



Texto & Contexto Enfermagem

ISSN: 0104-0707

texto&contexto@nfr.ufsc.br

Universidade Federal de Santa Catarina
Brasil

Barreto Mielke, Fernanda; Cossetin, Andiara; Olschowsky, Agnes
O conselho local de saúde e a discussão das ações de saúde mental na estratégia saúde da família
Texto & Contexto Enfermagem, vol. 21, núm. 2, abril-junio, 2012, pp. 387-394
Universidade Federal de Santa Catarina
Santa Catarina, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71422962017>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

O CONSELHO LOCAL DE SAÚDE E A DISCUSSÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA¹

Fernanda Barreto Mielke², Andiará Cossetin³, Agnes Olschowsky⁴

¹ Artigo elaborado a partir da dissertação - Ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família: um estudo avaliativo, apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), 2009. Com apoio financeiro da CAPES.

² Doutoranda em Enfermagem pelo PPGENF/UFRGS. Enfermeira da Secretaria Estadual de Saúde. Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: fernanda-mielke@saude.rs.gov.br

³ Mestranda em Enfermagem pelo PPGENF/UFRGS. Enfermeira do Grupo Hospitalar Conceição. Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: andiaracossetin@gmail.com

⁴ Doutora em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem da UFRGS e do PPGENF/UFRGS. Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: agnes@enf.ufrgs.br

RESUMO: O artigo tem o objetivo de avaliar a participação do Conselho Local de Saúde na discussão sobre a inclusão das ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família em uma Unidade de Saúde da Família de Porto Alegre-RS. Estudo avaliativo qualitativo, desenvolvido a partir dos pressupostos teórico-metodológicos da Avaliação de Quarta Geração. Para a coleta de dados utilizamos observação e entrevistas individuais com 14 trabalhadores do referido serviço de saúde. Os dados foram analisados por meio do Método Comparativo Constante. O Conselho Local de Saúde foi avaliado pelos trabalhadores como um facilitador no processo de inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. Frente a isso e, de acordo com o caráter formativo do processo avaliativo, os dados da pesquisa foram apresentados aos membros do conselho local, uma vez que essa instância deliberativa pode possibilitar a ampliação da discussão sobre a inclusão da saúde mental na atenção básica.

DESCRIPTORES: Controles formais da sociedade. Avaliação em saúde. Saúde mental. Saúde da família.

THE LOCAL HEALTH COUNCIL AND THE DISCUSSION OF MENTAL HEALTH ACTIONS IN FAMILY HEALTH STRATEGY

ABSTRACT: The aim of this paper is to evaluate the participation of Local Health Council in the discussion about the inclusion of mental health actions in the Family Health Strategy at a Family Health Unit in Porto Alegre-RS. A qualitative assessment study was developed, based on the theoretical-methodological principles of Fourth Generation Evaluation. To collect data, observation and individual interviews with 14 workers from the health center studied were used. The data were analyzed using the Constant Comparative Method. The local health council was evaluated as a facilitator in the inclusion process of mental health actions in primary health care. Thus, according to the educative nature of the evaluation process, the data were presented to members of the local council, as this deliberative entity can permit a broader discussion on the inclusion of mental health in primary care.

DESCRIPTORS: Social control, formal. Health evaluation. Mental health. Family health.

EL CONSEJO LOCAL DE SALUD Y LA DISCUSIÓN DE ACCIONES DE SALUD MENTAL EN LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA

RESUMEN: El artículo tiene el objetivo de evaluar la participación del Consejo Local de Salud en la discusión sobre la inclusión de acciones de salud mental en la Estrategia Salud de la Familia junto a los integrantes del Consejo Local de Salud de una unidad de salud familiar de Porto Alegre-RS. Estudio de evaluación cualitativo, desarrollado con la metodología de Evaluación de Cuarta Generación. Para la recolección de datos se utilizó la observación y entrevistas individuales con 14 trabajadores del servicio de salud estudiado. Los datos fueron analizados por medio del Método Comparativo Constante. El consejo local de salud fue evaluado como un facilitador en el proceso de inclusión de acciones de salud mental en atención primaria de salud. Así, y de acuerdo con el carácter formativo del proceso de evaluación, las informaciones fueron presentadas al consejo local, ya que esa instancia deliberativa puede posibilitar la ampliación de la discusión sobre la inclusión de la salud mental en la atención primaria.

DESCRIPTORES: Controles formales de la sociedad. Evaluación en salud. Salud mental. Salud de la familia.

INTRODUÇÃO

No Brasil, as décadas de 1970 e 1980 foram marcadas pela explosão de movimentos sociais que reivindicavam mudanças no modo de operar do Estado, saindo da lógica burocrática, para a participação ativa da sociedade, na construção de um Estado novo, que culmina com o processo social e histórico da redemocratização. É nesse processo que o movimento da reforma sanitária se fortalece quando amplia seus objetivos com a sociedade, como a batalha pela universalização do direito à saúde, unificação da assistência individual e coletiva no mesmo sistema e a atenção integral à saúde, garantindo o acesso e a equidade à saúde para toda a população.¹

Esses objetivos foram alcançados quando da promulgação da Constituição Federal Brasileira, em 1988, que instituiu a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). No texto constitucional, a saúde é assegurada como direito de todos os cidadãos e dever do Estado, destacando três diretrizes principais para o funcionamento do sistema de saúde: descentralização, atendimento integral e participação popular.²

É nesse cenário que a atenção básica ganha destaque, enquanto importante eixo de estruturação dos cuidados em saúde, sendo potencializada, em 1994, pela criação do Programa Saúde da Família (PSF). Em 2006, é aprovada a Política Nacional de Atenção Básica, que revisa as normas e diretrizes do PSF, instituindo assim a Estratégia Saúde da Família (ESF).³ A ESF foi criada com o objetivo de reorganizar a prática assistencial, centrando a atenção em saúde ao núcleo familiar enquanto objeto de cuidado, e apostando em práticas que vão além daquelas baseadas na cura da doença e na hospitalização.⁴⁻⁵ A partir da implantação de equipes multiprofissionais, a ESF priorizou o estabelecimento do vínculo com a população, mediante adesão do território, visando ao compromisso e à co-responsabilização dos profissionais com a comunidade.⁵

Inserida no processo de transformação da saúde, a reforma psiquiátrica brasileira propõe historicamente a mudança das práticas manicomiais para a atenção psicossocial em saúde mental, com serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, pautados no princípio da desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.⁶

A reforma psiquiátrica brasileira se constitui como um processo social complexo que está pautado nos princípios éticos da inclusão, da so-

lidariedade e da cidadania. Esse processo envolve questões socioculturais, assistenciais, jurídicas e políticas. Representa a luta de trabalhadores de saúde, usuários dos serviços de saúde mental e seus familiares, instituições de ensino e sociedade por uma transformação radical sobre o conceito de loucura, construindo o lugar social do sofrimento psíquico, o qual é parte da vida de um indivíduo.

Entendendo que existe um componente de sofrimento subjetivo associado aos problemas de saúde, pode-se dizer que um problema de saúde é também um problema de saúde mental.⁷ Nesse novo enfoque dado ao cuidado em saúde, percebem-se as aproximações possíveis entre a saúde coletiva e a saúde mental, tais como a valorização do território como espaço de cuidado, o núcleo familiar como foco das ações de saúde, a priorização do acolhimento e do vínculo para efetividade do cuidado em saúde, dentre outros aspectos. Nesse sentido, a inclusão de ações de saúde mental na atenção básica, particularmente a partir da ESF, tornou-se tema de discussão e reflexão da política de saúde mental no Brasil, bem como objeto de estudo de pesquisas na área da saúde.

Compreendendo a complexidade desta temática, em 2001, foi realizada a Oficina de Trabalho para Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica. Nessa oportunidade, foram discutidas as ações de saúde mental a serem desenvolvidas na atenção básica, dentre as quais, para este artigo, destacamos a mobilização de recursos comunitários, estabelecendo articulações com grupos de autoajuda, associações de bairros, conselho tutelar, dentre outras; a promoção de palestras, debates, atividades artísticas e de grupos de uma maneira geral, com temáticas específicas de acordo com a realidade de cada comunidade; e a busca por novos espaços de reabilitação psicossocial dentro da comunidade, como oficinas comunitárias.⁷⁻⁸

Os recursos da comunidade são fundamentais para se alcançarem resultados efetivos no processo de reabilitação psicossocial dos usuários em sofrimento psíquico. A partir do momento em que o usuário encontra na comunidade serviços e atividades capazes de acolhê-lo e incluí-lo, ele passa a ser reconhecido pela sua comunidade e se reconhece como parte dela, atuando como cidadão com direitos e deveres na luta pela qualidade das ações em saúde, as quais contemplam a saúde mental.

Entendemos que, para a utilização dos recursos da comunidade, é fundamental a participação

popular nos espaços decisórios referentes às políticas sociais, pois, além de ser um direito assegurado pela Constituição de 1988², caracteriza-se como um campo de ação que fortalece reais dispositivos para o atendimento das necessidades no território e proporciona o exercício da cidadania. Nesse sentido, os trabalhadores de saúde devem estar atentos para serem mediadores da participação da população na criação de estratégias de inclusão das ações de saúde mental na atenção básica, sendo importante que os usuários estejam engajados na formulação, execução, fiscalização e avaliação das práticas de saúde.

Destacamos o papel fundamental do controle social por meio dos conselhos de saúde, que têm sua representação composta de forma paritária, 50% de representantes do segmento dos usuários, 25% para o segmento dos profissionais de saúde e 25% para o segmento de gestores e prestadores de serviços. Como um órgão permanente e deliberativo do SUS, o conselho de saúde atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente (federal, estadual, municipal), inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.⁹

O objetivo deste artigo é avaliar a participação do Conselho Local de Saúde (CLS) na discussão sobre a inclusão das ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família (ESF), a partir dos resultados de uma pesquisa avaliativa realizada com trabalhadores de uma unidade de saúde da família, no município de Porto Alegre-RS.¹⁰

METODOLOGIA

Estudo avaliativo qualitativo, desenvolvido a partir dos pressupostos metodológicos da Avaliação de Quarta Geração, caracterizada como uma avaliação construtivista responsiva, na qual as demandas dos grupos de interesse são o ponto central do processo avaliativo, construídas conjuntamente num processo hermenêutico-dialético. Por grupo de interesse, designam-se potenciais vítimas ou beneficiários do processo avaliativo, sendo formado por pessoas com características comuns¹¹, consistindo nos sujeitos do estudo.

Dessa forma, o grupo de interesse desse estudo foram 14 profissionais de duas equipes de saúde da família de uma unidade de saúde localizada na zona leste do município de Porto Alegre-RS. Cada equipe era composta por um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e três agentes comunitários de saúde. No momento da

coleta dos dados, a unidade estava em falta de dois agentes comunitários de saúde.

As técnicas utilizadas para a coleta de dados foram observação e entrevista. A observação foi realizada com o objetivo de conhecer a dinâmica da unidade, seus fluxos de atendimento e a relação da unidade de saúde da família com a comunidade. Foram realizadas 226 horas de observação, que estão identificadas neste artigo pela letra O, seguida do número de sua realização. O roteiro de observação continha a descrição do local, dos sujeitos, das atividades realizadas, de eventos especiais, de diálogos e as impressões da pesquisadora. As entrevistas individuais realizadas com os profissionais da ESF estudada foram gravadas e transcritas na íntegra, identificadas pela letra P, seguida do número de sua realização. Na entrevista era solicitado que o profissional comentasse sobre a seguinte questão: Fale sobre as dificuldades e facilidades para realizar o atendimento em saúde mental nesta unidade de saúde da família. Os dados foram coletados no período compreendido entre abril e junho de 2008.

Os dados foram analisados por meio do Método Comparativo Constante¹², que permite que os dados sejam analisados concomitantemente à sua coleta. Nesse método de análise a subjetividade do pesquisador é considerada como parte fundamental do ato de pesquisar. Na realização da pesquisa as observações, as entrevistas (à medida que iam sendo realizadas) e as impressões da pesquisadora eram analisadas em conjunto, possibilitando uma interação dialética entre a pesquisadora, os sujeitos e o objeto do estudo. Esse método de análise foi escolhido por proporcionar essa dinâmica, uma vez que a Avaliação de Quarta Geração prevê a construção conjunta (sujeitos e pesquisadora) do resultado final da pesquisa. O Método Comparativo Constante prevê duas etapas para seu desenvolvimento: a identificação das unidades de informação e a categorização. Ao final da análise, dentre as categorias que emergiram, destacamos a intitulada "Facilidades para desenvolver ações de saúde mental", na qual se discute, dentre outros temas, o CLS.

A aplicação prática desta metodologia foi realizada utilizando sete passos para seu desenvolvimento¹³: 1) contato com o campo; 2) organização da avaliação, cuja principal tarefa do pesquisador é ganhar o direito de entrada no campo, realizando observação livre, buscando conhecer o contexto; 3) identificação dos grupos de interesse; 4) desenvolvimento das construções conjuntas, em que

são realizadas as entrevistas a partir do círculo hermenêutico-dialético; 5) ampliação das construções conjuntas, no qual se podem introduzir, no círculo, materiais que venham a sofisticá-lo; 6) preparação da agenda para a negociação, no qual é organizado o material que foi coletado, combinando com os grupos de interesse as condições adequadas para realizar a negociação; e 7) execução da negociação, na qual são discutidas, esclarecidas e debatidas as construções conjuntas dos grupos de interesse. A negociação possibilita que os grupos de interesse revisem suas construções, tornando-as mais sofisticadas.

O tema do CLS apareceu, em algumas entrevistas, como uma facilidade para realizar o atendimento em saúde mental, e em outras, como uma dificuldade. Na reunião de negociação, momento em que se discutiram os achados das construções do grupo de interesse, os profissionais chegaram ao consenso de que o conselho local é uma facilidade, entendido como meio de ampliar as discussões sobre a inclusão de ações de saúde mental na ESF. As anotações resultantes da reunião de negociação estão identificadas pela letra N.

Os aspectos éticos foram devidamente respeitados, considerando a Resolução nº 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde¹⁴, tendo o projeto obtido aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre-RS, sob o número 238/2008. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A ESF estudada está localizada na zona leste do município de Porto Alegre-RS, fazendo parte da Gerência Distrital Partenon/Lomba do Pinheiro, juntamente com outras seis unidades de saúde da família e cinco unidades básicas de saúde. É composta por duas equipes de saúde da família, compreendendo 14 profissionais à época da coleta de dados: dois médicos, duas enfermeiras, quatro técnicos de enfermagem e seis Agentes Comunitários de Saúde (ACSs). As duas equipes atendiam aproximadamente 1.719 famílias, divididas em oito microáreas, e os trabalhadores realizavam, semanalmente, a reunião de equipe, em que eram discutidos assuntos administrativos, de organização do processo de trabalho, assim como questões a serem resolvidas na semana pelo serviço.

O serviço estudado tem horário de funcionamento das 8h às 12h e das 13h às 17h e iniciou suas

atividades em 2002, ano em que o CLS também foi criado em caráter provisório, para posterior eleição que, até a época da coleta de dados, não havia sido realizada. O fato de a eleição ainda não ter sido realizada pode estar relacionado com uma gama de fatores, uma vez que a eleição é um processo complexo que envolve a correlação de forças políticas, partidárias, de oposição, administrativas e de interesse, que, por vezes, impossibilitam ou dificultam sua instalação.

Durante a coleta dos dados, o CLS estava organizando um seminário cujo tema era controle social, com o propósito de discutir com a comunidade sobre a importância da participação popular e a necessidade de realizar a eleição do conselho local da Saúde.

As reuniões do conselho ocorriam mensalmente, na última segunda-feira, em uma sala da unidade de saúde, sendo coordenadas por uma das enfermeiras da unidade, contando com a participação de três usuários conselheiros, residentes das duas áreas de abrangência da unidade de saúde da família. Os usuários conselheiros também estavam envolvidos em outras formas de participação popular institucionalizadas como o orçamento participativo e a reunião do conselho distrital de saúde.

Todas as reuniões do conselho local eram registradas no livro ata do serviço. As pautas discutidas concentravam-se em questões referentes à organização e ao funcionamento da ESF estudada, como apontado na seguinte observação: [...] *as pautas eram: a semana da LIRA [Levantamento de Índice Rápido do Aedes aegypti], na qual foi explicado que as ACSs estão na rua, mas não poderão atender as demandas; microáreas que estão sem ACS, para que os conselheiros explicassem para a comunidade que está sendo feito um rodízio entre as ACSs para atender minimamente essas áreas [...] territorialização, foi falado que na próxima quarta-feira terá uma reunião na gerência distrital para falar sobre a territorialização das duas unidades [a estudada e outra], pois uma das microáreas possivelmente passará para a outra unidade (O15).*

Entendemos que discutir as questões relacionadas ao funcionamento da unidade de saúde da família é importante, considerando o envolvimento e a participação da população na construção do serviço de saúde para que este possa atender às reais necessidades de saúde da comunidade. Porém, consideramos importante destacar que o papel do conselheiro de saúde não é o de explicar à comunidade a falta de recursos (humanos, financeiros, materiais), pois esta é uma função do setor

executivo – trabalhadores e gestores de saúde. O conselheiro deve atuar de forma a fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde, encaminhando os indícios de denúncias ao órgão competente.¹⁵ Dessa forma, a tarefa dos conselheiros do conselho local da ESF estudada deveria ser a de exigir a contratação de dois ACSs junto à Secretaria Municipal de Saúde.

Por isso, avaliamos que é preciso ampliar o esclarecimento sobre o caráter político-participativo do CLS, tendo em vista que esse tem a função de definir o que constitui interesse público, de representar a vontade coletiva e de apontar as prioridades para a ação governamental.¹⁶

Consideramos que a atuação dos conselheiros necessita ser ampliada para questões referentes à macropolítica do sistema de saúde, pois a articulação com demais setores da sociedade, como educação, moradia, lazer, fortalecerá a produção de saúde, enquanto uma ação ampliada que considera o meio e a singularidade das diversas situações. Para isso, é necessário investir na formação política dos conselheiros, tendo como eixo estruturante os princípios e diretrizes do SUS, para que não seja uma formação político-partidária, mas uma formação voltada às políticas de saúde.

Avaliamos que há pouca participação tanto da comunidade quanto dos profissionais da unidade estudada nas reuniões do CLS. As observações e as entrevistas proporcionaram essa avaliação, como é descrito a seguir: *às 9h30min tinha reunião do conselho local de saúde para qual a enfermeira convidou os conselheiros, mas, segundo ela, 'vieram os mesmos de sempre' (O15); [...] quanto ao nosso conselho aqui, ele tem se esvaziado [...] não é um conselho forte [...] está enfraquecido, não está forte (E8).*

O esvaziamento do CLS pode estar relacionado com aspectos como a cultura local de participação; interferências de cunho político, especialmente as neoliberais; a lógica de resolução imediata dos problemas; a descrença da população no sistema de saúde devido à sua burocratização; e a formação que a população possui para compreender com clareza o seu papel dentro do controle social.

Destacamos ainda outro fator que entendemos que interfere diretamente no esvaziamento dessa instância do controle social. A comunidade somente aponta os aspectos que não são satisfatórios e, assim, o CLS torna-se um espaço de “queixa coletiva”. Tendo em vista as funções apontadas para o CLS, entendemos que se deve ultrapassar esse limite ‘reivindicatório’, pois está proposto um “controle não só fiscalizador, mas também

deliberativo e pluralista, cujas funções vão muito além do mero fórum de reivindicações ou de canal qualificado de processamento de demandas”.^{16:414} Entendemos que as reivindicações por melhorias no atendimento e acesso ao serviço de saúde são instrumentos mobilizadores para a procura de espaços como os conselhos locais de saúde, e que devem ser aproveitados como um incentivo para implementar a participação da comunidade em instâncias deliberativas que possibilitam articulações na busca de benefícios do cuidado à saúde e autonomia dos sujeitos participantes.

Faz-se necessário que a população compreenda o controle social como uma conquista, em que os cidadãos organizados por meio da reflexão debatam e busquem seu direito à saúde, oportunizando a compreensão de que os conselhos de saúde são espaços de participação que podem assegurar a construção e otimização dos serviços de saúde. Essa conscientização da população é o desafio cotidiano colocado aos serviços e profissionais de saúde, numa perspectiva que vai da dimensão pedagógica para a construção da cidadania. Os profissionais têm papel fundamental em fomentar a participação popular nos serviços de saúde como forma de fortalecer o SUS, ampliando o acesso ao conteúdo teórico-político da legislação e dos movimentos sociais, dando voz às demandas da comunidade e propondo a co-responsabilização para a busca de resultados.¹⁷

Apesar das dificuldades apresentadas, o CLS foi avaliado pelos profissionais, durante a reunião de negociação, como uma possibilidade para ampliar a discussão sobre a inclusão da saúde mental na atenção básica. Os profissionais compreendem que o apoio advindo do CLS nessa questão é importante e é considerado um facilitador que a unidade de saúde da família possui.

[...] eu acho que teria que começar de algum jeito; claro que o jeito é o conselho, seria bom que levasse para o conselho local e começar a ir em cima, ir em cima até tu conseguires alguma coisa; levar para o conselho local seria um começo (P4).

[...] enfermeira fala que o conselho local se configura uma facilidade e todos concordam. O médico comenta que é importante pela questão do controle social, podendo ser uma porta para implementar ações de saúde (N).

O controle social se constitui como importante ferramenta para a melhoria da situação de saúde da população¹⁷, pois se constitui em um espaço político que, pela proximidade e vivência da realidade de sua região adscrita, lida com as necessidades, os

interesses, as dificuldades e os anseios da comunidade. Assim, pode ser propulsor de mudanças diretamente relacionado com a promoção da saúde, entendendo a participação popular como fundamental na eleição de prioridades, nas decisões e na elaboração de estratégias para alcançar o melhor nível de saúde, desenvolvendo políticas que partam dos problemas e necessidades de saúde.¹⁸

Considerando que o CLS tem o papel de fiscalizar a execução da política pública de saúde e que um dos eixos da política municipal de saúde mental é a qualificação da atenção básica,¹⁹ compreendemos que o CLS é uma instância com potencialidades para ampliar a discussão da inclusão das ações de saúde mental na ESF.

Os resultados da pesquisa¹⁰ foram apresentados na reunião do CLS, no mês de agosto de 2008, conforme a solicitação da equipe da ESF estudada na reunião de negociação. Na apresentação dessas informações junto ao CLS, os resultados foram organizados de acordo com as prioridades apontadas pelos profissionais da ESF estudada, que avaliaram a necessidade de discutir com os conselheiros o apoio matricial em saúde mental, a rede de saúde mental insuficiente e fragmentada do município e a saúde mental do trabalhador da ESF estudada.

Assim, foi organizado um documento que apresentava a pesquisa com seus objetivos, as categorias obtidas pela análise dos dados, destacando as questões definidas pelas equipes da ESF estudada para uma discussão mais detalhada. [...] presentes na reunião do Conselho Local de Saúde: a enfermeira da unidade, uma usuária convidada a participar da reunião, os três usuários conselheiros, uma mestrande da UFRGS e a pesquisadora. [...] entreguei uma cópia do resumo organizado para este momento para todos os presentes. Fizemos uma leitura e eu indo explicando cada item. Quando chegamos na parte dos resultados, falei de cada categoria e seus temas. Como no material foram destacados os tópicos sobre a rede de saúde mental, o apoio matricial e a saúde mental do trabalhador, nos concentramos nessas discussões (O37).

A rede de saúde mental do município foi o primeiro tópico na discussão dos dados apresentados, a qual foi avaliada como insuficiente, e os serviços que existem, não estão articulados. A rede especializada em saúde mental do município contava com quatro CAPSII, dois CAPSad (um em fase de implantação), dois CAPSi, uma oficina de geração de saúde e trabalho, duas residenciais terapêuticas, uma pensão protegida, um programa

de redução de danos, uma comunidade terapêutica, um plantão de emergência em saúde mental, ambulatorios e sete equipes de saúde mental. A rede contava ainda com leitos psiquiátricos em dois hospitais gerais do município, e com os serviços conveniados para internação hospitalar: dois hospitais psiquiátricos, uma clínica psiquiátrica e três hospitais gerais com leitos psiquiátricos.¹⁹

Os participantes da pesquisa relataram a dificuldade de conseguir atendimento nos serviços e acesso ao cuidado em saúde mental, independentemente do tipo de serviço desejado e/ou necessário, trazendo exemplos de vizinhos e mesmo de familiares que enfrentaram essa situação.

Na discussão sobre apoio matricial, surgiram questionamentos relacionados a lógica de organização de atendimento em saúde mental pelo matriciamento. Foi explicado que essa metodologia de trabalho propõe a existência de uma equipe especializada em saúde mental, que poderiam ser as equipes de saúde mental existentes no município ou por meio da implantação do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Essas equipes especializadas atenderiam em conjunto com a equipe de saúde da família, considerada a equipe de referência. O apoio matricial além de oferecer esse suporte assistencial, também oferece suporte técnico-pedagógico, viabilizando a educação permanente em serviço e aproximando os profissionais da ESF dos debates e discussões em saúde mental. O objetivo é que as equipes de referência tenham maior autonomia para atender casos leves como quadros de ansiedade e depressão leve.²⁰

Avaliamos, a partir dessa discussão, que a implementação do apoio matricial, enquanto uma estratégia de fortalecer a Reforma Psiquiátrica passa pela aprovação de uma política de saúde mental no município, com a decisão e apoio da gestão municipal. Por meio do controle social, enquanto espaço de poder, os usuários e trabalhadores de saúde podem tensionar e levarem esta pauta como uma prioridade de implementação na gestão da saúde mental no município.

Outro ponto abordado com os conselheiros foi a saúde mental dos profissionais da ESF estudada, que avaliam que suas necessidades de cuidado, enquanto trabalhadores, não são consideradas. Debates que o trabalho na ESF exige dos profissionais uma oferta constante de si, para o acolhimento das demandas de saúde, podendo ocasionar momentos de tensão e estresse na realização do trabalho.

O trabalho pode se apresentar como um des-potencializador do viver humano, quando relacionado à sobrecarga de trabalho e estresse.²¹ O sofrimento no trabalho ocorre quando o trabalhador não encontra espaços de escuta para alívio de suas dúvidas e anseios, bem como para a discussão e reorganização de seus processos de trabalho, potencializando, assim, o surgimento do sofrimento e ameaça à saúde mental do trabalhador.

Os conselheiros demonstraram preocupação e interesse por essa pauta, uma vez que, se os profissionais vivenciam o seu trabalho sem prazer, poderão realizar suas atividades de modo rotineiro, sem compromisso com a produção da saúde, pois só consegue cuidar quem é cuidado. Junto a isso, somam-se as precárias condições de trabalho e terceirização dos recursos humanos, práticas que colaboram para desestimular os trabalhadores para a realização de um trabalho com motivação, valorização e realização profissional.

Essa discussão com o CLS sobre as demandas de saúde mental possibilitou apresentar uma realidade, até então desconhecida, para os usuários conselheiros, apontando os aspectos macropolíticos do sistema de saúde em que, por meio do controle social, podem exercitar sua efetiva participação na gestão e implementação da atenção psicossocial.

Avaliamos que a apresentação desses dados aos conselheiros levou à sua desacomodação, mobilizando-os na busca da atuação político-participativa enquanto membros do CLS. Tal afirmativa se apóia no fato de que os conselheiros solicitaram autorização para levar o conteúdo das discussões para a pauta da reunião do conselho distrital de saúde. Entendemos que a apresentação dos resultados aos conselheiros de saúde contribui para a compreensão dos mesmos sobre a organização da ESF estudada e das demandas necessárias para o cuidado à saúde, entendendo que esse cuidado se concretiza na co-responsabilização pactuada entre profissionais e comunidade.

Por fim, avaliamos que o controle social, por meio do CLS, associado aos profissionais e comunidade, potencializa a discussão da inclusão das ações de saúde mental no espaço do território. O controle social aparece como um dispositivo importante de interferência e transformação das políticas, da cultura profissional e social, reivindicando direito à saúde, melhoria das condições de trabalho na ESF e construção da cidadania. Isso, a partir dos que lutam pela construção coletiva de uma saúde fora dos serviços e quando da necessidade destes, que sejam serviços públicos com

qualidade em termos de recursos humanos, responsabilidade, solidariedade e comprometimento político-social com a sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação participativa realizada com os profissionais de uma ESF no município de Porto Alegre-RS apontou o CLS como um importante instrumento para ampliar a discussão sobre a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica, fortalecendo o tensionamento dessa questão específica e visualizando novas formas de cuidado em saúde mental.

O estudo indicou ainda algumas dificuldades a serem superadas, como a ampliação das ações dos conselheiros nos aspectos macro-políticos do sistema de saúde, necessitando, para isso, investimento na formação dos conselheiros. Essa formação deve estar baseada nos princípios e diretrizes do SUS, centrando-se na perspectiva da saúde como direito de todo o cidadão. A partir de uma formação com seriedade teremos conselheiros mais críticos, reflexivos e criativos.

Ressaltamos a potencialidade do CLS como espaço de controle social para fortalecer os princípios e diretrizes do SUS, bem como da Reforma Psiquiátrica, possibilitando a reinserção social dos usuários da saúde mental no espaço da cidade, buscando a promoção da saúde.

Apesar das dificuldades assinaladas, valorizar o CLS como uma facilidade para desenvolver ações de saúde mental no espaço do território demonstra que os profissionais da ESF estudada entendem esse instrumento como propulsor de mudanças e transformações na qualidade de vida e de saúde da população.

REFERÊNCIAS

1. Baptista TWF. O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, organizador. Textos de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz, 2005. p.11-41.
2. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. Brasília (DF): Senado Brasileiro, 1988.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): MS; 2006.
4. Franco T, Merhy EE. PSF: contradições e novos desafios. Conferência Nacional de Saúde on-

- line. Brasília (DF): MS; 1999 [acesso 2008 Jul 05]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/psftito.htm>
5. Ministério da Saúde (BR). Atenção básica e a saúde da família [online]. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004. [acesso 2006 Out 15]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaoBasica.php>
 6. Amarante P. Asilos, alienados e alienistas. In: Amarante P, organizador. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz, 2008. p.73-84.
 7. Ministério da Saúde (BR). *Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2003.
 8. Ministério da Saúde (BR). *Relatório da oficina de trabalho para discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2001.
 9. Ministério da Saúde (BR). Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 31 Dez 1990.
 10. Mielke FB. *Ações de saúde mental na estratégia saúde da família: um estudo avaliativo*. [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2009.
 11. Guba E, Lincoln Y. *Fourth generation evaluation*. Newbury Park (CA): Sage Publications; 1989.
 12. Lincoln Y, Guba E. *Naturalistic inquiry*. Newbury Park (CA): Sage Publications; 1985.
 13. Wetzel C. *Avaliação de serviço em saúde mental: a construção de um processo participativo* [tese]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2005.
 14. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº196, de 10 de outubro de 1996. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
 15. Ministério da Saúde (BR). Decreto nº 333, de 04 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 04 Dez 2003. Seção 1.
 16. Aciole GG. Das dimensões pedagógicas para a construção da cidadania no exercício do controle social. *Interface - Comunic Saúde Educ*. 2007 Set-Dez; 11(23):409-26.
 17. Nogueira FCP, Lima LHO, Wolfvitch RGS, Nascimento SM, Lopes SRM. Implantação de um conselho local de saúde: desafios da prática do controle social. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2008 Jan-Abr; 32(1):104-10.
 18. Sícoti JL, Nascimento PR. Promoção da saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface - Comunic Saúde Educ*. 2003 Fev; 7(12):91-112.
 19. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Política de saúde mental do município de Porto Alegre [online], 2008 [acesso 2008 Jul 21]. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=686
 20. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília (DF): MS; 2010.
 21. Azambuja EP, Fernandes GFM, Kerber NPC, Silveira RS, Silva AL, Gonçalves LHT, et al. Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um programa de saúde da família. *Texto Contexto Enferm*. 2007 Jan-Mar; 16(1):71-9.