

BEATRIZ FRANCHINI

**CONTRIBUIÇÕES DO PLANEJAMENTO
ESTRATÉGICO À POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL
NO MUNICÍPIO DE BLUMENAU/SC**

Florianópolis, 2006.



Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública

CONTRIBUIÇÕES DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO À POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE BLUMENAU/SC

Beatriz Franchini

Orientador: Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, como um dos quesitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Florianópolis, 2006.

ASSINATURAS BANCA EXAMINADORA

Dedico este trabalho à Família Franchini...



AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Prof. Dr. Walter de Oliveira por ter acreditado em meu trabalho e me apoiado em todos os momentos.

Agradeço ao Secretário Municipal de Saúde de Blumenau, Dr. Edison José Adriano e à Superintendente de Saúde Enf^a Heloísa Luz pela oportunidade de desenvolver este trabalho.

Agradeço aos profissionais de Saúde Mental e da Rede Básica de Saúde que participaram da pesquisa.

Agradeço ao meu companheiro Fabiano Silva pela paciência e carinho.

Agradeço aos amigos e a minha família que toleraram minha distância.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS.....	VIII
RESUMO.....	9
ABSTRACT.....	10
1. INTRODUÇÃO.....	11
2. MARCO TEÓRICO.....	14
2.1 A atenção em Saúde Mental.....	14
2.2 Reforma Psiquiátrica.....	17
2.3 Reforma Psiquiátrica no Brasil	19
2.4 O Modelo de atenção da Reforma Psiquiátrica.....	24
2.5 A Integralidade da Atenção em Saúde e a Descentralização da Saúde Mental: Saúde Mental na Atenção Primária.....	27
2.6 Planejamento Estratégico.....	30
2.7 Saúde Mental em Blumenau.....	38
3. OBJETIVOS.....	43
4. METODOLOGIA.....	44
4.1 Caracterização do Estudo.....	44
4.2 A escolha do método.....	44
4.3 Coleta de Dados.....	46
4.4 Etapas da coleta de dados.....	48
4.5 Local do Estudo.....	49
4.6 Objeto e Sujeitos do estudo.....	49
4.7 Análise dos dados.....	50
4.8 Princípios Éticos.....	50
5. ANÁLISE DO PROCESSO.....	52
5.1 O processo de Planejamento Estratégico e Descentralização em Blumenau.....	52
5.2 Visão Geral do Planejamento Estratégico.....	56
5.3 Resultados do Processo de Planejamento Estratégico.....	58
5.4 O Processo de Descentralização: O trabalho das mini-equipes de Saúde Mental.....	66
5.5 Dificuldades/Obstáculos do processo de Planejamento Estratégico e Descentralização.....	78

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	82
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85
ANEXOS.....	92
ANEXO 1 Aceite do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – UFSC	
ANEXO 2 Modelo do Termo de Consentimento livre e esclarecido aplicado aos participantes da pesquisa	
ANEXO 3 Termo de aceite da Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau/SC	
ANEXO 4 Relatório Final do Planejamento Estratégico em Saúde Mental do Município de Blumenau/SC	

LISTA DE ABREVIATURAS

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS ad - Centro de Atenção Psicossocial de Alcool e Drogas

CAPS i - Centro de Atenção Psicossocial Infantil

NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial

MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental

OMS - Organização Mundial da Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PES - Planejamento Estratégico Situacional

PSF - Programa de Saúde da Família

SUS - Sistema Unico de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

RESUMO

A utilização dos princípios do Planejamento Estratégico Situacional de Carlos Matus e do Pensamento Estratégico de Mario Testa tem sido muito difundida em nosso país por contribuir na construção de Políticas Públicas emergentes do processo de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica. A busca por um modelo singular que viesse ao encontro das necessidades e, principalmente das possibilidades de um local que oferece atendimento em saúde mental é o objeto deste trabalho, o qual visa descrever e analisar o processo de Planejamento Estratégico e de implantação de um Programa de Descentralização em Saúde Mental em um município catarinense. Realizou-se uma pesquisa qualitativa, do tipo Pesquisa-ação, com abordagem participativo-constructivista e fenomenológica. A coleta de dados se deu através da observação participante, entrevistas semi-estruturadas e análise documental. Com o objetivo de descrever e analisar o processo de Planejamento Estratégico em Saúde Mental realizado no município de Blumenau/SC, durante o ano de 2003 e o processo de descentralização efetivado concomitantemente naquele município e assessorado pelo mesmo projeto de consultoria. Os dados coletados revelaram que os encontros de Planejamento Estratégico proporcionaram: espaço de escuta para as equipes; espaço de integração entre as equipes; nivelamento e ampliação de conhecimento acerca da Reforma Psiquiátrica; desconstrução do poder; engajamento maior no processo de construção dos SUS; ocupação de espaços políticos; identificação de problemas e implementação de ações de saúde mental. O Planejamento Estratégico possibilitou, através da criação de um programa de Descentralização em Saúde Mental, perceber o distanciamento entre os serviços de saúde mental e a rede básica, bem como a possibilidade e a importância da aproximação; o reconhecimento das dificuldades dos serviços; a necessidade de capacitação e os obstáculos do processo. Os profissionais da equipe de saúde mental de Blumenau identificaram a importância do Planejamento Estratégico como instrumento de construção coletiva para realização do diagnóstico situacional e elaboração de planos de ação. Conclui-se que somente um trabalho contínuo e integrado com as equipes de saúde, coordenadores, administradores, planejadores e pesquisadores pode resultar em uma atenção que contemple o novo olhar sobre a saúde mental que se busca a partir do movimento da reforma psiquiátrica.

Palavras-chave: Saúde Mental, Planejamento Estratégico, Descentralização, Reforma Psiquiátrica, SUS.

ABSTRACT

The use of the principles of Situational Strategic Planning by Carlos Matus and of Strategic Thinking by Mario Testa has been broadly promoted in Brazil to contribute to the construction of public policies emerging from the process of public health and psychiatric reform. The purpose of this study is to assist in the search for a singular model that meets the needs and principally the possibilities for a location that offers mental health care services. The study seeks to describe and analyze the Strategic Planning process and the implantation of a Decentralization Program in Mental Health care in a municipality in Santa Catarina State. A qualitative study was conducted, of the research-action type, with a participative-constructivist and phenomenological approach. Data collection involved participant observation, semi-structured interviews and document analysis. The purpose of the study is to describe and analyze the Strategic Planning process in Mental Health care conducted in the municipality of Blumenau, SC, in 2003 and the decentralization process conducted concomitantly in that municipality and assisted by the same consulting project. The data collected reveal that the Strategic Planning encounters offered: a space for the workers to listen to each other; a space for integration among the workers in different departments, a leveling and broadening of knowledge about Psychiatric Reform; the deconstruction of power; greater engagement in the process of construction of SUS; the occupation of political spaces; an identification of problems and the implementation of mental health actions. Strategic Planning allowed, through the creation of a Decentralization program in Mental Health care, a perception of the distance between the mental health services and the basic health care network, as well as the possibility and importance of approximation; the recognition of the difficulties of the services; the need for training and the obstacles to the process. The mental health professionals of Blumenau recognized the importance of Strategic Planning as an instrument for collective construction for the realization of situational diagnostics and the preparation of action plans. It was concluded that only continuous and integrated work with the health care workers, coordinators, administrators, planners and researchers can result in adoption of the new concepts concerning mental health raised by the psychiatric reform movement.

Key-words: Mental Health, Strategic Planning, Decentralization, Psychiatric Reform, SUS.

1. INTRODUÇÃO

Vivemos em um tempo de significativas transformações políticas, jurídicas e conceituais no campo da saúde mental coletiva.

A partir do movimento da Reforma Psiquiátrica iniciado no Brasil na década de 1970 e em consolidação através de leis e portarias a partir da década de 1990, exige-se maior integração das ações dos serviços de Saúde Coletiva, bem como, novas formas de organização, no campo da Saúde Mental. Neste contexto, pensar em um modelo de atenção em saúde coletiva que não exclua o usuário de saúde mental de seu convívio social torna-se um importante desafio. Este movimento de mudanças, dentre outras ações, requer a criação de uma rede de serviços de saúde substitutiva aos hospitais psiquiátricos que garanta o cuidado, a inclusão social e a emancipação das pessoas portadoras de sofrimento psíquico.

Embora nos últimos anos tenha-se iniciado a criação desta rede em todo o país para fins de desospitalização, tem sido evidenciado em alguns locais a tendência dos usuários à cronificação, pois estes continuam sendo atendidos exclusivamente por serviços de saúde mental quando, de acordo com as propostas da Reforma Psiquiátrica, deveriam ser gradativamente objeto de cuidado na Rede Básica. Observa-se a superlotação destes serviços especializados em saúde mental, dificultando o fluxo de atendimento, a eficácia e a eficiência dos serviços. São vários os autores que descrevem situações que reproduzem esta realidade, como Lobosque (1997), Pelbart (1990), Oliveira (2000) e Clusa et al (2002).

Castel, em 1978, chamou a atenção para um dos riscos da desinstitucionalização¹, que seria a reprodução dos dispositivos psiquiátricos, que o autor chamou de *aggiornamento*, ou seja, os riscos de uma reforma superficial, que mantém a função da psiquiatria como saber-poder. Para Guattari (1992) podem-se criar equipamentos psiquiátricos ágeis no seio do tecido urbano sem por isso trabalhar no campo social, simplesmente miniaturizar as antigas estruturas segregativas. Ou seja, os chamados serviços substitutivos de saúde mental, dispostos na Rede Básica, podem oferecer serviços ineficazes e ineficientes.

Amarante, (2000) revela que na história da Reforma Psiquiátrica as primeiras ‘alternativas’ foram as desospitalizações, distorcidas nas críticas anti-reformistas como desassistência. Para o autor, o enfoque necessário da Reforma Psiquiátrica está na desconstrução, na ruptura prático-teórica de antigos modelos. A desconstrução dos antigos modelos é um processo social complexo, de desmontagem do dispositivo psiquiátrico, que não pretende constituir um modelo ideal, mas sim dar novo significado às relações e colocar questões imanentes às situações-problema. Neste sentido, é um processo que precisa ser reinventado incessantemente (TORRE e AMARANTE, 2001).

O município catarinense de Blumenau, desde o início dos anos 1990, tem realizado mudanças em seu sistema de saúde mental, tentando adequar-se às novas concepções propostas pela legislação vigente em acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Blumenau compartilha a realidade encontrada em vários municípios do país, apresentando superlotação e listas de espera para atendimento em seus três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Diante disto, a Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau

¹ Desinstitucionalização – movimento de saída, retirada de pacientes das instituições psiquiátricas. No decorrer do texto este conceito será amplamente discutido.

tem envidado esforços para reorganizar internamente a atenção em Saúde Mental e otimizar uma relação dos serviços de saúde mental com a Rede Básica de Saúde. A finalidade é que uma parte da demanda, como por exemplo, usuários em condições de alta do serviço de saúde mental, possa ser atendida nas Unidades Básicas de Saúde e nos Programas de Saúde da Família (PSF). Para tanto o município realizou em 2003 uma parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina, que ofereceu uma Consultoria de Planejamento Estratégico, através de um Projeto de Extensão, visando entre outros objetivos, colaborar para a implementação de um Programa de Descentralização do atendimento em saúde mental, a ser efetivado a partir de uma articulação entre os serviços da rede especializada com a rede básica.

Esta pesquisa realizou-se com a intenção de contribuir para o entendimento do Planejamento Estratégico como ferramenta para a consolidação do processo de reforma psiquiátrica no que concerne à transformação do modelo de atenção, e para a descentralização dos serviços de saúde mental e, assim, para a melhoria do fluxo de atendimento de saúde mental nos serviços especializados e na rede básica de saúde do município de Blumenau. Este processo, através de uma práxis (Pesquisa-ação), buscou promover discussões e reflexões junto aos profissionais de saúde no que se refere ao cuidado em Saúde Mental. Para tanto, a pesquisa acompanhou o processo de fomentação da interlocução e integração entre as ações da Rede Básica de Saúde e as da Saúde Mental. Buscou-se, no contexto da pesquisa-ação, o repensar da visão dualista do cuidado em saúde, sustentada pela divisão entre cuidado do corpo e cuidado da mente (DUARTE, 1994), propiciando-se, assim, a promoção da atenção integral ao sujeito.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 A atenção em saúde mental

A história da medicina tem sua trajetória marcada pela contextualização cultural, política e social. Os primeiros hospitais criados se curvavam à percepção da necessidade social de exclusão social das pessoas vistas como indesejáveis. Em todas as civilizações, sempre existiram grupos que foram considerados mais, ou menos, aceitos e afastados do convívio social pela condição de doença, de raça, de classe social e de sexo. Estes hospitais serviam de depósito de doentes, cuidados por religiosos para que tivessem mortes piedosas e também albergavam crianças órfãs, idosos sem famílias e miseráveis (LUIS, 2000).

Antes da Idade média, os doentes mentais eram tolerados e encarados com religioso respeito e temor pela população em geral. Já no início da Renascença, tiveram suas vidas destinadas aos manicômios ou aos porões dos hospitais (RESENDE, 2001). Outra forma de segregação foi descrita por Michel Foucault, em seu livro *A História da Loucura na Idade Clássica*, lançado em 1973, quando relata acerca da Nau dos insensatos, um barco que recolhia pessoas nos portos das cidades européias e percorria os rios, onde os barqueiros se encarregavam de se livrar dos ‘passageiros insanos’.

As práticas de institucionalização, utilizadas em todo período da Idade Clássica, vão consolidar-se no asilo, modelo de exclusão que aparecerá nos anos subseqüentes, como um meio encontrado para solucionar os problemas gerados pelos portadores das doenças, como

loucura e doenças infecciosas transmissíveis, entre elas a hanseníase, que sempre foi excluída (ORNELLAS, 1997).

Conforme Furegato (1999) a emergência do Iluminismo, a partir do século XVII, foi um período de contradições. Difundiram-se as práticas do chamado Tratamento Moral, que consistiam em tortura, confinamento, surras, banhos para choque térmico, cadeiras giratórias, etc. Nesta época, o médico Phillippe Pinel, diretor do hospital de Bicêtre, em Paris, ao final do século XVII, propagou a idéia de que a base do transtorno mental seria uma lesão no sistema nervoso central, passando o louco a ser visto como “doente”, necessitando de tratamento médico, tornando-se, então, objeto de estudo e tratamento. Pinel promoveu uma verdadeira revolução ao dar um cunho mais humano ao hospital, libertando os pacientes das correntes, seguindo os preceitos da recém-nascida psiquiatria.

A atenção em saúde mental no Brasil seguiu, no final do século XIX, o movimento mundial de construção de grandes hospitais psiquiátricos. O primeiro Hospital Psiquiátrico (D. Pedro II), foi inaugurado em 05/12/1852 no Rio de Janeiro (SANTOS, 1994). Por todos os outros estados brasileiros foram sendo construídos hospitais que atendessem às necessidades de “tratamento”. Em Porto Alegre, em 1884, foi inaugurado pela Princesa Isabel o Hospital Psiquiátrico São Pedro, que recebia pessoas de várias regiões do estado, muitas trazidas pelo **Trem dos Loucos** que saía da cidade de Uruguaiana, e – semelhante à Nau dos Loucos - percorria o estado recolhendo os indesejáveis. Em sua inauguração o São Pedro possuía 25 pacientes internados e não parou de crescer até a década de 1970, quando chegou a ter 5.000 internados (KANTORSKI e SILVA, 2001).

A década de 1930 se caracterizou pela entrada, no campo da psiquiatria, em todo o mundo com grande força, de tratamentos biológicos como a sonoterapia,

eletroconvulsoterapia e a insulino-terapia e cirúrgicos, como a lobotomia. Em reação a este movimento, também na década de 1930, a visão crítica ao modelo de assistência em saúde mental teve grande impulso, com o advento da psicologia humanista, que trouxe uma produção considerável, sobretudo a partir do trabalho de Erich Fromm (AMARANTE, 1998)

Em 1934, no Brasil, promulgou-se um decreto que abandona o termo “alienado”, introduz a noção de profilaxia e higiene mental e fortalece o movimento da medicalização e correção (RESENDE, 2001).

Na Grã-Bretanha começam a surgir, na década de 1940, movimentos contrários aos métodos empregados na época, baseados na vigilância e no ajustamento do indivíduo, impulsionados pela possibilidade da realização do tratamento medicamentoso fora dos limites hospitalares. Maxwell Jones é o precursor das Comunidades Terapêuticas, que são criadas para tentar reproduzir a sociedade em micro-ambientes, para ajudar o paciente a voltar ao ambiente familiar da forma mais integrada possível. Proliferaram os hospitais de semi-internação e clínicas de higiene mental, em que se utilizavam técnicas de grupo operativo, terapia ocupacional, reuniões familiares ou ainda técnicas de psicodrama (FUREGATO,1999).

O estado de Santa Catarina inaugurou, em 1942, o Hospital Psiquiátrico Colônia Sant’ana, que em seu primeiro ano de funcionamento possuía 311 pacientes e, conforme Santos (1994), seguia os modelos de exclusão e ineficácia.

Já a década de 1950 trouxe como grande revolução o advento das medicações neurolépticas, que permitiram tratar os pacientes psiquiátricos em regime de desospitalização. O surgimento da clorpromazina (Amplictil) é marcado como evento

histórico e um passo libertário, mas também consolida o tratamento medicamentoso como alternativa maior em saúde mental (RESENDE, 2001).

Mas, as sementes de uma grande reforma psiquiátrica só foram lançadas, em nível internacional, ao final da década de 1950, com o trabalho de Ronald Laing, neuropsiquiatra britânico, que propôs alternativas terapêuticas não centradas na medicalização e na institucionalização (AMARANTE, 1998).

As políticas de saúde mental tiveram considerável avanço na década de 1960 (Psiquiatria setorial na França), e nos Estados Unidos (Lei Kennedy, 1963) visando mudanças no modelo de atenção tradicional e propondo tratamentos em nível comunitário e social, centrados na prevenção e na reabilitação. Surgem os movimentos pelos direitos dos usuários, que se associaram aos movimentos sociais, sobretudo pelos direitos humanos (ENNIS e SIEGEL, 1973) e legislações na Europa, e movimentos como da Reforma Psiquiátrica Italiana encabeçada por Franco Basaglia já na década de 1970.

Estas iniciativas citadas, para Bastos e Castiel (1994), se deram em função da baixa resolutividade cronicamente apresentada pela psiquiatria. A sociedade via-se na contingência de conviver com legiões de casos crônicos ou francamente intratáveis e, especialmente nos países periféricos, obrigada a conviver com o símbolo máximo da sua inefetividade – o asilo.

2.2. Reforma Psiquiátrica

A Reforma Psiquiátrica é um movimento social que tem como objetivo modificar as relações existentes entre a sociedade e a loucura, superando o paradigma clínico-

psiquiátrico hegemônico no Brasil, transferindo seu olhar focalizado na doença e nos sintomas e lançando-o sob a pessoa, sua cultura, história e vida cotidiana (OLIVEIRA, 2000).

Movimentos de Reforma Psiquiátrica surgiram em alguns países europeus após a Segunda Guerra Mundial a partir da crítica à estrutura asilar e à cronificação dos pacientes, buscando alternativas terapêuticas através dos recursos da comunidade e utilizando a idéia de prevenção dos transtornos mentais, a fim de alcançar a promoção em saúde mental visando não simplesmente a terapêutica, mas a prevenção (AMARANTE, 1998). Ainda conforme este autor, o movimento foi se estruturando e sofrendo modificações que ajudaram a dimensionar os parâmetros da Reforma e foram se constituindo através de experiências socioterápicas, entre elas a comunidade terapêutica inglesa, a psicoterapia institucional, a Psiquiatria Setorial (França, 1960) e a de Saúde Mental Comunitária instituída pela Lei Kennedy (EUA, 1963), que principiou a psiquiatria comunitária ou preventiva.

A chamada psiquiatria preventiva contribuiu com a busca de recursos extra-hospitalares e a inclusão de outras categorias profissionais no tratamento à saúde mental, fazendo uma alusão à equipe multidisciplinar sem, entretanto, superar completamente o paradigma clínico hegemônico da psiquiatria. Amarante e Giovanella (1994) referem que utilizando não apenas o mesmo conceito de doença mental da psiquiatria clássica, mas radicalizando-o na sua expressão sociológica, isto é, enquanto processo de adaptação/desadaptação social, a psiquiatria preventivo/comunitária constitui uma rede capilar de serviços, de multidisciplinaridades, de inúmeros e diversificados espaços de intervenção promocional e preventiva que, acreditava-se, tornariam totalmente obsoletos os manicômios.

Corroborando com este pensamento acerca do movimento preventivista, Luis (2000) destaca que seu mérito foi a inclusão de serviços alternativos extra-hospital psiquiátrico e de outros elementos na equipe de saúde e da comunidade participando na assistência à população.

Na Itália, o psiquiatra Franco Basaglia, nomeado diretor do Hospital Psiquiátrico de Trieste em 1970, incorpora esta luta liderando um movimento que culminou com a promulgação da Lei nº 180, de caráter reformista, em 1978, que proibia a recuperação de qualquer cidadão em hospital psiquiátrico. Também declarava que o vínculo entre doença mental e periculosidade não tinha sustentação científica e, em substituição aos hospitais psiquiátricos, previa a construção de uma rede de serviços na comunidade, o que trouxe o fim dos manicômios naquele país. Basaglia incentivou, assim, a reflexão sobre as relações entre a psiquiatria e a sociedade e, desta forma, proporcionou um novo momento de um movimento técnico-político preocupado com as questões de cidadania dos sujeitos portadores de sofrimento psíquico.

A partir da trajetória italiana, estabelece-se um conceito de desinstitucionalização, aplicado aos pacientes psiquiátricos que não somente nega a prática asilar, mas propõe uma nova concepção da doença mental e novas formas de atendimento ao indivíduo portador de sofrimento psíquico.

2.3 Reforma Psiquiátrica no Brasil

No Brasil, o início do movimento da reforma psiquiátrica ocorreu na década de 1970, através do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSN), inspirado

principalmente nas propostas dos movimentos europeus e, eventualmente impulsionado pelo trabalho de Franco Basaglia. O MTSM propunha uma mudança de paradigma envolvendo, dentre outras, a ruptura com a relação de causa e efeito na análise da loucura. (AMARANTE, 1998).

Na caminhada rumo à consolidação da reforma psiquiátrica o MTSM lança, em 1987, o lema “Por uma Sociedade sem Manicômios”, instigando a sociedade a discutir a loucura, a doença mental, a psiquiatria e seus manicômios (idem). O processo de Reforma passou então a concentrar-se na luta pela extinção dos manicômios, passando por isso a ser conhecido como a Luta Antimanicomial. Declara-se então como um amplo movimento social, apartidário, que luta pelos direitos dos cidadãos institucionalizados por motivo de diagnóstico psiquiátrico e por sua reinserção social (ibidem).

Na década de 1990 vários estados brasileiros criam leis próprias regulamentando e buscando a humanização do atendimento em saúde mental. A primeira Lei Estadual da Reforma Psiquiátrica foi promulgada no Rio Grande do Sul em 1992. Esta Lei 9.716/92 regulava os serviços de saúde mental, proibia a construção de manicômios e a ampliação do número de leitos naquele Estado, além de outras provisões. Naquele mesmo ano o estado do Espírito Santo também promulgou uma lei similar. Até 1997, os estados de Ceará, Pernambuco, Paraná, Minas Gerais e Rio Grande do Norte, além do Distrito Federal, criaram leis próprias inspiradas no Projeto de Lei Federal da Reforma Psiquiátrica nº 3.657/90, de autoria do deputado Paulo Delgado. Este projeto de lei federal tramitou longo tempo pelo Congresso Nacional e, finalmente, em 06/04/2001, promulgou-se a Lei 10.216/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental no país (BRASIL, 2002).

De acordo com a Lei 10.216/01, é responsabilidade do Estado tanto o desenvolvimento de políticas de saúde mental quanto a assistência e promoção de ações de saúde, com a participação da família e da sociedade. O modelo de assistência proposto é baseado numa rede diversificada de serviços na comunidade, atuando de forma integrada, descentralizada e intersetorial. Consolida-se, desta forma, o modelo baseado em serviços substitutivos aos manicômios, que já havia sido apresentado pela Portaria/SNAS nº 224/92, que reconhece, financia e orienta o modelo de atendimento a ser realizado em Núcleos ou Centros de Atenção Psicossocial (NAPS ou CAPS), oficinas terapêuticas e grupos terapêuticos. Conforme esta Portaria, os CAPS/NAPS seriam unidades de saúde regionalizadas que atenderiam uma população adscrita e que ofereceriam cuidados intermediários entre o ambulatório e a internação, por uma equipe multiprofissional, e que deveria estar integrado a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental.

A criação da Portaria 224/92 se deu a partir da necessidade de regularizar a implantação e formas de financiamento de serviços destes moldes que estavam surgindo no Brasil (AMARANTE, 1995). Um dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial do país surgiu em São Paulo (CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira) em 1987 e tinha por objetivo ser o intermediário entre o hospital e a comunidade, com vistas à construção de uma rede, preferencialmente comunitária, de oferta de serviços. Pretendia ainda garantir tratamento de intensidade máxima no que diz respeito ao acolhimento de pessoas com graves dificuldades de relacionamento e inserção social, através de programas de atividades psicoterápicas, socioterápicas, de artes e de terapia ocupacional (AMARANTE, 1995).

Uma importante referência no processo de Reforma Psiquiátrica foi um acontecimento em Santos/SP em 1989, quando, devido às péssimas condições de

atendimento, um hospital psiquiátrico privado sofreu intervenção e foi posteriormente fechado. O espaço do antigo hospital foi utilizado em várias experiências de parcerias com o município, sendo ali criados Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), cooperativas, associações, instituições de residencialidade, etc. Nas palavras de Amarante:

“isto possibilitou um processo inédito em que foram criadas condições para a implantação de um sistema psiquiátrico que se definia como completamente substitutivo ao modelo manicomial. Este processo santista foi, certamente, o mais importante da psiquiatria pública nacional e que representou um marco no período mais recente da reforma psiquiátrica brasileira” (1995, pág. 83).

Posteriormente foram criados a Portaria/GM nº 336/02 e a Portaria/SAS nº 189/02, que redefinem os modelos substitutivos de atendimento e regulamentam o repasse de recursos financeiros para estes serviços substitutivos. Além disto, a Lei nº 10,216 e aquelas Portarias traçam parâmetros de organização e financiamento das residências terapêuticas e centros de convivência, bem como dispõem sobre a substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos por leitos em hospitais gerais e uma série de outras propostas que têm, como objetivo geral, transformar o olhar da comunidade sobre os usuários dos serviços de saúde mental. Estas transformações legais corroboraram, assim, a idéia de uma mudança cultural, indissociável das transformações que têm sido propostas no âmbito de outras reformas sociais, sobretudo a reforma sanitária.

Estes serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico vêm buscando adotar intervenções calcadas em princípios éticos e humanísticos que envolvem noções de cidadania, aumento de autonomia e ampliação da rede social, transcendendo a oferta exclusivamente hospitalar e medicalizante (CAMBRAIA, 1999).

São pressupostos básicos da reforma psiquiátrica no Brasil a inclusão social através da reinserção do cidadão em sofrimento psíquico nas cadeias produtivas, e o preparo cultural da sociedade para a convivência com as diferenças. As políticas de saúde mental são, neste contexto, partes fundamentais das estratégias para uma transformação social que trabalha no sentido de desconstruir o processo de compartimentalização, exclusão e segregação, que têm caracterizado os modelos de assistência preconizados pelas abordagens tradicionais do mercado da saúde. Os ideais da reforma se coadunam com as lutas sociais pela consolidação dos direitos humanos, assim como com um entendimento da saúde como parte de um processo que visa potencializar a auto-estima, a autonomia e a cidadania.

O movimento de Reforma Psiquiátrica pretende transformar o modelo assistencial de saúde mental e reconstruir o estatuto social da loucura, concebendo um novo olhar para o usuário dos serviços de saúde mental. Destaca, assim, o resgate da cidadania do sofredor psíquico e, por conseguinte, a reconstrução de novos paradigmas teórico-práticos, tendo como premissa básica o processo de desinstitucionalização e a oferta de atendimento integral e humanizado.

A integralidade da atenção em saúde mental, como vista por alguns autores, vai além dos serviços substitutivos e deve se utilizar cada vez mais de recursos da comunidade. Estas propostas se inserem na necessidade que o portador de sofrimento psíquico tem de ser incluído não só nos meios onde a saúde/doença mental é tratada, e já é conhecida, mas nos outros espaços onde ainda imperam os estigmas, o preconceito e a exclusão. (SARACENO, 2001)

2.4 O modelo de atenção da Reforma Psiquiátrica

A necessidade de dar fim à condição de asilamento faz emergir os ideais da desinstitucionalização. Nesta perspectiva, entende-se a Reforma Psiquiátrica como um processo que pressupõe a desconstrução do arcabouço teórico da psiquiatria clássica e das práticas tradicionais psiquiátricas, trazendo uma nova concepção de doença mental, novas abordagens no trabalho a ser feito com o enfermo e a invenção prático-teórica de formas de lidar com o indivíduo doente (AMARANTE,1996). Este movimento de desinstitucionalização não poderia ser efetivado com a simples desospitalização, provocando desassistência, mas visando a promoção de saúde e a recuperação do status do sofredor psíquico enquanto cidadão.

A base da desinstitucionalização está na desconstrução do poder que a instituição exerce sobre o ser humano. Franco Rotelli (1990) refere que é necessário transformar as relações de poder entre a instituição e os sujeitos. Surgem idéias acerca de um modelo de assistência fora do âmbito manicomial, que possibilite desenvolver todas as formas de autonomia, oferecendo contato com a comunidade, potencializando sempre o lado sadio do portador de sofrimento psíquico, oferecendo suporte vocacional, residencial, social e recreacional a estas pessoas.

Desconstruir a tutela do asilamento institucional psiquiátrico significa devolver ao indivíduo alguns gestos elementares de sua vida, como o direito de possuir objetos pessoais, o direito da corporeidade e de produzir relações. Significa eliminar qualquer forma de coação ou tutela e desafiar a concepção de periculosidade. Este resgate do sujeito tem um caráter reabilitatório, pois se começa a preparar o indivíduo para o contato com a sociedade e para o contato com muitas das coisas que lhe foram antes negadas.

Os conceitos e experiências de reabilitação enfatizam a preparação das pessoas ex-asiladas para o retorno à sociedade. Afirma-se o conceito de Reabilitação Psicossocial da *International Association of Psychosocial Rehabilitation Services (IAPRS)*, (1995), citado por Ana Pitta (1996, p. 20):

“O processo de facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia, do exercício de suas funções na comunidade (...) o processo enfatizaria as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustados a demandas singulares de cada indivíduo e de cada situação, de modo personalizado.”

A proposta da desinstitucionalização lança um desafio aos pesquisadores, profissionais de saúde, gestores, órgãos formadores e usuários dos serviços de saúde sugerindo que estes, de forma democrática e pactuada, deverão articular saberes e desenvolver estratégias de transformação do modelo assistencial e na legislação em saúde mental para que, paulatinamente, se observem mudanças em práticas culturais secularmente enraizadas na sociedade (BRÊDA e AUGUSTO, 2001). Para Buttes e Franchini (2002), estas estratégias de transformação devem ser direcionadas tanto para o enfoque reabilitatório quanto para a exploração de outras possibilidades de atendimento, inclusive fora do âmbito da especialidade em saúde mental.

A aproximação da saúde mental com a saúde coletiva amplia, enfim, os conceitos de assistência para o âmbito social e comunitário. Conforme Saraceno (2001), a noção de Saúde Mental Comunitária inclui numerosos atores e serviços: psiquiátricos, serviços

sanitários não psiquiátricos (por exemplo a rede básica de saúde), agências sociais, instituições civis, associações de familiares e famílias e associações de usuários.

Neste sentido várias experiências no Brasil comprovaram a possibilidade de uma atenção diferenciada em saúde mental. Alguns exemplos são as Moradias Terapêuticas do Hospital Cândido Ferreira, em Campinas/SP (HARARI e VALENTINI, 2001), ou como Vasconcelos (2000) os denomina, os Dispositivos Residenciais, onde se busca que usuários de saúde mental vivam de forma independente, inseridos na sociedade. Também os serviços substitutivos, como o da Nossa Casa de São Lourenço do Sul/RS (HIRDES, 2001), que oferecem atendimento do modelo hospital-dia a usuários evitando internações e oferecendo um espaço de convivência. E as Equipes de Apoio Matricial descritas por Campos (1999), que são referenciadas como um modelo de saúde mental humanizado, eficaz e descentralizado, que oferecem assessoria à rede básica de saúde para que esta atenda casos de saúde mental na comunidade.

Preparar seus profissionais para o relacionamento interpessoal e para a comunicação terapêutica, e favorecer a abertura à expressão das demandas subjetivas de usuários, familiares e profissionais são formas de construir uma rede de atendimento eficaz e suficiente, provida de profissionais envolvidos com o processo de mudança da atenção (BRÊDA e AUGUSTO, 2001). Se respeitarmos o conceito holístico de saúde, poderemos contar com todos os profissionais da área da saúde e não somente os especializados em saúde mental, para implementarmos esta mudança (VASCONCELOS, 2000).

2.5 A Integralidade da Atenção em Saúde e a Descentralização em Saúde Mental: Saúde Mental na Atenção Primária

A III Conferência Nacional de Saúde Mental (Brasil, 2001) reafirma a saúde como direito do cidadão e dever do estado e a necessidade de garantir, nas três esferas de governo, que as políticas de saúde mental sigam os princípios do SUS de atenção integral, acesso universal e gratuito, equidade, descentralização, participação e controle social; respeitem as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e de suas Leis Federal e Estaduais; e priorizem a construção da rede de atenção integral em saúde mental. Brêda e Augusto (2001) propõem que os movimentos de mudança advindos da Reforma Psiquiátrica façam com que, por um lado, os hospitais psiquiátricos deixem de ser um componente central da atenção psiquiátrica e, por outro, os serviços comunitários da rede básica de saúde passem a ser os principais meios para a obtenção de atendimento.

A Lei 8.080/90, que institui o Sistema Único de Saúde (SUS), define integralidade como *“um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”* (BRASIL, 2000). Portanto, todos os serviços de saúde têm o dever de estar inter-relacionados, agindo de forma continuada, a fim de prestar um atendimento holístico em qualquer dos níveis de atenção.

A Declaração de Caracas (OMS/OPAS,1990) também reforça a idéia da reestruturação da atenção psiquiátrica vinculada à Atenção Primária à Saúde, estimulando a promoção de modelos substitutivos concentrados na comunidade e integrados com suas redes sociais, preponderando a manutenção do doente em seu meio social. A Declaração define rede de atenção integral como *“um conjunto de dispositivos sanitários e socioculturais que partam de uma visão integrada de várias dimensões da vida do indivíduo, em diferentes e múltiplos âmbitos de intervenção: educativo, assistencial e*

reabilitação” (p.45). Desta forma, os serviços de atenção básica devem estar habilitados para oferecer educação, assistência e reabilitação em saúde mental.

A proposta de descentralização do atendimento em saúde mental é reforçada pela orientação da 8ª Conferência Nacional de Saúde, no que diz respeito à Atenção Básica, indicando que 80% das necessidades de saúde da população seriam de responsabilidade da unidade básica, incluindo a atenção em saúde mental (BRASIL, 2000).

O atendimento à saúde mental na atenção básica é referido no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e no Programa de Saúde da Família (PSF), a partir da NOB/96, como iniciativa de descentralização, implementando experiências inovadoras de atenção e avanços na organização da atenção básica e na organização de redes de referência. Considera-se a atenção básica como um conjunto de ações de saúde que inclua desde a proteção e a promoção à saúde até o diagnóstico e o tratamento de doenças.

As propostas de reforma psiquiátrica pautam-se numa visão de loucura e sofrimento psíquico, não como condições a serem escondidas ou simplesmente toleradas, mas aceitas, pela sociedade. Com isso a Reforma refere-se ao próprio conceito de cidadania, no sentido de admitir a pluralidade de indivíduos com suas variações e diferenças num mesmo nível de sociabilidade, dando-lhes o direito real a um cuidado (AMARANTE, 1998).

Para Campos (2000), um projeto de reinserção social desta parcela da população que apresenta transtornos mentais exigiria que a rede básica de saúde fosse habilitada a interromper esta ciranda infernal de crise-internação-crise.

As políticas de Saúde Mental devem ter como pressupostos básicos a inclusão social e a habilitação da sociedade para conviver com a diferença. É de fundamental importância a integração destas políticas com as demais políticas sociais, como educação, trabalho, lazer

etc, visando garantir o exercício pleno da cidadania. Isto envolve construir uma nova forma de cuidado que não seja mais de exclusão e isolamento, mas pautado, sobretudo, na democracia, solidariedade e tolerância em relação à diferença. Uma forma de cuidado que se revele *“numa atitude de colocar a atenção, mostrar interesse, compartilhar e estar com o outro com prazer; não numa atitude de sujeito-objeto, mas de sujeito-sujeito, numa relação não de domínio sobre, mas de convivência, não de intervenção, mas de interação”* (BOFF, 1999 p. 23).

Furtado (2001) refere que o processo de reforma psiquiátrica pode ser entendido como uma reorganização política, organizacional e clínica, efetivada através de uma transposição modificada e adaptada dos cuidados exercidos do interior do hospital para a comunidade – principalmente a residência do usuário; e também pressupõe a inserção de novos participantes em sua condução, como familiares, vizinhos, grupos religiosos e outros serviços sociais e de saúde.

A aproximação do usuário de saúde mental com a comunidade envolve também a aproximação do trabalhador de saúde com os temas da saúde mental. Neste contexto, a descentralização estaria relacionada com o atendimento ao usuário de saúde mental nos serviços de saúde não-especializados. Capacitar os trabalhadores de saúde para esta ‘desconstrução’ se torna um grande desafio.

2.6. Planejamento Estratégico

No começo do século XIX, diante do crescimento das cidades industriais na Europa, o planejamento surge, como construção social, a fim de subsidiar a organização do crescimento urbano, promover o desenvolvimento econômico e oferecer bem-estar social. No Terceiro Mundo, seus conceitos foram introduzidos durante e após a Segunda Guerra Mundial, com a finalidade de buscar soluções para a pobreza e o desemprego e para as deficiências em saúde e educação, problemas que passam a ser, então, definidos como “problemas sociais” (ESCOBAR, 2001).

O Planejamento Estratégico foi amplamente utilizado por empresas, principalmente a partir da década de 1970, sendo utilizado para mobilizar recursos no âmbito global visando atingir os objetivos desejados a longo prazo. O Planejamento Estratégico pode se referir à maneira pela qual a empresa pretenda aplicar determinada estratégia para alcançar seus objetivos. Sua utilização envolve a formulação dos objetivos organizacionais a serem alcançados, análise interna das forças e limitações da empresa, análise externa e formulação de alternativas estratégicas. (CHIAVENATO, 1987)

Para Mehry (1994), o planejamento pode ser utilizado como instrumento de ação governamental para a produção de políticas, como instrumento do processo de gestão das organizações e como prática social.

2.6.1 Planejamento Estratégico em Saúde

O planejamento no setor da saúde se organiza mais concretamente na América Latina na década de 1960 com o método CENDES-OPAS de Programação em Saúde. Neste, se propõe uma metodologia de gerenciamento de escassez de recursos, de modo a desenvolver ações com maior efetividade (SANTANA, 1997). Na América Latina desenvolveram-se, ainda, sistemas específicos de planejamento, como o Pensamento Estratégico de Mário Testa, sanitarista argentino, que busca a criação de instrumentos de reflexão-ação que possibilitem a transformação da sociedade e da saúde. E o Planejamento Estratégico Situacional (PES) de Carlos Matus, economista chileno que utiliza o planejamento a serviço da libertação dos homens, fazendo com que, no curso dos acontecimentos, os homens, de conduzidos, se transformem em condutores (MATUS,1997).

No Brasil, a partir da Reforma Sanitária, com a promulgação da Lei Federal 80.080/90 que regulamentou o Sistema Único de Saúde, começa-se a buscar maneiras de mudar as concepções e a realidade do atendimento em saúde.

Para Campos (2001), o Planejamento Estratégico Situacional foi “o” método de planejamento mais difundido na Reforma Sanitária brasileira. Simplificado, reformulado ou em sua complexidade integral o método foi estrategicamente introduzido em programas de ensino de especialização e pós-graduação, concomitantemente, estimulado nos vários núcleos de planejamento e gestão da saúde, principalmente a partir dos anos 80.

Todas as mudanças preconizadas no processo de Reforma Sanitária e, paralelamente, da Reforma Psiquiátrica, demandaram a busca por alternativas de implementação. O Planejamento Estratégico, adaptando-se aos objetivos destas reformas, vai ao encontro destas necessidades na medida em que compreende um conjunto de conhecimentos práticos e teóricos ordenados de modo a possibilitar interagir com a realidade, programar as

estratégias e ações necessárias, e tudo o mais que seja dela decorrente, no sentido de tornar possível alcançar os objetivos e metas desejadas. Conforme Rivera (1989), planejar é a arte de elaborar o plano de um processo de mudança. Neste sentido, todo processo de reforma admite o planejamento como elemento, no mínimo, enriquecedor.

2.6.2 O Pensamento Estratégico de Mario Testa

O processo de transformação almejado pelas reformas na área da saúde abrange vários campos de saber. A reforma não é, em essência, apenas uma alteração na forma em que se prestavam os serviços, mas inclui projetos de transformação em vários níveis da estrutura institucional e nas relações que se estabelecem entre os vários atores sociais. O Pensamento Estratégico de Mário Testa, particularmente, trata da distribuição do poder como estratégia de ação política.

Saber verificar as instâncias de poder e sua relevância em determinado processo de mudança é essencial para que se planeje uma ação e se consiga alcançá-la. O processo brasileiro de democratização da saúde procura fazer esta leitura da distribuição de poderes e responsabilidades, envolvendo gestores e representantes da sociedade civil; e interferir nas várias instâncias de decisão, inclusive no que tange à distribuição de recursos e formas de aplicação dos mesmos.

O conceito de Diagnóstico de Saúde de Testa (1992), tenta agrupar fatos e informações e os apresenta de maneira a analisar a situação de saúde de uma população e a revelar as desigualdades e suas determinações incidentes em situações referidas ao campo da saúde. O autor divide em três tipos o diagnóstico de saúde para uma melhor análise da

situação de saúde da população: o administrativo, relacionado ao crescimento e à produtividade; o estratégico, relacionado ao propósito de mudança; e o ideológico, relacionado ao propósito de legitimação.

O diagnóstico administrativo está mais relacionado a dados epidemiológicos, quantitativos, úteis para comparar, prever e revelar a realidade da saúde de uma população. Já o estratégico realiza uma interpretação social da epidemiologia, tentando entender os processos de saúde-doença como uma parte própria e indissolúvel da sociedade. O diagnóstico ideológico busca a legitimação que significa conseguir que uma proposta seja aceitável pela maioria da sociedade.

Um fator relevante que deve ser salientado no diagnóstico ideológico, relaciona-se à necessidade de legitimar as propostas de mudanças junto à sociedade, a fim de firmar sua efetivação. Trazendo o enfoque para a Reforma Psiquiátrica, a qual visa transformar e humanizar o modo de atendimento dos usuários de saúde mental, a aceitação e o apoio da sociedade se mostram essenciais.

Esta ampliação do conceito de Diagnóstico de Saúde que o Pensamento Estratégico nos apresenta corrobora o intuito da Reforma Sanitária de se aproximar cada vez mais dos conceitos de humanização e participação da população nos processos de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Esta visão possibilita que se vá além das análises quantitativas e epidemiológicas e se associem os fatores sociais às causas das doenças, podendo-se assim traçar um diagnóstico e estratégias que os contemplem.

O processo da Reforma Psiquiátrica atualmente está legalizado através da Lei Federal 10.216/01 e de várias Portarias, entre elas a 336/02 e a 224/92. Mas a legalização, por si só, não se mostrou suficiente para sua legitimação social. Kantorski e Silva (2001),

avaliando o processo de Reforma Psiquiátrica Italiana (que influenciou profundamente a brasileira), consideram que este: *“demonstrou que somente uma lei não é capaz de modificar a estrutura psiquiátrica existente, confirmando que tal processo diz respeito a questões de poder e de divergências de interesses. Também chamam a atenção para a importância das mobilizações populares, da construção de novos serviços e da importância da realização de um trabalho educativo junto à população no sentido de desmistificar a loucura”*(p. 147)

A legitimação de qualquer mudança/situação requer a disposição favorável das forças sociais em relação à proposta e/ou decisão, e pode ou não ser acompanhada pela criação de lei específica. A legalização, porém não garante a legitimação, apenas a completa (RIVERA, 1989).

A idéia de Planejamento Estratégico, conforme apresentada por Mário Testa, colabora com este processo de legitimação e aceitação social através do envolvimento dos interessados, não mais como meros espectadores, mas como agentes de mudança, como atores sociais.

2.6.3 O Planejamento Situacional de Carlos Matus

No enfoque estratégico de Matus, assim como no de Testa, é enfatizado que quem planeja é um ator social. Nas palavras de Carlos Matus, *“o ator social é uma personalidade, uma organização ou um grupamento humano, que de forma estável ou transitória tem capacidade de acumular força, desenvolver interesses e necessidades*

produzindo fatos na situação”. (MATUS, 1997, p. 82). O Planejamento é visto essencialmente em sua dimensão interativa e, portanto, de natureza essencialmente política.

Planejamento e gestão/governo deixam, assim, de dizer respeito a um problema de administração das coisas pelos homens e passam a significar um problema de interação entre os homens na busca de seus objetivos (SÁ, 2001). Há uma aproximação entre o âmbito da gestão e da operacionalização, passando a ser ambos vistos como responsáveis pela determinação, operacionalização e avaliação das ações.

Campos (1994) enfatiza a necessidade de análise e intervenção dos profissionais sobre o mundo da cotidianidade dos serviços de saúde. Neste, os sujeitos concretos podem encontrar as possibilidades de construção de sua autonomia, a partir da experimentação de novas relações de trabalho e sociais. De fato, como reconhecem Schraiber et al (1999), há uma tendência ao processo de deslocamento do interesse da área dos problemas macro para os microsociais, bem como a um relativo abandono dos esquemas determinísticos/estruturais de análise, passando a ênfase para abordagens mais processuais das organizações, onde se destaca a problemática da subjetividade e das interações entre os sujeitos. Um planejamento que enfoque, prioritariamente, o contexto situacional, enfatizando a participação de todos os atores, oferece muitas vantagens, entre elas, nos aproxima mais da possibilidade de sucesso, exatamente por envolver e responsabilizar todos estes atores, garantindo uma maior solidez nas mudanças.

O enfoque estratégico em planejamento, atualmente largamente utilizado no âmbito do setor público, possibilita um rompimento com a maior parte dos pressupostos tecnocráticos, a partir da introdução da dimensão humana e política. O Planejamento não é só ciência e técnica, é também arte: a arte de governar, gerenciar, implementar e avaliar, em

situações de poder compartilhado (MATUS, 1997). Reconhece-se, assim, a pluralidade de atores, com diferentes capacidades (poderes) e interesses, disputando orientações ideológicas, projetos técnico-administrativos e os recursos para implementá-los.

Na concepção de Matus, as ações devem ser planejadas levando em conta o caráter situacional. São avaliados os recursos disponíveis, sejam humanos, financeiros, estruturais ou políticos. Tudo que possa interferir positiva ou negativamente no processo de execução. Cada adversidade, referidos como nós críticos, deve propiciar sua avaliação e reavaliação, visto que a realidade é mutável e que uma determinada ação pode transformá-la.

Esta pluralidade de diagnósticos está relacionada às dimensões da realidade, a qual envolve determinados problemas concretos. Para Matus a planificação exige um cálculo situacional, afetado por múltiplos mas escassos recursos, e que cruza muitas dimensões da realidade. Não há maneira de solucionar determinada situação sem levar em conta os demais âmbitos envolvidos direta ou indiretamente, por isso seu método parte de situações determinadas e dos outros atores primariamente envolvidos para uma complexificação onde se possam detectar as inter-relações de outras situações e as interferências das relações de/com outros atores. Ignorar o contexto situacional e as interações dos sujeitos pode desarticular todo um trabalho de planejamento.

2.6.4 Influência do Pensamento de Testa e Matus no Planejamento em Saúde Mental

A área da saúde, em vista das mudanças propostas pela Reforma Sanitária, vem se organizando de forma coordenada e se utiliza largamente, em seu processo social de

construção, das bases do planejamento, especialmente a partir do pensamento de Mario Testa e Carlos Matus. Foram criados, por exemplo, nos últimos anos, no contexto da implantação do SUS, e com certa influência destes pensadores, instâncias de compartilhamento de poder como gerências regionalizadas, formação de colegiados, conselhos, realização de conferências, fóruns, todos pretendendo funcionar como espaços consultivos ou deliberativos de discussão e de distribuição de responsabilidades.

Coloca-se no contexto da reforma Sanitária e Psiquiátrica, um grande desafio aos pesquisadores, profissionais de saúde, gestores, órgãos formadores e usuários dos serviços de saúde dos estados e municípios: cabe a eles, de forma democrática e pactuada, articular saberes e desenvolver estratégias de mudança no modelo assistencial e na legislação em saúde mental para que, paulatinamente, se provoquem mudanças nos conceitos culturais, secularmente enraizados na sociedade e nas instituições, referentes aos portadores de problemas de saúde em geral e mentais em particular.

O uso dos fundamentos do Planejamento Estratégico como pensados por Testa e Matus tornou-se uma alternativa para efetivar as mudanças que nossa sociedade necessita na área da saúde mental, visto que estas mudanças não irão advir de modo espontâneo. É necessário que seja sempre construída a cada dia uma nova realidade, que deve ser constantemente reavaliada, e que novas estratégias sejam formuladas, envolvendo a sociedade, contando com seus recursos e interesses. Amarante e Giovanella (1994) referem que o planejamento em saúde mental pode ser entendido como um sistema maleável de referências teóricas e práticas que não implicam em qualquer pretensão de conhecimento da verdade, mas em estabelecer contato com a realidade vivida, num processo de conhecimento e modificação, transformando ao mesmo tempo as situações encontradas e os marcos teóricos. Esta maleabilidade também pode estar relacionada às estratégias

escolhidas para o enfrentamento de determinadas situações. Apesar das colaborações relevantes que os fundamentos do Planejamento Estratégico podem oferecer, o campo da saúde mental, por ser envolto historicamente em inúmeras controvérsias, necessita ir além e buscar novos modelos para avançar num sistema de cuidado do ser.

É mister que se diga que, no novo milênio, testemunhamos um repensar de todas as práticas, todas as estruturas, todos os modelos que vêm, desde o iluminismo, orientando as relações sociais. Este repensar se impõe na pós-modernidade, onde os paradigmas que norteiam as crenças, valores e ações sociais são constantemente desafiados. O planejamento não é exceção. Assim, quando dizemos que os processos de reforma sanitária e psiquiátrica, em andamento, pautam-se, em grande parte, pelo pensamento estratégico de Matus e Testa, não ignoramos que, por outro lado, a dinâmica dos processos de gestão talvez já não os tenha superado ou, no mínimo, que já se não os veja como eixos rigidamente priorizados. Mas sua influência, que se continua em nosso tempo histórico, é indubitável. Sem reconhecê-la, pouco se pode entender do desenvolvimento destes processos de reforma social.

2.7 Saúde Mental em Blumenau

2.7.1 Histórico e Perspectivas

O município de Blumenau localiza-se na zona fisiogeográfica do Estado de Santa Catarina, designada como Bacia do rio Itajaí-Açú. Em 2003 o IBGE registrava uma população no município de 261.868 habitantes. Sua economia está essencialmente

concentrada na atividade têxtil e sua população se origina basicamente a partir da imigração germânica.

A história da Saúde Mental em Blumenau reporta-se ao ano de 1988, quando da criação do Programa Saúde do Escolar, voltado para os alunos da rede escolar municipal que apresentavam problemas de aprendizagem. Em 1990, devido à existência de muitos casos de alcoolismo nas famílias daquelas crianças, instaurou-se o atendimento a usuários de álcool, voltado para servidores públicos. Com o aumento da demanda, em 1992 o serviço passa a denominar-se Ambulatório de Prevenção e Tratamento de Alcoolismo e Outras Drogas e, com a ampliação do quadro de funcionários, expandiu-se o atendimento a pessoas portadoras de outros transtornos mentais, ao mesmo tempo, o Programa de Saúde do Escolar foi temporariamente desativado. Entre 1994 e 1995 o ambulatório, já mais estruturado, passa a denominar-se Serviço de Atenção Psicossocial (SAPS).

No ano de 1996 o SAPS mudou de local e foi então normatizado como “serviço substitutivo” do tipo CAPS II², tornando-se serviço de referência em saúde mental adulta no município, acompanhando as reformas preconizadas pelo Ministério da Saúde.

A assistência à criança e ao adolescente marca-se também, em Blumenau, pelo reinício do Programa de Saúde do Escolar em 1993, com o objetivo de atender os alunos das escolas da rede municipal com dificuldades de aprendizagem e comportamento. Em 1997 passa a se chamar Ambulatório de Referência em Psicologia e Fonoaudiologia. No ano de 1999 a este serviço é incorporado o Serviço Criança e Saúde, também existente no município, passando a se chamar Núcleo de Atenção Especializada em Saúde Infanto-juvenil (NAES), até que em maio de 2002 normatiza-se junto ao Ministério da Saúde como

² A Portaria 336/02 estabelece 03 tipos de Centros de Atenção Psicossocial que se diferem pelo tipo de atendimento oferecido e pela população de cobertura. O CAPS tipo I seria para cidades com população de 20 a 70 mil habitantes, o CAPS tipo II de 70 a 200 mil habitantes e o tipo III, que funcionaria 24 horas e atenderia emergências, para cidades com população a partir de 200 mil habitantes.

CAPS Infantil (CAPS i), tornando-se referência no município para atendimento em saúde mental para crianças e adolescentes.

No ano de 2001, o CAPS de adultos se desmembra em CAPS II e CAPS ad (Álcool e Drogas), a fim de oferecer tratamento e acompanhamento específico para usuários de álcool e drogas. Blumenau, com uma população de cerca de 262.000 pessoas conta, portanto, com três modalidades de CAPS tipo II: o CAPS II, o CAPSi e o CAPS ad, destacando-se entre os municípios catarinenses ao possuir as três modalidades de CAPS:

Em 2003 o município contava com aproximadamente 40 profissionais de saúde mental atuando nos três CAPS e haviam tentativas, por parte da Secretaria Municipal de Saúde, no sentido de reorganizar seu modelo de atenção. Estas incluíram algumas parcerias da equipe de saúde mental com a rede básica de saúde com finalidade de potencializar benefícios aos usuários de saúde mental.

2.7.2 Saúde Mental na Atenção Básica em Blumenau

A Rede Básica de Atenção de Blumenau no ano de 2003 se compunha de trinta Unidades de Programa de Saúde da Família (PSF), seis Ambulatórios Gerais (AG), os quais ofereciam atendimento de diversas especialidades e oito Unidades Avançadas (UA), que funcionavam com médicos e técnicos de enfermagem em locais de difícil acesso e que aos poucos vinham sendo transformados em PSFs.

A Rede Básica de Saúde referencia uma grande quantidade de pessoas consideradas com distúrbios psíquicos aos serviços especializados de saúde mental (CAPS). Os profissionais de saúde mental têm apontado que muitos destes encaminhamentos poderiam

ter sido resolvidos no próprio local através de um bom acolhimento e escuta. Também trazida como uma demanda emergente, a descentralização em saúde mental é apontada pelos profissionais de saúde mental como uma das saídas para a resolução da situação de superlotação dos serviços.

Os CAPS teriam como uma de suas principais incumbências a de tratar pessoas com distúrbios graves, crônicos e incapacitantes. Muitas vezes, ao serem avaliados, os casos encaminhados da rede básica são considerados não pertencentes ao serviço de saúde mental, (luto, depressões leves, tensão pré-menstrual, etc). Situações assim fazem com que os CAPS fiquem superlotados e provocam longas filas de espera por atendimento. Este é um fator importante para que os serviços não consigam efetivar os modelos de atenção preconizados pela legislação (Portaria SAS nº 189/02), que determina que os usuários sejam atendidos de forma não intensiva (um a três atendimentos/paciente/mês), semi-intensiva (até 12 atendimentos/ paciente/mês) e intensiva (até 22 atendimentos/ paciente/mês). Esta dificuldade em oferecer atendimentos do modo semi-intensivo e intensivo, devido à superlotação do serviço, oportuniza situações de crise em pacientes graves e novas internações hospitalares.

O município de Blumenau tomou a iniciativa de instaurar, no ano de 2003, os serviços de uma Consultoria em Planejamento Estratégico em Saúde Mental com o intuito de acompanhar as equipes de saúde mental e tentar ajuda-las a perceber seu processo de trabalho e realizar um diagnóstico situacional que pudesse servir de base para um plano de ação para reorganizar a atenção. A consultoria foi viabilizada junto ao Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

O trabalho da Consultoria de Planejamento Estratégico foi realizado devido à existência de vontade política e apoio institucional para garantir a iniciativa de mudança.

Esta dissertação volta-se para o processo de Planejamento Estratégico desenvolvido durante o ano de 2003, junto às equipes de saúde mental do município de Blumenau, buscando a reflexão teórica a partir de uma prática desenvolvida no âmbito do serviço público, e visando contribuir para o estabelecimento de bases teórico-conceituais que possam propiciar o desenvolvimento de estratégias possíveis na construção de políticas públicas de saúde mental..

3. OBJETIVOS

O presente estudo teve por objetivo geral descrever e analisar o processo de Planejamento Estratégico em Saúde Mental realizado no município de Blumenau/SC durante o ano de 2003.

O desdobramento deste objetivo geral levou-me aos seguintes objetivos específicos:

- ✓ Efetivar a descentralização do atendimento em saúde mental
- ✓ Analisar o processo de implantação do Programa de Descentralização em Saúde Mental do município de Blumenau/SC
- ✓ Analisar o atendimento em Saúde Mental na Rede Básica de Saúde de Blumenau sob o ponto de vista do modelo de atenção preconizado pela Reforma Psiquiátrica

4. METODOLOGIA

4.1. Caracterização do Estudo

Realizou-se um estudo de natureza qualitativa, utilizando-se de abordagem fenomenológica e dialética, caracterizado como uma pesquisa-ação, orientado pelo paradigma construtivista.

Foram utilizados como técnicas de coleta de dados, observação participante sistemática, pesquisa documental e entrevistas semi-estruturadas. Para a análise dos dados foi utilizada a análise de conteúdo, adaptada aos objetivos da pesquisa.

4.2 A escolha do método

A pesquisa qualitativa trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO,1993). Ainda conforme a autora, a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares e se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado.

A abordagem fenomenológica abre oportunidade a ouvir e analisar pontos de vista. (HAGUETE, 2001) O uso de entrevistas semi-estruturadas permite, nesta abordagem, que pontos de vista emergjam e que se estabeleça uma empatia entre as pessoas ou os grupos entrevistados e o pesquisador. Embora o pesquisador qualitativo não aceite necessariamente as perspectivas subjetivas como verdade, a empatia estabelecida permite-lhe ver o mundo

com base nas realidades, significados e categorias apresentadas pelos sujeitos. (OLIVEIRA, 1994)

A pesquisa-ação consiste em “um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo” (THIOLLENT, 1996, p. 14). O intuito maior, segundo o autor, é produzir conhecimento.

A pesquisa-ação pode ser caracterizada, também, como uma pesquisa de intervenção *“cujo objetivo é interferir na realidade estudada, para modificá-la (...) tem compromisso não apenas de propor resoluções para os problemas, mas também em resolvê-los efetivamente e participativamente. Tem por objetivo reduzir custos ou incentivar a qualidade da prestação de serviços”* (TOBAR e YALOUR, 2001 p.74)

A técnica da pesquisa-ação, também definida como pesquisa participante por Haguete,(2001), se ajusta ao modelo deste estudo, visto que o pesquisador desempenha papel ativo na modificação de certas condições do meio, em benefício dos observados. Este benefício se concretizou na Consultoria em Planejamento Estratégico, através de um projeto de extensão do Departamento de Saúde Pública/UFSC e da Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau. Esta consultoria possibilitou a inserção da pesquisadora de forma ativa no cotidiano do serviço no processo de reorganização dos Serviços de Saúde Mental.

O estudo adotou, ainda, uma abordagem participativa e construtivista. A metodologia participativa, na pesquisa-ação, tem demonstrado sua utilidade, sobretudo em processos onde as conseqüências incidirão sobre uma multiplicidade de sujeitos e onde esta diversidade de elementos aparenta potencial de contribuição nas várias partes do processo (GUBA,1990)

A abordagem construtivista pode ser vista como um paradigma em pesquisa, orientando teoricamente e conceitualmente a prática do pesquisador. Na pesquisa construtivista, pressupõe-se que o conhecimento emerge a partir da conjunção dos conhecimentos que formam um patrimônio intelectual e simbólico dos atores que compõem o campo de pesquisa (idem, 1990).

4.3 Coleta de Dados

A coleta de dados se deu através de uma triangulação de técnicas, como sugere Triviños (1997), a fim de abranger a máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco do estudo. As técnicas utilizadas foram a observação participante, pesquisa documental e entrevistas semi-estruturadas.

As técnicas utilizadas pela pesquisa qualitativa começaram a ser usadas pela sociologia e pela antropologia, aproximadamente na década de 1920. Uma delas é a observação participante, a qual constitui-se como um processo baseado na presença ativa do observador numa determinada situação, com a finalidade de realizar uma investigação científica (PÁDUA, 1997). Este tipo de observação se dá numa relação face a face entre observador e observados, de modo a colher dados. Assim, o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto (MINAYO, 1993).

A fim de registrar os acontecimentos, a autora realizou anotações em Diário de Campo, que é considerado um instrumento básico de registro do pesquisador. O Diário de Campo é inspirado nos trabalhos dos primeiros antropólogos que, ao estudar sociedades longínquas, carregavam consigo um caderno no qual escreviam suas observações,

experiências, sentimentos, etc, para depois selecionar as mais relevantes para sua pesquisa (VÍCTORA et al, 2000). Conforme Minayo (1993), o diário de campo tem o intuito de fornecer e agregar detalhes que no seu somatório vão congregam os diferentes momentos da pesquisa. Demanda um uso sistemático que se estende desde o primeiro momento da ida ao campo até a fase final da investigação. *“Quanto mais rico for em anotações este diário, maior será o auxílio que oferecerá à descrição e à análise do objeto estudado”* (p. 64).

Estes registros em diário de campo eram realizados imediatamente após as reuniões do Planejamento Estratégico, a partir do acompanhamento e das observações da pesquisadora.

Foi realizada também, uma Pesquisa Documental, a fim de buscar dados essenciais. A pesquisa documental é uma fonte de informações que pode aliar-se a outras técnicas de coleta, complementando-as ou evidenciando fatos novos. Víctora et al, (2000) referem que são objetos de pesquisa documental os documentos oficiais (leis, normas, regulamentos), pessoais (cartas, diários, autobiografias) e públicos (livros, jornais, revistas, discursos). Becker, (1999) argumenta que a pesquisa documental pode envolver ainda dados estatísticos, códigos, minutas e relatórios. E complementa que estes dados podem propiciar um histórico útil, e que devem ser examinados de forma cuidadosa, seguindo procedimentos e propósitos.

Os documentos pesquisados neste estudo foram os relatórios parciais e anuais de atendimentos oferecidos à população pelos serviços de saúde mental de Blumenau (CAPS II, CAPS ad e CAPS i). Nestes relatórios constam o número de usuários atendidos, o tipo de atendimento (individual, em grupo, acolhimento) e a quantidade de atendimentos por profissional (psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, terapeuta ocupacional, assistente social e auxiliar de enfermagem) além dos aspectos referentes ao serviço, como as condições de

funcionamento, as necessidades, as mudanças e uma avaliação geral do desempenho. Foram também consultados os Relatórios das Mini-equipes que continham a descrição do trabalho desenvolvido pelos profissionais da Saúde Mental junto à rede básica de saúde.

Becker (1999) refere que o observador participante não pode se limitar somente à observação, ele também pode entrevistar membros do grupo, seja isoladamente, ou em grupo. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas que, segundo Triviños (1987), caracterizam um tipo de entrevista que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante.

As entrevistas semi-estruturadas foram realizadas com profissionais em posição de liderança, e outros envolvidos no processo de planejamento e descentralização. Dentre estes profissionais podemos citar a Superintendente de Saúde, os Coordenadores dos CAPS, seis profissionais dos CAPS e seis profissionais da Rede Básica de Saúde,.

4.4 Etapas da coleta de dados

A coleta de dados ocorreu segundo as seguintes etapas:

- ✓ Contato com a coordenação de Saúde Mental do Município de Blumenau para esclarecimentos dos objetivos da pesquisa;
- ✓ Discussão e reflexão com as equipes de saúde, acerca dos pressupostos éticos, políticos e teóricos que embasariam as ações da pesquisa;
- ✓ Autorização do Secretário Municipal de Saúde de Blumenau para a realização da pesquisa;
- ✓ Aplicação de instrumento de Consentimento Informado aos entrevistados;

- ✓ Verificação da Situação Atual (Diagnóstico) da Atenção em Saúde Mental no município através do Planejamento Estratégico
- ✓ Discussão de estratégias de intervenção conjuntamente com as equipes de saúde;
- ✓ Observação da implementação de estratégias
- ✓ Participação no processo de implantação do Programa de Descentralização

Concomitantemente ocorreram, ainda,

- ✓ Realização de Entrevistas semi-estruturadas com profissionais
- ✓ Pesquisa de documentos pertinentes ao desenvolvimento da dissertação.

4.5 Local do Estudo

O estudo foi realizado junto aos serviços da Rede Básica de Saúde e Serviços de Saúde Mental do município de Blumenau, estado de Santa Catarina. Esta proposta de intervenção foi acordada com a Secretaria Municipal de Saúde efetivando-se a partir de uma consultoria de Planejamento Estratégico de Saúde Mental do município de Blumenau.

4.6 Objeto e Sujeitos do estudo

A Rede de Atenção em Saúde Mental do município de Blumenau e a Rede Básica de Saúde constituíram-se no objeto de estudo, cujos sujeitos são representados pelos profissionais dos serviços envolvidos no processo de Planejamento estratégico e no de implantação do Programa de Descentralização.

4.7 Análise dos Dados

Os dados resultantes das observações e intervenções junto às equipes de Saúde Mental, da pesquisa documental e das entrevistas semi-estruturadas, foram tratados de modo a permitir a reconstrução da experiência vivenciada e discutidos à luz do referencial teórico adotado. Para tanto foi utilizada a análise de conteúdo, adaptada às finalidades desta pesquisa, tendo-se, neste sentido, incorporado princípios de análise dialética (HAGUETE,2001).

Bardin (1994) diz que a análise de conteúdo é “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores quantitativos, ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens” (p.160).

A análise dialética implica no exercício crítico sobre os conteúdos apreendidos, na busca de estabelecimento de significados, tanto do ponto de vista dos sujeitos da pesquisa, quanto na perspectiva do pesquisador, que lance mão do referencial teórico para, dialogicamente, promover este estabelecimento de significados.

4.8 PRINCÍPIOS ÉTICOS

O estudo, por se tratar de uma pesquisa-ação participativa, contou com a participação das equipes de saúde e de Saúde Mental, durante o processo de concepção, desenvolvimento e implantação das ações planejadas no Programa de Descentralização (Anexo 3).

Foi garantido o sigilo, anonimato e respeito a todos os sujeitos envolvidos no estudo. Foram também respeitados e valorizados o conhecimento e a disponibilidade dos profissionais.

Foram seguidas orientações ético-legais como formalização junto aos órgãos competentes, análise do Comitê de Ética da UFSC dentro dos termos da Resolução CNS 196/96 (Anexo1) e aplicação de consentimento informado para os sujeitos envolvidos.

Acordando com Goldin apud Victora, (2000) o formulário de Consentimento Informado elucidava o conteúdo da pesquisa e seus benefícios, possibilitando a participação de forma voluntária e garantindo a proteção contra riscos, danos e desconfortos. Este formulário foi aplicado aos entrevistados e ao Secretário Municipal de Saúde (Anexo 2).

5. ANÁLISE DO PROCESSO

5.1 O processo de Planejamento Estratégico e Descentralização em Blumenau

A Consultoria em Planejamento Estratégico em Saúde Mental, instaurada em Blumenau em 2003, surgiu a partir da necessidade da Secretaria Municipal de Saúde de receber uma orientação especializada para otimizar seus serviços e superar algumas de suas dificuldades. Conforme Campos (2000) é demanda freqüente das equipes de saúde a de um assessor de planejamento para organizar o “como fazer”. O intuito principal foi de realizar um diagnóstico situacional que pudesse servir de base para um plano de ação para reorganizar a atenção.

O trabalho desta Consultoria se baseou em princípios do Planejamento Estratégico e visava oferecer aos participantes condições de identificação das dificuldades para posterior enfrentamento e superação. Uma das grandes responsabilidades do planejador, segundo Campos (2000), é oferecer competência técnica para instrumentalizar as equipes em relação aos meios de ação para mudança. Buscou-se também que o Planejamento fosse elaborado e operacionalizado com a plena participação dos atores envolvidos na ação e trabalhando com a figura do planejador como preconizada por Tancredi et al (1998), a de alguém que atua como um facilitador no processo.

Campos (1997) orienta que, se o profissional não se sente sujeito ativo no processo de reabilitação ou na trajetória de invenção de programas para debelar um problema sanitário

coletivo, ele não somente perderá contato com elementos potencialmente estimuladores de sua criatividade como tenderá a não se responsabilizar pelo objetivo final da própria intervenção, ou seja, pela recuperação dos pacientes ou pela promoção da saúde de uma comunidade. Corrobora com este pensamento Santana (1997), referindo que o ator que planeja tende a se considerar como parte do sistema planejado, com o qual se inter-relaciona mediante determinantes e condicionantes.

O trabalho da Consultoria de Planejamento Estratégico se deu durante os meses de fevereiro a dezembro de 2003, em encontros quinzenais com duração de quatro horas, com total de 20 encontros. As reuniões de planejamento contavam com a participação de, em média, 30 profissionais dos serviços de saúde mental (de um total de 40, durante o período) e de todos os quatro profissionais de níveis de coordenação da saúde mental (03 coordenadores dos CAPS e a Superintendente de Saúde).

A metodologia de trabalho se fundamentou na ação participativa (TANCREDI et al, 1998), visando o envolvimento e a responsabilização das equipes a fim de se solidificar o processo em andamento. A metodologia participativa facilita a negociação entre os grupos, ampliando o compromisso de todos com a concretização dos objetivos estabelecidos no contexto coletivo. Dentro de organizações, o Planejamento Participativo tem o poder de criar uma nova *cultura de compromisso* com a instituição.

Estes encontros de Planejamento Estratégico Participativo permitiram que se traçasse um *diagnóstico situacional* do serviço, onde o grupo identificou problemas como de superlotação, filas de espera, desvirtuamento do verdadeiro papel dos CAPS, centralização das ações em Saúde Mental, ausência de um serviço de Emergência, sobrecarga de trabalho e ausência de ações intersetoriais, dentre outros (OLIVEIRA E FRANCHINI, 2003).

A partir deste diagnóstico situacional o grupo elencou algumas prioridades de ação. Dentre elas, a necessidade do compartilhamento do trabalho de atenção em saúde mental, normalmente restrito aos CAPS, com os serviços da Rede Básica de Saúde, ou seja, a efetivação da descentralização da atenção à saúde mental. Esta ação visava influenciar direta e indiretamente na redução do número de atendimentos e das filas de espera dos CAPS. Poderia também proporcionar um melhor entendimento, por parte da Rede, acerca do papel dos CAPS. Tal descentralização das ações em Saúde Mental poderia, assim, diminuir a sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde mental e fomentar ações intersetoriais.

A idéia de descentralizar a atenção já vinha sendo discutida pelas equipes desde 2002, quando foi sugerida à coordenação de Saúde Mental. Aventou-se, então, a possibilidade da equipe de Saúde Mental oferecer um tipo de assessoria, em regime contínuo, aos serviços da rede básica. Esta assessoria funcionaria como uma capacitação para que os profissionais da Rede pudessem melhor atender os usuários de saúde mental e seria realizada por *mini-equipes* de saúde mental, que seriam, cada uma, composta por três a cinco profissionais dos CAPS.

O trabalho das mini-equipes iniciou-se em 2003 de forma “piloto” ou “experimental” concomitantemente ao desenvolvimento do Planejamento Estratégico. A iniciativa do trabalho de mini-equipes deu-se independentemente do processo de Planejamento Estratégico, mas foi no âmbito deste processo que se discutiu a implantação da assessoria, planejou-se os contatos iniciais com profissionais da Rede Básica, decidiu-se sobre quais unidades fariam parte do projeto piloto e os temas a serem inicialmente tratados.

Estruturaram-se, então, três mini-equipes com profissionais dos três CAPS (adulto; álcool e drogas e infantil). Duas das mini-equipes eram compostas por quatro profissionais

e a outra por dois profissionais e cada uma contava com pelo menos um psiquiatra. No cômputo total havia, além dos psiquiatras, três psicólogas, duas assistentes sociais, uma terapeuta ocupacional e uma enfermeira. Estas mini-equipes realizaram visitas quinzenais ou mensais aos PSFs, prestando assessoria clínica, orientando manejo de relações terapêuticas, utilização de recursos organizacionais e comunitários, discutindo casos, abordando temas, fornecendo e discutindo textos, realizando trocas de experiências, enfim, estreitando o contato entre os serviços, formando uma rede alternativa e descentralizada de atendimento.

Desta forma, o processo de Planejamento Estratégico Participativo desdobrou-se em duas vertentes principais: o Planejamento Estratégico Participativo propriamente dito e o processo de Descentralização através das mini-equipes. A primeira tinha como finalidade maior pensar a atenção em saúde mental no município como um todo, constando de reuniões quinzenais com toda a equipe de saúde mental. A autora participou como pesquisadora ativa (pesquisa-ação) e uma das consultoras deste processo. O trabalho com as mini-equipes, tinha a função específica de efetivar a descentralização do atendimento, ajudando o corpo profissional da Saúde Mental a integrar-se com o trabalho do corpo profissional da Rede Básica. Neste processo, a autora atuou como pesquisadora, acompanhando as atividades desenvolvidas pelas mini-equipes.

5.2.Visão Geral do Planejamento Estratégico

O Planejamento Estratégico tem por objetivo provocar mudanças, por conseguinte se torna um fomentador de crises. Estas são indissociáveis do processo de planejamento e não podem ser evitadas, pelo contrário, devem ser aprofundadas até que os conflitos se apresentem em sua plenitude e que se consiga ver mais claramente os fatos e sentimentos envolvidos, para que se possa ultrapassar as barreiras que cada problema representa, e tentar resolvê-los.

Foram realizadas 20 reuniões durante o processo tendo sido fixado um dia da semana para os encontros, às quintas-feiras, quando todos os profissionais eram liberados de suas funções nos CAPS para participar. A regularidade quinzenal nem sempre era mantida. Dependendo das circunstâncias algumas reuniões eram adiadas ou remarçadas, outras eram antecipadas.

Nos primeiros encontros do processo de planejamento foram levantados os temas considerados mais polêmicos e que representavam, para os profissionais participantes, aspectos que dificultavam seu cotidiano de trabalho. Foram apontados sete temas que posteriormente foram agrupados em quatro:

- 1) Políticas Públicas de Saúde Mental, que estava relacionado ao processo de implementação da Reforma Psiquiátrica e à implantação do modelo de CAPS;
- 2) Reflexões sobre a Prática, que se referia ao tipo de trabalho que estes profissionais estavam desenvolvendo e sua adequação com os preceitos da Reforma Psiquiátrica;
- 3) Descentralização em saúde mental, que abordava as relações intersetoriais;
- 4) Relações Internas, que tratava do relacionamento, nas equipes, dos profissionais de saúde mental.

Os profissionais se dividiram nestes quatro grupos temáticos de trabalho, a partir de seu interesse, tentando-se mesclar em cada grupo profissionais dos três serviços (CAPS II, CAPS AD e CAPS I). O processo de trabalho se caracterizou pela elaboração continuada de textos por parte de cada grupo, para que fossem trazidos ao grande grupo, constituindo-se um sistema de agregação continuada dos resultados obtidos a cada reunião. Criava-se e recriava-se, assim, um documento, em cada grupo, que era repassado à equipe e atualizado pelo grupo com base nas discussões quinzenais com toda a equipe, e que, assim atualizado, servia de base para as discussões de cada reunião subsequente. Foram também entregues aos grupos textos didáticos relacionados com cada tema, para subsidiar o desenvolvimento dos debates, que evoluíam a cada reunião.

Cada grupo fazia, alternadamente, apresentações sobre seu tema, um grupo por encontro. Às vezes um tema tomava mais de uma reunião seguida. O número de reuniões realizadas para as discussões de cada um dos quatro temas foi diferente e não havia a preocupação de se estipular um limite. Este limite era dado pelo próprio grupo a partir do esgotamento de cada tema.

A partir das discussões dos quatro temas, ao final do ano, foi elaborado um Relatório Final (Anexo 4) que foi apresentado ao Secretário Municipal de Saúde e outras lideranças municipais, tendo então se firmado vários compromissos de investimentos e melhorias no setor.

5.3 Resultados do Processo de Planejamento Estratégico

5.3.1 Oferta de um espaço de escuta: o vínculo processual

Os encontros do Planejamento Estratégico Participativo colaboraram para que os profissionais tivessem um espaço de escuta. Apesar de haver, dentro do serviço de saúde, várias instâncias de discussão, os encontros do Planejamento tornaram-se um espaço de referência para o aprofundamento de temas relacionados às dificuldades do dia-a-dia dos serviços.

Contudo, a apropriação destes momentos por parte dos participantes demandou certo tempo para acontecer. Em vários momentos, sempre que se abordava algum assunto muito polêmico, surgia um sentimento de desconfiança em alguns participantes com relação ao que seria levado para fora, mais especificamente para a Secretaria de Saúde. Fez-se necessário que vários acordos fossem estabelecidos e renovados sobre o que seria levado ou não para a Secretaria de Saúde durante o processo de trabalho.

Por anteciparmos a existência do clima de desconfiança e com a intenção de fomentar um sentimento de confiança entre os participantes em geral e entre os participantes e os consultores é que foi proposto um tempo relativamente longo de trabalho (um ano). Esta confiança se fazia necessária para que determinados temas pudessem ser discutidos de forma aberta e com o mínimo possível de restrições para que se pudesse avançar no processo de construção do conhecimento.

Os consultores entendiam que o processo de construção coletiva dependia de que as discussões, os conceitos, as ações, os ideais fossem trabalhados e discutidos por todos, ou pela sua maioria, para que se conseguisse propor coletivamente e talvez efetivar algumas

mudanças. Trabalhar os aspectos que envolvem o cotidiano de trabalho e conseguir compreendê-los a ponto de juntos transpor barreiras, demanda tempo.

Após se estabelecer um vínculo processual entre os participantes, os encontros de planejamento se tornaram um espaço onde os profissionais conseguiam falar de suas angústias, frustrações e anseios. Pedro Demo (1999) refere que o Planejamento Participativo conta sempre com um agente externo (planejador) que tem como função motivar, colocar-se à disposição e próximo das pessoas que fazem parte do processo para que se estabeleça um clima de igualdade e confiança. Foi o que testemunhamos neste processo: a construção de um vínculo, o qual catalizou um espaço onde a escuta e a disponibilidade, refletiam o crescimento da confiança e anunciavam a possibilidade do fortalecimento de um trabalho real de equipe, onde se compartilhavam as angustias e esperanças e onde se nutriam a solidariedade, a empatia e a colaboração.

5.3.2 Integração da equipe de saúde mental entre si

Logo nos primeiros encontros percebeu-se, ao reunir todos os componentes dos três serviços de saúde mental, que muitas das pessoas não se conheciam. Esta situação era propiciada pela entrada de funcionários novos, pela distância física entre os CAPS e pela inexistência de reuniões com todas as equipes. A integração entre os CAPS se dava ao nível de coordenação, mas não costumava envolver todos os profissionais.

Esta realidade tornou-se motivo de problematização assim verbalizado por um componente do grupo: *“como trabalhar em equipe se uma equipe não se conhece?”*. Proporcionar a integração entre os profissionais vai além de uma simples aproximação. Era

necessário que se criasse, durante o processo de Planejamento, um clima de troca e de confiança. Esta tarefa transcende as orientações teóricas sobre como trabalhar em equipe. Assumir o espaço como escuta e engajar componentes dos três CAPS nas discussões dos quatro temas a serem discutidos foram as primeiras iniciativas para promover esta integração. Foi dada atenção especial à participação durante todo o processo de planejamento: sempre que se deliberava acerca de alguma ação se tentava sempre envolver os três CAPS e agrupar pessoas que aparentemente não tinham afinidades prévias. Lobosque (1997) refere ser *“impossível implantar concretamente um projeto sem a adesão, a contribuição e, sobretudo, a criatividade daqueles que nele trabalham”* (p. 179). Unir pessoas que trabalhavam em ambientes físicos separados e que não possuíam espaços institucionais de encontro e troca tornou-se um desafio.

Durante o processo surgiram várias situações conflituosas entre os serviços, visto que cada um focava problemas diferentes e os administrava de maneiras diferentes. Estas diferenças eram vistas mais com desconfiança que como um ponto forte do serviço como um todo. Os conflitos possibilitaram aos profissionais expressar seus sentimentos de angústia, raiva, frustração e também de empatia e apoio. Os consultores sempre encorajaram os participantes a trazer à tona os problemas que os estivessem incomodando de alguma forma, para que fossem discutidos, repensados e, quando possível, resolvidos.

Para se instigar discussões deste nível é necessário acolher, compreender e saber encaminhar as situações, muitas de natureza delicada. Isto demandou bastante trabalho dos consultores, que buscavam estabelecer um vínculo de confiança com o grupo, essencial ao andamento do trabalho.

5.3.3 Nivelamento e ampliação da conscientização sobre a Reforma Psiquiátrica

Desde o início de 1988, o atendimento em saúde mental no município de Blumenau passou por várias mudanças, advindas de situações políticas, da necessidade de adequação à clientela, por alterações em diretrizes de trabalho, etc. Uma das dificuldades locais tem sido colocar em prática o modelo de atenção preconizado pela Reforma e descrito nas portarias que regulamentam os CAPS.

Dentre os aspectos que foram destacados pelos profissionais está a dificuldade em efetivar a transição do modelo de atendimento ambulatorial, centralizado nas consultas e na medicalização, para o modelo de atendimento dos CAPS como pensados no âmbito da Reforma Psiquiátrica. Vários obstáculos à efetivação do modelo da Reforma foram apontados, como problemas de infra-estrutura, problemas organizacionais, de recursos humanos e também com relação à população, que estava acostumada com um tipo de atendimento e se mostrava, de certa forma, resistente às mudanças.

Quando se cria algo novo se torna mais fácil de delimitar seu modo de funcionamento, mas quando se tenta transformar algo que já existe é preciso que esta mudança de atitude seja aceita e incorporada por todo o grupo. No caso de Blumenau, haviam profissionais que praticavam, sem questionar, o modelo antigo de consultas, as trocas de receitas, etc; e outro grupo que se esforçava para mudar este modelo. Lobosque (1997), ao refletir acerca da questão da formação dos recursos humanos em saúde mental, refere que a formação costuma ser inteiramente distante das necessidades dos serviços substitutivos ao manicômio. O hospital psiquiátrico é “*o quartel-general e o zoológico do*

ensino da psicopatologia” (p. 174) e as questões referentes ao sofrimento psíquico grave, na perspectiva antimanicomial, não costumam receber atenção.

As reuniões do Planejamento colaboraram para que fossem discutidos temas acerca da mudança dos modelos de atenção e para questionar a forma como vêm sendo aplicados no município os preceitos da Reforma Psiquiátrica, bem como o grau de conhecimento destes preceitos pelos profissionais.

Durante o processo de Planejamento toda essa discussão foi trazida ao grande grupo e os profissionais tiveram a oportunidade de discutir abertamente temas que lhes traziam dúvidas.

As discussões propiciaram o entendimento, até ali não totalmente absorvido pela totalidade da equipe, do significado dos preceitos da Reforma. Para alguns, desvelou-se a perspectiva de um novo olhar sobre a loucura e os fenômenos mentais e um entendimento mais aprofundado sobre o que significa um serviço “substitutivo”.

Com a continuidade deste trabalho, principalmente de sensibilização e conscientização, percebeu-se mudanças de atitude que levaram alguns profissionais a se encorajar para realizar outras ações que antes consideravam não ser de sua competência, como visitas domiciliares, grupos, discussões de casos, contato com a comunidade, contato intersetorial, etc. Outros se sentiram encorajados a desligar-se do serviço.

5.3.4 Desconstrução do poder

As instâncias de poder que ocorrem em qualquer espaço de convivência ou trabalho sempre podem ser legítimas, ilegítimas, veladas ou impostas. Dentro de um serviço de

saúde existem diferentes níveis e formas de poder. Existe o poder dos cargos de chefia e coordenação, o poder dado a determinada categoria profissional e existe ainda o poder político.

No município de Blumenau esta realidade foi constatada, a partir do processo de planejamento estratégico, no serviço de saúde como um todo e no âmbito da saúde mental. Os encontros de planejamento estratégico tiveram, entre outros efeitos, os de identificar e desconstruir poderes velados que estivessem de alguma forma interferindo nos processos de trabalho. Para tanto contribuiu bastante a aprovação da participação de todos os profissionais, não importasse a categoria profissional ou nível de instrução, incluindo as coordenadoras dos CAPS e a Superintendente de Saúde do município, a fim de que todos sentissem a própria importância e se envolvessem por igual no processo de mudança. Rotelli (1990) refere que uma das estratégias da “desconstrução do poder” seria mobilizar os atores envolvidos no sistema de ação institucional, marcadamente os trabalhadores de saúde mental, através de modelos organizacionais participativos e/ou autogestivos.

A Reforma Psiquiátrica é marcada por esta desconstrução do poder que pode estar vinculado à assimetria entre categorias profissionais. Algumas destas categorias são, como aponta Vasconcelos (2000) portadores do “mandato institucional”, possuindo modelos de atuação padronizados. O autor considera essencial contar com profissionais identificados politicamente com o projeto assistencial inovador e que possuam flexibilidade e competência para trabalhar com os novos modelos de práticas propostos (p. 60).

5.3.5 Engajamento maior / Ocupação de espaço político

Uma manifestação importante de crescimento da equipe com relação à busca da mudança de modelo assistencial foi a apropriação de espaços políticos. Em agosto de 2003 realizou-se Plenária de Saúde Mental no município de Blumenau a fim de se referendar propostas da saúde mental para a Conferência Municipal de Saúde que se realizou em setembro. A participação da equipe de Saúde Mental do município de Blumenau, nesta Conferência, foi marcante. Pela primeira vez a equipe se apresentou como um grupo articulado, com propostas definidas, estratégias para viabilização das propostas apresentadas e exercendo pressões adequadas à colocação destas propostas na agenda para a Conferência Estadual. O grupo da Saúde Mental surpreendeu mostrando um grande potencial como equipe e ocupando um espaço importante no cenário político da saúde no município.

O histórico da Reforma Psiquiátrica no Brasil é marcado por lutas políticas alavancadas pela sociedade civil, trabalhadores e pensadores. (AMARANTE, 1998) A ocupação dos espaços políticos, tanto no ambiente interno da Secretaria de Saúde de Blumenau quanto nos ambientes que mediam as relações com os usuários e as comunidades (ex.: Fórum Estadual de Saúde Mental, Regionais de Saúde da Família) aponta para a possibilidade de um maior conhecimento das necessidades locais, bem como para um entendimento maior do funcionamento do trabalho de outras equipes na área da saúde. Traz, ainda, a possibilidade de um trânsito melhor no terreno intersetorial. Estas práticas, se bem implementadas, podem pavimentar a reorganização do modelo de atenção no

município, trazendo a concretização de novas práticas terapêuticas condizentes com as reais propostas da desinstitucionalização.

5.3.6 Identificação e implementação de ações

Um dos objetivos do Planejamento Estratégico é criar ações com vistas à resolução de problemas. Na metodologia utilizada em Blumenau, muitas destas ações se deram concomitantemente ao processo de realização do Diagnóstico Situacional que vinha sendo elaborado.

À medida que as situações iam surgindo, era avaliada a possibilidade ou não de resolvê-las naquele momento ou se seriam necessárias outras ações, envolvimento de outros níveis de competência ou outros momentos políticos. Nos casos considerados passíveis de solução dentro da esfera dos profissionais, discutia-se a fim de se elaborar formas de implementação, como as relacionadas a problemas internos dos serviços, divisão de tarefas e engajamento no trabalho.

Algumas situações que demandavam instâncias superiores de poder eram intermediadas pela Superintendente de Saúde, que participava ativamente das reuniões de planejamento, ou eram criadas comissões para este fim. Em alguns episódios, os consultores também participaram desses momentos de reivindicações ou participaram como mediadores em reuniões, como as promovidas com as equipes da rede básica de saúde.

Ao final do processo de Planejamento Estratégico, muitas ações já haviam sido encaminhadas e/ou implementadas, restando as medidas consideradas de longo prazo ou que envolviam instâncias maiores de poder às quais foram apresentadas no Relatório do

Planejamento Estratégico para o Secretário Municipal de Saúde. Este relatório contém um Diagnóstico Situacional da Saúde Mental do Município de Blumenau. As reivindicações trazidas pelas equipes foram discutidas e algumas acordadas, outras encaminhadas para melhor avaliação.

O mais interessante para os consultores foi perceber que algumas mudanças iam acontecendo paralelamente ao processo de planejamento de forma descentralizada, sem que fosse necessária a deliberação do grupo, às vezes sem que fossem trazidos ao grande grupo. As discussões, os textos científicos, a troca de experiências, o tempo do processo, possibilitaram que as equipes amadurecessem várias idéias, projetos e movimentos que estavam ‘emperrados’ há algum tempo. Percebeu-se, por exemplo, a retomada de uma idéia que o grupo havia tido alguns anos antes e que havia sido parte do projeto dos CAPS mas que não havia sido implementado. Independente de deliberações elencadas no planejamento, o grupo teve a iniciativa de retomar esta idéia, de prestar assessoria em saúde mental para as equipes da rede básica de saúde, promovendo a descentralização da saúde mental. Foram formadas mini-equipes que iniciaram o trabalho em duas Regionais de Saúde do município. Este trabalho foi considerado um dos mais relevantes resultados do planejamento pelos consultores e pela equipe de saúde mental.

5.4 O processo de Descentralização:O Trabalho das mini-equipes de Saúde Mental

5.4.1 O Distanciamento

O início do processo de trabalho das mini-equipes caracterizou-se por um período de preparação para a aproximação entre os serviços de saúde mental e da rede básica. Percebemos certo receio por parte dos profissionais de saúde mental acerca da receptividade que teriam das equipes da rede, o que revelou, inicialmente, o distanciamento entre estes profissionais e os serviços. O pouco contato existente se caracterizava por uma relação conflituosa.

Os profissionais de saúde mental manifestavam medo de que a rede básica não fosse recebê-los bem. Acreditavam que a rede os rechaçaria, numa atitude simbólica relativa à rejeição com os casos “de saúde mental”; ou que os profissionais da rede não aceitariam trabalhar em equipe; ou ainda que não absorveriam a idéia do trabalho interdisciplinar e não entenderiam as propostas trazidas pela Reforma Psiquiátrica. Além disso, havia o medo de que eles mesmos, profissionais de saúde mental, não estivessem preparados para prestar as consultorias inerentes ao trabalho, ou seja, supervisionar, apoiar, discutir e subsidiar as ações de saúde mental a ser efetuados pelos profissionais da rede.

Já por parte da rede básica, havia um medo de que ocorresse o aumento de demanda, que certamente poderia ser trazido pela atenção à saúde mental, sem a concomitante melhoria das condições de trabalho e sem aumento de tempo disponível para atendimento e capacitação profissional. Os profissionais da rede temiam ser solicitados para exercer uma prática para a qual não se sentiam preparados

A falta de contato e diálogo tradicionalmente existente entre os profissionais da rede e os de saúde mental, aumentava a ansiedade com relação às perspectivas de trabalho conjunto. Isto foi demonstrado em algumas falas:

“Eles não têm a menor noção do que a gente faz aqui, encaminham pessoas que estão de luto ou que querem se ‘encostar’ no INSS” (Profissional da Saúde mental)

“Será que a gente vai saber responder às perguntas deles? Tem que ir médico junto...” (Profissional da Saúde Mental)

“Nós já temos uma demanda tão grande e agora vamos atender saúde mental também?” (Profissional - PSF)

Este tipo de sentimento era geral entre os profissionais envolvidos e permeou os primeiros encontros entre as equipes. Esta aproximação entre os serviços tornou-se um tanto ansiogênica. Brêda e Augusto (2001) propõem que os movimentos de mudança advindos da Reforma Psiquiátrica façam com que os serviços psiquiátricos deixem de ser um componente central da atenção psiquiátrica e os serviços comunitários passem a ser os principais meios para a obtenção de atendimento.

Percebeu-se nas entrevistas um alto grau de estigmatização da doença mental por parte dos trabalhadores de saúde em geral, havendo questionamentos sobre modos de atendimento, orientações e assessorias.

Outra preocupação que se mostrou marcante na fase inicial foi com relação ao aumento de demanda para os PSFs que, além de realizar todos os atendimentos primários, ainda teriam que atender saúde mental. A 8ª Conferência Nacional de Saúde indica ser responsabilidade da Atenção Básica 80% das necessidades de saúde da população, incluindo a atenção em saúde mental (BRASIL, 2000). Esta projeção realmente pode ser assustadora a princípio. Ao entrevistar os médicos da Rede Básica de Blumenau questionei se eles realizavam atendimento de saúde mental e a maioria respondeu positivamente,

inclusive reconhecendo que desordens mentais podem estar associadas a doenças clínicas. Conclui-se que esta projeção de aumento de demanda não seria real, visto que a mesma já existe. Abrir-se-ia, com as assessorias de saúde mental, a possibilidade de melhor capacitar estes profissionais para melhor realizarem seus atendimentos à saúde mental nos PSFs, ampliando, assim, a capacidade resolutiva dos profissionais e do sistema.

5.4.2 Integração entre a equipe de saúde mental e a Rede Básica de Saúde

Através da aproximação da equipe de saúde mental com a rede básica começou a surgir uma abertura para o diálogo e trocas de experiências entre as equipes, estreitando os laços de confiança, formando-se uma parceria profissional. Os profissionais de saúde mental relataram ter percebido claramente uma mudança, que se deu através dos discursos e atitudes dos participantes da rede básica de saúde, que, num primeiro momento, demonstraram certa resistência à proposta das mini-equipes. A equipe de saúde mental também percebeu que aos poucos foi se integrando mais com este outro grupo, passando eventualmente a ser considerada como referência para a rede básica em situações de dificuldade ou dúvidas.

Os profissionais da Rede básica se mostraram progressivamente mais ativos no processo de descentralização, abandonando o discurso queixoso e assumindo um papel participativo. Uma mudança positiva foi com relação ao estabelecimento de parcerias e de realização de atividades em conjunto, como visitas domiciliares, discussões de casos e trocas de idéias. Esta troca de experiências e interesses motivou inclusive uma equipe de PSF a realizar uma visita ao CAPS, para efetivamente conhecer seus serviços.

“Na nossa percepção, houve uma evolução crescente nas discussões, onde do discurso queixoso passou-se para a discussão ativa de formas de intervenção em saúde mental e de prevenção/promoção em saúde” (Relatório de Mini-equipe)

“Podemos perceber um movimento de interação crescente entre as equipes assessoradas e a de saúde mental, que se ampliava e fortalecia a cada encontro. Ao mesmo tempo em que os técnicos da atenção básica puderam se identificar com a mini-equipe de referência do CAPS, considerando-a efetivamente como uma referência com a qual podem contar diante de diversas situações, a equipe do CAPS pôde se apropriar da realidade vivenciada em cada PSF, conhecendo os espaços dos sujeitos e seus processos de trabalho.”(Relatório de Mini-equipe)

“Diante de uma das situações discutidas a equipe do PSF sugere aos profissionais dos CAPS a realização de visita domiciliar, facilitando assim as intervenções bem como a avaliação mais direta do caso” (Relatório de Mini-equipe)

“A equipe do PSF faz uma avaliação dos encontros, enfatizando a abertura da comunicação e os aspectos positivos das discussões, lembrando a importância da continuidade desses encontros no próximo ano. Explica-se a dinâmica dos próximos encontros e convida-se a equipe dos PSF a visitar o CAPS.” (Relatório de Mini-equipe)

Um dos maiores objetivos do trabalho de descentralização é que se crie um clima de confiança e apoio mútuo entre as equipes envolvidas, facilitando intervenções, buscando conjuntamente soluções, compartilhando dificuldades, dividindo os saberes. Gonçalves (2000) refere que apesar das dificuldades encontradas durante a sua experiência com

descentralização em São Paulo, conseguiram conquistar muitos parceiros e efetivar a proximidade entre os serviços. Esta foi também nossa experiência em Blumenau.

5.4.3 Compreensão do modelo de atenção e mudança nas relações entre a equipe de Saúde Mental e a Rede Básica de Saúde

A construção de parcerias entre a rede básica e a saúde mental é de fundamental importância para o movimento de construção de uma rede de atenção integral. Sampaio e Barroso (2000) relatando a experiência de Sobral/CE referem que aquele município somente conseguiu estruturar o atendimento em saúde mental após o fechamento do hospital psiquiátrico e a partir do bom entrosamento entre o CAPS e as 42 equipes de PSF. O bom entrosamento entre as equipes de saúde mental e as da Rede Básica de Blumenau foi percebido nos relatos colhidos durante a pesquisa onde foi consenso o interesse em dar continuidade às assessorias realizadas pelas mini-equipes em vista da relevância que representavam.

Apesar deste trabalho ter sido realizado de forma piloto, pode-se observar que trouxe uma grande colaboração ao serviço de saúde de Blumenau visto que os profissionais identificaram, no correr do processo, mudanças no que se refere ao entendimento dos profissionais da rede com relação ao papel da saúde mental e perceberam mudanças também no processo de trabalho.

“Podemos afirmar que a noção de parceria atenção básica/atenção secundária permeou todos os encontros, o que contribuiu para que os trabalhadores da saúde pudessem, de maneira conjunta, apontar alguns encaminhamentos no sentido de otimizar os trabalhos e de

buscar estratégias para melhorar o fluxo e a qualidade do atendimento de quem chega à unidades com demanda para a saúde mental” (Relatório de Mini-equipe)

“A gente conseguiu perceber a mudança dos encaminhamentos que recebemos dos PSF que receberam as assessorias das mini-equipes, só nos mandam casos realmente sérios e sempre ligam antes para se certificarem.”(Profissional - Saúde Mental)

“Dando início a uma função que é de responsabilidade dos CAPS, realizamos estes encontros com o intuito de incluir e capacitar a atenção básica para o atendimento em saúde mental” (Relatório de Mini-equipe)

A partir dos relatos, considera-se que o intuito de realizar uma primeira aproximação entre os serviços foi alcançado e que esta aproximação se deu de forma produtiva para ambas as partes. Percebeu-se que os encaminhamentos, antes realizados ‘ao psiquiatra’ passaram a ser ‘ao serviço’. Também com relação aos tipos de pacientes referenciados ao serviço percebeu-se que se tratavam, agora, de casos que realmente faziam parte do perfil pertencente aos CAPS.

Uma das importantes conquistas neste processo foi conscientizar os profissionais de saúde mental de que o trabalho de descentralização e assessoria faz parte das atribuições dos CAPS e que os mesmos tiveram condições de executá-lo. Apesar das dificuldades percebeu-se um engajamento dos profissionais e desejo de continuidade.

Com relação à rede básica de saúde percebeu-se que houve uma abertura para o diálogo e para a troca de experiências e que se pôde vencer o maior desafio, que era de

capacitar essas equipes para pensar e agir em saúde mental, construindo no dia-a-dia do trabalho novos saberes e a concretização de novas práticas.

5.4.4 Reconhecimento das dificuldades de ambos serviços

A fase em que se buscou uma aproximação entre os serviços da Rede Básica e da Saúde Mental foi caracterizada pela verbalização das dificuldades enfrentadas por ambos os grupos de profissionais. Foram apontados problemas estruturais, como os da área física dos postos de saúde, que inviabilizam certas modalidades de atendimento, como os Grupos, pois as salas disponíveis eram poucas e não havia espaço suficiente. Devido à falta de salas para trabalhar, os espaços para os atendimentos individuais também se tornavam prejudicados e muitas vezes era necessário que se realizasse rodízio entre os profissionais para uso das salas.

O problema da falta de espaço se refletiu também sobre o trabalho das mini-equipes, conforme se vê no relatório de uma Mini-Equipe:

“A dificuldade maior foi de espaço físico adequado para as reuniões, que ocorreram em uma sala pequena de atendimento pediátrico, tendo que ficar a porta aberta, e com pessoas sentadas sobre a maca. E o PSF com condições de trabalho mais precárias (salas pequenas, cozinha improvisada, falta de espaço para trabalhar com grupos), também relatou dificuldade de articulação com a comunidade. Num primeiro momento esta equipe mostrou-se fragilizada e queixosa, mas conseguindo escutar nosso questionamento sobre o que têm feito para mudar o panorama... No último encontro, todos se mostravam mais fortes, motivados, questionando de maneira crítica suas práticas, e percebendo que a mudança também pode e deve ser provocada por eles.” (Relatório mini-equipe)

Todos os profissionais, tanto da Saúde Mental como da Rede Básica, se queixaram do excesso de demanda e os médicos da Rede se queixaram particularmente da pressão para renovar receitas de psicofármacos para os pacientes da saúde mental. Muitos destes profissionais não especializados em saúde mental não se sentem capacitados em prescrever medicações psiquiátricas específicas, alguns inclusive se negam a fazer o repasse de receita nessas situações.

Já a equipe de saúde mental aponta que, em seu caso, parte do excesso de demanda se dá pelos encaminhamentos equivocados – pacientes que poderiam ter acolhimento e uma escuta na Rede e provavelmente seu problema resolvido, eram encaminhados diretamente aos CAPS sem o mínimo de tentativa de atendimento. Se houvesse um maior contato entre os dois setores talvez esta situação fosse minimizada. Uma das saídas apontadas pelas equipes seria a criação de uma rede informatizada de prontuários, que facilitaria a compreensão dos casos e seu atendimento.

“Outros problemas estruturais apontados pelos profissionais da Rede foram a falta de informatização do cadastro dos pacientes dos CAPS, vista como um fator que dificulta a troca de informações entre os serviços” (Relatório de Mini-equipe).

Os dois serviços externaram certo descontentamento com relação às condições de trabalho. Num primeiro momento estas queixas pareciam uma forma de tentar expor as carências existentes e justificar as limitações do serviço, inclusive sua falta de resolutividade. Scarcelli (2004) enfatiza que muitas vezes as precariedades das condições

de trabalho podem desestimular os profissionais. Mas um outro fator para as muitas queixas que caracterizaram os primeiros encontros das mini-equipes pode ser o fato de que lhes foi oferecida a oportunidade de se queixar. A escuta, para uma demanda reprimida de conteúdos relativos à insatisfação com um ambiente de trabalho que proporciona muitos problemas e pouco apoio emocional, abriu a possibilidade de satisfação desta carência.

Outro aspecto que pareceu à pesquisadora como influente no alto nível de queixas apresentado refere-se à resistência em atender e conviver com a doença mental. Esta resistência não é um atributo apenas dos profissionais, mas um fenômeno social e cultural e que tem justificado, até certo ponto, a exclusão do portador de transtorno mental do atendimento que necessita e a que tem direito. Saraceno (2001) ao analisar a visão dualista, que considera corpo e mente como duas entidades separadas, alerta para o perigo que esta visão pode provocar nos profissionais e na comunidade facilitando uma fobia da doença mental. Nesta visão, o profissional, separando o corpo da mente, vê o portador de transtorno mental como objeto de estudo e intervenção de um determinado campo de conhecimento. Se o profissional não é “de saúde mental” ele tende a não aceitar trabalhar com o portador e se distancia cada vez mais da problemática mental. O contrário também é verdade, com o profissional de saúde mental tendendo a afastar-se do paciente “clínico”. O afastamento reforça, gradualmente, a estranheza do outro e, conseqüentemente, tende a reforçar fantasias e idéias pré-concebidas, a partir de construtos sociais e culturais. Pôde-se perceber isto através do receio, tanto por parte dos profissionais do CAPS como da Rede, das situações de crise psicótica ou de agitações psicomotoras, visto que o Município não possui um pronto-socorro psiquiátrico.

A superação destes pré-conceitos é o passo inicial para se superar estes limites invisíveis. Gonçalves (2000), relatando a experiência realizada por Equipes Volantes de

saúde mental do Programa Qualis, durante a implantação de um processo de descentralização em São Paulo, em que os profissionais, tanto da saúde mental quanto da rede básica apresentavam dificuldades e sentimentos de impotência na realização de seu trabalho, refere que o grupo só foi capaz de superar estas dificuldades quando todos se entusiasmaram com o desafio de lidar com o sofrimento humano e cuidar dele de modo arrojado e sensível. Foi então possível superar as precariedades e alcançar bons resultados. Este encorajamento só pode ser alcançado com dedicação e com a troca de experiências.

5.4.5 Percepção da necessidade de capacitação

Outro ponto relevante e que foi continuamente apontado nos relatos dos profissionais entrevistados dos serviços de saúde mental e da atenção básica, se relaciona com a necessidade de uma capacitação permanente em saúde mental, tanto para os profissionais dos Serviços Especializados em Saúde Mental, quanto para os profissionais da Rede Básica de Saúde no município de Blumenau.

A realidade do serviço público revela que muitas vezes os profissionais destacados para exercer determinada função em um serviço especializado como o de saúde mental não tem tempo ou incentivo institucional para realizar algum tipo de aprofundamento de seus conhecimentos nos temas específicos de seu cotidiano de trabalho. Lobosque (1997) refere que, devido ao crescimento dos cursos de especialização no país, os cursos de graduação de certa forma se sentiram desobrigados a dar uma formação mais aprofundada aos alunos, inclusive nos temas que envolvem a saúde mental. Muitas equipes também não mantêm como rotina a realização de seminários ou estudos de caso, a fim de manter as atualizações

teóricas acerca da sua prática e, deste modo, também facilitar o entendimento aos profissionais que estão recém ingressando no serviço, acerca da dinâmica da instituição.

“Cheguei aqui no CAPS e não sabia nada, tive que ir buscar, ir aprendendo. Na faculdade não nos ensinam tudo, nem sempre me sinto preparada para discutir um caso”(Profissional da Saúde Mental)

Outro fator que se fez presente estava relacionado à ansiedade dos profissionais de saúde mental com relação à realidade que encontrariam durante o processo das assessorias, visto que iriam lidar com um público diferente - os profissionais da rede básica - e teriam seus conhecimentos, de certa forma, ‘testados’. Este desafio também foi enfrentado por outros serviços que realizaram trabalhos semelhantes. Em um grupo descrito por Silva et al (2000) testou-se uma metodologia de trabalho totalmente nova (descentralização da saúde mental) e sabia-se que teriam um longo trajeto a percorrer junto com aquelas pessoas (profissionais da rede básica de saúde), que tinham pouca ou nenhuma familiaridade com a saúde mental.

A necessidade de capacitação para os profissionais da rede básica de saúde também emergiu nos encontros com as mini-equipes em Blumenau. Em algumas reuniões foram entregues textos aos participantes para leitura e discussão, mas em poucas houve tempo para concretizar-se um espaço de estudos de saúde mental. Casé (2000), que realizou projeto semelhante em Camaragibe/PE, referiu que a capacitação para os PSFs discutiu loucura e o sofrimento humano de modo abrangente, fez as equipes repensarem seus conceitos de doença e saúde mental e a maneira de tratá-las e fez ainda com que as equipes

entendessem que o sofrimento psíquico e o sofrimento humano não eram objeto exclusivo de atenção desta ou daquela disciplina.

A necessidade de aprofundamento continuado em uma determinada área em que se está trabalhando parece ser evidente, apesar de muitos serviços, mesmo tendo esta consciência, não colocarem em prática nenhuma iniciativa neste sentido. O diferencial da equipe que participou dos encontros de Planejamento Estratégico, foi que eles realmente perceberam e sentiram a necessidade de ler, estudar, trocar informações acerca dos temas que estavam sendo trabalhados nos serviços especializados de saúde mental e nas consultorias junto às equipes da rede básica de saúde.

5.5 Dificuldades/Obstáculos do Processo de Planejamento Estratégico e de Descentralização

Durante qualquer processo de trabalho pode haver interferências internas ou externas que influenciam no andamento geral das ações. Em Blumenau, o processo de Planejamento Estratégico e de Descentralização aqui relatado sofreu alguns percalços, os principais sendo referidos abaixo:

5.5.1 A interrupção do trabalho das mini-equipes

Ao final de 2003, as três mini-equipes interromperam seu trabalho, conforme o costume, devido aos feriados de final de ano. O retorno, previsto para o início do ano laboral de 2004, foi, entretanto, obstado por ordem da gerência distrital de saúde, tendo

assim sido encerrados os trabalhos de assessoria de saúde mental junto aos nove PSFs. Não ficaram claros os motivos desta interrupção. Dentre os fatores possíveis pode-se aventar: a saída de vários profissionais aprovados em concursos do PSF, que oferecia melhor remuneração; a não renovação dos contratos de alguns profissionais da saúde mental e a saída dos psiquiatras; tudo isto resultou na diminuição do número de profissionais e a saída de profissionais mais experientes e engajados no projeto. Pode-se dizer que a ocorrência destes fatos tenha impossibilitado a continuidade do trabalho. Pode-se ainda especular sobre uma possível avaliação negativa do trabalho, por parte da gerência distrital (embora isto não tenha sido esclarecido ao grupo) ou ainda uma atitude de resistência ao trabalho conjunto das mini-equipes e da rede básica. De qualquer forma, a suspensão das assessorias não foi explicada pelo poder central, tendo os profissionais da saúde sido tomados de surpresa e frustração, e oferecendo suas próprias explicações:

“Eu achei uma pena não ter seguido este trabalho. Que pena que o pessoal não deu continuidade” (Profissional– PSF)

“As coordenadoras regionais acharam que devido à falta de psiquiatras o trabalho deveria ser interrompido” (Profissional – CAPS)

“Não acho que os psiquiatras eram imprescindíveis, a gente tinha muita dúvida sobre como lidar com os casos. A medicação não era problema” (Profissional - PSF)

A decisão da suspensão das atividades parece ter sido tomada pelo nível de coordenação regional, e a explicação que mais ocorreu aos profissionais foi de ter sido considerado o psiquiatra como personagem chave para o trabalho. A figura do médico é histórica e socialmente considerada central em qualquer serviço de saúde (LUZ,1981). Não seria diferente centrar o desenvolvimento de trabalhos de descentralização, assim como também são centradas as referências do serviço de saúde mental, na figura do psiquiatra.

Buttes e Franchini (2002) ao realizarem um trabalho de Consultoria em saúde Mental para a Rede Básica de Saúde de uma região de Porto Alegre/RS, não possuíam psiquiatras em suas equipes que atuavam em duplas compostas por profissionais das áreas de artes plásticas, enfermagem, educação física, psicologia e serviço social. Conforme as autoras, as maiores dúvidas emergentes no trabalho se relacionavam ao manejo com pacientes e familiares, e quando se fazia necessária alguma informação sobre medicação a equipe solicitava apoio a um profissional psiquiatra. Blumenau poderia ter utilizado esta alternativa, mas estava com seu quadro funcional reduzido. Porém, apesar dos profissionais não poderem prestar as assessorias, mantiveram-se ainda que de forma precária, e até onde se pode acompanhar, os vínculos entre a equipe de saúde mental e os PSFs.

Este episódio de descontinuidade do processo de descentralização em Blumenau chamou a atenção para a fragilidade de programas de políticas públicas, que ficam à mercê de situações não bem esclarecidas, levando desmotivação e desconfiança aos profissionais. Ficou evidente, neste caso, a falta de compromisso da gestão com o serviço público de saúde, visto que a descontinuação deste trabalho prejudicou gravemente a formação de uma rede de atenção integral em saúde.

5.5.2 Greve do funcionalismo público municipal durante o processo de planejamento

A ocorrência de um movimento grevista por parte de funcionários públicos municipais, inclusive os da área da saúde, durante 31 dias, em maio e junho de 2003, testou o comportamento do grupo, no contexto do processo de Planejamento Estratégico, diante de uma situação de crise. Durante este período as atividades do planejamento estratégico foram suspensas. O processo da greve suscitou várias situações e sentimentos que não deixaram de refletir diretamente nas relações entre os profissionais, bem como na motivação do grupo, conforme ficou evidenciado nas reuniões que se sucederam.

O principal ponto de discussão, nas reuniões do planejamento estratégico, no que concerne às relações internas, passou a ser o fato de alguns terem aderido à greve e outros não. A discussão não se concentrou na decisão pessoal de adesão, mas no respeito para com a posição de cada um. Ficou evidente que havia ressentimento por atitudes tomadas, mas também que o grupo assumia uma forma de trabalhar essencialmente democrática.

O grupo mostrou-se, após a greve, particularmente desmotivado e desestimulado, ressentido com a administração central, particularizando a maneira como a prefeitura conduziu as negociações e lidou, através da mídia, com a imagem pública dos funcionários. Estes fatos promoveram um desgaste que se refletiu nas relações das equipes.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar o processo de trabalho realizado em Blumenau, a partir da necessidade de uma intervenção na área da saúde mental, fortaleceu-se a idéia de que o Planejamento Estratégico Participativo pode ser utilizado como ferramenta para o diagnóstico de saúde a fim de mostrar o panorama de uma situação a partir da visão das pessoas envolvidas, e pode promover mudanças do modelo de atenção através da construção coletiva.

A utilização dos espaços de discussão criados pelo processo de Planejamento Estratégico proporcionou um amadurecimento, no exercício de suas funções, por parte da equipe de saúde mental. Conforme reconhecido pela própria equipe o fortalecimento do grupo contribuiu favoravelmente para a motivação, o grau de comprometimento e a ampliação das trocas internas, facilitando, por sua vez, uma melhora das relações entre os profissionais da rede de saúde mental, e entre estes e outros profissionais da rede básica, usuários, familiares e comunidades. Com isto criou-se, ainda, mais oportunidades para a exploração de novas alternativas de promoção da saúde e prevenção de crises e outros problemas mentais, no âmbito do trabalho interdisciplinar e da ação comunitária.

A aproximação da saúde mental com a rede básica, proporcionada através do trabalho das mini-equipes, favoreceu um salto qualitativo em relação ao conhecimento e à atenção em saúde mental por parte da rede básica, qualificando ainda mais o atendimento oferecido ao usuário do SUS. Percebeu-se que a rede básica de saúde também passou a

reconhecer a equipe de saúde mental como parceira e como um recurso valioso para a implementação de seu trabalho.

Com relação à experiência das mini-equipes conclui-se, ainda, que a descentralização em saúde mental é possível e pode contribuir decisivamente para a melhora do atendimento por parte do Sistema Único de Saúde. A ausência de formação de redes põe em perigo e em risco a implementação da atenção como pensada pela Reforma Sanitária e pela Reforma Psiquiátrica.

Percebeu-se que houve um fortalecimento político da equipe de saúde mental no município de Blumenau, ao se entrosarem enquanto grupo e ocuparem espaços políticos para reivindicações, exercendo pressões, construindo parcerias e trocando experiências.

Ratificou-se também que o clima-político institucional interfere decisivamente nos processos de trabalho das equipes de saúde. Desde o princípio houve apoio total por parte da administração central ao Planejamento Estratégico, o qual é otimizado quando se manifestam claramente apoio institucional, vontade política, condições de trabalho favoráveis e recursos adequados, como aconteceu, neste projeto, no município de Blumenau. Ao final dos trabalhos, quando da apresentação do Relatório Final a administração central validou-se o trabalho desenvolvido pelos consultores de Planejamento Estratégico em Saúde Mental. Entretanto, no que concerne ao trabalho de descentralização, viu-se que os poderes hierárquicos representavam-se, no âmbito do poder municipal, de maneiras diferentes, contraditórias, e propiciaram um aparente retrocesso.

Conclui-se que somente o trabalho contínuo e integrado, com a participação das equipes de saúde, coordenadores, administradores, planejadores e pesquisadores, pode resultar em uma atenção que contemple o novo olhar sobre a saúde mental que se busca a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**. v.11, n.3, p.491-494, jul./set. 1995.

AMARANTE, P. (coord). **Loucos Pela Vida: a trajetória da reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

AMARANTE, P. **O homem e a Serpente: Outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

AMARANTE, P.; GIOVANELLA, L. O Enfoque Estratégico do Planejamento em Saúde e Saúde Mental. In: AMARANTE, Paulo (org). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

BANDEIRA, M.; LESANGE, A.; MORISSETE, R. Desinstitucionalização: importância da infraestrutura comunitária de saúde mental. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 13, n.12, p. 659-666, 1994.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições, 1994.

BASAGLIA, F. et al. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BASTOS F.I.P; CASTIEL L. D. Epidemiologia e Saúde Mental no campo científico e contemporâneo: labirintos se entrecruzam? In: AMARANTE, Paulo (org). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

BECKER, H. **Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais**. 4 ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

BIRMAN, J. Psiquiatria e sociedade. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, v.31, n.4, p.237-246, 1982.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental 1990-2002**. 3 ed. Revisada e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002

BRASIL Ministério da Saúde. **Legislação Federal e Estadual do SUS**. Brasília 2000.

BRASIL. Ministério da saúde. **Relatório Final da 3ª conferência nacional em saúde mental**, 2001.

BRÊDA, M. Z.; AUGUSTO, L. G. S. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, A política de Saúde no Brasil nos anos 90. Rio de Janeiro, v 6 número 2, p.471-480, 2001

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.

BUTES, V. O.; FRANCHINI, B. **Um programa de Consultoria em Saúde Mental na Rede Básica de Saúde do município de Porto Alegre**. Trabalho de Conclusão da Residência Integrada em Saúde Coletiva-Saúde Mental. Porto Alegre: ESP/RS, 2002.

CAMBRAIA, M. **As práticas e os processos de trabalho nos ambulatórios de saúde mental**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) São Paulo: USP, 1999.

CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. In: CECÍLIO L.C. O. (Org). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de Referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Gestão do SUS: problemas, desafios e avanços. Rio de Janeiro, v.4, n.2, p. 393-403,1999.

CAMPOS, G W S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre o modo de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E E; ONOCKO, R (orgs.). **Práxis en salud: un desafío para lo público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, R. T. O. **O Planejamento em saúde sob o foco da hermenêutica**. *Ciência & Saúde Coletiva*. V. 6, nº 2, Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001.

CAMPOS, R. T. O. **Planejamento e razão instrumental**: uma análise da produção teórica sobre planejamento estratégico em saúde, nos anos noventa, no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.16, n. 1, p.723-731, jul-set, 2000.

CASTEL, R. **A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CASÉ, V. Saúde Mental e sua interface com o Programa de Saúde da Família: quatro anos de experiência em Camaragibe. In: LANCETTI, A. **Saudeloucura 7**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: MATTOS, Ruben Araújo; PINHEIRO, Roseni (orgs). **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, MS, ABRASCO, 2001.

CHIAVENATO, I. **Teoria Geral da Administração**: abordagens prescritivas e normativas da administração. 3 ed. Vol. 1 São Paulo: McGraw-Hill, 1987.

CLUSA, J. et al. **Centre de dia versus Hospital de dia. Diferencies, Avantatges i el seu Risc: La Cronificació Circular**. Barcelona, 2002. Trabalho apresentado no II Congrés Internacional Arapdis, Barcelona/Espanha, 2002.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO C.A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: Rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (coord.) **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Ed. NAU, 2003.

DEMO, P. **Participação é conquista**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 1999.

DUARTE, L. F. D. A outra saúde: mental, psicossocial, físico moral? In: ALVES, P. C. e MINAYO, M. C. S. **Saúde e Doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

ENNIS, B.; SIEGEL, L. **The rights of mental patients**. Nova Iorque: Avon Books, 1973.

ESCOBAR, A. Planejamento. In: SACHS, Wolfgang (ed). **Dicionário do desenvolvimento**. Guia para o conhecimento como poder. Petrópolis: Vozes, 2001.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na idade clássica**. 6 ed. São Paulo: Perspectiva, 1999.

FREITAS, F.F.P. Subsídios para mudança do modelo de assistência psiquiátrica. **Cadernos de Saúde pública**. Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 93-106, jan/mar, 1998.

FURASTÉ, P.A. **Normas Técnicas para Trabalho Científico, que todo mundo pode saber inclusive você**: Explicação das Normas ABNT. 11 ed. Porto Alegre: s.n., 2002.

FUREGATO, A. R. F. **Relações Interpessoais terapêuticas em enfermagem**. Ribeirão Preto: Scala, 1999.

FURTADO, J. P. Responsabilização e vínculo no tratamento de pacientes crônicos: da unidade de reabilitação de moradores ao CAPS Estação. In: HARARI, A.; VALENTINI, W. (orgs). **A Reforma Psiquiátrica no Cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2001.

GIL, C. R. R. et al. Avaliação em Saúde In: ANDRADE, S. M. SOARES, D.A. JUNIOR, L.C. org. **Bases da Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Uel, ABRASCO, 2001.

GONÇALVES, P. L. A unidade de referência e a equipe volante. In: LANCETTI, A. **Saudelocura 7**. São Paulo: Hucitec, 2000.

GUATARI, F. **Caosmosis**. Buenos Aires: Manantial, 1992.

GUBA, E. **The paradigm dialog**. New bury Park, California: Sage, 1990.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias Qualitativas na Sociologia**. 8ª edição. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

HARARI, A.; VALENTINI, W. (orgs). **A Reforma Psiquiátrica no Cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2001.

HIRDES, A. **Reabilitação Psicossocial: dimensões teórico-práticas do processo**. Erechim: Edifapes, 2001.

KANTORSKI, L. P.; SILVA, G. B. **Ensino da Enfermagem e Reforma Psiquiátrica**. Pelotas: Ed. UFPel, 2001

LOBOSQUE, A. M. **Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos**. São Paulo: Hucitec, 1997.

LUIS, M. A. V. A respeito da exclusão. In: JORGE, M. S. B. **Saúde Mental: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio**. São Paulo: Ed. Lemos, 2000.

LUZ, M. T. A saúde e as instituições médicas no Brasil. In: GUIMARÃES, J. **Saúde e Medicina no Brasil: contribuições para um debate**. 3 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. 3 ed. Brasília: IPEA, 1997.

MEHRY, E.E. **Razão e Planejamento**. 1ªed., São Paulo, Hucitec, 1994.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social**. Rio de Janeiro: Vozes, 1993.

MORENO, J.L. **Psicodrama**. São Paulo: Curtrix, 1974.

OLIVEIRA, F. B. Reabilitação psicossocial no contexto da desinstitucionalização: utopias e incertezas. In: JORGE, M. S. B. **Saúde Mental: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio**. São Paulo: Ed. Lemos, 2000.

OLIVEIRA, W. F. **We are in the streets because they are in the streets. The emergence and development of street social education in Brasil**. Tese de Doutorado. Mineapolis: University of Minnesota, 1994.

OLIVEIRA, W. F. e FRANCHINI, B. **Relatório Final** : Planejamento Estratégico em Saúde Mental do município de Blumenau/SC. 2003.

OMS/ OPAS. **Declaração de Caracas**. Conferência Regional para a reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). 14 de novembro de 1990. Caracas: OMS/OPAS, 1990.

ORNELLAS, C. P. **O paciente excluído – história e crítica das práticas médicas do confinamento**. Rio de Janeiro: Editora Revan, 1997.

PÁDUA, E. M. M. **Metodologia da Pesquisa: abordagem teórico-prática**. Campinas: Papyrus, 1997.

PELBART, P.P. Manicômio Mental – a outra face da clausura. In: **Saúde e Loucura 2**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1990.

PICHÓN-RIVIÉRI, E. **El Proceso Grupal. Del psicoanálisis a la psicología social**. Buenos Aires: Nueva Visión, 1977.

PITTA, A. (Org.) **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

RESENDE, H. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A; COSTA, N. R. (org.). **Cidadania e loucura: Políticas de saúde mental no Brasil**. 7 ed. Petrópolis: Vozes-Abrasco, 2001.

RIVERA, U. **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. São Paulo: Cortez, 1989.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: NICÁCIO, F. (org). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

SÁ, M. C. **Subjetividade e projetos coletivos: mal-estar e governabilidade nas organizações de saúde**. Ciência & Saúde Coletiva. V. 6, nº 2, Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001.

SAMPAIO, J.J. C. & BARROSO, C. M. C. Centros de Atenção Psicossocial e equipes de Saúde da Família: Diretrizes e experiências no Ceará. In: LANCETTI, A. **Saudeloucura 7**. São Paulo: Hucitec, 2000.

SANT'ANNA, I. M. **Por que avaliar? Como avaliar? Critérios e instrumentos**. Petrópolis, Vozes, 1995.

SANTOS, N.G. **Do hospício à Comunidade: Políticas Públicas de Saúde mental**. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 1994.

SARACENO, B. Reabilitação Psicossocial: uma prática à espera de teoria. In: PITTA, A. (Org.) **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2 ed, São Paulo: Hucitec, 2001.

SCARCELLI, I. R. Trabalhadores em Saúde mental na construção de práticas antimanicomiais: reflexão sobre a sua inserção no contexto de implantação de novos modelos de atenção. In: VIEIRA, M.C.T (Org.) **Tecendo a Rede: Trajetórias da Saúde Mental em São Paulo 1989-1996**. São Paulo: Ed. Cabral, 2004.

SCHRAIBER, L.B. *et al* **Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas**. Ciência & Saúde Coletiva. V.4, nº 2. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1999.

SCLIAR, M. **Do Mágico ao Imaginário: A história da Saúde Pública no Brasil.** São Paulo: LPM, 1987.

SILVA, M. C. F. et al. Saúde Mental e Programa de Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha. In: LANCETTI, A. **Saudelocura 7.** São Paulo: Hucitec, 2000.

SOUZA, I. M. O Asilo revisitado: perfis do hospital psiquiátrico em narrativas sobre doença mental. In: RABELO, M. C. **Experiência da doença e narrativa.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

TANCREDI, F. B., BARRIOS, S. R. L., FERREIRA, J. H. G. Planejamento em Saúde In: **Saúde & Cidadania.** V.2. São Paulo, 1998.

TESTA, M. **Pensar em Saúde.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

THIOLLENT, M. **Metodologia da Pesquisa-Ação.** 7 ed. São Paulo: Cortez, 1996.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. **Protagonismo e Subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental.** Ciência & Saúde Coletiva. V. 6, nº 2, Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001.

TRIVIÑOS, A. N. F. **Introdução à pesquisa em ciências sociais.** A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

TSU, T.A. **A internação psiquiátrica e o drama das famílias.** São Paulo, Edusp/Vetor, 1993.

WHYTE, W.F GREENWOOD, D.J. LAZES P. Practice in Social Research. In: WHYTE, W.F. **American Behavioral Scientist.** Vol 32 n 5, May-June, 1989.

VASCONCELOS, E. M. **Saúde Mental e Serviço Social. O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade.** São Paulo: Cortez, 2000.

VÍCTORA, C. G. et al. **Pesquisa Qualitativa em Saúde: Uma introdução ao tema.** Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

