usuário/família
- ❖ Condições de moradia e socioeconômico
- ❖ Como o profissional foi recebido pela família e usuário
- ❖ Identificação do problema que levou a necessidade de visita domiciliar
- ❖ Escuta
- ❖ Exame físico e psíquico
- ❖ Conduta do profissional frente ao caso
- ❖ Como o usuário recebeu o atendimento (estimula a autonomia do usuário, poder de decisão sobre sua saúde)
- ❖ Quais as intervenções oferecidas ao usuário
- ❖ Recebeu informações necessárias sobre a intervenção
- ❖ Como utiliza os recursos disponíveis no serviço
- ❖ Agendamento
- ❖ Próximo atendimento

Resultado

- ❖ Número de usuários atendidos no domicílio
- ❖ Número de usuários atendidos na unidade de saúde da família
- ❖ Faixa etária dos usuários atendidos: Crianças: _____ Adultos: _____ Idosos: _____
- ❖ Quantos atendimentos foram relacionados a problemas de saúde mental:
Crianças: _____ Adultos: _____ Idosos: _____
- ❖ Quantos encaminhamentos foram realizados para serviços especializados de saúde mental.

APÊNDICE C - Roteiro de Entrevista Semi-estruturada para os Profissionais

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Sexo:

Escolaridade:

Profissão:

Idade:

Nome da USF:

Tempo que trabalha no USF:

Tempo de Formação:

Tempo de PSF nos Bairros:

Data:

Cidade:

- 1) Descreva um caso de assistência a um paciente com transtorno mental que a equipe de saúde da família atendeu.
- 2) Quais as ações relacionadas a saúde mental que a sua unidade de saúde da família desenvolve?
- 3) Como se estabelece o vínculo com o usuário com transtorno mental? E como este vínculo é construído?
- 4) Quais os grupos oferecidos para os pacientes com transtorno mental na sua unidade saúde da família e na comunidade? Como é feita esta inclusão? Existe o trabalho conjunto com outros espaços (órgãos públicos, comunidade, ONG)?
- 5) Como a equipe de saúde da família vem trabalhando com o grupo familiar de usuário com transtorno mental?
- 6) Como é o atendimento dos usuários com transtorno mental?
- 7) Quais são os atendimentos especializados em saúde mental que o PSF pode referenciar o usuário com transtorno mental e como é realizada esta referência? A equipe sabe como foi a terapêutica traçada para o usuário?
- 8) Existe prática de discussão de casos em equipe?
- 9) Descreva quais são e de que forma os aspectos relacionados a autonomia do usuário são trabalhados pela equipe de saúde da família?

APÊNDICE D - Roteiro de Entrevista Semi-estruturada aplicada ao usuário

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Sexo:

Escolaridade:

Profissão/trabalho:

Idade:

Nome da USF que pertence:

Quantas vezes utilizou o PSF:

Tempo que mora no bairro:

Mora com família:

Situação de moradia:

Data:

Cidade:

Sul () Nordeste()

- 1) Você procura o PSF quando?
- 2) Como o PSF tem ajudado você em seu problema de saúde?
- 3) Como a equipe de saúde da família aborda seu problema de saúde?
- 4) Você participa de algum grupo na comunidade ou no PSF? E/ou quais atividades você já participou no PSF?
- 5) Você participa de trabalhos comunitários? Quais?
- 6) Você recebeu visita de quais os profissionais?
- 7) Quando precisa de consulta especializada como é feito?
- 8) Como você faz para conseguir uma consulta no PSF?
- 9) Fale como foi realizado seu atendimento pelos profissionais do PSF? Considerar chegada, assistência, resultado?

ANEXOS

ANEXO A - Estudos de linha de base: região/estado/instituição responsável/município.

Região/estado/ instituição responsável	Municípios
Sul 1 – Paraná e Santa Catarina UE de Maringá	Toledo, Araucária, Pinhais, Apucarana, Paranaguá, Guarapuava, Colombo, S. José dos Pinhais, Cascavel, Foz do Iguaçu, Ponta Grossa, Maringá, Londrina, Curitiba, Jaraguá do Sul, Joinville, Blumenau, Palhoça, Itajaí, São José.
Sul 2 – Rio Grande do Sul e Santa Catarina UF de Pelotas	Santa Cruz do Sul, Cachoeirinha, Bagé, Sapucaia do Sul, Uruguaiana, Passo Fundo, Rio Grande, Alvorada, São Leopoldo, Viamão, Novo Hamburgo, Gravataí, Sta. Maria, Canoas, Pelotas, Caxias do Sul, Porto Alegre, Chapecó, Lages, Criciúma e Florianópolis.
Sudeste 1 – Espírito Santo e Minas Gerais Cepesc – Uerj	Colatina, Linhares, Cachoeira de Itapemirim, Vitória, Cariacica, Serra, Vila Velha, Itabira, Araguari, Conselheiro Lafaiete, Pouso Alegre, Varginha, Barbacena, Sabará, Patos de Minas, Teófilo Otoni, Poços de Caldas, Ibirité, Divinópolis, Sete Lagoas, Santa Luzia, Ipatinga, Gov. Valadares, Uberaba, Ribeirão das Neves, Montes Claros, Betim, Juiz de Fora, Uberlândia, Contagem e Belo Horizonte.
Sudeste 2 – Rio de Janeiro Fiotec – RJ	Resende, Angra dos Reis, Queimados, Cabo Frio, Macaé, Teresópolis, Nilópolis, Mesquita, Barra Mansa, Nova Friburgo, Itaboraí, Magé, Volta Redonda, Petrópolis, Campos dos Goytacazes, Belford Roxo, São João de Meriti, Niterói, Nova Iguaçu, Duque de Caxias, São Gonçalo e Rio de Janeiro.
Sudeste 3 – São Paulo FFM – USP	Barretos, Guaratinguetá, Araras, Catanduva, Franco da Rocha, Atibaia, Mogi Guaçu, Bragança Paulista, Pindamonhangaba, Francisco Morato, Ferraz de Vasconcelos, Indaiatuba, Hortolândia, Rio Claro, S. Bárbara d'Oeste, Araraquara, Americana, Jacareí, São Carlos, Sumaré, Suzano, Taubaté, Limeira, Itaquaquecetuba, Franca, Jundiaí, Moji das Cruzes, São José do Rio Preto, Ribeirão Preto, São José dos Campos, Campinas e Guarulhos.
Sudeste 4 – São Paulo FFM – USP	Ribeirão Pires, Cubatão, Botucatu, Jaú, Itapetininga, São Caetano do Sul, Itapeverica da Serra, Itu, Cotia, Araçatuba, Itapevi, Pres. Prudente, Marília, Taboão da Serra, Praia Grande, Embu, Barueri, Guarujá, S. Vicente, Bauru, Piracicaba, Carapicuíba, Diadema, Mauá, Santos, Sorocaba, Santo André, Osasco e São Bernardo do Campo.
Sudeste 5 – São Paulo FFM – USP	São Paulo – capital.
Centro-Oeste 1 – DF e Mato Grosso Fundep – UFMG	Brasília, Rondonópolis, Várzea Grande e Cuiabá.
Centro-Oeste 2 – Goiás e Mato Grosso do Sul Fundep – UFMG	Valparaíso de Goiás, Rio Verde, Águas Lindas de Goiás, Luziânia, Anápolis, Aparecida de Goiânia, Goiânia, Dourados e Campo Grande.
Nordeste 1 – Bahia, Sergipe e Ceará UFRN	Porto Seguro, Teixeira de Freitas, Barreiras, Lauro de Freitas, Alagoinhas, Jequié, Camaçari, Juazeiro, Itabuna, Ilhéus, Vitória da Conquista, Feira de Santana, Salvador, Nossa Senhora do Socorro, Aracaju, Crato, Sobral, Maracanaú, Juazeiro do Norte, Caucaia e Fortaleza.
Nordeste 2 – Alagoas, Paraíba, Pernambuco, Piauí e R. G. do Norte UF de Pelotas	Arapiraca, Maceió, Santa Rita, Campina Grande, João Pessoa, Vitória de Santo Antão, Garanhuns, Camaragibe, Cabo de Santo Agostinho, Petrolina, Caruaru, Paulista, Olinda, Jaboatão dos Guararapes, Recife, Parnaíba, Teresina, Parnamirim, Mossoró e Natal.
Norte 1 – Acre, Amazonas, Roraima e Rondônia Fiotec	Rio Branco, Manaus, Boa Vista, Ji-Paraná e Porto Velho.
Norte 2 – Pará e Amapá Cesgranrio Tocantins e Maranhão Cesgranrio	Cametá, Abaetetuba, Castanhal, Marabá, Santarém, Ananindeua, Belém e Macapá. Araguaína, Palmas, Timon, Caxias, Imperatriz, São Luís, Codó e São José de Ribamar.

ANEXO B- Organograma da Secretaria Municipal da Saúde de Chapecó/SC

Fonte: Secretaria Municipal da saúde de Chapecó

ANEXO C- Comitê de Ética

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA NA PESQUISA**

OF. 083/05

Pelotas, 11 de Novembro de 2005.

**Ilm^a Sr^a
Prof^a Dr^a Luciane Prado Kantorski**

Prezado Pesquisador(a),

Vimos através deste informá-la que seu projeto de pesquisa intitulado *“Avaliação da Assistência em Saúde Mental no Programa de Saúde da Família: a possibilidade de construção de uma atenção de saúde sem muros”*, foi aprovado por este comitê, em reunião do dia 11/11/2005.

**Prof. Dr. José Augusto^a Crespo Ribeiro
Coordenador do CEP/FM/UFPEL**

ANEXO D – Protocolo de Encaminhamento Saúde Mental**Fluxograma de Atendimento em Saúde Mental**