



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Ian Jacques de Souza

**A Avaliabilidade das Ações em Saúde dos Serviços de Atenção Psicossocial Sob a
Perspectiva da Integralidade**

Florianópolis

2020

Ian Jacques de Souza

**A Avaliabilidade das Ações em Saúde dos Serviços de Atenção Psicossocial Sob a
Perspectiva da Integralidade**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Daniela Alba Nickel.

Florianópolis

2020

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Souza, Ian Jaques de

A Avaliabilidade das Ações em Saúde dos Serviços de Atenção Psicossocial Sob a Perspectiva da Integralidade / Ian Jaques de Souza; orientador, Daniela Alba Nickel, 2021.

148 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2020.

Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. Atenção Psicossocial. 3. Avaliabilidade. 4. Avaliação de Políticas e Programas de Saúde. 5. Saúde Mental. I. Nickel, Daniela Alba Nickel. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

Ian Jacques de Souza

**A Avaliabilidade das Ações em Saúde dos Serviços de Atenção Psicossocial Sob a
Perspectiva da Integralidade**

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado pela seguinte banca
examinadora:

Profa. Josimari Telino Lacerda, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina - PPGSC

Profa. Daniela Ribeiro Schneider, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina - PPGP

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado
adequado para obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva.

Profa. Marta Inez Machado Verdi, Dra.
Coordenadora do PPGSC - UFSC

Profa., Dra. Daniela Alba Nickel
Orientadora
Instituição PPGSC - UFSC

Florianópolis, 18 de dezembro de 2020.

Dedico este trabalho às pessoas que utilizam, trabalham, gerenciam, estudam e militam em serviços de atenção psicossocial, e que seguem construindo uma sociedade sem manicômios.

AGRADECIMENTOS

A construção desta dissertação foi tarefa coletiva, composta pela contribuição de muitas pessoas que estiveram presentes não só no processo de desenvolvimento deste trabalho, como também nos caminhos de minha vida.

Agradeço profundamente a todos aqueles que participaram dos momentos desta pesquisa oferecendo contribuições, apontamentos, críticas e sugestões generosas para que os resultados e produtos deste trabalho fossem possíveis.

Agradeço à minha família pelo privilégio de concluir um curso de pós-graduação, aos meus pais Maria Sônia e Jutui, e à minha irmã Amana, pelo afeto, amor e carinho.

Aos amigos Iuri Juliano, Lucas Borges e Arthur Henrique, agradeço pela parceria sempre presente, terminar este trabalho é motivo de alegria e comemoração compartilhada também com vocês.

Larissa e Sued colegas e amigos que tive o prazer de dividir horas de estudo, trabalho e alegrias, agradeço pela sorte de encontrar e construir um grupo acolhedor e potente de pesquisas, projetos e apoio compartilhado.

À orientadora Daniela Alba Nickel, agradeço por apostar de maneira sincera e responsável, estando presente com um posicionamento aberto e dedicado à produção de estudos de qualidade e aprofundamento, sempre com bom humor e carinho frente aos desafios.

Às professoras e professores que se comprometeram em participar das bancas de qualificação e defesa deste trabalho, Cláudia Colussi, Daniela Schneider, Jeferson Rodrigues, Josimari Telino e Cristina Calvo, meu sincero agradecimento pelas importantes contribuições.

Agradeço a todas aquelas pessoas que lutam por uma sociedade sem manicômios e um Sistema Único de Saúde, público, gratuito e de qualidade agradeço pela força e inspiração.

É necessário afirmar que esta dissertação só se fez possível graças a viabilidade de políticas públicas de educação superior socialmente comprometidas com o desenvolvimento do país, a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) financiou parte desta pesquisa por meio de seu programa de concessão de bolsas de pós-graduação. A Universidade Federal de Santa Catarina, por meio de seu corpo administrativo, professores, técnicos-administrativos, e demais trabalhadores, em especial ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, que contribuíram para garantir toda a estrutura necessária para a conclusão deste trabalho. Que as políticas públicas de proteção e desenvolvimento social continuem vivas como ferramentas de transformação e construção de um país diverso, democrático e solidário.

“É assim que aparece a ideia estranha de uma ação desinteressada, mas que é ação de todo modo e mais violenta por ladear a tentação do repouso. Toda verdadeira efigie tem sua sombra que a duplica; e a arte se instala a partir do momento em que o escultor que modela acredita liberar uma espécie de sombra cuja existência dilacerará seu repouso.”

Antonin Artaud

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação foi desenvolvida no âmbito do Programa de Pós-Graduação de Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Santa Catarina, em modalidade de mestrado, na linha de pesquisa em planejamento e avaliação de serviços, programas e sistemas de saúde. Para melhor manuseio deste estudo, algumas considerações iniciais sobre o trabalho e temática abordada são aqui oferecidas pela descrição dos tópicos desta dissertação, bem como, se apresenta informações para expor sua organização, relação com o contexto geral de produção deste estudo e melhor orientação de leitura.

A formulação desta dissertação foi composta de acordo com as orientações do Regimento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFSC, e organizada a partir de duas partes principais. A primeira delas traz o delineamento ampliado da pesquisa, introdução ao objeto e tema desenvolvido, os objetivos que orientaram o estudo, o referencial teórico da Atenção Psicossocial, Saúde mental, integralidade e avaliação em saúde, e uma descrição dos percursos metodológicos e das implicações éticas do estudo. A segunda parte desta dissertação é composta por dois artigos que apresentam os resultados obtidos pelos estudos desenvolvidos, considerações finais a respeito do trabalho como um todo, e por fim apêndices.

Este estudo é resultado de aproximações ao campo da saúde mental em experiências com políticas públicas de proteção social e as demandas e necessidades da população. O objetivo de analisar o potencial avaliativo dos serviços de saúde mental foi estabelecido com o intuito de auxiliar em análises dos avanços e desafios do desenvolvimento da política de saúde mental, e desenvolver mecanismos de participação social e gestão compartilhada de políticas públicas.

Os subsídios que sustentam esta dissertação foram reunidos com a participação e experiência de pessoas que utilizam os serviços de saúde, trabalhadores de saúde, gestores, acadêmicos e também por movimentos sociais e agentes da sociedade civil. Portanto é um trabalho movido pela interlocução dos sujeitos envolvidos com as ações de atenção psicossocial, para aprofundar o processo de consolidação da política de saúde mental em perspectiva territorial e comunitária, e oferecer ferramentas que ampliem o diálogo e construção coletiva.

RESUMO

A Reforma Psiquiátrica transformou o arcabouço jurídico e o universo técnico-assistencial no campo da saúde mental. Neste ínterim, estudos e pesquisas avaliativas cumpriram importantes papéis no processo de superação do modo asilar e transição a um modelo de atenção com base territorial e comunitária, dado à participação e respaldo de pessoas que usam os serviços de saúde, trabalhadores, gestores, representantes de universidades e de movimentos sociais. Os desafios de avaliar a Política de Saúde Mental sob a perspectiva da Saúde Coletiva demandam a superação do estigma social relacionado ao fenômeno da Saúde Mental, transição do paradigma orientador do processo de trabalho de profissionais de saúde, e o aperfeiçoamento de elementos de gestão do sistema. Com o objetivo de realizar um Estudo de Avaliabilidade das ações em saúde dos serviços de Atenção Psicossocial sob a perspectiva da integralidade, foram utilizados dados provenientes de análise documental, revisão integrativa de literatura, entrevistas, modelagem de políticas e programas, e conferência de consenso. Este estudo oferece um panorama das pesquisas avaliativas brasileiras em serviços de Atenção Psicossocial, e produziu um modelo teórico-lógico que reúne elementos de contexto, atividades, componentes e processo de trabalho. Se conclui que o modelo das ações dos serviços de atenção psicossocial com potencial avaliativo possibilita a articulação integrada de seus elementos principais, e oferece uma proposta a ser utilizada como subsídio para avaliações futuras.

Palavras-chave: Saúde Coletiva; Atenção Psicossocial; Avaliabilidade; Avaliação de Políticas e Programas de Saúde; Saúde Mental.

RESUMEN

La Reforma Psiquiátrica transformó el marco legal y el universo asistencial técnico en el campo de la salud mental. Mientras tanto, los estudios e investigaciones evaluativas han jugado un papel importante en el proceso de superación de la modalidad de asilo y transición a un modelo de atención con base territorial y comunitaria, dada la participación y el apoyo de las personas que utilizan los servicios de salud, trabajadores, gestores representantes de universidades y movimientos sociales. Los desafíos de evaluar la Política de Salud Mental desde la perspectiva de la Salud Colectiva exigen la superación del estigma social relacionado con el fenómeno de la Salud Mental, la transición del paradigma rector del proceso de trabajo de los profesionales de la salud y la mejora de los elementos de gestión del sistema. Con el objetivo de determinar la evaluabilidad de las acciones de salud de los servicios de Atención Psicosocial, desde la perspectiva de la integralidad, utiliza-se datos de investigación y análisis documental, revisión integradora de la literatura, entrevistas, modelación de políticas y programas, y conferencia de consenso. Este estudio proporciona una visión general de la investigación evaluativa brasileña en los servicios de Atención Psicosocial y produjo un modelo teórico-lógico que reunió elementos de contexto, actividades, componentes y proceso de trabajo. Se concluye que el modelo de las acciones de los servicios de atención psicosocial con potencial evaluativo permite la articulación integrada de sus principales elementos y ofrece una propuesta para ser utilizada como subsidio para futuras evaluaciones.

Keywords: Salud Colectiva; Atención psicosocial; Evaluabilidad; Evaluación de Políticas y Programas de Salud; Salud mental.

ABSTRACT

The Psychiatric Reform transformed the legal framework and the technical-assistance universe in the field of mental health. In the meantime, studies and evaluative research have played important roles in the process of overcoming the asylum mode and transition to a model of care with a territorial and community basis, given the participation and support of people who use health services, workers, managers, representatives of universities and social movements. The challenges of evaluating the Mental Health Policy from the perspective of Collective Health demand overcoming the social stigma related to the phenomenon of Mental Health, transition from the guiding paradigm of the work process of health professionals, and the improvement of system management elements. In order to carry out an Evaluability Study of the health actions of Psychosocial Care services from the perspective of wholeness, we used data from research and document analysis, integrative literature review, interviews, modeling of policies and programs, and conference of consensus. This study provides an overview of Brazilian evaluative research in Psychosocial Care services, and produced an evaluation model that brought together elements of context, activities, components and work process. It is concluded that the model of the actions of psychosocial care services with evaluative potential enables the integrated articulation of its main elements, and offers a proposal to be used as a subsidy for future evaluations.

Keywords: Collective Health; Psychosocial Care; Evaluability; Evaluation of health policies and programs; Mental health.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
1.1	OBJETIVOS	24
1.1.1	Objetivo Geral.....	24
1.1.2	Objetivos Específicos	24
2	REFORMA PSICQUIÁTRICA E A POLÍTICA DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	25
2.1	SOCIEDADE E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	30
3	INTEGRALIDADE E SAÚDE MENTAL COLETIVA.....	33
3.1	INTEGRALIDADE E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	33
3.2	ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	40
4	AVALIAÇÃO EM SAÚDE.....	44
4.1	AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	46
4.2	O ESTUDO DE AVALIABILIDADE	48
5	METODOLOGIA.....	55
5.1	INSERÇÃO DO ESTUDO.....	55
5.2	TIPO DE ESTUDO	55
5.3	SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	56
5.4	ETAPAS DO ESTUDO DE AVALIABILIDADE	57
5.5	IMPLICAÇÕES ÉTICAS.....	60
6	ARTIGO 1: Avaliação de Serviços de Atenção Psicossocial no Brasil: uma revisão integrativa de literatura	62
7	ARTIGO 2: A Avaliabilidade dos Serviços de Atenção Psicossocial sob a Perspectiva da Integralidade	81
8	Considerações Finais	118

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Quadro 1 – Momentos e métodos do Estudo de Avaliabilidade.....	62
Figura 1 – Processo de seleção dos artigos utilizados.....	77
Quadro 2 – Estudos de Avaliação de serviços de saúde na RAPS no Brasil 2011 a 2019.....	77
Quadro 3 – Distribuição dos estudos segundo abordagem e natureza dos dados utilizados.....	80
Quadro 4 - Distribuição dos estudos segundo emissão de juízo de valor e participação das partes interessadas	81
Quadro 5 - Questões chave para modelagem de programas e políticas de saúde e Grupos de documentos analisados.....	107
Quadro 6 - Documentos pesquisados e analisados.....	107
Figura 2 Modelo Teórico-lógico das Ações em Saúde dos Serviços de Atenção Psicossocial.....	110

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVALIAR CAPS Programa Nacional de Avaliação de Centros de Atenção Psicossocial

CAPEX Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CAPS Centro de Atenção Psicossocial

CAPS IJ Centro de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil

CAPS ad Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas

CENTROPOP Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua

CNPQ Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CRAS Centro de Referência de Assistência Social

CREAS Centro de Referência Especializado de Assistência Social

HCTP Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

HP hospital psiquiátrico

OMS Organização Mundial da Saúde

ONG Organização Não Governamental

PAEFI Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos

PAIF Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família

PNASH/Psiquiatria Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares Psiquiatria

RAPS Rede de Atenção Psicossocial

RAS Rede de Atenção à Saúde

RP Reforma Psiquiátrica

SAMU Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SRT Serviço Residencial Terapêutico

SUS Sistema Único de Saúde

UA Unidade de Acolhimento

1 INTRODUÇÃO

Questões de saúde mental compõem 32,4% das causas principais de perda das condições laborais em todo o mundo (VIGO; THORNICROFT; ATUN, 2016), se estima que 30% dos adultos, em algum momento de sua vida atenderão aos critérios de ao menos um diagnóstico de saúde mental (STEEL et al., 2014). A qualidade do meio social em que se vive está ligada ao risco de danos à saúde mental e à probabilidade de sua cronificação, fatores culturais e sociais também influenciam na evolução e recuperação dos sofrimentos psicossociais. Mesmo a prosperidade econômica em países desenvolvidos não se traduz, necessariamente, em bem estar individual ou social, ao passo que, em países em desenvolvimento, a produção das desigualdades sociais contribuem para acirrar as condições de vulnerabilidade em saúde mental (DESVIAT, 2015).

O plano de ação em Saúde Mental, elaborado pela Organização Mundial da Saúde enfatiza a organização dos serviços de saúde mental a partir de uma rede de serviços comunitários de saúde mental, vinculados à atenção primária, incluindo atendimento ambulatorial de curta duração, hospitais gerais e serviços de apoio residencial. Essa é uma abordagem multissetorial a partir das ações coordenadas de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação e recuperação (OMS, 2013).

Ainda que mundialmente se apresenta progressos na formulação e planejamento de políticas de saúde mental em um modelo comunitário, muitos países ainda mantêm o hospital psiquiátrico, apresentam escassez de profissionais e falta de investimento em serviços baseados em território. Mundialmente, 90% dos países afirmam dispor de políticas que promovem transição para serviços de base territorial, ainda que a maioria dos gastos sejam destinados aos hospitais e não aos serviços comunitários. Em países em desenvolvimento há em média 16,7 leitos para cada 100.000 habitantes, sendo que a taxa de admissão é de 56,3 (100.000 pessoas por ano), destas pessoas internadas, aproximadamente 70% permanecem internadas por mais que um ano (OMS, 2018).

Desta forma, as políticas de saúde mental devem organizar suas ações para alterar o contexto de sofrimento psicossocial de modo coletivo, e superar ações individualizadas e fragmentadas, bem como ações centradas no papel do hospital psiquiátrico. Em nível global, é apontada a falta de um modelo de atenção capaz de impactar na redução de iniquidades de maneira mais abrangente, e em nível local, se percebe a ausência de indicadores para monitorar resultados das políticas de saúde mental. Considerando a complexidade do campo da saúde

enquanto produto das ações sociais, o fomento de políticas públicas de saúde mental, nesse sentido, necessita de intervenções que impactem de maneira coletiva, ampla e contínua nos determinantes e condicionantes em saúde, e não somente a diminuir a incidência de sintomas de maneira estrita e pontual (WHITE; IMPERIALE; PERERA, 2016).

No campo da política de Saúde Mental brasileira, o movimento de Reforma Psiquiátrica transformou o arcabouço jurídico e o universo técnico-assistencial, dado à participação e respaldo de pessoas que usam os serviços de saúde, trabalhadores, gestores, representantes de universidades e de movimentos sociais. Um grande número de estudos e pesquisas avaliativas produziram resultados substanciais ao processo de transição ao modelo de base territorial e comunitária (SILVA; MELO; ESPERIDIÃO, 2012; COSTA; ROZANI; COLUGNATI, 2015; OLIVEIRA et al., 2014).

De maneira geral, os desafios para avaliar a Política de Saúde Mental sob a perspectiva da Saúde Coletiva perpassam por debates cruciais para avanços na área, e se somam a um terreno de fortes tensionamentos políticos (LIMA e GUIMARÃES, 2019b). Deste modo, para determinar a avaliabilidade dos serviços de Atenção Psicossocial, se vê fundamental a construção coletiva de ferramentas que subsidiem a continuidade do processo de reforma psiquiátrica, tanto em campo teórico quanto sócio-político, de modo a estabelecer mecanismos de monitoramento e avaliação ao planejamento e gestão da política de saúde mental brasileira (BARRETO, 2017).

Os desdobramentos da política de Saúde Mental brasileira renderam reconhecimento internacional, como referência de projeto para superação do modelo manicomial institucionalmente centrado no hospital psiquiátrico, e pela oferta de uma rede comunitária e territorial, orientada por um cuidado em liberdade e exercício de participação social cidadã (DESVIAT, 2015). A lógica comunitária e territorial é diretriz que opera pela proximidade das pessoas que utilizam os serviços de saúde e seus contextos de sofrimento psicossocial. São exemplos de possibilidades coerentes ao cuidado em liberdade e em acordo com o modelo Psicossocial: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços de Residencial Terapêutico, Unidades de Acolhimento, Leitos de Saúde Mental, Centros de Convivência, como também, iniciativas de Trabalho e Geração de Renda, Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.

Não obstante, a política de Saúde Mental brasileira conta com um acirrado conflito entre a perspectiva psiquiátrica tradicional e o modo psicossocial, tal disputa marca a organização política nos programas que se relacionam com a saúde mental a partir da segunda

metade do século XX (WEBER e JURENA, 2016). O perfil da política de saúde mental brasileira é descrito pelos dados apresentados pelo *World Mental Health Atlas* (OMS, 2018), neste relatório o gasto por pessoa no sistema de saúde brasileiro é reportado como de R\$ 5,92, e, do gasto total em saúde apenas 1% é relativo à política de saúde mental.

Contudo, o avanço da Atenção Psicossocial expressa um cenário nacional de construção da Rede de Atenção Psicossocial contando com mais de 2.300 Centros de Atenção Psicossocial, 700 Serviços Residenciais Terapêuticos, 129 equipes de Consultório na Rua, onde trabalham mais de 30.000 profissionais de saúde mental, 3.898 Núcleos de Apoio à Saúde da Família e 39.228 equipes da Estratégia de Saúde da Família. O que, em direção a oferecer uma cobertura condizente com a realidade nacional, ampliam e qualificam as ações de saúde mental nos três níveis assistenciais, para além da dependência do hospital psiquiátrico como último recurso da Rede de Atenção às Urgências e Emergências e a Atenção Hospitalar (BRASIL, 2015a; CARVALHO et al., 2017).

O processo de fechamento sistemático de leitos psiquiátricos em manicômios e o avanço simultâneo da construção, implementação e consolidação de serviços substitutivos, é um movimento constitutivo do modelo de atenção sustentado na lógica Psicossocial. Este modelo apresenta movimentos de distanciamento da estrutura manicomial por meio da desinstitucionalização psiquiátrica e aproximação com a efetivação da integralidade em saúde (BARRETO, 2017). Serviços de Atenção Psicossocial orientados pelo modo de funcionamento integral e intersetorial, devem superar o modelo de internação psiquiátrica, e produzir atenção contínua e aliada a lógica de seu território. A necessidade de um modelo de Atenção Psicossocial condizente com as demandas e necessidades dos sujeitos é um imperativo categórico, de modo a implementar ações e serviços de promoção, prevenção, assistência e reabilitação da saúde humana (VASCONCELOS e PAULON, 2014).

No entanto, a assistência em Saúde Mental no Brasil ainda é híbrida, apresenta um contexto onde muitas vezes segue presente o hospital psiquiátrico através do modelo hospitalocêntrico, em detrimento ao modelo psicossocial comunitário. Mais recentemente, sob o discurso de um fortalecimento da RAPS, tal modelo está presente na Resolução 32/2017, na Portaria 3.588/17, e na Nota técnica nº 11/19. Sobretudo, este cenário modifica o caráter de substituição progressiva do hospital psiquiátrico, e do incentivo de novos modos de cuidado e atenção à saúde mental, onde os sentidos dados à integralidade das ações da Atenção Psicossocial é elemento em constante divergência e disputa entre distintos grupos sociais (LIMA e GUIMARÃES, 2019).

Gestado no campo da saúde coletiva, a integralidade é sinônimo da efetivação de ações em saúde que visam superar a condição de centralidade na doença e que passa a considerar de maneira ampliada sua relação com o contexto social de vida dos sujeitos. A importância à estas múltiplas necessidades leva uma política pública a recolocar em questão a demanda, para além da problemática de saúde imediatista, mas em ações de saúde com suas mais diversas facetas. No campo da Atenção Psicossocial, o abandono da unidisciplinariedade psiquiátrica, a ampliação de alternativas de cuidado em liberdade, bem como a articulação com distintos serviços e setores são movimentos necessários para atingir um cuidado psicossocial sob a perspectiva da integralidade (BEDIN e SCARPARO, 2011).

Oferecer inovações dos aparatos institucionais e humanos é sugerido de maneira fundamental para superar práticas curativistas e medicamentosas as quais impõe barreiras à efetivação de uma perspectiva de assistência sustentada pela integralidade (FIOCRUZ, 2015). Esse movimento para uma atenção territorial e comunitária, demanda uma constante revisão e atualização das ações em saúde, para privilegiar a subjetividade e singularidade dos sujeitos, e não apenas seus sintomas, visando novas estratégias de composição e organização dos serviços (ACIOLI e AMARANTE, 2013).

Como eixo prioritário de uma política de saúde, a integralidade pode se expressar como meio de dar concretude às ações de saúde, ao passo que significa abordar a saúde em sua dimensão de exercício de protagonismo, cidadania e participação social, tanto nos processos de cuidado e atenção, quanto na gestão do sistema. Tal dimensão é um movimento em direção à efetivação de um cuidado compartilhado, com inovações no cotidiano dos serviços de saúde entre a gestão do sistema em conjunto com a sociedade (BEDIN e SCARPARO, 2011; VIEGAS e PENNA, 2015).

A integralidade demarca nexos constitutivos de sua expressão dentro do campo da saúde como meio de concretizar o direito à cidadania e participação social da população, dos quais emergem conceitos e práticas fundamentais a serem apropriados no campo da Saúde Coletiva e Atenção Psicossocial. Tais conceitos e práticas se relacionam de maneira direta, e tem usos por vezes contraditórios com as políticas econômicas e sociais, sobretudo nas ações em saúde adotadas pelo país tendo em vista o histórico de desenvolvimento da proteção social brasileira. Tais ações em saúde configuram expressões de construção e reprodução de mecanismos de inclusão e exclusão, concentração de riqueza e fragilização da vida social, no que se refere à necessidade e demanda da população brasileira por ações e serviços públicos de saúde condizentes com suas necessidades. Tais movimentos de participação social podem ser

observados ao lado da solidariedade, como importantes analisadores do funcionamento do sistema público de saúde (HARTZ e CONTANDRIOPOULOS, 2004).

O funcionamento da política pública de saúde é marcado por ações de acordo com um modelo de assistência integral, descentralizado e hierarquizado. É organizado em fluxos ascendentes e descendentes em diferentes níveis complexidade tecnológica, com seus processos articulados por ações de referência e contrarreferência. Tal modelo apresenta avanços e desafios, é bem criticado por diversos autores, onde a descentralização e hierarquização do sistema são contrapostas tendo como referência um ideal organizado de maneira circular e horizontal, partindo da lógica do usuário e sua relação singular com os processos de saúde e doença (CECÍLIO, 1997).

A descentralização marca o funcionamento da política de saúde pelo direcionamento da responsabilidade entre as três esferas de governo. É a possibilidade de garantir autonomia para gerir e executar políticas sociais de maneira regionalizada e territorial, e efetivar o compartilhamento o poder decisório com a sociedade civil (COELHO, 2010). Esta forma de operacionalização configura no SUS um paradigma institucional de gestão reticular, ou seja, pela interlocução de uma pluralidade de pontos decisórios integrantes de pactuações para o cuidado em saúde (FLEURY e OUVÉRY, 2012).

Este modo de funcionamento abre espaço para a lógica de rede em seu sentido político e social, tanto com interdependência entre as ações, articulação de suas ações de cuidado em saúde, quanto a corresponsabilidade por seus resultados, recursos e competências. Assim, o rompimento com a centralização de responsabilidades também significa a ampliação dos lugares de participação social no processo de construção de políticas públicas, incluindo a de saúde mental, pelo reconhecimento dos sujeitos de saúde como agentes fundamentais no campo da Saúde Coletiva (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

Aprofundar a articulação assistencial em rede ainda é um desafio no atual cenário das políticas públicas brasileiras, bem como na Atenção Psicossocial, sobretudo pela necessidade de ampliar a capacidade da atenção primária como principal agente da promoção de Saúde Mental, e o direcionamento da atenção à crise para serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico (SILVEIRA; COSTA; JORGE; 2018). O processo de saúde e doença no campo Psicossocial ainda demarca uma organização assistencial pautada em um clínica individualizada (CAMPOS e AMARANTE, 2015), onde as práticas clínicas de cuidado devem ser ainda desenvolvidas de maneira mais expressiva para além do foco medicalizante e

diagnóstico organicista, que muito mais promovem um processo de adaptação à atual condição de existência do que se direcionam para transcendê-la (BEZERRA et al., 2016).

No campo de planejamento e gestão de políticas públicas, programas e serviços de proteção social, as ações de avaliação delineiam o funcionamento de políticas sociais, suas dinâmicas e especificidades, de acordo com necessidades e condições de determinada população, orientados por critérios de efetividade, eficiência, eficácia, mas também de responsabilidade social (SAMICO, 2010). Em conjunto com a ampliação da capacidade de análise de determinantes e condicionantes envolvidos nas intervenções em saúde na sociedade, as práticas de Avaliação elencam futuros possíveis e meios de resolução para situações-problema, produzem reflexões sobre seus resultados e contribuem com o desenvolvimento de determinado contexto de saúde (FURTADO et. al, 2018).

Longos são os debates que se referem à construção e pactuação de indicadores para avaliar o funcionamento de Serviços de Atenção Psicossocial. Ainda assim, é de fundamental importância que um referencial de operacional se consolide frente a possíveis desenhos do funcionamento dessa política a contrapor a recorrência de características de um modelo manicomial (ONOCKO-CAMPOS et al., 2017).

As ações em saúde em perspectiva Psicossocial buscam responder a demandas sobre o fenômeno da Saúde Mental em nossa sociedade, estas primeiras encontram respaldo em determinada racionalidade, que por sua vez, delineia as características proeminentes do modelo de assistência à saúde (VENTURINI, 2016). A avaliação no campo da Saúde Mental deve ser compreendida como uma importante ferramenta, e o imperativo da subjetividade do campo da Saúde Mental não reduz a necessidade de orientar esforços para contrapor lógicas manicomiais e asilares. Compreendendo que a atenção à saúde mental apresenta elementos emergentes e residuais de um modelo manicomial, onde muitas vezes lógicas contraditórias operam sobre os mesmos discursos e práticas, os processos avaliativos em saúde mental, em perspectiva de Saúde Coletiva, oferecem oportunidades fundamentais para analisar os reflexos de uma organização institucional onde a produção de suas tecnologias, conceitos e teorias respondem à dado momento histórico, político e social (BARRETO, 2017).

A revisão proposta por Costa, Colugnati e Ronzani (2015) sistematiza os trabalhos sobre avaliação das políticas de saúde mental no Brasil, constatando que o tema ainda é pouco pesquisado. As produções científicas na área da saúde mental global analisadas por Menezes et al. (2018) revelam paralelos com os trabalhos brasileiros.

A proposta de mudanças para as estruturas físicas, técnico-assistenciais e para as concepções de cuidado, deve ser acompanhada da proposição de mudanças a nível subjetivo na dimensão do sistema de representações e valores do campo sociocultural de nossa sociedade (DESVIAT, 2015). As publicações avaliativas revisadas por Oliveira et al. (2014) apontam a necessidade de se observar ainda a implementação dos serviços comunitários, tanto em relação a sua lógica substitutiva em modelo psicossocial, quanto em relação ao seu impacto nas dimensões teórico-conceitual; técnico-assistencial; político-jurídico; e sócio-cultural. As ações dos diversos atores envolvidos no campo da saúde mental compreendem a Atenção Psicossocial de maneira reflexiva também nas relações sociais de maneira dialógica em respeito à diversidade, singularidade e efetivação de uma integralidade da Saúde Coletiva (LEITE; ROCHA; SANTOS, 2017).

Neste sentido, a importância da avaliação no campo da Saúde Mental e Atenção Psicossocial, se dá tanto como processo institucional potente de avanço de serviços, quanto em sentido político como instrumento de construção coletiva e transformação social. Ou seja, ao mesmo passo que é ação voltada para verificação do funcionamento dos serviços que desempenham ações de Saúde Mental, contribui com o desenvolvimento técnico e profissional e com o exercício de cidadania crítica sobre as condições de saúde e doença da sociedade. A avaliação acaba sendo um processo formativo para o questionamento do modelo manicomial e consolidação do paradigma psicossocial fundado na integralidade (ONOCKO-CAMPOS et al., 2017).

Esta pesquisa avaliativa tem como objetivo realizar um estudo de avaliabilidade das ações em saúde dos serviços de Atenção Psicossocial sob a perspectiva da integralidade. Tomamos o estudo de avaliabilidade como um conjunto de procedimentos metodológicos, com a participação de agentes sociais da política de saúde mental.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Analisar o potencial avaliativo das ações em saúde dos serviços de Atenção Psicossocial sob a perspectiva da integralidade.

1.1.2 Objetivos Específicos

- 1) Mapear o contexto o histórico de avaliação das políticas públicas de saúde mental brasileiras;
- 2) Construir um modelo teórico-lógico das ações em saúde dos serviços de Atenção Psicossocial sob a perspectiva da integralidade;
- 3) Pactuar o modelo teórico-lógico das ações em saúde dos serviços de Atenção Psicossocial sob a perspectiva da integralidade com os distintos atores sociais e seus grupos de interesse.

2 REFORMA PSIQUIÁTRICA E A POLÍTICA DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A reforma psiquiátrica brasileira, movimento emergente da década de 70 que acompanhou a reforma Sanitária, esteve sustentada nos desdobramentos mundiais inspirados na figura de Franco Basaglia e nas experiências italianas, buscando superar ações reducionistas, totalizadas e fragmentadas por uma nova perspectiva de ação em saúde mental em um modelo ético-político de Atenção Psicossocial. O projeto basagliano representa uma possibilidade de transformação institucional essencialmente no caminho de desconstrução/invenção de conhecimentos, de técnicas assistenciais, de ideologias e da dimensão política de relação entre a sociedade e a loucura (AMARANTE e NUNES 2018). O movimento representa uma dinâmica de afastamento da observação morfológica dos marcadores biológicos e catalogações nosológicas, para uma aproximação de escuta qualificada e validação da experiência da saúde mental, a considerar também as dimensões sociais, históricas, antropológicas e psicológicas na diversidade de vida de cada sujeito (SZASZ, 1977; LAING, 1973; COOPER, 1971).

O Movimento de Reforma Psiquiátrica por intermédio de disputas, confrontos, alianças e contradições, realizou importantes contribuições para o modelo de atenção à saúde mental com o intuito de superar as problemáticas do modelo manicomial asilar (YASUI, 2010). Sua inserção no campo sociocultural é de grande importância, sendo outra dimensão de reforma para além do sentido epistemológico, político ou jurídico e de técnico-assistencial. A reforma psiquiátrica, ainda que não se totaliza apenas nestas dimensões de análise, apresenta intersecções importantes a serem trabalhadas para construção de outros lugares e modos de expressão e cuidado da loucura em nossa sociedade (AMARANTE e NUNES, 2018).

Os processos de participação social têm destaque no processo de reforma psiquiátrica. Este movimento foi historicamente iniciado no Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) em 1978, a partir do movimento de distintos grupos sociais. Os participantes do movimento sanitário - associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas - passaram a denunciar os casos de violência em manicômios, as formas de mercantilização da loucura, e a questionar a hegemonia de uma rede privada de assistência. Assim, construiu-se de maneira coletiva uma crítica ao saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico. No ano seguinte de sua construção o MTSM, com o objetivo de reformular a assistência psiquiátrica brasileira organizou o I Congresso de Saúde Mental em São Paulo aproximando-se da recém-criada Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) (GIOVANELLA et. al. 2008).

Em 1980 houve a convocação histórica da 8ª Conferência Nacional de Saúde e conferências específicas são convocadas, dentre estas a I Conferência Nacional de Saúde Mental. Tal que representou uma contrariedade a nível de setor ministerial com as propostas pautadas pelo Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental, criando a convocação da II Conferência de Saúde Mental na cidade de Baurú com o lema “Por uma Sociedade sem Manicômios” (AMARANTE e NUNES, 2018).

Tal lema, proveniente da Rede Internacional de Alternativas à Psiquiatria, se difunde após encontro em Buenos Aires em 1986. Esta articulação revela transformações significativas ao apresentar a qualidade de movimento social, carregando a identidade de Movimento da Luta Antimanicomial (MLA). Dele participam, para além do coletivo de profissionais, os chamados ‘loucos’, seus familiares e ativistas em direitos humanos, envolvidos em questões de luta contra violência, discriminação e segregação, de maneira aliada ao objetivo de uma sociedade sem manicômios.

A partir das produções e resultados a nível epistemológico e técnico assistencial, serviços alternativos à lógica manicomial passam a funcionar, como o CAPS Itapeva, na cidade de São Paulo, em 1987. Esse serviço foi o pioneiro do modelo de funcionamento de maneira aberta e comunitária. No ano posterior se inicia um processo de intervenção promovido pela secretaria municipal de saúde de Santos em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, fortemente marcada por maus tratos e morte de pacientes. Tal intervenção teve repercussão nacional demonstrando de maneira fundamental a possibilidade da construção de serviços de atenção efetivamente substitutivos ao hospital psiquiátrico. Os antigos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) de atenção 24 horas, os CAPS, as Cooperativas Sociais, as residências para egressos de internações hospitalares e as associações tornaram-se marcos para o processo de reforma psiquiátrica no país (AMARANTE e NUNES, 2018).

Novas mudanças foram propostas no campo da saúde mental impulsionadas pelas repercussões do processo de redemocratização do país a partir de 1988, pela promulgação da constituição cidadã e pela implementação do SUS, enaltecendo o controle e a participação social conselhos comunitários de saúde. No âmbito jurídico e político, se inicia em 1989 a entrada do processo de lei propondo a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. O projeto também previa a desinstitucionalização da centralidade hospitalar da assistência à saúde mental e enfrentou fortes resistências no campo legislativo e normativo (DELGADO, 2011).

O período iniciado a partir de 1992 é marco da implementação da rede extra hospitalar a nível estadual e municipal. Segmentos de movimentos sociais diversos, inspirados no processo de tramitação da Lei de reforma psiquiátrica em âmbito nacional, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por serviços de Atenção Psicossocial comunitários e regionalizados. Tais ganhos acompanham as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica que começam a ganhar um desenho mais definido (BRASIL, 2005).

A década de 90 se caracteriza ainda pela assinatura da declaração de Caracas, e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental. Considerando também as experiências adquiridas com os CAPS, NAPS, Hospitais gerais e os resultados das primeiras normas de fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos, entram em vigor as primeiras normas federais que regulamentam a implantação de serviços de atenção diária à saúde mental (BRASIL, 2005). Ainda que nesse período se tenha uma expansão de serviços extra hospitalares, as normatizações do Ministério da Saúde não instituíram uma linha de financiamento específica para os CAPS e NAPS, e as normas dos hospitais psiquiátricos ainda não previam mecanismos expressivos para a redução sistemática de leitos (AMARANTE e NUNES, 2018).

Este intervalo também se percebe em âmbito normativo, somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação, que é aprovada a Lei 10.216, com modificações importantes em relação à sua versão original. A lei dispõe sobre os direitos das pessoas com transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, privilegiando os serviços em base comunitária, mas sem instituir mecanismos para a extinção dos manicômios. Este instrumento legal, em conjunto com a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, dá sustentação e visibilidade às diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira (DELGADO, 2011).

Ao fim de 2002, o país tem em funcionamento 208 CAPS, porém, 75% dos recursos federais são destinados à rede hospitalar (BRASIL, 2015a). A partir de 2003, linhas específicas de financiamento são criadas para serviços substitutivos à lógica manicomial. De maneira concomitante, também são construídos mecanismos para fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país.

A criação do Programa de Volta Para Casa, em 2003, é um marco para as estratégias de desinstitucionalização, propondo fortalecer a contratualidade e inclusão social através de benefício para pessoas com longo histórico de internação psiquiátrica. Rompendo com a condição asilar, este programa propõe novos locais terapêuticos para a ressocialização em

residências, contribuindo para a retomada da autonomia e o exercício da cidadania de pessoas com longo histórico de internação psiquiátrica. No mesmo ano foi construído o Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental como instância de articulação nas três esferas da gestão da política de Saúde Mental (BRASIL, 2005).

Com a expansão da rede de atenção com base comunitária, o desafio passou a ser sua consolidação, que inicia com a implantação do financiamento fundo a fundo para serviços de Atenção Psicossocial. No fim de 2004, os incentivos estratégicos para a Atenção Psicossocial passam a ser antecipados, e são o mecanismo de indução, pela esfera federal, para a inversão de investimento dos serviços manicomial para os serviços da Atenção Psicossocial (BRASIL, 2015a).

Em 2005, estavam vigentes pelo menos dois movimentos simultâneos: a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar e a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes (BRASIL, 2005). Em 2007, a criação da Associação Brasileira de Saúde Mental, a partir de um Grupo de Trabalho da Abrasco, reuniu, em fóruns nacionais e encontros bianuais, os atores sociais e de produção de conhecimento, com papel central nas críticas à instituição psiquiátrica (AMARANTE e NUNES, 2018).

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em 2010 marcou o trabalho centrado nos desafios para a intersetorialidade nas políticas públicas, bem como o acompanhamento do processo de desinstitucionalização, principalmente os entraves à substituição da assistência em regime aberto (BRASIL, 2010). Em 2014, foi realizada a 15ª Conferência Nacional de Saúde levando propostas aprovadas em diretriz de consolidação e ampliação das políticas e estratégias para saúde mental, deficiência e dependência química. Dentre estas, a reafirmação do cumprimento da Lei 10.216/ 01, para estruturação da rede de serviços substitutivos e o monitoramento da RAPS.

Por outro lado, a 15ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2015, teve como foco os desafios da mercantilização e privatização da saúde pública e seu impacto em iniquidades que afetam a saúde brasileira. Nesta última também se destacam diretrizes para fortalecimento e implementação de serviços substitutivos a nível municipal em efetivação à reforma psiquiátrica (RICARDI; SHIMIZU; SANTOS, 2017).

Na atualidade, existem debates quanto os avanços e desafios do movimento de Reforma Sanitária e Psiquiátrica no Brasil. Com interesses políticos e econômicos, a política de Saúde Mental brasileira, de maneira semelhante a assistência à saúde em geral, é discutida

quanto a efetividade de seus resultados e ao papel do Estado na proteção social e manutenção de políticas públicas e sociais.

No período de 2016 a 2019, o governo tomou medidas que modificaram substancialmente o caráter da Atenção Psicossocial aliados a discursos de ampliação e diversificação da Saúde Mental. Essas medidas representam contrariedade a pautas e consensos já estabelecidos pela construção social coletiva do movimento por uma sociedade sem manicômios. As modificações realizadas na Política Nacional de Atenção Básica alteraram parâmetros populacionais e o papel do agente comunitário de saúde nas equipes de saúde da família; a ampliação dada pelo reajuste de 60% no valor das diárias para leitos em hospitais psiquiátricos; a redução do cadastramento de CAPS, com proporção ainda imprecisa pela falta de dados não mais fornecidos pelo Ministério da Saúde sobre a Rede de Serviços de Saúde Mental; a ampliação de 12 mil vagas em Comunidades Terapêuticas e sua admissão como ponto de atenção da RAPS; a reestruturação da centralidade do hospital psiquiátrico; o abandono da responsabilidade substitutiva do modelo de Atenção Psicossocial pela redução de leitos e ampliação dos serviços de base territorial; o restabelecimento do papel do arcaico hospital-dia, sem finalidade definida, vinculado ao hospital psiquiátrico em reforço a uma desterritorialização; e por fim, o retorno ao modelo ambulatorial tecnicista em especialidades fragmentadas novamente sem um referencial territorial (DELGADO, 2019).

Publicada em fevereiro de 2019, pelo Ministério da Saúde, a ‘Nota Técnica’ de número 11, se destinava a esclarecer a ‘nova’ política de Saúde Mental, referendando as modificações citadas acima (BRASIL, 2019b). O que se expressa no texto citado faz referência de maneira semanticamente acobertada, um combate ideológico aos direcionamentos dados até então à política de Saúde Mental brasileira. A Nota considera a partir de visão cientificista correções de supostos erros do processo de Reforma Psiquiátrica. Contudo, o que se evidencia é um esforço de deturpação da perspectiva Psicossocial e do modelo universal de saúde coletiva e um evidente reforço ao papel manicomial estratégico de um modelo psiquiátrico hospitalocêntrico (ONOCKO-CAMPOS, 2019).

Segundo o documento, a manutenção do hospital psiquiátrico se justifica pela ampliação e diversificação dos pontos de atenção da RAPS. No entanto, descontínua o caráter substitutivo e territorial, bem como assimila, de maneira arriscada, a internação de crianças e adolescentes, incentiva o retorno do uso da eletroconvulsoterapia, enfatiza o modelo biomédico de tratamento e promove o desligamento da política de saúde mental e da política de álcool e outras drogas, combatendo as estratégias de redução de danos (DELGADO, 2019).

2.1 SOCIEDADE E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A história da Reforma Psiquiátrica configura movimentos no campo sociocultural e constroem novas concepções sobre a loucura e o sofrimento psicossocial. Tais movimentos produzem a ruptura com o paradigma psiquiátrico, oferecendo outro olhar sobre o cuidado em Saúde Mental, o do modelo Psicossocial, em liberdade, com elementos comunitários e territoriais e novos sentidos na relação do sujeito com a sociedade (BRASIL, 2005).

Estas mudanças incidem sobre o imaginário social e os referenciais de solidariedade e alteridade frente à saúde mental, também enfrentando problemas neste processo de mudança com o surgimento de outras formas de exclusão e a medicalização. É neste ínterim, que as pessoas com sofrimento mental, como protagonistas deste processo, se encontram em reincidente exclusão, tanto pela lógica diagnóstica e psicopatologizante, quanto pelas condições de vida digna, direitos e cidadania (BRASIL, 2015b).

O processo de reforma psiquiátrica e sanitária modificou o aparato técnico-assistencial, o que refletiu em processos de humanização e modernização das ações de Atenção Psicossocial. Dentre suas tecnologias leves, espaços de escuta, concepções psicológicas, se expressam instrumentos com nível de complexidade e operacionalização elevado. Neste sentido, a reforma se dá tanto nas relações entre sociedade e Estado, quanto no âmbito técnico-assistencial, de forma geral, por um movimento de ampliação das possibilidades de inclusão de diferenças de vida, e retirando do lugar da loucura do isolamento institucional dos manicômios, para a participação social e intervenção na cultura (AMARANTE e TORRE, 2017).

A construção de novos espaços sociais de expressão e cuidado da loucura, é ação promovida pela Reforma Psiquiátrica, estratégias que impactam no conjunto de valores, sentidos e significados sobre o sofrimento psicossocial e a vida em sociedade. Estes impactos promovem a desinstitucionalização do aparato manicomial e hospitalar da atenção à Saúde Mental, tanto nas práticas e relações sociais quanto nas ações e procedimentos de saúde. Tal movimento é central não só pelas formas de cuidado assistencial, mas também para incidir sobre as relações sociais com a loucura na tradição cultural e histórica de nossa sociedade (AMARANTE e NUNES, 2018).

Os desafios do processo de construção da política pública de Atenção Psicossocial, portanto, ofereceu estratégias e dispositivos políticos democráticos, sociais e culturais para ampliar as possibilidades de vida em um cuidado comunitário, contínuo e territorial a todos que

necessitem de atenção, tratamento, reabilitação e reinserção social. A participação social na construção destes espaços, tanto a nível estadual e federal, quanto a nível local, é possível via fóruns e espaços de difusão e protagonismo (ILIBIO e VIEIRA, 2017).

Tais rupturas promovidas pela Reforma Psiquiátrica, marcam o deslocamento da ideia de doença mental como incapacidade e inferioridade, em combate ao discurso científico e teórico hegemônico, bem como, uma dura crítica à ideia da institucionalidade hospitalar como lugar totalizante da loucura. A ampliação das concepções sobre o itinerário da loucura está relacionada com relações de dominação e subordinação social, dada à marcadores de organização/desorganização psicossocial, historicamente forjados a partir de uma longa cadeia de elementos sócio-culturais e de biopoder relacionados a condição econômica e ideal de normalidade (GALVANESE, NASCIMENTO; DOLIVEIRA, 2013).

Estes marcadores se expressam de diferentes formas em nossa sociedade, no campo da saúde mental, as instituições que influenciam nos processos de produção e reprodução de recursos ocupam diferentes espaços de disputa. Elas contribuem para a imposição de traços legitimados dentro dos critérios de determinada normalidade e ideal sociocultural. O hospital psiquiátrico ocupa, dentro da lógica manicomial, o lugar de depositário do não-normal frente aos critérios dos sistemas de normalização (educação, justiça, saúde, assistência social). Se caracteriza como instituição de função de negatização da expressão do desvio pela reclusão, contenção e exclusão em vias de invalidação dos sujeitos e sua participação social (NICÁCIO, 2001).

A superação da lógica manicomial implica em novas formas de poder e força que não se direcionam à neutralização do desvio, mas que apontam para formas de expressão da diferença como possibilidade de socialização e participação cidadã (VENTURINI, 2016). O encadeamento de forças e hierarquias no modelo psicossocial passa combater tecnologias de contenção, invalidação, alienação e submissão (como o asilo, eletrochoque, lobotomia e a hipermedicação). A mudança das relações de poder a nível formal e cotidiano, ainda que enfrente desafios constantes, tende a expandir o enfrentamento de contradições historicamente veladas pelo modelo manicomial, é caminho importante para produção de consensos (ROTELLI, 2001).

Pensar políticas de Atenção Psicossocial deve considerar a necessidade de contemplar uma série de problemáticas que se referem tanto a sua operacionalização e organização de serviços, quanto ao modelo de seus procedimentos técnico assistenciais. Considerando o histórico de estruturação da Política de Saúde Mental do Brasil, estas questões interferem na rede de serviços para contemplar a demanda de base territorial com dimensões social e cultural.

Ou seja, tal formato orienta o sentido das ações da assistência à saúde mental como atividade fim, bem como promove impactos na sensibilidade social para a loucura, produção de conhecimento para inovação do cuidado, oferta de qualificação e formação continuada, abertura e sustentação de formas de participação e protagonismo de usuários e familiares, e compromissos firmados entre as esferas de gestão (BRASIL, 2016).

De concepção distinta da lógica manicomial, a compreensão do processo saúde/doença se dá a partir da compreensão e qualificação da escuta, cuidado e atenção, sobre o sofrimento e a singularidade de dinâmica da vida de cada sujeito, e não mais em direção psicopatológica da incapacidade e limitação em relação ao ideal de normalidade. As políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial tem dispositivo materializado pela RAPS para a implementação e desenvolvimento de iniciativas articuladas ao território e seus recursos nas dimensões de trabalho, economia, solidariedade, habitação, educação, cultura e saúde (VENTURINI, 2016).

3 INTEGRALIDADE E SAÚDE MENTAL COLETIVA

3.1 INTEGRALIDADE E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A integralidade remete ao caminho de constituição de um projeto de saúde pública nacional e ao processo de restabelecimento de um Estado democrático de direito. Seu uso é recorrente no campo da Saúde Coletiva, a partir de uma polissemia dado a diversidade dos contextos de produção de saúde, dos saberes e práticas. De antemão, pode se remeter simplesmente a um eixo teórico de articulação conceitual até uma ética como princípio orientador, o termo ganha caráter mutável de acordo com os pressupostos ideológicos que lhe dá forma e operação. É preciso superar tal ingenuidade, apurar seus sentidos e usos, sem necessariamente atacar suas naturalizações ou defender displicentemente sua essência. O tratamento dado à integralidade se dá por observar especificidades contextuais, materiais e históricas, relacionadas com a sua expressão. Cada sentido se exalta de maneira conveniente ao momento, ainda que exista a permanência de outros significados, e contradições, que momentaneamente são postos em segundo plano (PINHEIRO e MATTOS, 2006).

O termo integralidade tem sido usado tanto em relação à articulação entre os níveis de atenção do sistema de serviços de saúde, quanto como a interação entre setores da sociedade civil, e ainda enquanto diretriz para gestão de serviços e de modelo de atenção (HORTALE, 2004). O sentido da integralidade nos remete aqui como valor de uma proposta inserida na práxis dos agentes de saúde que se direcionam à um projeto de saúde universal e equânime (PINHEIRO e MATTOS, 2006).

Portanto, a integralidade como eixo contempla os níveis macro e micropolíticos da discussão sobre necessidades em saúde, e os modos de organização dos serviços para atendê-las, como elemento ético-político no direcionamento destes processos de cuidado. Contudo, a efetivação da integralidade em saúde esbarra na tendência de ajuste econômico, pelo discurso da recessão de recursos e na produção de modelos de operação da atenção à saúde. Tal discurso têm coerência imprecisa ou fragmentária, ao passo que dá preferência a um modelo de operação economicista e utilitarista, em detrimento das necessidades reais da população. Assim, as ações em saúde pública se debatem em interesses difusos que geram situações de tensão entre as ações progressistas e conservadoras (NASCIMENTO, 2018).

No seu aspecto constitucional, a integralidade é celebrada na lei 8.080/90 como conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, para cada caso e nos níveis de complexidade do sistema. A organização do sistema de saúde brasileiro é materializada em uma rede de atenção à saúde, articulada para oferecer os serviços de saúde de modo regionalizado, hierarquizado e composto pelos seus diversos serviços de saúde (SANTOS, 2017). A coordenação da RAS pela atenção primária à saúde (APS) pressupõe ser um processo complexo. Há forças intra e inter-serviços de saúde, cujo vetor resultante se reflete em ações de saúde que aproximam ou distanciam das ideias pensadas para o fortalecimento de uma proposta de integralidade (LAPÃO et al., 2017).

No cotidiano das vivências dos sujeitos do sistema de saúde, a integralidade se constrói em ato pelas experiências de práticas eficazes de cuidado em saúde, atravessando os modelos idealizados que, para além de sua dimensão jurídica, podem ser concebidos de modo relacional na ação social em saúde e interação democrática. Na oferta do cuidado em saúde, a integralidade se expressa como estratégia das ações tomadas por uma fazer coletivo realizado pelos indivíduos em defesa da vida. O reconhecimento da rede como elemento territorial engloba não só os serviços de saúde, mas também os diversos locais da dinâmica de vida dos sujeitos e suas coletividades que não se esgotam em um recorte geográfico da atenção, mas sim extrapola as interseccionalidades da expressão da singularidade de vida, e sua relação com os determinantes e condicionantes dos processos de saúde e doença (KEMPER et al., 2015).

O sofrimento psicossocial, por sua fragilidade no laço social e pelo estigma que os sentidos de doença atribuídos pela psiquiatria clássica provocam, coloca o sujeito em experiências de exclusão e invisibilidade, rebatidos pela falta de articulação entre as distintas esferas de cuidado e proteção social. A atenção em saúde mental não se restringe à uma ação protocolar, só faz sentido se incluir a realidade, o cotidiano e a situação social, familiar e afetiva do sujeito. A rede formal de cuidado se limita por barreiras expressas pela dificuldade de acesso, vínculo e continuidade do tratamento, mas também pela sua restrição à aparatos protocolares, espaços físicos e diagnósticos. O foco na expressão patológica dos modos de vida dos sujeitos ainda é recorrente em detrimento de práticas de promoção e prevenção articuladas com as esferas de cuidado de maneira ampliada. O exercício de uma prática psicossocial crítica engloba um fazer com o sujeito que busca atendimento (para além de um fazer para o sujeito) de maneira compreensiva e singular (DESVIAT, 2015).

A perspectiva psicossocial orienta um modelo pautado em serviços substitutivos à institucionalidade hospitalar psiquiátrica do modelo manicomial, tal processo é transicional,

considerando a necessidade de alinhamento entre o formato de atenção e as práticas de saúde. Bem como, a orientação biomédica e a centralidade hospitalar ainda marcam formatos manicomializantes nas ações de medicalização e de centralidade da prática terapêutica psiquiátrica, em detrimento às necessidades singulares dos sujeitos e sua relação territorial (CAMPOS et al., 2014).

De maneira concreta, para a realização da integralidade é preciso que seja ofertada ações de promoção de saúde, prevenção de fatores de risco, assistência à danos, reabilitação, isso segundo a dinâmica do processo saúde e doença de determinada localidade e tempo histórico (CAMPOS, 2003). Para Carvalho et al. (2018) a integralidade do cuidado se realiza pelo acolhimento, escuta sensível, vínculo e responsabilização tendo em vista a valorização também do contexto cujas necessidades são produzidas. Desta forma, a integralidade pode ser compreendida como ações de saúde que garantem práticas resolutivas nos diversos níveis de atenção, de maneira condizente com as singularidades de cada sujeito.

As práticas de cuidado na Atenção Psicossocial têm os elementos relacionais como ferramentas de trabalho. O alinhamento entre os serviços que se envolvem com a Política de Saúde Mental brasileira constrói, em perspectiva territorial, um modelo de atenção em que o processo de trabalho é alicerçado nas especificidades das demandas e necessidades dos sujeitos que buscam os serviços de saúde (KEMPER et al., 2015).

A construção da integralidade como caminho a ser percorrido, se expressa no campo da saúde como prática de cidadania, na construção dos processos de atenção e cuidado, tal implica necessariamente um processo de trabalho munido de um projeto institucional com múltiplas possibilidades de desfechos. A multiplicidade de significados e atribuições dadas a integralidade nesse sentido caracteriza como um campo aberto de disputa entre os sujeitos e instituições, guiado pelas configurações normativas e pela construção coletiva que se formata e expressa no campo da saúde (CARVALHO et al. 2018).

De acordo com Ayres (2011), é possível identificar quatro modos de discurso relacionado à integralidade: um primeiro diz respeito às necessidades como qualidade e natureza das ações de escuta, acolhimento e respostas às demandas de atenção à saúde; o segundo se manifesta pelas finalidades como grau e modo de interação entre a promoção de saúde, prevenção dos agravos, tratamento da doença/sofrimento e recuperação da saúde como também reinserção social; o terceiro modo se refere às articulações em graus e modos de ação interdisciplinar e intersetorial para efetivar respostas às demandas em saúde; e por fim, o quarto

é um eixo de interpretações subjetivas, implicando a qualidade destas em relação à concepção singular de integralidade.

Portanto, compreender o termo integralidade no sentido de sua operacionalização no campo da avaliação, nos remete a uma tarefa que perpassa ao menos quatro dimensões constitutivas: (1) do sujeito; (2) a Atendimento às demandas de Saúde; (3) a organização dos serviços de Saúde; e (4) a Intersetorialidade. Estas dimensões podem estar sobrepostas e influem entre si, a concepção sobre o sujeito orienta ações a partir dos conhecimentos e práticas dos trabalhadores de saúde, o que vem a resultar em possibilidades de organização dos serviços, que se relaciona tanto com as políticas governamentais de gestão em saúde, quanto com aberturas para trabalhos entre setores das políticas sociais (VIEGAS e PENNA, 2015).

A integralidade do Sujeito considera o ser em seu contexto de vida, integrado à família, ao domicílio e à comunidade, ou seja, em sua vivência no mundo, onde que a construção do cuidado perpassa um compartilhamento de responsabilidade sobre suas necessidades. Produzir atenção integral é organizar as dimensões da integralidade de modo a promover ações em conjunto com os sujeitos envolvidos na produção de saúde. Tais ações dão materialidade às relações interpessoais que se estabelecem no cuidado, no compartilhamento de uma responsabilidade que incorpora ao ato terapêutico a valorização do outro, sua visão de mundo, seu contexto social e sua dignidade.

A integralidade em ato é, portanto, uma cumplicidade entre as estratégias de promoção de saúde e prevenção de riscos ou agravos, cura e reabilitação, centrados no sujeito e seus modos de vida. O atendimento às demandas em saúde dimensiona a integralidade a partir das necessidades de saúde das pessoas que buscam atendimento nos serviços de saúde, pelo entendimento que a atenção à saúde é um direito manifesto em sua integralidade em todos os níveis de assistência. Tal prática não se traduz apenas em procedimentos ou rotinas capazes de oferecer ações curativas, mas também de maneira preventiva que por vezes não se manifesta diretamente nas demandas dos sujeitos, mas está intimamente relacionado ao contexto de vida deste indivíduo e sua dinâmica singular de cuidado aliado ao seu contexto social e comunitário.

A integralidade dos serviços de saúde é orientada pela organização dos componentes assistenciais e seus pontos de atenção à saúde. Dependem de saberes de diferentes disciplinas, de uma coesão entre as equipes e serviços de saúde, da regionalização das unidades, e na capacidade de gestão para a formação de um sistema de saúde local. Muitos desafios se manifestam nesse sentido, precariedade física, redução de equipes, limites de consultas (SILVA; MELO; ESPERIDIÃO, 2012). Sendo que, não basta apenas que os profissionais

estejam habilitados a realizar tais ações, mas que as estruturas assistenciais do serviço tenham condições necessárias para que a população acesse o Sistema em sua integralidade.

Frente aos desafios e limites contextuais do cotidiano de assistência à saúde, e também pela complexidade de vida dos sujeitos (TAÑO e MATSUKURA, 2019), a noção de integralidade perpassa uma necessidade inventiva no fazer assistencial cotidiano, assumindo tais possibilidades e limites em direção à uma necessidade de busca por uma complementariedade de recursos e competências. A intersetorialidade busca definir a integralidade também pelas demandas que sobrepõe as fronteiras entre uma política pública e outra, buscando superar as fragmentações existentes entre muros de unidades, componentes, pontos de atenção e setores, em direção ao contexto histórico, social, cultural, político e econômico dos indivíduos ou coletivos. Estas articulações ocorrem para promover saúde e qualidade de vida de maneira intersetorial, coerente e condizente com a complexidade dos problemas, necessidades, determinantes e condicionantes em saúde e na vida (CARMO e GUIZARDI, 2017).

A expressão da integralidade como diretriz do Sistema Único de Saúde vem desdobrando debates para a sua operacionalização, sobretudo em conceitos aplicáveis que sirvam para a avaliação dos processos de atenção e assistência em saúde (GIOVANELLA et al., 2002; HARTZ e CONTANDRIOPOULOS, 2004; CONILL, 2004; SILVA JUNIOR e MASCARENHAS, 2004). Os trabalhos desenvolvidos por Pinheiro e Mattos (2006) apresentam as experiências avaliativas no Brasil com uso do conceito de integralidade que remete à oferta de ações articuladas de promoção, proteção, recuperação e reabilitação (CARVALHO, 1991; SILVA JUNIOR, 1998; ORTIGA, 1999; CONILL, 2002) bem como aos critérios de acesso, vínculo e acompanhamento. Giovanella et al. (2002) apresentam a organização em quatro dimensões das ações de promoção e prevenção; atenção em três níveis de complexidade; articulação de ações de promoção, prevenção e recuperação; e a abordagem integral dos indivíduos e suas famílias.

Das experiências internacionais também podem ser apontados estudos como Starfield (1979) sobre a integralidade da atenção primária em saúde a partir de quatro elementos: primeiro contato; a coordenação integrativa da continuidade do cuidado; a amplitude de oferta dos serviços de caráter biopsicossocial; e a longitudinalidade do cuidado pelo tempo de vínculo (PINHEIRO e MATTOS, 2006).

A produção científica brasileira analisada por Silveira, Costa e Jorge (2018) observa estudos avaliativos na temática da integralidade do cuidado nas redes de Atenção Psicossocial

e identifica a necessidade de ações estreitas entre a atenção primária à saúde e a saúde mental, bem como ações de determinadas regiões ordenando referências e unindo recursos, tecnologias e estratégias que fundamentam a rede. Aponta também implementar melhorias nas ações de referência/contrarreferência para superar um funcionamento centrado em uma biopolítica de gestão, medicalização social, diagnóstico organicista e uma terapêutica unidirecional re-adaptativa. O processo de cuidado em saúde mental apresenta entraves e as estratégias para a integralidade visam produzir arranjos organizativos no sistema de saúde para diminuir a fragmentação dos processos de trabalho, superar a individualização organicista e biológica, valorizar o cuidado multi e interdisciplinar, utilizar tecnologias leves em projetos terapêuticos singulares visando adequar ao contexto de vida dos sujeitos.

A proposta operativa para uma estrutura avaliativa da integralidade apresentada por Giovanella (2002), tem dimensões organizadas cada qual a um campo de intervenção: a primazia das ações de promoção e prevenção (campo político); garantia da atenção nos três níveis de complexidade (campo de organização do sistema de atenção); articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação (campo de gestão do sistema); e a abordagem integral do indivíduo e famílias (campo do cuidado integral). Cada campo apresenta a diversidade e complexidade do conceito a partir de suas práxis operacionais, ao passo que os critérios que dão correspondência à integralidade perpassam e articulam os campos de ação sinalizando sua articulação, observando ainda que os campos da promoção, prevenção e recuperação operam respeitando lógicas distintas.

O primeiro elemento, primazia das ações de promoção, prevenção e recuperação é compreendido como a realização de ações garantidas por meio da intersetorialidade com planejamento com participação social e recursos adequados, busca superar a fragmentação dos setores em articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeitos sinérgicos em situações complexas visando o desenvolvimento social. Os critérios para avaliação foram elencados como: a presença de fóruns intersetoriais; projetos comuns a diversas secretarias com orçamento próprio; coerência das ações de promoção e prevenção de problemas de saúde locais; monitoramento e análise espacial de indicadores sociais e de ambiente; repartição de despesas por rubricas de promoção, prevenção e recuperação; programas de educação em saúde formulados no próprio município; programa de saúde do trabalhador (GIOVANELLA, 2002).

O segundo elemento, a garantia de assistência nos três níveis, em caráter contínuo de cuidado, é operacionalizado pela oferta organizada de assistência curativa e de recuperação,

com referência e contrarreferência em rede articulada entre o setor ambulatorial e hospitalar que inclua unidades e procedimentos nos distintos níveis de complexidade, com percursos definidos e ordenados espacialmente de forma compatível com a demanda populacional de cada território. Centrais de marcação de consultas e exames especializados e centrais de regulação de internações; Protocolos para doenças/agravos específicos; Medidas para garantia de contrarreferência; Integração do programa de saúde da família à rede; Centralidade do fluxo de pacientes para outros municípios; Monitoramento de filas de espera e mecanismos para sua redução; Consórcio intermunicipal de saúde; Inclusão de medicamentos complementares na lista básica relacionados a doenças de maior prevalência/gravidade/custo; Mecanismos para a garantia de reabilitação de pacientes acometidos por causas externas (GIOVANELLA, 2002).

O terceiro elemento, articulação de ações de promoção, prevenção e recuperação opera pela integração organizacional e programática entre os setores de assistência individual e os setores responsáveis pelas ações de caráter coletivo da Secretaria Municipal de Saúde. Critérios são apontados como: Existência de instância de integração em atividade; Programação articulada de ações de promoção, prevenção e recuperação em consonância com os problemas locais de saúde; Mecanismos de uso e difusão das informações de vigilância à saúde; Utilização das informações contidas nas declarações de nascidos vivos no município para identificação de problemas; Existência de comitês de revisão de óbitos na infância e de mortalidade materna em funcionamento (GIOVANELLA, 2002).

Finalmente, o quarto elemento, a dimensão de abordagem integral do indivíduo e famílias é operacionalizada por intervenções nas esferas biopsicossocial garantidas pelo vínculo entre unidade, profissionais e usuários, bem como entre os serviços na unidade e no sistema, na oferta em local apropriado conforme a natureza da necessidade. Rede básica com adstrição populacional; Estratégias de acolhimento; Existência de Centros de Atenção Psicossocial; Equipe Multidisciplinar; Realização de atividades em grupo; (terapêuticas, preventivas e educativas); Realização de atividades extraunidade; Discussão de casos pela equipe multidisciplinar na unidade e/ou entre profissionais de distintos níveis de assistência (GIOVANELLA, 2002).

Reconhecer orientações estratégicas de melhoria do cuidado e desenvolvimento de práticas que operem pela ótica da integralidade são ações que se desenvolvem a partir do acolhimento, da construção do vínculo e da organização corresponsável dos serviços em pactuações intersetoriais. Um modelo centrado no usuário (FRANCO, BUENO e MERHY, 1999) concebe a prática do acolhimento como dispositivo que compõe os processos relacionais

das práticas de saúde entre a responsabilização clínica e sanitária buscando intervenções resolutivas, mas que também se manifesta no reconhecimento e valorização das singularidades individuais dos sujeitos e suas práticas e relações com os processos de saúde e doença como parte fundamental do processo de construção do cuidado em saúde.

3.2 ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é estrutura que organiza os componentes de atenção entre si por um objetivo comum e desenvolvem ações entre os serviços de saúde de maneira cooperativa e interdependente. Ela permite a oferta de atenção contínua e integral para determinado território e sua população, com a coordenação realizada pela atenção primária em saúde, tendo em vista que é o serviço que atua com mais proximidade com sua população adstrita, para atender as necessidades de saúde com qualidade, eficiência, efetividade e eficácia, de maneira humanizada, tendo em vista sua responsabilidade sanitária e econômica pela população adstrita em seu território (OUVERNEY e NORONHA, 2013).

As redes de atenção à saúde se orientam a partir de critérios para a aplicação de recursos e interagem a partir de uma complementaridade de tecnologias. Os elementos das RAS são caracterizados pelo seu território, sua estrutura operacional (os componentes da rede) e um modelo de atenção à saúde. Desta maneira, sua operação está sustentada na coordenação do cuidado dada pela atenção primária em saúde em dois principais sistemas horizontais de linhas de cuidado: sistemas de apoio e sistemas logísticos (MENDES, 2011).

Os sistemas de apoio se debruçam em atividades que envolvem aspectos diagnósticos e terapêuticos, como a definição do rol de serviços do sistema, protocolos clínicos e assistência farmacêutica. Os sistemas logísticos se responsabilizam pela operacionalização de dispositivos e aparatos que atuarão em atividades de identificação do usuário, organização das informações clínicas em prontuários eletrônicos, regulação de acesso, de serviços e de transportes (LAVRAS, 2011).

Ainda são enfrentados desafios importantes nos termos de modelos de atenção à saúde em rede, estes são debates geracionais do movimento sanitarista brasileiro que sugerem modificações ainda com certa inércia em sistemas operacionalizados de maneira fragmentada e hierarquizada. Bem como, e talvez por sua consequência, a Atenção Primária ainda pode ser compreendida como um centro frágil para efetivar a comunicação em rede. A conservação da centralidade hospitalar pode se manifestar por vezes pela prioridade de ações curativistas e de

reabilitação em detrimento de ações de prevenção e promoção de saúde (FERTONANI et al., 2015).

Os sistemas logísticos, à contramão dos avanços tecnológicos neste campo, são insuficientes para a implementação e organização da dinâmica dos três níveis assistenciais. Frente a necessidade de regionalização, se encontram questões de governança e solidariedade, com necessidades de pactuação para além dos limites geográficos de distintas regiões de saúde. E ainda, um expressivo subfinanciamento, acabando por desalinhar os incentivos financeiros com os objetivos das redes de saúde (OUVERNEY e NORONHA, 2013).

A rede de atenção tem uma lógica na integralidade de atenção, descentralização e regionalização de serviços de saúde. Ela pretende atender as problemáticas da atenção à saúde na atualidade brasileira. As incongruências encontradas entre as situações de saúde e a fragmentação do sistema, voltado em sua maioria para o atendimento a condições agudas ou às agudizações de condições crônicas, são dadas de maneira tanto a atender interesses de mercado, quanto destoam das necessidades da população por ações preventivas. A organização de uma rede assistencial trabalha para harmonizar os componentes isolados em determinadas linhas de fluxo, onde a sua crescente fragmentação organiza um cuidado imediatista, atendendo o molde mercantilista. O seu restabelecimento da operação da rede se guia a partir da recuperação de uma coerência entre a situação de saúde em um sistema, sob o enfoque da integralidade em saúde, exigindo assim o estabelecimento de linhas claras de cuidado em rede compartilhando um objetivo único em comum (MENDES, 2011).

A fim de superar problemáticas de fragmentação, as estratégias do Ministério da Saúde para criação da RAS envolvem o funcionamento em sub redes temáticas, assegurando um conjunto de ações e serviços para responder às necessidades de saúde de seus usuários. A constituição da Rede de Atenção Psicossocial direciona mediações a nível regional e construção de ações a fim de atender a responsabilidade sobre o cuidado continuado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. A RAPS é composta por seus componentes em diversos pontos de atenção, cada qual regulado por normativas específicas, sendo estes: Atenção Básica; Atenção Psicossocial Estratégica; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar em Hospital Geral; Estratégias de Desinstitucionalização; e Reabilitação Psicossocial (LEITE, ROCHA e SANTOS, 2017).

A Rede de Atenção Psicossocial é complexa, diversificada, de base territorial, e deve constituir-se como um conjunto concreto de referências para o usuário dos serviços. A efetivação de suas diretrizes não se dá apenas pelo somatório destes pontos e suas ações de

atenção e implementação de cuidado, mas sim quando tais pontos, como um conjunto organizativo de componentes, compartilham suas ações e tecnologias de maneira longitudinal, conexa e coordenada à uma finalidade em comum (BRASIL, 2013).

Desta maneira, a função dos dispositivos da rede de atenção psicossocial, como substitutiva à lógica manicomial, está pensada para promover a reinserção social a partir de ações intersetoriais e construir espaços de atenção territorial e comunitária para a assistência em saúde mental. O modo psicossocial permite uma maior proximidade relacional entre os procedimentos assistenciais e os diversos contextos de sofrimento psicossocial das pessoas que utilizam estes serviços (COSTA-ROSA, 2000). Seus componentes se organizam de modo a orientar ações em sua área de atuação, dando suporte à atenção básica em saúde mental para promover meios para a reinserção social dos sujeitos que dela necessitam (BRASIL, 2011).

Contudo, a realidade de muitos municípios e estados é outra, onde a vontade política para a implementação da Rede de Atenção Psicossocial e de outros serviços básicos é insuficiente (FERRO, 2016). A permanência de um hospital psiquiátrico, a falta de um trabalho em rede bem consolidado e a pouca instrumentalização da atenção básica, colocam a decisão do destino de casos em situações de crise ao encaminhamento à internação psiquiátrica. Nestas situações, a ausência da implementação dos demais recursos previstos para o funcionamento da RAPS, representa a singularização da modalidade de tratamento ainda pautado em um modelo psiquiátrico e manicomial (GUIMARÃES et al., 2010).

A implementação da RAPS exige movimentos de pactuação interministerial, e um processo coletivo de reorientação de práticas, sendo assim, a presença destes atores em consonância é fundamental, com o acompanhamento da sociedade civil. O processo de implementação ocorre a partir do desenho regionalizado da RAPS, adesão a nível estadual e municipal, diagnóstico dos recursos disponíveis e a contratualização dos pontos de atenção (BRASIL, 2011). Desta forma, tanto para implementação quanto para o acompanhamento da RAPS, estratégias de articulação para efetivar a regionalização territorial exige mecanismos de diálogo e pactuação adequados. Um destes se estabelecem como Grupos Condutores de Redes Temáticas guiando consensos dentro de planos de ação a fim de conciliar particularidades regionais com os direcionamentos gerais da política a nível nacional (BRASIL, 2016).

Como ação subsequente está o movimento de pactuação do Plano de Ação Regional da RAPS, a nível político e administrativo, partindo de análises locais e propondo ações e serviços a serem desenvolvidos para consolidação da rede. Os desafios são: manter a regularidade de encontros, seguir com análises sistemáticas de regiões distintas e ainda não

atingidas, ampliar espaços de discussão e pactuação a nível estadual e municipal, e pactuação de estratégias de monitoramento e avaliação dos planos estabelecidos (BRASIL, 2016).

Desta forma, ações de implementação da RAPS a nível nacional perpassa por discussões e análises, quanto a regionalização e a territorialidade de serviços e com a necessidade de avaliar os limites e potencialidades da Atenção Psicossocial em cada local. Bem como, observar o importante papel dos componentes de atenção primária e a relação de investimento proporcionalmente adequado a ampliação de suas ações e serviços, em mesmo sentido para os demais pontos que não possuem financiamento regular. A diversificação de ações e estratégias dos seus componentes, em especial aos componentes de reabilitação psicossocial, se orienta de maneira paralela à discussão de planejamento sistemático e contínuo da rede de atenção à saúde como um todo.

4 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

A construção de processos avaliativos se desenvolveu a partir de diferentes fundamentos, metodologias e perspectivas. Ainda que não haja consenso ao seu melhor modelo, é interessante observar as características do contexto para assim delinear a melhor metodologia que atenda às necessidades do objeto. Os avanços desenvolvidos no campo da avaliação de programas e serviços contemplou diversos pensamentos e múltiplas configurações na pesquisa e no processo de tomada de decisão.

Guba e Lincoln (2011) oferecem um estudo do processo geracional dos métodos avaliativos. Os avanços realizados por cada geração de pensamento avaliativo se desenvolvem de modo ascendente, em termos de sentidos ou conteúdos inseridos nas construções metodológicas subsequentes. O que inicialmente se caracterizava pela coleta de informações e construção de instrumentos de mensuração, também inscreveu processos descritivos dos objetos avaliados em relação a determinado objetivo, e mais adiante, contemplou relações de valoração a determinado referencial especializado. Contudo, questionando o alicerce à determinado paradigma científico, os autores demarcam uma nova perspectiva ao pensamento avaliativo, enaltecendo a importância da dimensão participativa nestes processos, o que configurou um novo marco teórico ao campo a partir dos referenciais construtivistas.

Tendo em vista a pluralidade desta área de estudo, é importante destacar os elementos essenciais para que um estudo avaliativo seja caracterizado como tal: realizar o recorte da intervenção a ser avaliada, estabelecer a posição do avaliador, expor os componentes a serem considerados e compreendidos, as tipologias metodológicas possíveis para responder à determinada problemática, e por fim, um marco referencial a ser utilizado como subsídio de sustentação da prática avaliativa (TREVISAN e WALSER, 2015). Ou seja, o processo avaliativo demanda uma compreensão dos cursos possíveis de determinado fenômeno, bem como seu contexto, para que se possa orientar determinado olhar avaliativo ao delineamento metodológico.

Guba e Lincoln (2011) afirmam que a descrição sociológica da situação a ser avaliada se orienta por uma reflexão interpretativa sobre a realidade, além dos referenciais teóricos empregados, tal análise parte de referenciais individuais. No entanto, o modo que a correspondência desta análise se dá com o mundo externo não deve ser o único problema a ser resolvido para garantir a sua condição de legitimidade. Sendo assim, a descrição sociológica vem a levantar questões que dizem respeito a dimensões históricas e culturais presentes no

campo tanto latente (simbólico) quanto manifesto (organizacional). Tais dimensões se constituem na dinâmica institucional, tal que envolve diversos atores, individuais e coletivos, e suas práticas, ações, finalidades, objetivos e interesses (SERAPIONI, 2016).

Brousselle, Champagne e Contandriopoulos (2011) dissertam contribuições a respeito de conceitos e métodos no campo da avaliação em saúde. Os estudos avaliativos propõem um momento na dinâmica institucional, onde o recolhimento de informações e leituras dos processos de trabalho oportuniza o envolvimento de atores sobre a necessidade de julgamento da informação socialmente compartilhada. Tal oportunidade constrói um lugar de encontro onde os agentes dessa organização, envolvidos no processo avaliativo, se posicionam frente às questões analisadas.

As autoras Calvo e Henrique (2006) frisam que o processo avaliativo é mediado por relações de poder e por isso demanda mecanismos para assegurar participação e representatividade democrática dos envolvidos. Considerando as distintas racionalidades que de uma avaliação (administrativa, sanitária, política ou econômica), tais estarão condicionados a conceitos de controle, supervisão, planejamento e de tomada de decisão. A necessidade de perguntar a quem serve o processo avaliativo se torna fundamental, aspectos ideológicos e técnicos se sobrepõe ao sentido social e legitima os interesses de determinados grupos. Assim, possibilidades de mediação no processo avaliativo oferecem pontos de compartilhamento e estratégias de resolução de conflitos.

A avaliação construtivista responsiva, ou respondente (GUBA e LINCOLN, 2011) é um meio para focalizar a avaliação como processo interativo e negociado com os distintos grupos de interesse. Ainda que consumindo também uma porção considerável de tempo e de recursos, o construtivismo não está isento de perdas e ganhos, de modo a ponderar que mesmo na falta de um consenso, o movimento avaliativo sustentado ao construtivismo se coloca justamente na renúncia do controle do processo. Todos os sujeitos envolvidos desempenham papéis igualmente importantes e politicamente consequentes, de modo que as prerrogativas metodológicas e técnicas estão em constante disputa por legitimidade em direção a um acordo comum.

Para avaliar uma intervenção é necessário estabelecer um ponto em comum entre os envolvidos, de modo que represente um entendimento compartilhado do funcionamento do programa como um todo. A proposta de um modelo lógico que demonstre como opera suas dimensões e seu ambiente (agentes, estrutura, processos e objetivos) organizados como sistema de ação, segundo Brousselle, Champagne e Contandriopoulos (2011), apresenta uma

perspectiva para esta tarefa avaliativa, ancorada ao estrutural funcionalismo. As autoras colocam esta etapa de modelização do programa, como uma análise da forma das teorias e narrativas de determinado programa se organizam entre suas variáveis interventivas e a relação entre as ações e seus efeitos possíveis. Assim, um modelo lógico nos serve para identificar os recursos, as atividades e os resultados de maneira a detalhar uma cadeia de hipóteses que estabelecem conexões e condições entre os elementos supracitados. Demonstra as ações necessárias para que o resultado seja obtido e quais serão os impactos possíveis nos demais elementos.

A avaliação abre mão do controle de soluções universais e foca no encontro de consensos locais de implementação de maiores condições de autonomia. Reconhecendo seu elemento eminentemente político, a elaboração dos modelos operacionais é dada questionando o encadeamento das ações, tarefas, recursos e objetivos, presentes em documentos ou por meio de entrevistas, ainda que construindo uma primeira versão a ser submetida a especialistas em construção participativa. O imperativo moral colocado ao avaliador construtivista é estar atento às contestações, quaisquer que sejam, buscando refinar, alterar ou rejeitar tais crenças de funcionamento, para a construção de um modelo que contemple o consenso (HARTZ, 2005).

4.1 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Organizar e prover informações e indicadores para acompanhar as ações da rede de Atenção Psicossocial é um desafio pois abrange diferentes dispositivos de cuidado e lógicas de atenção. O cuidado em saúde mental é campo de disputa entre modelos que apontam para autonomia e protagonismo, ou controle e exclusão. Observando a política de saúde mental brasileira, encontram-se instrumentos e dispositivos que se direcionam a estabelecer atividades de gestão, integração da equipe, protocolos de cuidado, atividades coletivas e de convivência, atenção à crise e ações de reabilitação (MENDES e ROCHA, 2016).

A fim de buscar consenso e estimular a criação de indicadores de saúde mental, a Organização Mundial da Saúde recomenda roteiros de avaliação de qualidade de atenção e a avaliação de sistemas, bem como um conjunto de indicadores organizados em eixos. Tais se caracterizam em: políticas públicas, programas de saúde mental, atenção primária, recursos humanos, direitos dos usuários, reabilitação psicossocial e ações intersetoriais. Estas recomendações, ao passo que descrevem as boas práticas em saúde, também incentivam a transparência e a prestação de contas. Contudo, há um certo distanciamento entre o processo de

formulação destes roteiros e seus usuários, podendo ter sua utilização descontextualizada ou centrada em determinada técnica de análise. Os mecanismos de avaliação e acompanhamento devem ser produzidos de maneira condizente com seus contextos e seu território (ONOCKO-CAMPOS et al., 2017).

Os processos avaliativos no campo da saúde mental têm notório crescimento de estudos no Brasil, em diversas modalidades de serviços e componentes da RAPS. Ainda que seja pouco explorada a influência dos estudos no contexto macro político, uma das principais questões pontuadas é o limite do financiamento público, causando desafios para a governança municipal (TRAPÉ e ONOCKO-CAMPOS, 2017).

Experiências internacionais demonstram que a realização de acordos, visando um modelo substitutivo à lógica manicomial, melhoram a assistência em saúde mental mesmo com recursos reduzidos. O investimento dado a ampliação das alternativas assistenciais ocorre por mecanismos de monitoramento do investimento de recursos, do funcionamento em rede e das pactuações de seus fluxos. (JACOB et al., 2007).

A operacionalização de indicadores no campo da saúde mental também é campo sócio-político de disputa. A tradição normativa dos estudos apresenta dificuldades de flexibilização e acaba por transbordar critérios morfo-patológicos (ONOCKO-CAMPOS et al., 2017). É importante considerar a compreensão das singularidades da Atenção Psicossocial no campo avaliativo. As suas especificidades atravessam questões subjetivas entre os atores envolvidos, as possibilidades de socialização e os processos de saúde e doença mental (LEITE, ROCHA e SANTOS, 2017). Estas problemáticas são fruto de uma menor permeabilidade às tentativas de objetivação numérica de práticas de cuidado em indicadores duros. Desta maneira, é necessária a articulação entre as formulações de pesquisadores ou órgãos de fomento e as experiências locais de técnicos e dos sujeitos que utilizam as políticas de saúde mental. Assim gerando um alinhamento entre realidade prática, suporte teórico e experiência vivida (ONOCKO-CAMPOS et al., 2017).

A construção de propostas com tal pluralidade em vistas a acompanhar mudanças substanciais nos contextos destes serviços, sobre pena de automatizar o processo de trabalho e perder a proximidade territorial. Indicadores possíveis são apontados reunindo dimensões de análise considerando as funções de atenção à situação de crise; qualificação dos atendimentos grupais; trabalho em rede; gestão dos serviços; educação permanente; singularização da atenção; e uso da medicação. Tais funcionam como eixos temáticos a direcionar facetas de

discussão dentre os distintos atores para com o papel de cada dispositivo da RAPS, observando suas especificidades e desafios de implementação (ONOCKO-CAMPOS et al., 2017).

4.2 O ESTUDO DE AVALIABILIDADE

Um programa que realmente promova modificações na sociedade é um tema central no planejamento de políticas e programas sociais, tanto em seus processos de formulação e implementação, quanto nos procedimentos de monitoramento e avaliação. O sistema de saúde brasileiro está alicerçado em uma perspectiva de proteção social que se expressa na integralidade, equidade e universalização do acesso, assim, o desenvolvimento e avaliação de programas que promovem mudanças sociais devem oferecer evidências de que o uso de recursos produz benéficos à população que mais necessita, de maneira significativa, ao mesmo passo que desenvolve inovações e avanços na área. Para Thurston e Potvin (2003), um dos princípios da promoção da saúde em uma perspectiva de mudança social é evidenciada pelo grau de solidariedade que as pessoas que atuam em política compartilham ao interagirem entre si nos processos de produção de saúde.

Programas sociais podem ser caracterizados como um conjunto organizado de atividades e/ou serviços alinhados para modificar uma situação problemática que afeta determinado segmento da população. Mudanças sociais certamente não dependem somente de programas sociais, movimentos coletivos na sociedade potencializam mudanças, contudo ambos detêm elementos programáticos e não-programáticos (CASTELLS, 1997). O entendimento do funcionamento da sociedade é constitutivo do entendimento a respeito de seus problemas e elementos que devem ser considerados para sua modificação, uma visão analítica deste problema admite a união contínua de toda e qualquer atividade humana que de alguma maneira se relaciona no processo de acesso e produção de bens sociais.

Programas que promovem mudanças sociais, portanto, são aqueles que se direcionam para a modificação das práticas sociais dos sujeitos e suas relações, na perspectiva de Thurston e Potvin (2003), são programas que trabalham para modificar problemas sociais da sociedade civil relacionados a forças de opressão frequentemente relacionadas com elementos de produção de desigualdades e vulnerabilidades como: a branquitude, o patriarcado e o capitalismo. No contexto de promoção de saúde, mudanças sociais se relacionam com a diminuição de desigualdades sociais, ou seja, o aumento das possibilidades de pessoas não brancas, heterossexuais, cis, ou que não detêm um poder material elevado, de melhorar suas

condições de saúde e controle sobre sua vida (OMS, 2018). Contudo, fatores contextuais ainda podem interferir em ações de regulação do poder de grupos sobre outros, que, sobre determinada organização política e social, devem ainda encontrar barreiras no processo de atribuição de sentidos e significados sobre a igualdade, ou sobretudo, para a efetivação material destas mudanças sociais.

As ações sociais que promovem processos de participação popular, aumento da equidade e qualidade de vida envolvem decisões sobre quem e como tais se concretizam em resultados práticos em meio à influências de contexto e barreiras sociais. Ações de avaliação de políticas e programas de saúde contribuem para a mudança social ao passo que elabora relatórios significativos e com legitimidade perante à gestão da política. O Estudo de Avaliabilidade se propõe a reunir os interesses e demandas dos grupos envolvidos com o programa de maneira a acompanhar as perspectivas de um planejamento que de fato se efetive no uso de seus resultados. Considerando também a dinamicidade dos contextos de operação, as demandas e problemas também sofrem alterações ao mesmo passo que o contexto político e social também muda (THURSTON e POTVIN, 2003).

Historicamente, o uso do Estudo de Avaliabilidade foi empregado como um procedimento pré-avaliativo visando a verificação dos elementos necessários para que determinado objeto fosse avaliado. Contudo, com o desenvolvimento destes estudos, se passou a aplicar o Estudo de Avaliabilidade como momento constitutivo dos processos de Avaliação de Políticas e Programas Sociais, em qualquer ponto, com o intuito de identificar a teoria e a lógica que orientam os Programas Sociais e Políticas Públicas, demonstrando necessidades de ajustes em seus componentes e apontando elementos a serem verificados durante outros procedimentos avaliativos mais extensos ou sistemáticos (HARTZ, 2005; TREVISAN e WALSER, 2014).

Em um estudo de 1979, Wholey propôs o Estudo de Avaliabilidade acompanhado de uma estrutura metodológica, que posteriormente passou a ser trabalhada por outros autores como Rutman, Smith, Thurston e Potvin (2003) e Trevisan e Walser (2015). Wholey inicialmente compreendia o Estudo de Avaliabilidade como uma atividade pré-avaliativa, que oferece suportes para decidir se o programa está pronto para ser avaliado, tomando estratégias para melhoria do custo-efetividade e garantir que o programa possui os elementos necessários para ser avaliado. Rutman oferece um modelo ao Estudo de Avaliabilidade para analisar as características de um programa e compreender a viabilidade da proposta de avaliação, pela identificação de barreiras à avaliação da eficácia da política para melhorar sua avaliação e

implementação de estratégias como a perspectiva formativa, de implementação e de resultados, também defende a avaliação de partes do programa e não o programa como um todo (TREVISAN e WALSER, 2015).

Smith oferece a ênfase ao envolvimento de grupos de interesse nos processos do Estudo de Avaliabilidade, bem como, com a expansão do uso destas estruturas metodológicas a partir da década de 90 inova o campo da Avaliabilidade no início dos anos 2000 com o trabalho de Thurston e Potvin (2003), com uma proposta de modelo de uso participativo e contínuo em uma estrutura teórica de sete elementos. Estas estruturas metodológicas passaram a oferecer modelos analíticos progressivamente mais complexos incorporando elementos e aplicabilidades mais diversas, compondo assim uma ferramenta importante em avaliações formativas de abordagem construtivista e participativa. Trevisan e Walser (2015) oferecem uma estrutura metodológica sem etapas rígidas e lineares, mas sim com momentos cíclicos e sobrepostos durante o processo de avaliação, com vistas a ampliar a utilização dos resultados gerados por estudos avaliativos e para o aperfeiçoamento de Programas Sociais e Políticas Públicas.

O estudo de avaliabilidade é definido por Thurston e Ramaliu (2005) como um conjunto de procedimentos para o planejamento de avaliações em que os interesses de grupos envolvidos com o programa em questão sejam reunidos para melhorar a utilidade dos resultados avaliados. Para as autoras o produto de um estudo de avaliabilidade é uma descrição profunda do programa, questões chave a serem investigadas em avaliações posteriores, um plano de avaliação e acordos entre os grupos de interesse sobre elementos do programa. A condução de um estudo de avaliabilidade portanto, é apontada pelas autoras como um assessoramento crítico sobre a descrição do programa buscando coerência entre a lógica de operação do programa em consonância com as ações dos grupos envolvidos no processo avaliativo.

Neste sentido, o Estudo de Avaliabilidade, ainda que não seja uma proposta que prometa resolver todas as desigualdades sociais, oferece ferramentas metodológicas úteis nos processos de promoção de mudanças sociais em contextos de políticas e programas de saúde, ao passo que constrói sistemas de troca de informações entre todos os sujeitos envolvidos no contexto do problema. Uma importante proposta neste sistema de troca de informação é justamente facilitar os processos de modificação e melhoria do programa, também no sentido de levantar elementos sobre a lógica teórica que opera no funcionamento da promoção de saúde e seu impacto no problema de uma maneira geral. Deste modo, as ações de Avaliação passam a ser práticas também desejadas pelos grupos que têm interesse no funcionamento adequado do

programa, pois os valores das intervenções e modificações tomam evidências compartilhadas e legitimadas pela participação e vivência destes grupos com o programa, garantindo uma importante validade interna para a Avaliação (THURSTON e POTVIN, 2003). A utilização do estudo de avaliabilidade oportuniza também um processo de compartilhamento dos processos de coordenação como uma ferramenta de desenvolvimento de propostas de planejamento para a gestão do programa (TREVISAN e WALSER, 2015).

É necessária uma estrutura metodológica operativa para realizar um estudo de avaliabilidade, Trevisan e Walsler (2015) apresentam uma estrutura com quatro momentos: a) organizar o estudo de avaliabilidade; b) desenvolver uma teoria inicial do programa; c) pactuar a teoria inicial do programa; e d) utilizar o estudo de avaliabilidade. Thurston e Ramaliu (2005) organizam sua metodologia em sete principais momentos: a) delimitação do programa pela identificação de metas, objetivos, e atividades que o compõem; b) Revisão de documentos; c) Modelagem de insumos, recursos, atividades e impactos pretendidos e ligações causais não assumidas; d) Examinar o programa a obter uma compreensão inicial sobre seu funcionamento; e) Desenvolver um modelo avaliável do programa; f) Identificação de grupos chave para a avaliação; e por fim, g) Alcançar acordos para prosseguir com a avaliação.

Thurston e Potvin (2003) apresentam uma estrutura metodológica com vistas à implementação de um habitus de participação social comunitária e avaliação válida de programas para mudanças sociais. ela é composta por seis elementos: a) selecionar um assessor de avaliação; b) identificar os grupos de interesse; c) reunir documentos fundamentais; d) desenvolvimento de um modelo da lógica do programa e um plano de avaliação; e) obter um acordo para prosseguir com a avaliação; e f) identificar e reunir tempo e outros recursos necessários.

A implementação da estrutura metodológica de um Estudo de Avaliabilidade requer um processo interativo de recolhimento de dados, análise e verificação de suas conclusões, com uma descrição adequada e momentos de acordo mútuo entre os grupos de interesse. A obtenção de dados inclui entrevistas individuais e em grupo com sujeitos chave e revisão de documentos do programa. Uma vez que os dados se encontram coletados e sistematizados de maneira coerente e concisa, é necessário que se solicite uma revisão dos achados, dificuldades e desafios com os principais grupos de interesse envolvidos com o programa, para prosseguir com a avaliação (THURSTON e RAMALIU, 2005).

A perspectiva participativa de um estudo de avaliabilidade é elemento fundamental de uma abordagem construtivista, o envolvimento de grupos de interesse composto por indivíduos

com alguma responsabilidade, implicação, influência e/ou interesse no programa social a ser avaliado. A compreensão histórica sobre os programas oferece uma estrutura e níveis de poder distintos sobre o funcionamento destes grupos, e a atuação e capacidade de agenciamento destes em relação com o funcionamento desse programa. A identificação destes grupos de interesse para o estudo de avaliabilidade deve considerar o contexto social e político que confere efetividade aos processos de tomada de decisão em programas e políticas públicas (THURSTON e POTVIN, 2003; TREVISAN e WALSER, 2015).

Sendo assim, o foco dado aos grupos de interesse que se envolvem nos processos de operação do programa é uma perspectiva pragmática em contextos avaliativos, onde que o processo de reunir coletivamente informações da experiência interna dos sujeitos que de alguma forma contribuem para o funcionamento do programa, constrói espaços de compartilhamento de informações fundamentais a respeito de todos (THURSTON e POTVIN, 2003).

Compreendendo que o conjunto de componentes que fazem parte de determinado programa social é diverso, pode apresentar falta de consenso entre seus objetivos, metas e resultados esperados, por parte também do seu próprio processo de implementação. Estas dificuldades se apresentam sobretudo na natureza de descentralização do processo de operacionalização onde as concepções de construção do programa ganham fatores provenientes das próprias características locais onde operam. A realização de um consenso entre os sujeitos sobre todos estes fatores não é simplesmente técnica, mas também ética e política (MEDINA et al., 2005).

Reconhecer os elementos de produção e manutenção de desigualdade entre os grupos, quanto ao acesso à recursos e o envolvimento com o programa, envolve assumir situações onde muitas vezes posicionamentos autoritários podem influir no resultado final, silenciando a demanda de uns e enaltecendo as prioridades de outros por valores ideológicos, culturais e éticos. Técnicas de produção de consenso se empenham de maneira a ou envolver todos em discussões interativas e dialogadas ou consultorias separadas com cada grupo para obtenção de contribuições, ambos apresentando suas vantagens e desvantagens quanto a participação e interação entre os envolvidos, para tal é necessário pensar em alternativas mais adequadas às propostas do estudo em questão (SOUZA; SILVA; HARTZ, 2005).

A conferência de consenso é técnica mista dentre as que se direciona a estabelecer um acordo final sobre determinado elemento entre os grupos de interesse, conciliando momentos de discussão aberta com momentos de contribuições com anonimato para garantir a expressão livre de mecanismos de coação. A conferência de consenso se divide em três momentos

principais: a produção de uma matriz de maneira individual por parte de representantes dos grupos de interesse, uma discussão aberta entre os participantes, e por fim, o recolhimento individual de questões postas à matriz (SOUZA; SILVA; HARTZ, 2005).

A elaboração da matriz inicial, aqui nomeado de modelo inicial do programa, pode ser realizada a partir do recolhimento individual de elementos tanto por técnicas de levantamento bibliográfico ou entrevistas individuais, este produto inicial é submetido a uma apreciação preliminar por um grupo de especialistas, verificando se sua forma de apresentação é de fácil compreensão e operacionalização, sugerindo ainda possíveis modificações em sua estrutura e verificando a pertinência de suas dimensões, subdimensões e critérios.

O processo de modelagem consiste no delineamento de uma figura esquemática do objeto inserido em seu contexto (MEDINA et al., 2005; BROUSSELLE; CHAMPAGNE; CONTANDRIOPOULOS, 2011), de modo que as relações entre seus componentes sejam esboçadas pela descrição dos elementos, e seus fluxos contextuais articulados com o arcabouço teórico do programa. O resultado é uma representação das características essenciais de um objeto, seus movimentos e suas relações, tendo por referência uma construção de um modelo com dois elementos principais: A teoria prescritiva (estrutura do programa) representada por um modelo teórico, que expressa uma representação esquemática do objeto, demonstrando seu funcionamento ideal sustentado por pressupostos conceituais, para expor fatores que contribuem ou não para seu bom desempenho; e a teoria descritiva (os mecanismos causais), estruturada por um modelo lógico, o que dá ênfase para a relação causal entre o problema que o programa pretende resolver e seus fatores contextuais que se relacionam com recursos, atividades e resultados esperados (MEDINA et al., 2005).

O processo de organização da teoria do programa evidencia suas ligações causais, modela os conteúdos formalmente assumidos e os pressupostos compartilhados entre os agentes que nele atuam. Em caso de programas complexos, em que as ligações entre atividades e a definição de objetivos é extensa, pode ser trabalhoso realizar uma análise de sua totalidade a ponto de representar sua completude na teoria do programa, é recomendável inicialmente desenhá-lo em partes de maneira individualizada em que os pressupostos e expectativas possam ser melhor evidenciados. O modelo sempre será uma representação da realidade, assim sendo a minúcia de detalhes críticos das conceituações do programa sobre seu problema social dá indicativos importantes sobre a razoabilidade deste para a resolução do problema. Ações de avaliação sobre estes fatores são essenciais para trabalhar a teoria do programa de maneira plausível à uma racionalidade fidedigna à realidade do problema (MEDINA et al., 2005).

A avaliação da teoria do programa é a análise precisa da plausibilidade da descrição das atividades e resultados, que devem respeitar um formato alinhado com a resolução do problema social cujo programa foi construído. O estudo de avaliabilidade aponta quais elementos necessitam de modificações para que o alinhamento ocorra, contrastando também os elementos encontrados com documentos, base de dados e evidências presentes em outros contextos (THURSTON e RAMALIU, 2005).

As dificuldades de estabelecer de maneira contundente um objetivo ao programa que realmente esteja alinhado com os elementos que compõem o problema social, e para operar modificações de maneira efetiva ao contexto, são múltiplas e recorrentes. Tal tarefa é recomendada por Thurston e Ramaliu (2005) para retomar explicitamente o alinhamento do programa, incorporar os seus resultados e capturar a sua natureza. O processo de construção de uma política social requer uma série de procedimentos de planejamento para identificar todos os fatores envolvidos com o problema social e oferecer de fato uma alternativa que supere tais questões. Assim, as autoras apontam que: superar ações promovidas pelo programa que não se relacionam com o problema, visualizar que um resultado acaba por produzir novos problemas que requerem soluções alternativas, realizar ações de acompanhamento de dados que não representam as possibilidades do programa, compreender o tamanho que o programa deve ter para realmente solucionar o problema em questão, e perder de vista bens sociais que são resultados essenciais do programa, são elementos a serem resolvidos por um estudo de avaliabilidade.

5 METODOLOGIA

5.1 INSERÇÃO DO ESTUDO

Esta dissertação é resultado do trabalho desenvolvido no âmbito do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, na modalidade de Mestrado, no campo de conhecimento de Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva e na temática de Avaliação em Saúde. Compõe um grupo de Estudos e Pesquisa de Avaliação de Políticas de Saúde Mental vinculado ao Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (NEPAS), ao qual envolve, além desta, outra dissertação de mestrado e uma tese de doutorado também dentro da mesma temática, sendo que esta última agregará os resultados deste presente projeto.

5.2 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo se caracteriza como um Estudo de Avaliabilidade (THURSTON e POTVIN, 2003; THURSTON e RAMALIU, 2005; TREVISAN e WALSER, 2015), de natureza aplicada com abordagem qualitativa e objeto descritivo, toma procedimentos de pesquisa múltiplos cuja estrutura metodológica é conduzida por um avaliador externo e se organiza de maneira participativa (COHEN e FRANCO, 2008).

O Estudo de Avaliabilidade, conforme as estruturas metodológicas oferecidas por Thurston e Potvin (2003), Thurston e Ramaliu (2005) e Trevisan e Walser (2015), é um conjunto de procedimentos que inclui os interesses de grupos envolvidos com o programa, promove espaços de interação para analisar os componentes e procedimentos, constrói coletivamente uma teoria sobre o funcionamento do programa e implementa melhorias a fim de favorecer o uso dos resultados das avaliações. A metodologia deste estudo foi sistematizada a partir de um conjunto de procedimentos com três momentos inter-relacionados, cada qual alinhado aos objetivos específicos deste estudo, de modo que cada resultado dará subsídios para o momento seguinte e para conclusão do objetivo geral.

O primeiro momento objetivou organizar o estudo de avaliabilidade, realizado a partir de análise documental (PIMENTEL, 2001; CALADO e FERREIRA, 2005) e revisão integrativa de literatura (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008) com o intuito de mapear o contexto histórico de construção das políticas públicas de saúde mental brasileiras. O segundo momento se destinou a desenvolver a teoria

inicial do programa pela realização de entrevistas (YIN, 2011; GREEN e THOROGOOD, 2003) e ações de modelagem de políticas e programas (ELIAS e PATROCLO, 2004; ASTBURY e LEEUW, 2010; BROUSSELLE; CHAMPAGNE; CONTANDRIOPOULOS, 2011), o que construiu um modelo inicial das ações dos serviços de Atenção Psicossocial. O terceiro momento pactuou a teoria inicial do programa para utilizar o estudo de avaliabilidade, este momento foi realizado por conferência de consenso (SOUZA; SILVA; HARTZ, 2005) o que obteve concordância sobre o modelo lógico final com os grupos de interesse participantes, com o intuito de garantir o uso dos resultados da avaliação.

5.3 SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES

Participaram desta pesquisa grupos que historicamente tem se envolvido com movimentos sociais e conferências de saúde: representantes dos sujeitos de direito¹ que utilizam os serviços de saúde mental, em condições psicossociais favoráveis à sua plena participação, podendo contar com associações de usuários e familiares ou outras pessoas sobreviventes de internação psiquiátrica (observando suas condições psicossociais)²; técnicos e trabalhadores que vivenciam o cotidiano assistencial destes serviços (como os profissionais da rede que compõe equipes de saúde); os gestores que se responsabilizam por aspectos organizacionais dos serviços (como os coordenadores de serviços e gerências assistenciais); representantes de universidades e entidades de produção de conhecimento (como os professores e estudantes que trabalham com o tema da saúde mental); e demais atores de movimentos sociais, órgãos de regulação, e membros da sociedade civil, totalizando cinco grupos de interesse.

Os participantes foram selecionados a partir de dois procedimentos paralelos: por convites para sujeitos chave e grupos já identificados pelos sujeitos envolvidos na política de

¹ O termo aqui utilizado se designa a caracterizar o grupo de pessoas em sofrimento psicossocial que buscam os serviços de saúde no SUS, problematizando as vinculações institucionais, a condição de cidadania e protagonismo no processo de saúde e doença destes sujeitos em imersão nos territórios dos serviços de saúde mental (LIMA, 2011). O objetivo é evitar o termo ‘usuário’, o qual pode se aproximar do assistencialismo ou ao uso de álcool ou outras drogas, cujos significados derivam de uma concepção individualista e reducionista do lugar social de cidadania e participação social nas políticas de saúde. O termo sujeito de direito aqui é utilizado por reconhecer que este lugar social é produto das condições de existência em sociedade em relação com a política de saúde, ao mesmo passo que, recupera marcadores de cidadania e dignidade de vida ao fenômeno da Saúde Mental. A discussão do sujeito de direitos se alonga no campo político e jurídico e suas implicações da vida pública, ou ainda, quanto aos direitos humanos como conjunto de normas jurídicas positivas que incidem sobre o sujeito e se remetem à noção de humanidade, dando suporte e condição às relações em sociedade (BUENO, 2016). Aqui se busca realizar um movimento de alargamento das características que denotam a condição de humanidade e participação social cidadã do dito louco em sociedade, contribuindo para o processo de desinstitucionalização da loucura.

² Conforme detalhado em “Implicações éticas”.

saúde do município de Florianópolis, e por chamamento público por ampla divulgação em ferramentas virtuais de comunicação (como e-mails institucionais, redes sociais e aplicativos de mensagem). Em ambos os casos, os sujeitos que demonstraram interessados foram convidados a preencher um formulário online, expressando dados de contato e grupo de interesse que se identificava. Assim, se compôs uma lista numerada organizada por ordem alfabética para cada um dos cinco grupos de interesse, e por sorteio numérico simples, foram selecionados os representantes de cada grupo. Foi prezado por um número arbitrário e proporcional por cada grupo de interesse, totalizando dez participantes na etapa de entrevistas. Os participantes entrevistados participaram em totalidade da etapa de análise de consenso, visando ampliar os resultados das entrevistas, foram acrescentados novos participantes, utilizando os mesmos procedimentos de seleção. O que reuniu na etapa de consenso, dezesseis participantes, sendo três representantes por grupo de interesse, e exclusivamente o grupo de pessoas que utilizam o serviço de saúde teve quatro participantes.

5.4 ETAPAS DO ESTUDO DE AVALIABILIDADE

Os três momentos do estudo de avaliabilidade e seus subconjuntos, a partir do referencial teórico proposto, foram sistematizados da seguinte maneira: a) Organizar o estudo de avaliabilidade (acessar e analisar documentos chave, identificar grupos de interesse e estabelecer o posicionamento do avaliador); b) Desenvolver uma teoria inicial do programa (modelar a utilização de recursos, atividades, impactos e causalidades intencionais e não intencionais, contextualizar as ligações do programa, desenvolver uma teoria inicial do programa e um plano de avaliação); e c) Pactuar a teoria inicial do programa e utilizar o estudo de avaliabilidade (obter acordo para prosseguir com a avaliação, identificar e acessar tempo e outros recursos necessários) (Quadro 1).

O primeiro momento, organizar o estudo de avaliabilidade, foi dividido em três subconjuntos: acessar e analisar documentos chave, identificar grupos de interesse e estabelecer o posicionamento do avaliador, com o objetivo de realizar um delineamento histórico do desenvolvimento da política de saúde mental brasileira. A amostra documental foi reunida em caráter exploratório e intencional, a partir de sua relevância, e foram organizados da seguinte maneira: Legislações Federais, Documentos do Ministério da Saúde e Teses e Dissertações, de acordo com seu conteúdo e cronologia de publicação. Os documentos levantados foram submetidos à análise documental segundo Pimentel (2001) e Calado e Ferreira (2005) a partir

da recorrência dos temas e estabelecimento de um fio condutor de análise a oferecer um panorama geral das discussões presentes nos documentos.

De maneira paralela, uma revisão integrativa de literatura obteve o levantamento de artigos científicos para identificar o estado da arte de estudos avaliativos com serviços de saúde mental brasileiros, segundo Souza, Silva e Carvalho (2010) e Mendes, Silveira e Galvão (2008). Os procedimentos partiram da seguinte pergunta norteadora: Quais as perspectivas metodológicas adotadas por estudos avaliativos de serviços de saúde mental brasileiros? Os artigos foram recolhidos da base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde: LILACS, IBECS e SciELO, a partir de descritores gerados pela ferramenta da plataforma de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), indexado pelo Centro Latino-Americano e do Caribe em Informação em Ciências da Saúde (BIREME). A análise dos estudos foi realizada de maneira crítica buscando evidências respaldam, ou não, a pergunta norteadora, os dados levantados foram discutidos a partir de sua interpretação e síntese, sendo apresentados de maneira a oferecer um panorama geral dos achados.

O segundo momento da pesquisa, desenvolver uma teoria inicial do programa, foi composto pelos seguintes subconjuntos: Modelar a utilização de recursos, atividades, impactos e causalidades intencionais e não-pretendidas, contextualizar as ligações do programa, e desenvolver uma teoria inicial do programa e um plano de avaliação. Este momento foi subsidiado pelos resultados do momento anterior e pela realização de entrevistas com representantes dos grupos de interesse envolvidos na Política de Atenção Psicossocial do município de Florianópolis. Este momento foi organizado a partir de um roteiro previamente elaborado segundo Yin (2011) e Green & Thorogood (2003), com perguntas semiestruturadas tendo como objetivo buscar o entendimento do participante nos seus próprios termos e significados de sua experiência valorizando seus elementos contextuais (Apêndice A).

Um teste piloto avaliou o roteiro de entrevista pela apreciação de dois acadêmicos (mestrando e doutoranda), no sentido de garantir melhor apresentação dos dados, acessibilidade e compreensão. Se julgou o instrumento como de fácil entendimento e preenchimento, e todas as dimensões e subdimensões e descrições foram considerados pertinentes.

Os procedimentos de entrevista foram realizados com até 2 representantes de cada grupo de interesse, totalizando dez entrevistas. As entrevistas semiestruturadas foram conduzidas individualmente e tiveram duração de quarenta a sessenta minutos, todas foram gravadas. A data e local foram previamente acordados com os participantes, e seguiram critérios éticos de

acesso, sigilo e segurança, com intuito de preservar a integridade física e psicológica dos participantes da pesquisa.

As entrevistas foram transcritas e submetidas à uma análise temática (BRAUN e CLARKE, 2006), visando obter indicadores de referência dos conhecimentos relativos às informações reunidas. A análise temática ocorreu a partir de uma análise preliminar retomando as hipóteses e objetivos do projeto, identificação de indexadores que ordenaram a interpretação das narrativas, exploração pela aglutinação dos indexadores entre si em temas iniciais, e por fim, o tratamento final dos resultados pela consolidação de temas finais de interpretação.

Os dados reunidos foram organizados com o objetivo de identificar os vínculos causais e contextuais entre os elementos que compõe a integralidade das ações dos serviços de Atenção Psicossocial, e ofereceram subsídios para o processo de Modelagem de Programas e Políticas Sociais (ELIAS e PATROCLO, 2004; ASTBURY e LEEUW, 2010; CHAMPAGNE; BROUSSELLE; CONTANDRIOPOULOS, 2011). Para esquematizar tais elementos em uma representação gráfica, se utilizou os elementos identificados nas entrevistas, pesquisa e análise documental e revisão integrativa de literatura. O desenvolvimento da teoria inicial do programa se caracterizou como uma explicação preliminar da política a ser avaliada, a partir de identificações iniciais das relações entre o contexto, objetivos, recursos, ações, resultados e impactos esperados pelo programa, que foram sintetizados em uma representação de seu arranjo estrutural (TREVISAN e WALSER, 2014).

O último momento, pactuar a teoria inicial do programa e favorecer o uso dos resultados, teve dois subconjuntos: obter acordo para prosseguir com a avaliação e identificar e acessar tempo e outros recursos necessários. Estes foram operacionalizadas pela técnica de conferência de consenso (SOUZA, SILVA e HARTZ, 2005).

A técnica de conferência de consenso (SOUZA, SILVA e HARTZ, 2005) foi realizada em três momentos: a produção de um modelo inicial; a apreciação envolvendo todos os participantes, e o recolhimento de questões e modificações ao programa para uma validação final. O primeiro momento foi realizado expondo os resultados provenientes da Modelagem Inicial por intermédio de um roteiro elaborado previamente (Apêndice B). O segundo momento foi realizado de maneira individual, abrindo espaço para que os participantes pudessem julgar os elementos do modelo inicial e oferecer contribuições. O terceiro momento foi realizado pela reunião das discussões e modificações identificadas, as quais foram submetidas a uma nova análise, o que resultou em modificações no modelo inicial. O modelo final foi enviado aos participantes para validação, e obteve um acordo coletivo entre os representantes dos grupos de

interesse (REVOREDO et al., 2015). As conferências de consenso foram realizadas posteriormente a conclusão das entrevistas. Devido ao número de participantes, foi realizado um novo chamamento a partir da listagem reunida anteriormente.

Quadro 1 - Momentos e Métodos do Estudo de Avaliabilidade

Momentos e Atividades	Métodos	Produtos	
1 - Organizar o estudo de avaliabilidade	A) Acessar e analisar documentos chave; B) Identificar grupos de interesse; C) Estabelecer o posicionamento do avaliador;	- Pesquisa e Análise Documental - Revisão integrativa de Literatura	Delineamento histórico do desenvolvimento da política de Saúde Mental Brasileira
2 - Desenvolver uma teoria inicial do programa	A) Modelar as características essenciais do programa. B) Contextualizar as ligações do programa; C) Desenvolver uma teoria inicial do programa e um plano de avaliação;	- Entrevistas individuais - Modelagem de Programas e Políticas Sociais	Modelo Inicial da Integralidade das Ações em Saúde da Atenção Psicossocial
3 - Pactuar a teoria inicial do programa e Utilizar o estudo de avaliabilidade	A) Atingir acordos para prosseguir com a avaliação B) Identificar e acessar tempo e outros recursos necessários.	- Conferência de Consenso	Modelo final da integralidade das ações da atenção psicossocial Pactuado

Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

5.5 IMPLICAÇÕES ÉTICAS

Todos os procedimentos da pesquisa foram realizados mediante o consentimento dos participantes, e dentro de condições éticas expressas no Termo de Consentimento Livre e esclarecido disponível no Apêndice C, cujo documento foi assinado por todos os participantes. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos via Parecer Consubstanciado nº 3.369.084 emitido em 04/06/2019 (Apêndice D).

O estudo buscou reduzir de maneira significativa toda e qualquer situação que poderia acarretar riscos à integridade física e psicológica dos participantes, seja situações de cansaço ou fadiga, desconforto ou constrangimento de qualquer ordem, bem como assegurou a todos os participantes a possibilidade de indenização ou direito de resguardar sua resposta, e sua liberdade de decisão sobre sua continuidade ou interrupção de sua participação na pesquisa, retirando-se assim que desejar. Foi assegurado a todos os participantes o sigilo de sua identidade, seja direta ou indireta. A salvaguarda dos dados foi realizada de maneira minuciosa

sobre a responsabilidade dos pesquisadores, conservando por até cinco anos os dados produzidos.

A presente pesquisa não apresenta conflito de interesse financeiro. Tendo em vista a organização dos segmentos da população e instituições com potencial presença neste estudo, os conflitos poderão ocorrer no desenvolvimento da pesquisa. Os conflitos de interesse se caracterizam a nível institucional, considerando os segmentos provenientes da gestão de políticas públicas e demais associações, organizações e movimentos sociais. Esta pesquisa foi subsidiada com o apoio do programa de bolsas da CAPES Demanda Social. Os custos da pesquisa estavam sob responsabilidade do próprio pesquisador.

6 ARTIGO 1: AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Evaluación de los servicios de atención psicosocial en Brasil: revisión integradora de la literatura

Evaluation of Psychosocial Care Services in Brazil: an integrative literature review

Autores: Ian Jacques de Souza; Larissa Weber; Sued Macedo Lopes; Claudia Fleming Colussi; e Daniela Alba Nickel.

Resumo:

A Reforma Psiquiátrica transformou o arcabouço jurídico e o universo técnico-assistencial no campo da saúde mental. A avaliação neste campo, contudo, tem se mostrado menos comum que em outras áreas. O objetivo deste artigo é revisar os estudos avaliativos dos serviços integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), publicados de 2011 a 2019. Para tanto, realizou-se um levantamento nas principais bibliotecas virtuais de saúde, a partir do qual foram selecionados 46 artigos, analisados por pares. No presente estudo, a análise dos dados refere-se ao período, local e serviços em que as avaliações foram realizadas, abordagem metodológica, natureza e forma de coleta dos dados, e o perfil dos participantes envolvidos nas avaliações. Os serviços mais avaliados foram os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em especial os que oferecem cuidado a questões relacionadas ao álcool e outras drogas (CAPS AD), e a perspectiva psicossocial prevaleceu frente ao modo asilar. Sobressaiu-se a abordagem qualitativa com dados primários, obtidos em sua maioria através de entrevistas, observações e escalas de satisfação, as quais mostraram usuários/familiares satisfeitos, com possível viés de gratidão. Conclui-se que estudos avaliativos contribuem com a qualificação da RAPS e a proteção das conquistas já alcançadas, especialmente quando apresentam metodologia participativa. Palavras-chave: Avaliação em Saúde; Serviços de Saúde Mental; Assistência à Saúde Mental.

Resumen:

La Reforma Psiquiátrica transformó el marco legal y el universo asistencial técnico en el campo de la salud mental. Sin embargo, se ha demostrado que la evaluación en este campo es menos común que en otras áreas. El propósito de este artículo es revisar los estudios evaluativos de los servicios que integran la Red de Atención Psicosocial (RAPS), publicados entre 2011 y 2019. Para ello, se realizó una encuesta en las principales bibliotecas virtuales de salud, de las cuales 46 Se seleccionaron artículos, analizados por pares. En el presente estudio, el análisis de datos se refiere al período, lugar y servicios en que se realizaron las evaluaciones, enfoque metodológico, naturaleza y forma de recolección de datos, y perfil de los participantes involucrados en las evaluaciones. Los servicios más evaluados fueron el Centro de Atención Psicosocial (CAPS), especialmente los que ofrecen atención a temas relacionados con el alcohol y otras drogas (CAPS AD), y la perspectiva psicosocial prevaleció en la modalidad de asilo. Se destacó el abordaje cualitativo con datos primarios, obtenidos mayoritariamente a través de entrevistas, observaciones y escalas de satisfacción, que mostraron usuarios / familiares satisfechos, con posible sesgo de gratitud. Se concluye que los estudios evaluativos contribuyen a la calificación del RAPS y a la protección de los logros ya alcanzados, especialmente cuando presentan metodología participativa.

Palabras clave: Evaluación en salud; Servicios de salud mental; Asistencia de salud mental.

Abstract:

The Psychiatric Reform transformed the legal framework and the technical-assistance universe in the field of mental health. Evaluation in this field, however, is less common than in other areas. The objective of this article is to review the evaluated subjects of the studies of the services that integrate the Psychosocial Care Network (RAPS), published in 2011 to 2019. For this purpose, a survey was carried out in the main virtual health libraries, from which 46 articles were selected and peer reviewed. In the present paper, an analysis of the data refers to the period, place and services in which they were evaluated, methodological approach used, nature and form of data collection, and the profile of the participants defined in the evaluations. The services most taken were the Psychosocial Care Center (CAPS), and those who offers care for issues related to alcohol and other drugs (CAPS AD), and a psychosocial perspective prevailed in the asylum mode. The qualitative approach with primary data was highlighted, mostly withdrawn through interviews, observation and satisfaction scales, which resulted in pleased users / family members, with a possible gratitude bias. It is concluded that evaluative studies

contribute to the qualification of the RAPS and the protection of historic achievements, especially when they present participatory methodology.

Keywords: Health Evaluation; Mental Health Services; Mental Health Assistance.

INTRODUÇÃO

A atenção à Saúde Mental no Brasil foi inicialmente marcada por uma perspectiva de exclusão, internação e reclusão em manicômios. Mudanças substanciais neste paradigma foram propostas por movimentos sociais, especialmente a partir da década de 1970, resultando em um processo conhecido como Reforma Psiquiátrica (RP). A RP, junto com a Reforma Sanitária, provocou transformações no arcabouço jurídico e no universo técnico-assistencial do cuidado em saúde mental (AMARANTE e NUNES, 2018).

A transição paradigmática resultou em novas iniciativas, como a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), concedeu maior destaque à Atenção Básica (AB) no cuidado em saúde mental e promoveu o aumento de investimentos financeiros federais em serviços substitutivos (Ministério da Saúde, 2015). Com a Lei 10.216/01, marco legal da Política de Saúde Mental, difundiu-se um ideal pautado pela atenção territorial, de base comunitária e substitutiva ao hospital psiquiátrico (BRASIL, 2001).

Para estreitar a articulação entre os diferentes serviços, foi implantada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (BRASIL, 2011). Contrariando o movimento contra hegemônico que se fortalecia desde os primórdios da RP, o Governo Federal passou a fazer modificações na RAPS através da Resolução 32/2017, Portaria 3.588/17 e Nota técnica nº 11/2019, resultando em um novo fortalecimento do modelo manicomial (DELGADO, 2019).

Um campo marcado por transformações expressivas na organização de serviços, somado à alta prevalência de transtornos mentais na população brasileira (OMS, 2018), constitui um cenário relevante para a avaliação em saúde. A criação de parâmetros avaliativos qualifica as práticas de cuidado e a tomada de decisão (CONTANDRIOPOULOS, 2006). Assim, questiona-se de que modo os serviços que compõem a RAPS vem sendo avaliados?

OBJETIVO

Revisar as produções científicas brasileiras de avaliação dos serviços de saúde que compõem a Rede de Atenção Psicossocial, publicadas de 2011 a 2019.

METODOLOGIA

A revisão integrativa de literatura foi empregada com o intuito de integrar a produção acadêmica acerca de pesquisas avaliativas, considerando os pressupostos teórico-metodológicos que direcionaram os trabalhos de avaliação de serviços de Atenção Psicossocial e oferecendo informações abrangentes sobre o tema. Neste sentido, a revisão teve início com a elaboração do problema de pesquisa, seguida pela coleta dos dados e análise de seus resultados (BOTELHO, CUNHA e MACEDO, 2011; MENDES, SILVEIRA E GALVÃO, 2008).

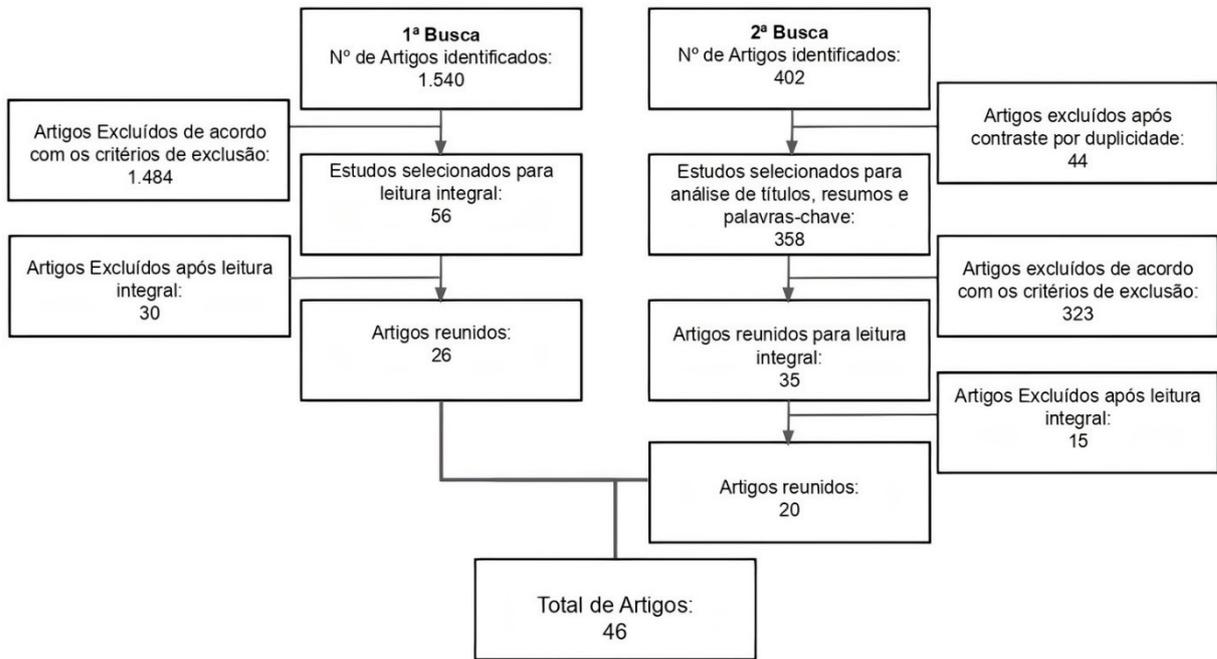
A revisão de literatura utilizou a base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), a partir de descritores retirados da plataforma de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), indexada pelo Centro Latino-Americano e do Caribe em Informação em Ciências da Saúde (BIREME). A busca foi realizada entre janeiro e março de 2019 com os seguintes descritores: Serviços de Saúde Mental; Atenção Psicossocial; Rede de Atenção Psicossocial, com o operador booleano and Avaliação; Avaliação em Saúde; Avaliação de Serviços de Saúde.

Os critérios de inclusão foram definidos a partir de: 1) pesquisas avaliativas tendo como objeto os serviços de saúde mental brasileiros; 2) estudos realizados posteriormente a regulamentação da Lei 3.088 de 2011; 3) estudos tendo como objeto algum serviço de saúde mental e/ou segmentos e grupos pertencentes a estes; e 4) estudos em Português, Espanhol ou Inglês. Os critérios de exclusão foram: 1) artigos não declaradamente de cunho avaliativo; 2) trabalhos de intuito psicométrico ou avaliação psicológica; e 3) artigos de acesso restrito mediante pagamento.

A busca inicial reuniu 1.540 artigos, a partir da análise dos títulos, dos resumos e das palavras-chave, e aplicando-se os demais critérios de exclusão, resultou em 56 artigos. Foram identificados trabalhos que não haviam sido contemplados e uma segunda busca foi realizada com novos descritores: avaliação de serviços de saúde, avaliação dos serviços, com o operador booleano and, atenção psicossocial, saúde mental, rede de atenção psicossocial. Esta resultou em 1.947 artigos, para os quais foram aplicados os mesmos critérios de inclusão e de exclusão, restando 402 artigos conforme a Figura 1.

Os itens analisados nos artigos foram: autores, ano, local do estudo, serviços avaliados, tipo da avaliação, abordagem metodológica, natureza e forma da coleta dos dados, participantes, referenciais teórico-metodológicos da saúde mental. Todos os procedimentos de busca, seleção e análise foram realizados por pares, com três pesquisadores.

Figura 1 - Processo de seleção dos Artigos utilizados.



Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

RESULTADOS

Os resultados aqui apresentados se referem ao universo metodológico dos trabalhos. O Quadro 2 apresenta a relação dos estudos com informações sobre autoria, ano da publicação, objeto da avaliação, local e tipo de estudo.

Quadro 2 – Estudos de avaliação de serviços de saúde na RAPS no Brasil, 2011 a 2019.

Autores, ano	Objeto	Local	Tipo de estudo
Bessa, Araújo Filho, Azevedo, Salvetti e Torres (2019)	CAPS I	Oeste do RN	Estudo avaliativo com delineamento não experimental
Duarte, Pereira, Olschowsky e Carvalho (2019)	CAPS AD III	Oeste do RS	Avaliação de 4ª geração, abordagem hermenêutica-dialética

Soares et al. (2019)	CAPS III	Londrina-PR	Estudo correlacional
Costa, Ronzani e Colugnati (2018)	CAPS AD	Juiz de Fora-MG	Exploratório de corte transversal
Silva, Lima e Ruas (2018)	CAPS II, III, IJ, AD e AD III	MG	Estudo transversal e correlacional
Alves, Kantorski, Coimbra, Christello e Silveira (2017)	CAPS	Alegrete- RS	Estudo de caso, participativo, hermenêutico-dialético
Azevedo, Salvetti e Torres (2017)	CAPS	RN	Estudo transversal. Avaliação normativa
Bosque, Oliveira, Silva, Claro e Fernandes (2017)	CAPS AD	AP	Estudo descritivo, transversal
Buriola, Marcon, Kantorski e Matsuda (2017)	Emergência psiquiátrica de HG	local não referido	Estudo de caso. Avaliação de 4ª geração
Eslabão et al. (2017)	ESF	Pelotas – RS	Estudo descritivo e exploratório
Guedes, Olschowsky, Kantorski e Antonacci, (2017)	CAPS II	SC	Pesquisa qualitativa, avaliação de 4ª geração
Moreira e Onocko-Campos (2017)	CAPS	Baixada Santista- SP	Estudo de caso. Avaliação de 4ª geração
Onocko-Campos, Furtado, Trapé, Emerich e Surjus, (2017)	CAPS III	SP	Não é mencionado
Pagliace, Maftum, Lacerda, Kantorski, Nimitz e Brusamarello (2017)	Unidade Infantil de HG	Oeste do PR	Estudo de caso. Avaliação de 4ª geração
Pinho, Silva, Siniak, Folador e Araújo (2017)	CAPS AD	Região metropolitana de Porto Alegre – RS	Estudo de caso. Pesquisa avaliativa baseada na 4ª geração
Pinho et al. (2017)	CAPS AD e outro ponto da rede	Região metropolitana de Porto Alegre – RS	Estudo de caso
Pinho e Siniak (2017)	CAPS AD	Viamão – RS	Recorte de estudo de caso
Silva e Lima (2017)	CAPS	Médio Paraopeba-MG	Estudo transversal
Silva e Lima (2017)	CAPS I, II, III, AD e IJ	Médio Paraopeba-MG	Avaliação normativa

Surjus e Onocko-Campos (2017)	CAPS III	SP	Não é mencionado
Resende, Bandeira e Oliveira (2016)	CAPS III	São João del Rei-MG	Não é mencionado
Costa, Colugnati e Ronzani (2015)	Serviços de SM	Brasil	Revisão de literatura
Duarte, Viana e Olschowsky (2015)	CAPS AD	Fronteira Oeste-RS	Avaliação construtivista, responsiva, abordagem hermenêutico-dialética
Thiengo, Fonseca, Abelha e Lovisi (2015)	CAPS IJ	Rio de Janeiro-RJ	Estudo epidemiológico seccional
Dantas e Oda (2014)	Serviços de SM	Brasil	Levantamento bibliográfico
Azevedo et al. (2014)	CAPS III	Caicó- RN	Pesquisa avaliativa e descritiva
Kantorki, Cortes, Guedes, Franchini e Demarco (2014)	SRT	Caxias do Sul-RS	Estudo de caso. Avaliação de 4ª geração, hermenêutico-dialética
Miranda, Souza e Ferreira (2014)	Ambulatório de SM	Rio Branco-AC	Estudo transversal
Santos e Cardoso (2014)	Serviço de internação parcial	Interior de SP	Não é mencionado
Antonacci et al. (2013)	SRT	Alegrete – RS	Estudo descritivo e transversal. Avaliação de 4ª geração. Estudo de caso.
Kantorski, Jardim e Quevedo (2013)	CAPS I e CAPS II	Região Sul-BR	Estudo descritivo
Ramos e Guimarães (2013)	Hospital referência em Psiquiatria	RN	Pesquisa exploratória e descritiva
Araujo e Tanaka (2012)	CAPS adulto e UBS	São Paulo- SP	Hermenêutica filosófica
Kohlrausch (2012)	ESF	Porto Alegre-RS	Avaliação de 4ª geração
Oliveira, Andrade e Goya (2012)	CAPS II e CAPS AD	Fortaleza- CE	Estudo exploratório
Onocko-Campos et al. (2012)	UBS	Campinas, SP	Estudo avaliativo hermenêutica gadameriana, descritivo, transversal
Silva, Bandeira, Scalon e Quaglia, (2012)	Serviços de SM	local não referido	Estudo transversal, correlacional. Pesquisa avaliativa, somativa
Silva, Melo e Esperidião (2012)	Serviços de SM	Brasil	Revisão de literatura

Brêda, Ribeiro, Silva, Silva e Costa (2011)	CAPS I e CAPS II	AL	Estudo de Caso
Camatta, Nasi, Adamoli, Kantorski e Schneider (2011)	CAPS II	Porto Alegre-RS	Avaliação de 4ª geração
Onocko-Campos e Baccari (2011)	CAPS III	Campinas- SP	Avaliação de abordagem hermenêutico-crítica
Duarte e Kantorski (2011)	CAPS I	Extremo Sul-RS	Avaliação de 4ª geração. Estudo descritivo e analítico.
Oliveira, Guedes, Oliveira e Lima Júnior (2011)	ESF e CAPS II	Cajazeiras, PB	Estudo exploratório
Pinho et al. (2011)	CAPS	Joinville-SC	Avaliação de 4ª geração
Vinha (2011)	Serviços para dependentes químicos	Piracicaba-SP	Não é mencionado
Wetzel, Kantorski, Olschowsky, Schneider e Camatta (2011)	CAPS	Pelotas-RS	Método Comparativo Constante

Fonte: elaborado pelos autores (2020). Legenda: CAPS= Centro de Atenção Psicossocial; AD=álcool e outras drogas; IJ=Infanto-juvenil; UBS=Unidade Básica de Saúde; SM=Saúde Mental; ESF= Estratégia de Saúde da Família; SRT= Serviço Residencial Terapêutico; HG= Hospital Geral.

Os estudos foram publicados principalmente nos anos 2017 e 2011, majoritariamente nas regiões Sul e Sudeste do país, com destaque para a produção de 13 (28,3%) estudos no RS. O ponto de atenção mais avaliado pelos pesquisadores foi o CAPS, sendo o CAPS AD com maior frequência (n=9; 19,5%), seguido pelo CAPS III e II (n=8; 17,0%), CAPS I (n=6; 10,9%), CAPS IJ (n=3; 6,5%) e CAPS AD III (n=2; 4,3%). Sete artigos (15,0%) não especificaram a modalidade de CAPS. Quanto ao tipo de estudo, 10 (21,7%) foram classificados como estudo de caso, 9 (19,6%) como estudo transversal e 6 (13,0%) como descritivo. Obs.: Sete estudos (15%) não especificaram a modalidade de CAPS avaliado.

Além dos CAPS, outros pontos de atenção da RAPS também foram objeto de avaliação dos estudos, em menor proporção. Serviços Residencial Terapêutico (SRT) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) foram avaliados em dois estudos (4,3%), enquanto os seguintes serviços foram avaliados uma vez cada (2,2%): Estratégia de Saúde da Família (ESF), Ambulatório de Saúde Mental, Emergência Psiquiátrica de Hospital Geral, Hospital de referência para o atendimento em Psiquiatria e Unidade Infantil de Hospital Geral. Foram identificados ainda cinco (10,9%) estudos avaliativos referentes a serviços de saúde mental não especificados.

Quanto ao tipo de estudo, dez (21,7%) foram classificados como estudo de caso, nove (19,6%) como estudo transversal e seis (13,0%) como descritivo. Predominaram estudos de abordagem qualitativa e dados de natureza primária, conforme apresentado na Figura 2.

Quadro 3 – Distribuição dos estudos segundo abordagem e natureza dos dados utilizados.

Abordagem	Natureza dos Dados			Total
	Primário	Secundário	Ambos	
Quantitativa	13	1	0	4
Qualitativa	21	2	3	6
Quanti-quali	2	3	1	6
Total	36	6	4	6

Fonte: elaborado pelos autores (2020).

Dezenove artigos (41,3%) caracterizaram-se como estudos avaliativos na metodologia, dos quais, 14 (30,4%) tratavam-se de avaliações de 4ª geração, ainda que nem todos tenham evidenciado participação em todas as etapas da avaliação. Nove artigos (19,6%) apresentaram juízo de valor nas análises dos seus resultados.

Quadro 4 - Distribuição dos estudos segundo emissão de juízo de valor e participação das partes interessadas

Juízo de valor	Participativo		Total
	Sim	Não	
Sim	3	6	9
Não	15	19	34
Total	18	25	43

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

A principal forma de coleta de dados foi pela realização de entrevistas (n=24, 52,2%), seguida por observações (n=18, 39,1%) e instrumentos de medida baseados em escalas (n=9, 19,6%), por exemplo, satisfação dos usuários. Quanto à população de estudo, os trabalhadores foram abordados em 27 (58,7%) dos artigos, os usuários em 19 (41,3%), os familiares em 16 (34,8%) e os gestores em 10 (21,7%). Mais da metade (52,0%) abordou exclusivamente um dos grupos, e três estudos (6,5%) abordaram os quatro grupos.

DISCUSSÃO

O esforço empenhado para avaliar os serviços da RAPS, principalmente o CAPS, bem como o número de estudos identificados com a perspectiva psicossocial, deve ser destacado como ponto positivo. Houve concentração dos estudos avaliativos nas regiões Sul e Sudeste, corroborando com a distribuição regional dos grupos de pesquisas avaliativas no Brasil (CRUZ, OLIVEIRA e CAMPOS, 2019), e com os resultados de outras revisões de literatura sobre o tema (COSTA et al., 2015; DANTAS e ODA, 2014; SILVA et al., 2012). Destaca-se o importante papel exercido pela pesquisa de Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil – CAPSUL, projeto financiado pelo CNPq e Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), na indução de estudos avaliativos dos CAPS da região (ALVES et al., 2017; KANTORSKI et al., 2013; CAMATTA et al., 2011; DUARTE e KANTORSKI, 2011; PINHO et al., 2011; WETZEL et al., 2011).

A expansão do número de estudos avaliativos, que no presente caso teve seu auge em 2016, é fato que contribui para a sistematização do campo, para a construção de políticas públicas e para a produção de conhecimentos. Espera-se que estudos avaliativos apresentem respostas para qualificar os serviços de acordo com cada contexto, com escolhas metodológicas operativas e transmissão de resultados acessível, para evitar a automatização dos seus procedimentos e fragmentação de suas práticas (CRUZ et al., 2019).

Historicamente, a avaliação foi classificada em quatro gerações. A primeira geração caracterizou-se por medir/mensurar e a segunda foi marcada pela descrição. Na terceira, o avaliador passou a emitir juízo de valor, através de critérios e parâmetros. Já na quarta, ele constrói o processo avaliativo com os participantes, considerando seu contexto, provocando o debate e a negociação, resultando em um processo hermenêutico-dialético (GUBA e LINCOLN, 2011). Quando transposta ao campo da saúde, de maneira geral, ou da saúde mental, em particular, a avaliação construtivista deve implicar trabalhadores, gestores e usuários para a produção conjunta de sentidos e significados do cotidiano (SANTOS, 2014).

Nas avaliações revisadas, observou-se a preferência por abordar apenas um grupo de interesse, mais frequentemente os trabalhadores. Ainda assim, destacam-se três avaliações realizadas em CAPS AD que envolveram os quatro grupos de interesse: usuários, familiares, trabalhadores e gestores (PINHO et al., 2017a; PINHO et al., 2017b; PINHO e SINIAK, 2017). Parte dos estudos com trabalhadores focaram em questões pertinentes ao espaço físico e às

condições de trabalho, revelando fragilidades de cunho estrutural e organizativo em seus resultados. Tais dificuldades ajudam a endossar a necessidade de maior aporte financeiro na Política de Saúde Mental do país, fato já demonstrado por outros autores (MACEDO et al., 2017; TRAPÉ E ONOCKO-CAMPOS, 2017). Parte dos estudos com trabalhadores ofereceram enquadres metodológicos participativos sobre questões pertinentes ao espaço físico e às condições de trabalho, revelando fragilidades de cunho estrutural e organizativo. Tais dificuldades ajudam a endossar a necessidade de maior aporte financeiro na Política de Saúde Mental do país, fato já demonstrado por outros autores (MACEDO et. al, 2017; TRAPÉ e ONOCKO-CAMPOS, 2017).

Quanto à participação dos usuários e familiares, observou-se foco nas pesquisas de satisfação. Ocorre que os resultados das pesquisas de satisfação comumente indicam pacientes satisfeitos, mesmo que os profissionais não sejam capazes de oferecer o cuidado adequado e de forma contínua. Tal fenômeno ficou conhecido como efeito de elevação das taxas de satisfação e poderia ser explicado pelo viés de gratidão. Este consiste na tendência de os usuários omitirem críticas, especialmente ao avaliar serviços públicos e/ou profissionais com quem têm vínculos (ESPERIDIÃO e TRAD, 2005; STANISZEWSKA e AHMED, 1999; BERNHART et al., 1999).

A avaliação de quarta geração tende a diminuir esse viés, pois requer a inclusão e o compromisso dos grupos de interesse em todas as etapas do processo avaliativo. Alguns dos estudos analisados mostraram-se alinhados com a perspectiva de quarta geração de caráter hermenêutico-dialético. No entanto, observaram-se divergências quanto ao recorte e à aplicação do estudo, a carência de elementos como a definição ou explicitação de critérios, indicadores, parâmetros, consensos e emissão de juízo de valor, além de não haver clareza sobre a presença dos participantes nas diferentes etapas do estudo.

Assim, percebe-se que, até o momento, os estudos avaliativos no campo da Atenção Psicossocial estão mais próximos dos conceitos das três primeiras gerações de avaliação, podendo apresentar limitações como: a tendência ao gerencialismo; a incapacidade de acomodar o pluralismo de valores; o comprometimento exagerado ao paradigma científico de investigação (GUBA e LINCOLN, 2011). Como alternativa, defende-se a proposição de mais estudos embasados em um processo construtivista, responsivo e interativo. Um processo que tenha sentido formativo e transformador das práticas, gerando mudanças significativas, e não somente a indicação de continuidade ou não de um programa ou serviço (KANTORSKI et al., 2014; WETZEL et al., 2011).

É importante destacar que a participação dos usuários e familiares na construção e implementação das políticas públicas na área da saúde mental consiste em uma marca importante do processo de RP no Brasil (YASUI, 2010). Há que se avançar no resgate do protagonismo desses atores, estimulando uma participação nos processos avaliativos que vá além da condição de respondentes de escalas, e não somente uma forma consultiva para legitimar ações de gestão. Iniciativas participativas nos processos avaliativos contribuem como ferramenta de gestão colaborativa e democrática, o que garante solidez e materialidade no modelo de atenção. Exemplo disso seria a participação de usuários e familiares na elaboração de um Índice da Atenção Psicossocial, com indicadores que representem os principais componentes da Política de Saúde Mental, como meio de subsidiar a qualificação das práticas de cuidado no sentido de contribuir com a consolidação do modelo de Atenção Psicossocial (TRAPÉ e ONOCKO-CAMPOS, 2017).

Ao delimitar-se a publicação da Portaria da RAPS como marcador temporal, esperava-se encontrar maior diversidade de objetos de estudo e mais estudos avaliativos que abordassem as relações entre os pontos da rede. Ainda que a AB se caracterize como a principal porta de entrada, centro de comunicação da RAS e ponto de atenção essencial da RAPS (BRASIL, 2017; BRASIL, 2011). E, apesar da expressiva procura por serviços na AB motivada de problemas psíquicos (ONOCKO-CAMPOS et al., 2011), apenas três estudos avaliaram o cuidado em saúde mental em UBS ou ESF. Além disso, nenhum estudo avaliou Consultórios na Rua, Centros de Convivência e Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF), importantes serviços que potencializam o cuidado em saúde mental na AB.

Estudos deste tipo poderiam contribuir na desconstrução da ideia de que o cuidado em saúde mental se faz exclusivamente nos serviços especializados. O que é bastante relevante, visto que os CAPS não abrangem todos municípios brasileiros, mesmo que se configurem como serviços estratégicos. O CAPS I, de menor proporção, é indicado para municípios ou regiões com população acima de quinze mil habitantes, o que exclui significativa parte dos municípios brasileiros. Com isso, a AB constitui o principal ou o único componente da RAPS a ofertar cuidado em SM em muitos locais.

Ainda em relação aos CAPS, dados de 2016 indicavam que os estados do Acre, Tocantins e Roraima não contavam com CAPS IJ e CAPS AD. Os CAPS AD III são ainda menos numerosos que os demais por serem mais recentes (MACEDO et al., 2017). Tais fatos podem explicar o porquê de esses CAPS alcançarem menor visibilidade em relação às outras modalidades nos artigos analisados.

Quanto às limitações do presente estudo, considera-se que elas perpassam o fato de que os descritores utilizados pelos autores nem sempre correspondem à essência dos artigos, haja vista a necessidade de realizar uma segunda rodada de buscas. Além disso, as informações fornecidas nos títulos, resumos e na metodologia eventualmente não foram suficientes para classificar/caracterizar os artigos encontrados. De outra parte, estima-se que alguns serviços podem ter realizado avaliações sem a intencionalidade de divulgar os resultados em publicações científicas. O acesso a tais avaliações poderia ter enriquecido o estudo.

CONCLUSÃO

Este artigo oferece um panorama das pesquisas avaliativas brasileiras em serviços de Atenção Psicossocial, destacando sobretudo as principais regiões de publicação dos estudos, os objetos estudados nos artigos, as características metodológicas, abordagem, instrumentos, natureza dos dados coletados e a forma de participação da população.

O campo da avaliação de políticas e programas de saúde utiliza de metodologias diversas. Por um lado, podemos enaltecer a capacidade dos pesquisadores em utilizar metodologias de acordo com as características dos contextos estudados, por outro, são percebidos desafios na concepção, operacionalização e divulgação dos estudos. A questão talvez esteja em propor, estruturar e conceber pesquisas avaliativas com roteiros ou modelos que permitam certa inventividade e que não percam a sistematização dos resultados e a consistência teórico-metodológica (FERNANDES, RIBEIRO e MOREIRA, 2011).

O campo da Atenção Psicossocial e o processo de desinstitucionalização vêm sofrendo ataques desde 2016. Os estudos avaliativos têm cumprido seu papel a favor do campo, ao evidenciar as fortalezas dos serviços que compõem a RAPS e contribuir para seu aprimoramento. Exemplo disso é a expressiva quantidade de estudos que tomaram os CAPS como objeto, demonstrando o papel de destaque que o serviço ocupa na RAPS. Os resultados encontrados também demonstraram a importância de realizarem-se estudos avaliativos que analisem a interlocução dos CAPS com os demais serviços de saúde e com outros setores.

Por fim, ainda que esta revisão tenha abordado um campo marcado pela subjetividade, percebeu-se o quanto é preciso avançar no debate acerca da construção de indicadores, medidas e parâmetros que conduzam à uma avaliação objetiva dos serviços, de modo que seus resultados possam subsidiar o planejamento de ações para sua melhoria. Importa também que esta construção envolva a participação do maior número de distintos atores, usuários dos serviços,

familiares, profissionais e gestores, em pesquisas avaliativas que visem a construção coletiva de estratégias avaliativas. Com isso, dar-se-á um valoroso passo em direção à qualificação e à consolidação do modelo da Atenção Psicossocial adotado pela Política de Saúde Mental brasileira, garantindo a proteção de todas as conquistas celebradas até o momento.

REFERÊNCIAS

- Alves, P. F.; Kantorski, L. P.; Coimbra, V. C. C.; Oliveira, M. M. & Silveira, K. L. (2017). Indicadores qualitativos de satisfação em saúde mental. *Saúde debate*, 41(spe), 50-59. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042017s05>.
- Amarante, P. D. C.; Nunes, M. O. (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciênc. saúde coletiva*, 23(6), 2067-2074. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>.
- Antonacci, M. H.; Kantorski, L. P.; Willrich, J. Q.; Argiles, C. T. L.; Coimbra, V. C. C.; & Bielemann, C. (2013). Estrutura e fluxo da rede de saúde como possibilidade de mudança nos serviços de atenção psicossocial. *Rev Esc Enferm USP*, 47(4), 891-898. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000400017>
- Araujo, A. K. & Tanaka, O. Y. (2012). Avaliação do processo de acolhimento em Saúde Mental na região centro-oeste do município de São Paulo: a relação entre CAPS e UBS em análise. *Interface (Botucatu)*, 16(43), 917-928. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012005000054>.
- Azevedo, D. M.; Oliveira, A. M.; Melo, G., S., M.; Salvetti, M. G.; Vasconcelos, Q. L. D. A. Q. & Torres, G. V. (2014). Avaliação da assistência em saúde num centro de atenção psicossocial na perspectiva dos profissionais. *Revista Brasileira de Pesquisa Saúde*, 16(2), 109-116. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.21722/rbps.v0i0.9293>.
- Azevedo, D. M.; Salvetti, M. G. & Torres, G. V (2017). Qualidade da assistência em saúde mental: desenvolvimento de um instrumento de avaliação. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 7, 1-10. <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1685>
- Bernhart, M. H.; Wiadnyana, I. G. P.; Wihardjo, H. & Pohan, I. (1999). Patient satisfaction in developing countries. *Soc Sci Med.*, 48(8), 989-996. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(98\)00376-1](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(98)00376-1)
- Bessa, M. S.; Araújo Filho, J. D.; Azevedo, D. M.; Salvetti, M. G. & Torres, G. V. (2019). Avaliação de resultados da assistência em saúde mental por usuários. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 23(1), 89-96. <https://doi.org/10.22478/ufpb.2317-6032.2019v23n1.32173>
- Bosque, R. M.; Oliveira, M. A. F.; Silva, N. N.; Claro, H. G. & Fernandes, I. F. A. L. (2017). Satisfação dos trabalhadores, usuários e familiares dos Centros De Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas. *Revista de enfermagem da UFPE*, 11(11), 4598-4606. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i11a231199p4598-4606-2017>

Brasil. Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001. (2001). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm#:~:text=LEI%20No%2010.216%2C%20DE,modelo%20assistencial%20em%20sa%C3%BAde%20mental.

Brasil. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. (2017). Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

Brasil. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. (2011). Institui a Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

Brêda, M. Z.; Ribeiro, M. C.; Silva, P. P. A. C.; Silva, R. C. O.; Costa, T. F. (2011). Avaliação dos centros de atenção psicossocial do estado de alagoas: a Opinião do usuário. *Rev Rene*, 12(4), 817-24. Recuperado de <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4348/3334>

Buriola, A. A.; Marcon, S. S.; Kantorski, L. P. & Matsuda, L. M. (2017). Compreendendo a dinâmica assistencial do serviço de emergência psiquiátrica utilizando a avaliação de quarta geração. *Revista eletrônica de enfermagem*, 19(54), 1-10. <https://doi.org/10.5216/ree.v19.43489>

Camatta, M. W.; Nasi, C.; Adamoli, A. N.; Kantorski, L. P. & Schneider, J. F. (2011). Avaliação de um centro de atenção psicossocial: o olhar da família. *Ciênc. saúde coletiva*, 16(11), 4405-4414. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001200013>

Contandriopoulos, A. (2006). Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciênc. saúde coletiva*, 11(3), 705-711. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000300017>

Costa, P. H. A.; Ronzani, T.M. & Colugnati, F.A.B. (2018). No meio do caminho tinha um CAPSAD: centralidade e lógica assistencial da rede de atenção aos usuários de drogas. *Ciênc. saúde coletiva*, 23(10), 3233-3245. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.12572018>

Costa, P.H.A.; Colugnati, F.A.B. & Ronzani, T.M. (2015). Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. *Ciênc. saúde coletiva*, 20(10), 3243-3253. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.14612014>

Cruz, M. M.; Oliveira, S. R. de A. & Campos, R. O. (2019). Grupos de pesquisa de avaliação em saúde no Brasil: um panorama das redes colaborativas. *Saúde debate*, 43(122), 657-667. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201912201>

Dantas, C.R. & Oda, A.M.G.R. (2014). Cartografia das pesquisas avaliativas de serviços de saúde mental no Brasil (2004-2013). *Physis*, 24(4), 1127-1179. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000400008>

Delgado, P. G (2019). Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. *Trab. educ. saúde (Online)*, 17(2), 1-4. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00212>

- Duarte, M. L. C. & Kantorski, L. P. (2011). Avaliação da atenção prestada aos familiares em um centro de atenção psicossocial. *Rev Bras Enferm*, 64(1), 47-52. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a07.pdf>
- Duarte, M. L. C.; Pereira, L. P.; Olschowsky, A. & Carvalho, J. (2019). Avaliação de quarta geração: atendimento aos familiares de usuários de crack. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 9(12), 1-20. <https://doi.org/10.5902/2179769229057>
- Duarte, M. L. C.; Viana, K. R. & Olschowsky, A. (2015). Avaliação de usuários de crack sobre os grupos de familiares no centro de atenção psicossocial. *Cogitare Enferm.*, 20(1), 81-88. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i1.37597>
- Eslabão, A. D.; Coimbra, V. C. C.; Kantorski, L. P.; Guedes, A. C.; Nunes, C. K. & Demarco, D. A. (2017). Além da rede de saúde mental: entre desafios e potencialidades. *Revista online de pesquisa Cuidado é Fundamental*, 9(1), 85-91. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.85-91>
- Esperidião, M. & Trad, L. A. B (2005). Avaliação de satisfação de usuários. *Ciênc. saúde coletiva*, 10(sup), 303-312. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000500031>.
- Fernandes, F. M. B.; Ribeiro, J. M. & Moreira, M. R (2011). Reflexões sobre avaliação de políticas de saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 27(9), 1667-1677. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000900002>.
- Guba, E.G & Lincoln, Y.S. (2011). *Avaliação de quarta geração*. Campinas, SP: Editora da UNICAMP.
- Guedes, A. C.; Olschowsky, A.; K., L. P. & Antonacci, M. H. (2017). Transferência de cuidados: processo de alta dos usuários de um centro de atenção psicossocial. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 19(42), 1-9. <https://doi.org/10.5216/ree.v19.43794>
- Kantorski, L. P.; Cortes, J. M.; Guedes, A. C.; Franchini, B. & Demarco, D. A. (2014). O cotidiano e o viver no Serviço Residencial Terapêutico. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 16(4), 759-68. <https://doi.org/10.5216/ree.v16i4.22923>
- Kantorski, L. P.; Jardim, V. M. R. & Quevedo, A. L. A. (2013). Avaliação de estrutura e processo dos centros de atenção psicossocial da região sul do Brasil. *Ciênc, cuid. saúde*, 12(4), 728-735. <https://doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v12i4.10867>
- Kohlrausch, E.R. (2012). *Avaliação das ações de saúde mental relacionadas ao indivíduo com comportamento suicida na Estratégia Saúde da Família*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Recuperado de <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/69802>
- Macedo, J. P.; Abreu, M. M.; Fontenele, M. G. & Dimenstein, M. (2017). A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Saúde soc.*, 26(1), 155-170. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902017165827>.

Ministério da Saúde. Ministério da Ciência e Tecnologia. (2005). Edital MCT-CNPq / MS-SCTIE-DECIT / CT-Saúde – Nº 07/2005. Seleção pública de propostas para apoio às atividades de pesquisa direcionadas ao estudo de Saúde Mental. Recuperado de <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/agosto/20/saude-mental2005.pdf>.

Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico (2015). Brasília. Recuperado de: https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf.

Miranda, P. O.; Souza, O. F. & Ferreira, T. F (2014). Avaliação da satisfação dos pacientes e familiares em um serviço de saúde mental na cidade de Rio Branco, Acre. *J. bras. psiquiatr.*, 63(4), 332-340. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000042>.

Moreira, M. I. B. & Onocko-Campos, R. T (2017). Ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial pela perspectiva dos usuários. *Saúde soc.*,26(2), 462-474. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902017171154>.

Oliveira, F. B.; Guedes, H. K. A.; Oliveira, T. B. S. & Lima Júnior, J. F. (2011). (RE) Construindo cenários de atuação em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. *Rev. Brasileira, em Promoção da Saúde*, 24(2), 109-115. <https://doi.org/10.5020/2060>

Oliveira, R. F.; Andrade, L. O. M. & Goya, N (2012). Acesso e integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental. *Ciênc. saúde coletiva*, 17(11), 3069-3078. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100023>.

Organização Mundial da Saúde. *Mental health atlas 2017*. Geneva: World Health Organization; 2018. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272735/9789241514019-eng.pdf?ua=1>.

Onocko-Campos, R. T. & Baccari, I. P. (2011). A intersubjetividade no cuidado à Saúde Mental: narrativas de técnicos e auxiliares de enfermagem de um Centro de Atenção Psicossocial. *Ciênc. saúde coletiva*, 16(4), 2051-2058. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000400004>.

Onocko-Campos, R. T.; Campos, G. W. S.; Ferrer, A. L.; Corrêa, C. R. S.; Madureira, P. R.; Gama, C. A. P.; Dantas, D. V. & Nascimento, R. (2012). Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. *Rev. Saúde Pública*, 46(1), 43-50. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000083>

Onocko-Campos, R. T.; Furtado, J. P.; Trapé, T. L.; Emerich, B. F. & Surjus, L. T. L. S. (2017). Indicadores para avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial tipo III: resultados de um desenho participativo. *Saúde debate*, 41(spe), 71-83. <https://doi.org/10.1590/0103-11042017s07>.

Onocko-Campos, R. T.; Gama, C. A.; Ferrer, A. L.; Santos, D. V. D.; Stefanello, S.; Trapé, T. L. & Porto, K. (2011). Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Ciênc. saúde coletiva*, 16(12), 4643-4652. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300013>

Pagliace, Â. G. S; Maftum, M. A.; Lacerda, M. R.; Kantorski, L. P.; Nimtz, M. A. & Brusamarello, T. (2017). Avaliação do cuidado à criança e ao adolescente com transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa em tratamento no hospital geral. *Texto & Contexto Enfermagem*, 28, 1-14. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0132>

Pinho, L. B. & Siniak, D. S. (2017). O papel da atenção básica no cuidado ao usuário de crack: opinião de usuários, trabalhadores e gestores do sistema. *SMAD Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drog.*, 13(1), 30-36. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v13i1p30-36>

Pinho, L. B.; Wetzel, C.; Schneider, J. F.; Olschowsky, A.; Camatta, M. W.; Kohlrausch, E. R; Santos, E. O. & Eslabão, A. D. (2017a). Avaliação dos Recursos Intersetoriais na composição de redes para o cuidado ao usuário de crack. *Escola Anna Nery*, 21(4), 1-8. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0149>

Pinho, L. B.; Kantorski, L. P.; Wetzel, C.; Schwartz, E.; Lange, C. & Zillmer, J. G. V. (2011). Avaliação qualitativa do processo de trabalho em um centro de atenção psicossocial no Brasil. *Revista Panamericana de Saúde Pública*, 30(4), 354–60. Recuperado de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/9512/v30n4a09.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Pinho, L. B.; Silva, A. B.; Siniak, D. S.; Folador, B. & Araújo, L B. (2017b). Análise da articulação da rede para o cuidado ao usuário de crack. *Rev baiana enferm*, 31(1), 1-9. <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v31i1.16654>

Ramos, D. K. R. & Guimarães, J. (2013). Novos serviços de saúde mental e o fenômeno da porta giratória no Rio Grande do Norte. *Rev Min Enferm.*, 17(2), 440-445. <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20130033>

Resende, K. I. D. S.; Bandeira, M. & Oliveira, D. C. R. (2016). Avaliação da Satisfação dos Pacientes, Familiares e Profissionais com um Serviço de Saúde Mental. *Paidéia*, 26(64), 245-253. <https://doi.org/10.1590/1982-43272664201612>.

Santos, A. F. O. & Cardoso, C. L. (2014). Familiares cuidadores de usuários de serviço de saúde mental: Satisfação com serviço. *Estudos de Psicologia*, 19(1), 13-21. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2014000100003>.

Santos Filho, S. B. (2014) Pesquisa em Humanização: articulações metodológicas com o campo da Avaliação. *Saúde Transform. Soc.* vol.5 no.2 Florianopolis nov. 2014. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-70852014000200002.

Silva, M. A.; Bandeira, M.; Scalon, J. D. & Quaglia, M. A. C. (2012). Satisfação dos pacientes com os serviços de saúde mental: a percepção de mudanças como preditora. *J. Bras. Psiquiatr.*, 61(2), 64-71. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852012000200002>.

Silva, N.S. & Melo, J.M.; Esperidião, E. (2012). Avaliação dos serviços de assistência em saúde mental Brasileiros: revisão integrativa da literatura. *Rev. Min. Enferm.*, 6(2), 280-288. Recuperado de <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v16n2a18.pdf>

- Silva, S. N.; Lima, M.G. & Ruas, C.M. (2018). Avaliação de Serviços de Saúde Mental Brasileiros: satisfação dos usuários e fatores associados., *Ciênc. saúde coletiva* 23(11), 3799-3810. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.25722016>.
- Silva, S.N. & Lima, M.G. (2017). Assistência Farmacêutica na Saúde Mental: um diagnóstico dos Centros de Atenção Psicossocial. *Ciênc. saúde coletiva*, 22(6), 2025-2036. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.25722016>.
- Silva, S.N. & Lima, M.G. (2017). Avaliação da estrutura dos Centros de Atenção Psicossocial da região do Médio Paraopeba, Minas Gerais. *Epidemiol. Serv. Saúde.*, 26(1), 149-160. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742017000100016>.
- Soares, M.H.; Farinasso, A.L.C.; Gonçalves, C.S.; Machado, F.P.; Mariano, L.K.F.R. & Santos, C.D. (2019). Sobrecarga e satisfação dos familiares de pacientes com esquizofrenia. *Cogitare enfermagem*. V. 24, e54729. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.54729>.
- Staniszewska, S. & Ahmed, L. 1999. The concepts of expectation and satisfaction: do they capture the ways patients evaluate their care? *Journal of Advanced Nursing* 29(2): 364-372.
- Surjus, L. T. L. S. & Onocko-Campos, R. T. (2017). Indicadores de avaliação da inserção de pessoas com deficiência intelectual na Rede de Atenção Psicossocial. *Saúde debate*, 41(spe), 60-70. <https://doi.org/10.1590/0103-11042017s06>.
- Thiengo, D. L.; Fonseca, D.; Abelha, L. & Lovisi, G. M. (2015). Satisfação de familiares com o atendimento oferecido por um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) da cidade do Rio de Janeiro. *Caderno de Saúde Coletiva*. 23(3), 298-308. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201500030172>.
- Trapé, T. L. & Onocko-Campos, R. (2017). The mental health care model in Brazil: analyses of the funding, governance processes, and mechanisms of assessment. *Rev. Saúde Pública*, 51(19), 1-8. <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006059>.
- Vinha, I. R (2011). Cenário da assistência em saúde mental/ uso de substância psicoativas na região de saúde de Piracicaba, São Paulo, Brasil. *SMAD Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drog*, 7(1), 25-31. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v7n1/05.pdf>.
- Yasui, S. 2010. Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira [online]. Rio de Janeiro, RJ: Editora FIOCRUZ, Loucura & Civilização collection. <https://doi.org/10.7476/9788575413623>.
- Wetzel, C.; Kantorski, L. P.; Olschowsky, A.; Schneider, J. F. & Camatta, M. W. (2011). Dimensões do objeto de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial. *Ciênc. saúde coletiva*, 16(4), 2133-2143. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n4/v16n4a13.pdf>

7 ARTIGO 2: A AVALIABILIDADE DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL SOB A PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE

La evaluabilidad de los servicios de atención psicosocial desde la perspectiva de la integralidade

The evaluability of psychosocial care services from the perspective of integrality

Autores: Ian Jacques de Souza e Daniela Alba Nickel

Resumo:

O processo de transição e substituição do modelo asilar e manicomial por serviços de base territorial e comunitária é avaliado por um grande segmento de estudos no decorrer dos anos, dado à participação e respaldo de pessoas que usam os serviços de saúde, trabalhadores, gestores, representantes de universidades e de movimentos sociais. Em um campo com fortes tensionamentos políticos, o modelo de atenção psicosocial necessita de ferramentas para avaliar os princípios e diretrizes da política e apontar respostas possíveis para antigos e novos desafios. Este Estudo de Avaliabilidade produziu um modelo teórico-lógico dos serviços de Atenção Psicosocial com foco na integralidade, e reuniu elementos de contexto, atividades, componentes e processo de trabalho. O Estudo conclui que o modelo das ações dos serviços de atenção psicosocial com potencial avaliativo possibilita a articulação integrada de seus elementos principais, e oferece uma proposta a ser utilizada como subsídio para avaliações futuras.

Palavras-chave: Atenção Psicosocial, Avaliabilidade, Avaliação, Saúde Mental.

Resumen

El proceso de transición y sustitución del modelo de asilo y asilo por servicios territoriales y comunitarios ha sido evaluado por un amplio segmento de estudios a lo largo de los años, dada la participación y apoyo de las personas que utilizan los servicios de salud, trabajadores, gerentes, representantes. universidades y movimientos sociales. En un campo con fuertes tensiones políticas, el modelo de atención psicosocial necesita herramientas para evaluar los principios y directrices de las políticas y señalar posibles respuestas a viejos y nuevos desafíos. Este Estudio de Evaluabilidad produjo un modelo evaluativo de los servicios de Atención Psicosocial con un enfoque de integralidad, y reunió elementos de contexto, actividades, componentes y proceso de trabajo. El Estudio concluye que el modelo de las

ações de los servicios de atención psicosocial con potencial evaluativo permite la articulación integrada de sus principales elementos y ofrece una propuesta para ser utilizada como subsidio para futuras evaluaciones.

Palabras clave: Atención Psicosocial, Evaluabilidad, Evaluación, Salud Mental.

Abstract

The process of transition and replacement of the asylum and asylum model with territorial and community-based services has been evaluated by a large segment of studies over the years, given the participation and support of people who use health services, workers, managers, academic representatives and social movements. In a field with strong political tensions, the psychosocial care model needs tools to assess policy principles and guidelines and point out possible responses to old and new challenges. This Evaluability Study produced an evaluative model of Psychosocial Care services with a focus on comprehensiveness, and brought together elements of context, activities, components and work process. The Study concludes that the model of the actions of psychosocial care services with evaluative potential enables the integrated articulation of its main elements, and offers a proposal to be used as a subsidy for future evaluations.

Keywords: Psychosocial Care, Evaluability, Evaluation, Mental Health.

INTRODUÇÃO

Os avanços oferecidos por estudos e pesquisas avaliativas no campo da atenção psicossocial subsidiam iniciativas para a melhoria do sistema de saúde como um todo, com o respaldo de um processo de participação social amplo e democrático para a construção de uma sociedade sem manicômios. Contudo, em um campo que apresenta tensionamentos políticos constantes, os ideais que circundam o modelo de atenção psicossocial acabam por ceder à pressões e agregar interpretações e elementos contraditórios aos princípios e diretrizes da política de saúde mental. Para fazer frente a tais inconsistências, é necessário a construção coletiva de instrumentos de monitoramento e avaliação que apoiem o processo de reforma psiquiátrica, tanto em campo teórico quanto sócio-político.

As orientações da Organização Mundial da Saúde apontam para a necessidade de avaliar e monitorar programas e serviços de saúde mental em direção ao avanço da qualidade assistencial e garantia de tratamento para a população (OMS, 2002, 2017). A ampliação e

diversificação de serviços de atenção psicossocial em modelo territorial e comunitário é um elemento chave nas políticas públicas a nível mundial, dado ao crescente reconhecimento do impacto da prevalência de questões psicossociais no desenvolvimento das nações, e a necessidade de implementar formas mais efetivas de recuperação, socialização e participação cidadã (PATEL et. al, 2008, 2018).

O acúmulo de estudos avaliativos de serviços e programas de saúde demonstram desenvolvimentos no campo da saúde coletiva, em especial propostas de ferramenta para a avaliação de políticas e programas de saúde (SILVA; MELO; ESPERIDIÃO, 2012; COSTA; COLUGNATI; ROZANI, 2015; OLIVEIRA et al., 2014). A Atenção Psicossocial é um processo complexo e demanda análises múltiplas, seja nos princípios, modalidades de organização e oferta da atenção, o que ultrapassa aspectos individualizados ou exclusivos de determinado local, mas também engloba elementos relacionais, entre múltiplos pontos de atenção, dispositivos e articulações nos processos de trabalho e seus efeitos na saúde das populações (AMARAL e BOSI, 2017).

A atenção à saúde no SUS se organiza a partir da relação reticular entre serviços e do compartilhamento de recursos em direção à objetivos comuns, portanto nas ações destes serviços se evidencia a expressão dos princípios organizativos para o ancoramento do sistema (MENDES, 2011). O uso de modelos teóricos-lógicos em avaliação de políticas de saúde pode ser aplicado para compreender e operacionalizar os papéis de cada componente do programa de saúde e colocar em evidência seus efeitos e relações com os princípios do sistema (MEDINA et. al, 2005).

A complexidade do campo da saúde mental perpassa por aspectos sociais, políticos e históricos que contornam modos de relação cotidiana com os fenômenos psicossociais e experiências de produção e reprodução de atenção e cuidado, seja na relação com a família, com a comunidade ou também sua expressão em políticas públicas de proteção social. Para além de identificar recursos e demandas em saúde mental e observar formas de redução de riscos e vulnerabilidades, os serviços de saúde devem garantir a autonomia do sujeito, pelo reconhecimento da singularidade do cuidado e no exercício da solidariedade na construção coletiva da atenção (DESVIAT, 2011). A integralidade enquanto princípio ordenador da política de saúde brasileira, orienta as ações dos serviços de atenção psicossocial em direção à englobar tais elementos de sua complexidade.

O conceito de integralidade pode ser compreendido a partir de quatro dimensões principais: princípio da política de saúde; coordenação e organização integrativa do cuidado;

gestão e articulação intersetorial; e vínculo e cuidado singular (AYRES, 2011; VIEGAS e PENNA, 2015; GIOVANELLA, 2002; STARFIELD, 2002). Ou seja, a integralidade dos sistemas de saúde engloba a singularidade dos sujeitos, a infraestrutura do sistema, a gestão e o financiamento, ao mesmo passo que se reflete nas ações de saúde dos serviços e equipes. Neste último ponto, pode-se atribuir o modelo de atenção, referente à organização das ações dos serviços de saúde.

O termo modelo de atenção é abordado em diversos documentos ou referências técnicas na área da saúde, é o conjunto de princípios, diretrizes e objetivos sustentados por uma representação de características fundamentais da realidade. É um esquema, sempre parcial e convencionado em alguma medida, que representa uma articulação de conceitos, não como algo exemplar ou padronizado, mas a exposição de seus traços elementares, onde o que importa é compartilhar as racionalidades que o compõe, suas narrativas e dinâmicas de operação (PAIM, 2008).

Ainda que guardem relações importantes entre si, o modelo de atenção se distingue do que, no campo de avaliação de programas e políticas sociais de saúde coletiva, se denomina modelos teóricos e lógicos. Estes últimos são desenvolvidos para representar a consistência teórica da intervenção, ao mesmo tempo que expõe possíveis lacunas e efeitos mal delineados na operação do programa de saúde (CASSIOLATO e GUERESI, 2010). Outra função dos modelos avaliativos é sua potencialidade de fomentar diálogos entre os sujeitos que participam da execução do programa, o que contribui para o seu sucesso e minimiza a produção de novos problemas (BEZERRA; CAZARIN; ALVES, 2010).

Os períodos a partir da Lei no 10.216 de 2001 e posterior à Portaria nº 3.088/2011, trazem um arcabouço normativo, com leis, portarias e decretos, em âmbito federal, estadual e municipal. Tais normativas, apresentam os direitos das pessoas que utilizam os serviços de saúde mental, especificam as formas de atenção em saúde e contribuem para reorganizar os pontos de atenção da rede de acordo com a lógica de seu território (BRASIL, 2001a; LIMA e GUIMARÃES, 2019a).

As ações de monitoramento e avaliação dos serviços de atenção psicossocial são de responsabilidade compartilhada pelas três esferas de gestão, sendo a análise dos registros de informação, bem como de instrumentos utilizados a nível local, importantes ferramentas para a melhoria da qualidade da atenção psicossocial (BRASIL, 2015a). O aparato legal a nível federal conta com o Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental (BRASIL, 2000), o Programa Nacional de Avaliação dos

Serviços Hospitalares (PNASH/Psiquiatria) e o Programa Nacional de Avaliação de Centros de Atenção Psicossocial (AVALIAR CAPS) (BRASIL, 2011c).

Ainda que se reconheça o aumento de recursos para implementação de novos serviços, e a inversão do financiamento da rede psiquiátrica entre 2005 e 2006 (48,7% à 51,3%), a proporção de recursos, implementação de serviços e a formação de equipes e profissionais de saúde se mantiveram como desafios para a rede de atenção psicossocial (BRASIL, 2015a). A auditoria realizada pelo Tribunal de Contas da União avaliou três pontos principais: a política de desospitalização e reforma psiquiátrica, os mecanismos de capacitação profissional para a qualidade do atendimento, e o bem-estar do sujeito e de sua família com reinserção social. A iniciativa recomenda a criação e uso de mecanismos de informação para avaliação e monitoramento (BRASIL, 2005a).

Por outro lado, a avaliação realizada pela Fundação Oswaldo Cruz, em conjunto com a Fundação Gulbenkian e a Organização Mundial da Saúde, aponta que a superação do estigma social relacionado ao fenômeno da saúde mental, o paradigma orientador do processo de trabalho de profissionais de saúde e o aperfeiçoamento de elementos de gestão do sistema são pontos a serem enfrentados (FIOCRUZ, 2015).

O relatório de inspeção nacional em hospitais psiquiátricos e o relatório da inspeção nacional em comunidades terapêuticas (CFP, 2018; CFP, 2020) avaliaram a assistência prestada nestes serviços e revelou forte caráter asilar e de privação de liberdade quanto às práticas de saúde, comunicação, sigilo, irregularidades de intervenções médicas e medicamentosas, com perfil impositivo de tratamento ligado à fundamentos morais e religiosos (CFP, 2018). A assistência prestada pelos hospitais psiquiátricos ainda em funcionamento é descrita pela sua grave violação de direitos humanos e incapacidade de sustentar a atenção em saúde de acordo com o sistema de saúde vigente no país (CFP, 2020). Concluíram que o consentimento livre e esclarecido é desconsiderado em relação às práticas de intervenção em saúde, de modo involuntário, o tratamento oferecido demarca ações de violência institucional, desarticulação com a rede territorial e comunitária, descontinuidade de tratamento, e ampliação das condições de vulnerabilidade.

O processo de transição e substituição do modelo asilar e manicomial por serviços de base comunitária é avaliado por um grande segmento de estudos no decorrer dos anos, aglutinando um contingente de contribuições (SILVA; MELO; ESPERIDIÃO, 2012; OLIVEIRA et al., 2014, COSTA; COLUGNATI; ROZANI, 2015). Estes grupos de estudos apontam limitações na integração dos serviços em formato reticular, nas ações em saúde mental

na atenção básica, quanto ao apoio matricial e papel das equipes de saúde mental comunitária e nas estratégias de atenção à agudizações em hospitais gerais e serviços de apoio breve.

Neste sentido, se identifica o isolamento de componentes CAPS à atenção psicossocial, ou ao fluxo em torno de especialistas para demandas do campo de saúde mental, ao lado da necessidade de aproximação do componente de atenção básica nas ações de atenção psicossocial (LIMA e GUIMARÃES, 2019a). Outro ponto com fragilidade é o componente de atenção urgências e emergências, com um número reduzido de ações e serviços substitutivos de transporte e atenção, e ausência da coordenação dos pontos de atenção em estratégias de territorialização (MENDES e ROCHA, 2016). A ampliação de ações de incursão comunitária, redução de articulação de movimentos sociais, necessidade de ampliação de estratégias interdisciplinares e intersetoriais são elementos apontados para a integralidade do cuidado (SILVA; MELO; ESPERIDIÃO, 2012; LIMA e GUIMARÃES, 2019b).

Como ações a serem incentivadas na rede de atenção psicossocial estão: o estímulo a participação social, a partir de associações de usuários, cooperativas de geração de renda, estratégias de combate ao estigma no campo sociocultural, a representação direta em órgãos de gestão participativa, e o estabelecimento de mecanismos de monitoramento e avaliação participativos que garantam transparência no acesso à informação (ONOCKO-CAMPOS, 2019).

Estratégias avaliativas contribuem para resolução de problemas nas políticas públicas, no campo da saúde se enaltece a necessidade de estudos avaliativos sobre as intervenções, devido ao crescimento das tecnologias de cuidado e seus efeitos na população (MEDINA et. al, 2005). A avaliação se torna um processo reflexivo com o objetivo de produzir informações essenciais para a compreensão e melhoria do sistema, desafios epistemológicos e metodológicos devem ser enfrentados, sobretudo para combater a permanência de lógicas contraditórias nas ações em saúde destes serviços, e garantir a participação e potencialização da atenção psicossocial em uma perspectiva de integralidade (COSTA, COLUGNATI; ROZANI, 2015).

Os desafios de estudos avaliativos envolvem o papel do modelo de funcionamento da política pública desempenha, e sobretudo o alinhamento e coerência da teoria, objetivos e diretrizes que a sustenta. De fato, o objeto dos processos avaliativos se modifica pelo efeito do contexto, do tempo, e também pelos procedimentos de pesquisa e das ações dos sujeitos envolvidos. Neste sentido, se objetiva analisar o potencial avaliativo das ações em saúde dos serviços de Atenção Psicossocial sob a perspectiva da integralidade, a oferecer um modelo

teórico-lógico a partir de características essenciais do campo de estudo. Este objetivo se orienta de maneira estratégica para promover diálogos e construir respostas possíveis a disputas de lógicas de atenção, sobretudo a definir a atenção psicossocial enquanto modelo de atenção territorial e comunitário. E assim, contribuir na superação de modos asilares de exclusão capacitista, prejuízos do foco patologizante e medicamentoso, e a dar evidência enfim aos pressupostos que sustentam os modos de cuidado e que caracterizam o modo psicossocial são tarefas a serem contempladas (COSTA-ROSA, 2000).

MÉTODO

Este estudo produziu por meio de um Estudo de Avaliabilidade, um modelo do funcionamento dos serviços de Atenção Psicossocial com foco na integralidade. A avaliabilidade consiste em compor uma descrição geral da intervenção que representa a teoria do programa, a agrupar seus princípios, diretrizes e fluxos organizativos. O objetivo do Estudo de Avaliabilidade está em potencializar avaliações futuras, de forma que os resultados sejam utilizados pelos envolvidos (LEVITON et. al, 2010). Sua metodologia busca compreender o contexto do programa, seus elementos fundamentais, e oferecer indicações para a composição de pesquisas avaliativas. O Estudo de Avaliabilidade produz critérios de avaliação bem delimitados, e também auxilia no planejamento para um melhor investimento de recursos, em comum acordo e participação entre os grupos de interesse envolvidos no programa (THURSTON e POTVIN, 2003; THURSTON e RAMALIU, 2005).

O Modelo Lógico é ferramenta utilizada para apresentar de maneira visual e sistêmica relações entre os elementos de recursos, produtos e efeitos esperados, que determinada intervenção pretende atingir (BEZERRA; CAZARIN; ALVES, 2010). Neste sentido, a teoria que sustenta o programa é descrita de maneira sintetizada para representar o funcionamento os principais elementos do objeto estudado, o que possibilita diversas aplicações no sentido de verificar seu funcionamento, seu desempenho, e subsidiar avaliações futuras (HARTZ, 1999). O modelo pode ser apresentado em forma de figura, tabela ou fluxograma de modo a representar relações e conexões entre seus elementos (BEZERRA; CAZARIN; ALVES, 2010; MEDINA et. al, 2005).

O enquadre metodológico do presente estudo teve três etapas, levando em conta as etapas propostas por Thurston e Potvin (2003), Thurston e Ramaliu (2005) e Trevisan e Walser

(2015). A primeira etapa visou organizar o estudo de avaliabilidade, acessar e analisar documentos chave, identificar os grupos de interesse e estabelecer o posicionamento do avaliador; a segunda etapa visou desenvolver uma teoria inicial do programa, modelar as suas características essenciais e contextualizar suas ligações; e a terceira etapa objetivou pactuar a teoria final do programa e utilizar o estudo de avaliabilidade, a fim de atingir acordos para prosseguir com a avaliação e identificar outros recursos necessários.

Descrição dos procedimentos e etapas realizadas

A primeira etapa, organizar o Estudo de Avaliabilidade, foi realizada a partir de Pesquisa e Análise Documental, e Revisão Integrativa de Literatura. Os documentos levantados foram submetidos à Análise Documental segundo Pimentel (2001) e Calado e Ferreira (2005), foram reunidos legislações federais, documentos do ministério da saúde e teses, dissertações e artigos científicos. Os documentos foram reunidos em caráter exploratório e de modo intencional, a partir de sua relevância para responder aos objetivos da pesquisa, posteriormente a uma leitura exploratória da bibliografia, se estabeleceu um fio condutor de discussão.

De maneira paralela, uma revisão integrativa de literatura realizou o levantamento de Artigos Científicos a identificar o estado da arte de estudos avaliativos com serviços de saúde mental brasileiros, segundo Souza, Silva e Carvalho (2010) e Mendes, Silveira e Galvão (2008). Os procedimentos tiveram início a partir de uma pergunta norteadora: Quais as perspectivas metodológicas adotadas por estudos avaliativos de serviços de saúde mental brasileiros? A amostra foi recolhida da base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde: LILACS, IBECs e SciELO, a partir de descritores gerados pela ferramenta da plataforma de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), indexado pelo Centro Latino-Americano e do Caribe em Informação em Ciências da Saúde (BIREME), e obteve os seguintes descritores: Serviços de Saúde Mental; Atenção Psicossocial; Rede de Atenção Psicossocial, com o operador booleano and Avaliação; Avaliação em Saúde; Avaliação de Serviços de Saúde. A análise dos estudos buscou evidências que corroborem respostas à pergunta norteadora, os dados foram discutidos e apresentados de maneira a oferecer um panorama geral dos achados.

O segundo momento do estudo desenvolveu a teoria Inicial do programa pela realização de Entrevistas (YIN, 2011; GREEN e THOROGOOD, 2003) e ações de Modelagem de Políticas e Programas, tomando os resultados da etapa anterior e construiu um modelo lógico inicial das ações dos Serviços de Atenção Psicossocial (ELIAS e PATROCLO, 2004;

ASTBURY e LEEUW, 2010; BROUSSELLE et al., 2011). As entrevistas foram realizadas mediante um roteiro previamente elaborado, com perguntas semiestruturadas, realizadas de maneira individual, com data e local previamente acordado com os participantes, e priorizou critérios éticos de acesso, sigilo e segurança, a preservar a integridade física e psicológica dos participantes da pesquisa. As perguntas realizadas buscavam compreender as experiências dos sujeitos com os serviços de saúde mental, os entendimentos sobre o funcionamento e o papel dos serviços, suas atividades, recursos, e a compreensão sobre a integralidade em saúde.

As informações coletadas foram transcritas e submetidas à uma análise temática visando obter um quadro do entendimento dos sujeitos de pesquisa sobre o funcionamento dos serviços de atenção psicossocial (BRAUN e CLARKE, 2006). Os procedimentos de Modelagem de Programas e Políticas Sociais, utilizaram os resultados das etapas anteriores, com o objetivo de identificar os vínculos causais e contextuais entre os elementos que compõe as ações dos serviços de Atenção Psicossocial, e fornecer subsídios para uma representação da sua operação (ELIAS e PATROCLO, 2004; ASTBURY e LEEUW, 2010; CHAMPAGNE et al., 2011). Assim, as entrevistas aliadas às produções bibliográficas produziram uma teoria inicial do programa, a partir de identificações iniciais das relações entre o contexto, objetivos, recursos, ações, resultados e impactos esperados pelo programa sintetizados em uma representação de seu arranjo estrutural (TREVISAN e WALSER, 2014).

O último momento deste estudo, com objetivo de pactuar a teoria inicial do programa e utilizar o estudo de avaliabilidade, ocorreu em Conferência de Consenso (SOUZA; SILVA; HARTZ, 2005). Como técnica de trabalho que evidencia as concepções compartilhada entre os participantes da pesquisa, suas experiências e relações com o objeto. Neste sentido, um roteiro autoaplicável foi produzido a fim de servir de instrumento e suporte para que os participantes pudessem realizar a análise do modelo inicial, julgar a pertinência e adequação de sua organização e representação esquemática, expressar sua concordância ou discordância, parcial ou total, bem como, compartilhar sugestões de modificação aos elementos do modelo. Se optou neste sentido pela utilização da ferramenta Google Docs Inc., como meio de veiculação do roteiro por e-mail.

O roteiro foi avaliado em um teste piloto, submetido a uma apreciação preliminar por uma dupla de acadêmicos (mestrando e doutorando), o que permitiu modificações no sentido de garantir melhor apresentação dos dados, acessibilidade e compreensão dos conteúdos. Se julgou o instrumento como de fácil entendimento e preenchimento, e todas as dimensões e subdimensões e descrições foram considerados pertinentes.

A Conferência de Consenso (SOUZA; SILVA; HARTZ, 2005) teve como objetivo atingir concordância sobre o modelo inicial com os grupos de interesse, este momento foi organizado visando expor aos participantes elaborações iniciais sobre determinado tema, recolher as sugestões e recomendações, realizar as modificações necessárias, e pactuar o uma versão final do programa. Dado a impossibilidade de sua execução presencial, os participantes responderam ao instrumento virtualmente e de forma anônima. As respostas forneceram modificações ao modelo inicial e um segundo roteiro guiado foi composto, onde os resultados da primeira rodada puderam ser analisados novamente entre todos os participantes (HASSON; KEENEY; MCKENNA, 2000). Nesta segunda rodada novas respostas e contribuições foram recolhidas, os resultados foram avaliados e um consenso positivo foi obtido (REWORÊDO et al., 2015).

Participantes da pesquisa:

Em uma abordagem construtivista, a perspectiva participativa de um estudo de avaliabilidade é elemento fundamental. Os grupos de interesse se definem por conjuntos sociais que compartilham de características comuns por serem afetados de maneira semelhante pelo funcionamento do programa, com responsabilidades, implicações, influências e/ou interesses em comum. A avaliabilidade deve reunir os conhecimentos e informações que estes detêm sobre suas experiências e vivências em seus contextos singulares (THURSTON e POTVIN, 2003; TREVISAN e WALSER, 2014).

Portanto, de acordo com os resultados de sua primeira etapa, o presente estudo se propôs a reunir trabalhadores, pessoas que usam os serviços de saúde mental, gestores, representantes de universidades e de movimentos sociais. A seleção dos participantes da pesquisa foi realizada pela divulgação do projeto por meio de e-mails, redes sociais e aplicativos de mensagens, de maneira a atingir o maior número de interessados. O texto de divulgação do projeto contava com um link para um formulário online onde os interessados tinham acesso a informações detalhadas sobre a pesquisa e eram convidados a preencher dados para contato como e-mail, telefone e grupo de interesse que melhor se identifica. Contatos institucionais foram obtidos por solicitação formal à Secretaria de Saúde do Município, bem como outras instituições do terceiro setor foram contactadas por seus e-mails públicos. Contatos chave também foram alcançados a partir de indicações de outras pessoas que já se demonstraram interessadas.

As trinta e cinco respostas registradas no formulário foram organizadas em cinco listas separadas por grupo de interesse, numeradas por ordem alfabética, e um sorteio simples obteve os participantes da pesquisa. Dois representantes por grupo de interesse foram contatados para agendamento de uma data e local para as entrevistas individuais, e os mesmos dez entrevistados foram convidados e participaram da etapa de análise de consenso, acompanhados de convites à novos participantes utilizando a mesma listagem inicial de interessados com o intuito de agregar novos elementos e ampliar os resultados das entrevistas. Se obteve um total de dezesseis participantes para a etapa de análise de consenso, sendo que o grupo de pessoas que utilizam os serviços de saúde contou com quatro participantes.

Durante os procedimentos de pesquisa se buscou estratégias para superar e problematizar as diferenças educacionais, profissionais, sociais, econômicas, e diversidades entre relações de poder que atravessam as condições de participar deste estudo (ONOCKO-CAMPOS et al., 2017). Sobretudo, se ofereceu suporte e agendamento para contatos por email, telefone ou ferramentas de videoconferência, tendo em vista as possíveis barreiras no uso de ferramentas virtuais para participação (ARAÚJO; PENTEADO; SANTOS, 2015).

Este trabalho foi subsidiado com apoio do programa CAPES de demanda social, e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, conforme parecer no 3.369.084. Foram respeitadas todas as normativas éticas para a construção de pesquisas envolvendo seres humanos de acordo com a legislação vigente, com a anuência e consentimento livre de todos os participantes deste estudo expresso via Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Etapa 1 - Organizar o estudo de avaliabilidade

Os documentos reunidos pelo procedimento de pesquisa e análise documental foram agrupados segundo sua natureza e objetivo, Conferências e Relatórios (G1); Normas e Legislações (G2); Guias, Cartilhas e Cadernos (G3); Artigos e teses (G4), e foram analisados segundo questões para modelagem de programas e políticas de saúde, propostas por Bezerra, Cazarin e Alves (2010). Os documentos foram selecionados tendo em vista sua abrangência e foco de discussão, neste primeiro momento não se buscou esgotar todas as bibliografias ou discussões contidas nos documentos, ou a totalidade de referências do campo, mas sim

estabelecer de maneira inicial pontos essenciais para responder cada questão chave. O resultado está nos quadros 6 e 7, com destaque para a Portaria 3.088/11 (BRASIL, 2011a) como orientador principal da construção do modelo inicial.

Quadro 5 - Questões chave para modelagem de programas e políticas de saúde e Grupos de documentos analisados

Questões chave para modelagem de programas e políticas de saúde	Grupo de documentos			
	G1	G2	G3	G4
O problema visado pelo programa	x			x
O programa de saúde criado para resolver o problema		x	x	
O objetivo geral do programa		x	x	
Seus objetivos específicos		x	x	
Metas a serem atingidas	x	x	x	
População-alvo	x	x	x	
Os componentes do programa		x	x	
Atividades realizadas	x		x	x
Estruturas do programa		x	x	
Produtos esperados	x		x	x
Resultados pretendidos	x		x	x
Fatores contextuais intervenientes	x		x	x

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Quadro 6 - Documentos pesquisados e analisados

G1 Conferências e Relatórios	Brasil, 1987, 1993, 2001b, 2007, 2010a, 2011b, 2011c, 2015a, 2016.
G2 Normas e Legislações	Brasil, 2001a, 2002, 2011a, 2011d, 2011e, 2012a, 2012b, 2012c, 2013a, 2014a.
G3 Guias, Cartilhas e Cadernos	Brasil, 2003, 2004a, 2004b, 2005b, 2005c, 2008, 2010b, 2010c, 2013b, 2014b, 2015b, 2015c, 2015d; Chiaverini, 2011.
G4 Artigos e teses	Costa-Rosa, 2000; Bezerra, 2007; Lima e Yasui, 2014; Nunes, Guimarães, Sampaio, 2016; Onocko-Campos e Trapé, 2017; Rotelli, Leonardi e Mauri, 2001.

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

A revisão de literatura contou com a seleção de 46 artigos dos quais se preocupou sobretudo reunir informações a respeito de cronologia e geografia dos estudos, objetos estudados, o tipo de avaliação e seu enquadre metodológico, natureza e forma de coleta dos dados, participantes envolvidos na etapas avaliativas, perspectiva teórica no campo da saúde mental e principais achados. Nesta etapa os resultados da revisão de literatura foram agregados à pesquisa e análise documental, o que produziu um delineamento histórico da política de saúde mental brasileira, bem como construiu um panorama dos estudos avaliativos na área. Os resultados da revisão de literatura são discutidos neste artigo e podem ser encontrados de maneira mais detalhada em artigo próprio. Estes dois procedimentos organizaram o enquadre do estudo de avaliabilidade, identificaram os grupos de interesse e definiram o posicionamento do avaliador externo.

Etapa 2 - Desenvolvimento da teoria inicial do programa

As entrevistas foram transcritas em sua totalidade de maneira a preservar figuras de linguagem, expressões e outras reações dos participantes, importantes para destacar elementos que estão para além do vocabulário ou da estrutura das narrativas. Uma leitura geral dos textos transcritos foi realizada posteriormente qualquer outro procedimento de análise, e somente em uma segunda leitura foi realizado um primeiro destaque em alguns trechos do texto, uma terceira leitura buscou atribuir indexadores iniciais aos destaques realizados. Posteriormente, os destaques, juntamente com seus indexadores, foram aglutinados às entrevistas de participantes que ocupavam o mesmo grupo de interesse, em um primeiro quadro, de modo a preservar aproximações e distanciamentos a respeito das falas dos participantes (BRAUN e CLARKE, 2006).

Esta primeira organização dos indexadores buscou estabelecer uma sequência lógica, para além das perguntas, compondo assim uma linha inicial de análise para as narrativas. Posteriormente, indexadores com elementos em comum foram aglutinados entre si preservando os conteúdos narrativos destacados, os temas finais foram obtidos pela aglutinação dos indexadores de todos os grupos de interesse em um único quadro de análise, tal procedimento permitiu tanto preservar as narrativas de cada grupo como produziu uma linha narrativa geral sobre cada elemento abordado nas entrevistas.

O primeiro tema identificado se refere ao processo de implementação do modelo de atenção psicossocial por reunir contribuições a respeito da trajetória de cuidado, potencialidades

e fragilidades, e modificações possíveis para o modelo de atenção da política de saúde mental. É possível identificar no relato dos participantes que a atenção territorial evidencia ações na atenção básica em perspectiva comunitária de promoção de saúde, e resulta na proteção de agravos e agudizações decorrentes de sofrimentos psicossociais graves, e a redução da necessidade de acesso de serviços de outros níveis de atenção, por possibilidades de manejo de acordo com características próprias do território. O apoio de recursos locais, e a intersetorialidade são elementos que intervêm em muitas barreiras de acesso ao cuidado, o que coloca o matriciamento com equipes de CAPS e apoio do NASF, bem como de CRAS, como ações em destaque, ainda que necessitem de capacitação técnica e pactuação de marcos organizacionais em diversos níveis para efetivar tal perspectiva de trabalho.

O segundo tema reuniu debates sobre a integralidade pelo compartilhamento de vivências do cotidiano dos entrevistados com os serviços de saúde. A relação da política de saúde mental e a organização dos serviços de atenção psicossocial expressam a integralidade na interlocução do processo de trabalho das equipes e serviços de saúde e os processos de produção de vida dos sujeitos. Não está em englobar todos os aspectos da vida de um sujeito em ações de atenção à saúde, tão pouco em um cuidado pontual e fragmentado, mas sim em compreender as melhores maneiras de acompanhar as pessoas em suas vidas e seus processos de saúde e doença, para construir em conjunto modos compartilhados de cuidado.

O funcionamento dos serviços de atenção psicossocial reuniu elementos como o último tema resultante da análise das entrevistas, pela descrição de cada um dos componentes da atenção psicossocial, seu processo de trabalho, relações intersetoriais e entre serviços de saúde, e organização dos serviços em relação as demandas de saúde mental do território. Os participantes entrevistados tiveram experiências em diferentes serviços de atenção psicossocial, em distintos municípios e estados do país, sendo que, características como acesso, qualidade do atendimento e perspectivas de trabalho são elementos descritos não só em contextos locais, mas também apontando elementos essenciais da política de saúde mental como um todo. O contexto do funcionamento da atenção psicossocial é descrito por sua grande expansão de serviços substitutivos, potência de oferta e amplitude de atenção por modificações no modelo de atenção e perfil dos profissionais de uma maneira geral. Ao mesmo tempo é acompanhado de ressalvas quanto à falta de recursos, serviços insuficientes ao porte do município, e escassez de profissionais, o que acaba por oferecer uma atenção com interlocução reduzida em rede, abordagens individualizadas, que não conferem ações de consolidação e aprofundamento do modelo psicossocial territorial e comunitário.

O modelo inicial do programa foi construído a partir da organização das temáticas resultantes da análise das entrevistas, etapas de pesquisa e análise documental e revisão de literatura, a partir das recomendações propostas por Elias e Patroclo (2004), Astbury e Leeuw (2010) e Brousselle et al., (2011). A direção da construção do modelo inicial teve o intuito de delinear os aspectos essenciais dos serviços de atenção psicossocial e representar a atenção psicossocial sob a perspectiva da integralidade, sendo que os temas identificados foram contrastados com a literatura obtendo um desenho inicial do modelo.

Etapa 3 - Pactuação da teoria do programa e Uso do estudo de avaliabilidade

Os itens do modelo inicial foram modificados de acordo com as informações recolhidos na primeira etapa da conferência de consenso, o que manteve de uma maneira geral a organização esquemática, mas ofereceu apontamentos fundamentais para as descrições de cada item. As contribuições auxiliaram no delineamento da relação entre os paradigmas biomédico e psicossocial, quanto à contradições e potencialidades ao funcionamento do modelo de atenção, e o processo de implementação das ações em saúde mental.

A organização dos serviços e equipes de saúde foram descritas também pela intersectorialidade, como suporte estrutural de movimentos de organização e gestão do funcionamento dos serviços da atenção psicossocial, em relação aos processos atenção e cuidado singulares dos sujeitos, a contemplar a integralidade em saúde. Contribuições a respeito das especificidades de cada ponto de atenção, e respectivos serviços de saúde, contribuíram para enquadrar e agrupar descrições das ações em saúde de cada componente, ao passo que o processo de trabalho foi especificado pela reprodução e construção de práticas assistenciais no trabalho dos sujeitos de saúde.

A última rodada de análise de consenso apresentou as alterações realizadas aos participantes da primeira rodada com a descrição das modificações realizadas em cada item. Todos os participantes foram convidados a expressar novamente sugestões e seu grau de concordância com os elementos. Nesta segunda rodada reuniu reafirmações de pontos já contemplados e o aprofundamento das descrições finais de cada item do modelo inicial, ao fim 90% dos participantes concordaram totalmente com todos os elementos apresentados. O modelo final representa de forma esquemática as ações dos serviços de atenção psicossocial sob a perspectiva da integralidade, conta com seis itens principais e vinte e dois subitens, tais

foram definidos como elementos fundamentais a serem observados para melhor orientar estratégias avaliativas.

Figura 2 Modelo Teórico-lógico das Ações em Saúde dos Serviços de Atenção Psicossocial



Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Nos elementos contextuais se considerou a leitura da reforma psiquiátrica enquanto processo social complexo (ROTELLI, LEONARDI e MAURI, 2001) se buscou equilibrar a relação entre cada dimensão, frisando a relação entre os paradigmas asilar-biomédico e psicossocial quanto a sua expressão em disputa na operação do campo da saúde mental. Reúne elementos que dizem respeito ao cenário das ações que os serviços de Atenção Psicossocial desenvolvem, e expõe suas características e fatores que influenciam no seu funcionamento. Não representa o que seria idealizado ou recomendado normativamente, mas uma descrição do cotidiano dos serviços em quatro dimensões.

Técnico Assistencial: Se refere à capacidade do trabalho em saúde e as práticas terapêuticas advindas da formação dos profissionais, com tensionamentos entre as intervenções pautadas em paradigmas biomédico e psicossocial. **Teórico-conceitual:** Expressa avanços na produção de conhecimento científico e tecnológico em perspectiva psicossocial em transição paradigmática do entendimento sobre os fenômenos da saúde mental, e reúne pressupostos em disputa com o modelo psiquiátrico tradicional. **Sociocultural:** O contexto sociocultural representa o conjunto de fatores relativos às atividades, organizações e significados da dinâmica

social em relação aos fenômenos da saúde mental, e apresenta modos de interação entre os sujeitos. São a afirmação da cidadania, enfrentamento dos estigmas sociais decorrentes do diagnóstico, e interseccionalidades (por exemplo, sexo, gênero e orientação sexual, cor da pele/etnia, crença e classe social). **Político-Jurídico:** Se refere às intencionalidades e anseios de grupos sociais refletidas na normatização dos serviços e que dão forma à política de saúde mental. Os marcos políticos-jurídicos podem se expressar como favoráveis ou não favoráveis à atenção psicossocial, não sendo um processo linear.

A integralidade além de representar um conceito transversal e direcionador ao estudo, também descrita no modelo a fim de contemplar elementos da perspectiva do sujeito, dos serviços, e do sistema de saúde em relação das ações de atenção psicossocial. Como **Princípio da política de saúde** é um conjunto articulado de ações e serviços, preventivos e curativos, individuais e coletivos, para a singularidade de cada caso, com promoção de saúde nos diversos estágios e dimensões do processo de sofrimento em longitudinalidade da atenção nos níveis de complexidade do sistema.

Portanto, envolve **Vínculo e Cuidado Singular** nas relações sociais e processos de subjetividade dos sujeitos, seus projetos, sonhos e vontades que configuram hábitos de vida e formas de cuidado de si. As intervenções em saúde devem ser construídas em conjunto com estes fatores e considerar as condições sociais, diferenças e a singularidade de vida em vínculos corresponsáveis e longitudinais, para compor modos de acompanhar e participar dos processos de retomada de autonomia do sujeito. **Coordenação e Organização do cuidado** envolvem ações de gestão, informação, organização de recursos e atenção para um cuidado contínuo, de forma articulada entre os níveis primário, secundário e terciário. Utiliza a perspectiva de saúde ampliada e a partir dos condicionantes e determinantes de saúde, elementos socioculturais, histórico-políticos e fatores de risco ou proteção presentes no território.

A **intersetorialidade** articulação de ações e serviços de outros setores para efetivar intervenções coerentes às complexidades das demandas em saúde, em graus e modos de ação inventiva e sinérgica no fazer assistencial cotidiano, que envolve as equipes de saúde, gestão e coordenação de políticas públicas, em direção à uma complementariedade de recursos e competências. Desta forma, foram elencados setores e serviços que se relacionam com a política de atenção psicossocial: Assistência Social - CRAS, PAIF, CREAS, PAEFI, Serviços de referência à pessoa com deficiência, Serviços de Acolhimento diurno e noturno, Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, Centros de informação e de educação para o trabalho, Abordagem de Rua, CENTROPOP; Educação - Programa Saúde na Escola, Educação

de Jovens e Adultos, Educação Básica, Ensino Médio, Ensino Técnico e Educação Superior; Justiça - Defensoria Pública, Ministério Público, Fórum de justiça, Tribunais de Justiça e do Trabalho; Segurança Pública - Polícias municipais e estaduais, Delegacias de proteção à criança, adolescente, mulher e idoso; Organizações da sociedade civil - Associações Comunitárias, ONGs, Organizações religiosas, Cooperativas, Conselhos profissionais, Sindicatos e Movimentos sociais; Outras instituições governamentais - Trabalho, Cultura, Esporte, Lazer, Cidadania.

As **atividades** designam a organização do sistema de saúde e suas práticas em resposta às demandas da população. Reúnem as ações desempenhadas pelos serviços, equipes e agentes de saúde em seu cotidiano de trabalho, em dimensões presentes em todos os componentes da política de atenção psicossocial: acolhimento, acompanhamento e atenção à crise. Elas não são exclusivas de um ou outro nível de atenção (primário, secundário e terciário), mas sim permeiam todos os componentes da rede e seus serviços.

O **acolhimento** é processo técnico, interventivo e de organização da operação dos serviços, da equipe de saúde, e do sujeito e sua família. É um processo de cuidado desenvolvido em tempo contínuo, para uma escuta intersubjetiva ao sofrimento de sujeitos, famílias e comunidades, de forma a legitimar e compreender a situação em sua complexidade, construir um vínculo protetivo e de confiança e ofertar um cuidado continuado. Permite refletir sobre a demanda, modos de atenção, suporte seguro e resolutivo a partir de possibilidades de cuidado profissional e de referência da equipe e de outros serviços e setores, em conjunto com a singularidade do sujeito e sua relação com o território.

O **acompanhamento** é ação na qual o plano terapêutico singular é elemento central, é um conjunto integrado de ações de atenção entre as equipes de saúde em seu território e com o sujeito e sua família, em todos os níveis de atenção, com práticas de referência e contrarreferência de acordo com a necessidade de intensificação de cuidados. É composto por estratégias e dispositivos de cuidado para a redução do impacto do sofrimento psicossocial e demais demandas de saúde, que deve ser reavaliado e atualizado ajustando as propostas de ação de acordo com a realidade do sujeito, em direção à ampliação da autonomia dos indivíduos e grupos sociais (por exemplo: acesso ao trabalho, lazer, educação, participação social e fortalecimento dos laços comunitários).

A **atenção à crise** se expressa por formas de atenção e cuidado a situações de agravamento e agudização do sofrimento psicossocial em espaços de cuidado em perspectiva de desinstitucionalização, privilegiando a perspectiva territorial e comunitária. Oferece cuidado

e suporte integrais e imediatos para o acolhimento de situações de desorganização grave, com estreita colaboração protetiva com a pessoa, a família e a sua rede social. Tem o objetivo de aplicar formas acessíveis de fortalecer e auxiliar a capacidade de sustentar o sofrimento em seu contexto de vida atual e restabelecer uma relação consensual, corresponsável, de maneira legítima e inclusiva, em pactuações possíveis de diálogo e convivência. Estratégias de intensificação de cuidados em situações de crises agudas devem executadas de forma breve e articulada com os demais serviços de saúde, em pontos de atenção não asilares, com atenção comunitária longitudinal, e ser executada de maneira planejada de acordo com a singularidade do sujeito.

Os **componentes** de atenção psicossocial foram descritos a partir de sua finalidade de trabalho de acordo com as especificidades de cada ponto de atenção e serviços de saúde inspirado na organização exposta pela Portaria 3088/11. O item apresenta os componentes da rede de atenção do sistema de saúde, Atenção básica, Atenção especializada, Atenção de urgência e emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Desinstitucionalização e Reabilitação. Cada componente se define pelo agrupamento de serviços organizados, com ênfase em determinadas atividades, de maneira que um mesmo serviço pode fazer parte de distintos componentes dado a função que cumpre na rede de atenção à saúde. Os componentes têm o objetivo de construir, ampliar e articular pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento psicossocial e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

O papel da **atenção básica** é articular os demais serviços, coordenar o cuidado e orientar as ações em saúde pela territorialização comunitária. Acolher demandas em função de primeiro contato no território, de forma longitudinal, humanizada e interdisciplinar com proximidade comunitária e escuta sensível para identificação de riscos e vulnerabilidades. Suas ações englobam promover atenção à urgências e emergências, encaminhar respostas resolutivas de maneira individual e coletiva às demandas da atenção psicossocial bem como de outras demandas de saúde, e propor projetos terapêuticos singulares de maneira articulada com os demais serviços de saúde e de outros setores. Bem como realiza papel de **coordenação do cuidado** em saúde, ações de integração assistencial e orientação matricial para suporte da ordenação da atenção à saúde no território a partir do panorama psicossocial dos fatores de produção de sofrimento e seus condicionantes. Para construir o panorama psicossocial é preciso mapear os fatores protetivos e de vulnerabilidade (individuais, familiares, comunitários); e

descrever as formas de sofrimento, que são compreendidas como expressões de uma demanda social que pode envolver questões orgânicas.

Atenção estratégica envolve as ações de atenção psicossocial em pontos de atenção para a intensificação de cuidado e aumento da capacidade de socialização, para promoção de cuidado continuado e com autonomia. Oferece atenção intensiva a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e suas famílias, com rede de apoio reduzida ou fragilizada, com experiências de exclusão, intolerância e outras barreiras sociais que provocam riscos ou comprometem sua funcionalidade social. Deve promover experiências de ressocialização e reabilitação psicossocial, apoio de iniciativas de busca da autonomia com seu sofrimento em maneiras de realizar projetos, desejos e experiências afetivas de cuidado.

Atenção de urgência e emergência deve garantir um cuidado imediato ao sujeito e sua família pela produção de ações de serviços organizados de forma articulada, em arranjos consistentes de trabalho horizontal, para o acolhimento em situações de desorganização disruptiva que gere risco psicossocial grave e comprometa de forma aguda a relação do sujeito e sua rede social. Visa desenvolver intervenções breves, pontuais e efetivas, que garantam o cuidado em liberdade, privilegiam seu vínculo territorial e a rede de relações do sujeito, de modo a oferecer suporte em saúde com retaguarda para ações de intensificação de cuidados, regulada a partir de critérios clínicos e de acordo com arranjos de gestão local.

Atenção residencial de caráter transitório é composta por serviços residenciais inseridos na comunidade com objetivo de oferecer cuidados para pessoas que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ ou familiar em decorrência de internação de longa permanência, em hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, e demandem acompanhamento terapêutico, protetivo, e de reabilitação psicossocial, para promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social. Oferece acolhimento e acompanhamento para a retomada da gestão do cotidiano e de novos projetos de vida, sendo que os CAPS desempenham papel de referência, junto com as UBS, responsáveis pela longitudinalidade do cuidado, com o apoio de outros pontos de atenção.

As estratégias de **desinstitucionalização** é componente constituído por ações conjuntas de serviços com o intuito de ressocializar pessoas egressas de internação de longa permanência em um processo progressivo de reinserção social e promoção de autonomia. Este componente tem o objetivo de elaborar novos processos de trabalho territoriais, intersetoriais e regionalizados, articulando diferentes dispositivos, para redução planejada de leitos em

hospitais psiquiátricos, de modo a garantir uma transição segura para o modelo comunitário de atenção, a partir da atenção em saúde mental de acordo com a lógica territorial.

A **reabilitação** consiste em estratégias de inclusão e o exercício de direitos de cidadania de usuários e familiares, para o acesso à educação, trabalho e habitação, para inserção solidária de pessoas em situação de vulnerabilidade em formas alternativas de geração de recursos e renda. São iniciativas com objetivo de promover a reabilitação psicossocial por meio melhoria das condições concretas de vida, ampliação da autonomia, possibilidades de cooperação e inclusão social de pessoas e seus familiares, para fortalecer a construção de novos campos de negociação, formas de sociabilidade e projetos de vida.

O **processo de trabalho** especifica a produção e reprodução de práticas assistenciais no fazer cotidiano dos profissionais, equipes e demais agentes de saúde. São as estruturas e práticas sociais dos agentes de saúde que configuram ações dinâmicas e relacionais com arranjos entre equipamentos e tecnologias, para oferecer na prática cotidiana atenção às necessidades de saúde de forma específica. O processo de trabalho engloba tanto singularidades de seu contexto quanto reproduções da dinâmica social do trabalho em saúde, este item envolve concepções sobre o modelo comunitário e territorial de atenção psicossocial, determinantes organizativos da relação entre agentes e equipes de saúde, elementos essenciais para sua operação, e critérios de cuidado que fundamentam o processo de trabalho.

Modelo comunitário e territorial se dá pela produção de atos assistenciais contínuos que reúnem os conhecimentos coletivos de forma horizontal e interdisciplinar, em vínculos de negociação e partilha no território, para a ampliação do entendimento e apropriação no protagonismo dos processos de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos, suas famílias e comunidades. Envolve aspectos socioculturais e histórico-políticos que produzem fatores determinantes e condicionantes de forma protetiva ou de risco ao sofrimento e vulnerabilidade psicossocial.

Determinantes organizativos São elementos da operação institucional do modelo de atenção e capacidade do serviço produzir saúde em seu contexto, pela indissociabilidade entre modos de fazer a gestão e os modos de produzir cuidado. Inclui a singularidade das ações em saúde em arranjos entre a subjetividade dos atores sociais, os equipamentos de cuidado, as orientações normativas, e os saberes estruturados.

Elementos essenciais são aqueles necessários para o funcionamento ideal do processo de trabalho, envolvem recursos físicos, tecnologias de cuidado, informação, gestão e integração assistencial. São estes: projeto institucional, vínculo, porta aberta, escuta qualificada,

ambiência, equipe multidisciplinar completa, clínica ampliada, corresponsabilização, educação permanente, valorização do trabalhador (estrutura física, segurança, conforto, carreira, remuneração adequada), formas de participação colegiada do sujeito, sua família e a comunidade, e articulação entre as demandas do território, a equipe e as ações de gestão e administração.

Os **critérios de cuidado** orientam o processo de trabalho dos profissionais em saúde para o cuidado integral na atenção psicossocial, servem de subsídio para análise de vulnerabilidade, o uso de melhores recursos no momento certo, e indicação dos serviços mais adequados para prestação do cuidado. São estes: a gravidade, benefício terapêutico, risco de vida, disponibilidade e capacidade de acesso, para efetivar uma atenção equitativa.

DISCUSSÃO

O estudo de avaliabilidade se caracteriza como uma metodologia que apresenta um conjunto de informações e recomendações sobre um determinado objeto ou programa (THURSTON e POTVIN, 2003). Este estudo de cunho acadêmico reuniu as informações de grupos de interesse, o que construiu um panorama de perspectivas diversas para pactuação do modelo final. As entrevistas e análise de consenso forneceram elementos ao modelo, contrastado com orientações técnicas e normativas como legislações, documentos oficiais, e produções teóricas em artigos e teses (BRAUN e CLARKE, 2006; YIN, 2011).

Tais características exigiram do Estudo de Avaliabilidade uma estruturação metodológica robusta para atingir os seus objetivos, o que configurou um recolhimento amplo de dados de distintas fontes de evidência, com a participação de pessoas que utilizam os serviços, trabalhadores, gestores, acadêmicos e representantes da sociedade civil (GREEN e THOROGOOD, 2003; LEVITON et. al, 2010). Este enquadre metodológico permitiu a inserção do programa em seu contexto, a identificação de seus elementos teóricos e seu funcionamento lógico.

O processo de modelização do programa apresentou os elementos mínimos, o contexto das ações de atenção psicossocial, os seus componentes, as atividades no processo de trabalho e suas relações com a perspectiva da integralidade em saúde. Os elementos configuram usos possíveis e formas de compreender as relações entre os atores sociais na produção de saúde (AMARAL e BOSI, 2017).

As redes de atenção à saúde, como proposta organizativa dos serviços do Sistema Único de Saúde, se definem a partir de um arranjo poliárquico de diferentes atores, com interdependência e autonomia (MENDES, 2011). As ações em saúde são produzidas no processo de trabalho nos serviços de Atenção psicossocial onde as perspectivas de saúde integral, interdisciplinar e intersetorial devem ser empregadas em novas maneiras de cuidado (MERHY, 2002).

Assim, apresenta-se as ações dos serviços por evidenciarem os modos particulares de inter-relação entre os pontos de atenção e os atores de saúde, e expressarem condições sociais de produção de determinado modo de ação em saúde (COSTA-ROSA 2000; ROTELLI; LEONARDI; MAURI, 2001). A partir da determinação desta unidade mínima de análise, se exigiu mapear os pontos fixos dos quais se estabelecem conexões, aqui no caso os serviços que integram os componentes da atenção psicossocial. Sua descrição ofereceu um rastreamento de características em sua conceituação, o que considerou também o tipo de demanda a cada serviço, sua proposta de cuidado, nível de complexidade tecnológica e formas de acesso, áreas de atuação, limites e responsabilidades (BROUSSELLE et al., 2011).

Portanto, o modelo teórico-lógico apresentado busca contemplar as perspectivas da atenção psicossocial enquanto modelo de saúde, a partir de recomendações mínimas para avaliação da operação dos serviços da política de saúde mental (CASSIOLATO e GUERESI, 2010). A ênfase organicista é marca histórica das ciências biomédicas e tem como consequência um potencial desagregador, a integralidade é recurso de enfrentamento, aliado à intersetorialidade e à abordagem interdisciplinar, para além de um somatório de perspectivas, recursos ou ações em saúde, mas em direção organização do sistema de saúde em conjunto com a singularidade das demandas e necessidades em saúde dos sujeitos e suas famílias (CASTEL, 1978). As reflexões sobre o modelo psicossocial relacionam a saúde mental e a saúde coletiva, tanto em relação à inseparabilidade dos fenômenos sociais e psíquicos nas expressões da saúde e sua irredutibilidade biológica (DESVIAT, 2011).

A atenção psicossocial se reflete ações que substituem as tecnologias suas concepções sobre a saúde, de forma a construir modos de cuidado consonantes às dimensões singulares, simbólicas e afetivas constitutivas do processo de atenção às demandas e necessidades em saúde de determinado território (YASUI, 2010). É necessário questionar a transição tecnológica das ações em saúde, da centralidade médico-psiquiátrica do campo da saúde mental, ações em saúde substitutivas transformam as intervenções em direção à lógicas combativas à ambulatorização dos serviços e fragmentações da atenção (DAMOUS e ERLICH, 2017). A lógica comunitária

e os mecanismos de agenciamento e pertencimento participativo dos processos de relação social de indivíduos, famílias e equipes de saúde são elementos fundamentais tanto nas ações em saúde quanto no processo participativo de construção e gestão do sistema (MERHY, 2002).

Por tanto, o modelo teórico lógico aqui apresentado enfrenta o desafio que perpassa a construção de um sistema de atenção desta complexidade, que apresenta barreiras na trajetória de substituição do modelo asilar e construção de um sistema universal, equânime e integral. Tal trajeto pressupõe o processo de desinstitucionalização do modelo hospitalar-psiquiátrico, no sentido de desconstruir os elementos paradigmáticos e suas práticas assistenciais (MERHY, 2002). Sendo assim, o modelo teórico-lógico oferece contribuições para iniciativas avaliativas, tendo em vista ações substitutivas, de maneira adequada à atenção psicossocial, enaltecendo a necessidade de estimar subjetivamente e evidenciar as características locais particulares do processo avaliativo (BEZERRA, 2007). A iniciativa de estabelecer elementos de avaliação consensualmente aceitos, visa contribuir para sustentação e avanço do movimento de reforma, abre espaço para reflexão, monitoramento e avaliação das atividades assistenciais cotidianas dos serviços (PATEL et. al, 2018).

Os serviços de atenção psicossocial são compreendidos aqui como dispositivos de saúde articulados de acordo com a lógica comunitária, portanto necessitam manter vínculos com outros dispositivos sociais para abarcar a complexidade das demandas de atenção psicossocial (MENDES, 2011; BRASIL, 2011a, 2011b). Os territórios são mais do que sua dimensão geográfica, são constituídos pelas ações das pessoas que nele transitam e agenciam recursos diversos, afetivos, sanitários, econômicos, culturais. Deste modo, a organização do sistema de saúde se relaciona com o processo de trabalho das equipes de saúde em conjunto com as pessoas e suas famílias em seu território (CAMPOS; BEZERRA; JORGE, 2017).

A gestão compartilhada e responsável dos recursos coletivos pode ser compreendida pela construção e manutenção de relações que potencializam a realização de um projeto coletivo de saúde (HARTZ e CONTANDRIOPOULOS, 2004). As relações entre os serviços do sistema de saúde tem a coordenação e cooperação como guias para a integralidade em saúde, por reconhecer que nenhum dos atores sociais que integram a política de saúde tem à disposição todos os recursos e competências para atender as demandas de saúde de determinada população (TAÑO e MATSUKURA, 2019; CARMO e GUZARDI, 2017).

O processo de trabalho na atenção psicossocial é aqui abordado de modo inseparável da territorialidade do serviço e considera o matriciamento e a educação permanente dispositivos de gestão. Eles são dispositivos de menor densidade tecnológica, mas com alta complexidade

relacional e, apesar de ter menor custo, demanda grande investimento operacional e de planejamento (FRANCO, BUENO e MERHY, 1999). A constituição multidisciplinar das equipes de saúde tem em sua ação participativa sobre a rede de cuidados e as singularidades do território, tanto por sua integração clínica quanto pelo potente processo de leitura do território para subsidiar a tomada de decisão sobre a alocação de responsabilidades, atribuições e recursos (MERHY, 2002; PINHO, SOUZA, ESPERIDIÃO, 2018).

Neste sentido, a coerência entre os valores, a formação e a atuação dos sujeitos de saúde necessitam tanto de marcos normativos, quanto de articulações sistêmicas entre os níveis da política de saúde, em direção a um projeto de saúde em comum com objetivos compartilhados entre todos os atores nas diversas instâncias decisórias (HARTZ e CONTANDRIOPOULOS, 2004). A atenção hospitalar e atenção à urgência e emergência são componentes sensíveis do processo de reforma psiquiátrica, necessitam de ações tanto para desconstruir práticas asilares, quanto para promover uma atenção continuada e integrada à perspectiva territorial e comunitária (LIMA e GUIMARÃES, 2019b).

O modelo teórico-lógico buscou oferecer um enquadre de atenção a situações de crise destacando intervenções breves e articuladas com os demais serviços, em liberdade, para preservar vínculos territoriais. É fundamental implementar mecanismos de logística, suporte e informação em saúde, bem como formação e pactuação de diretrizes e linhas de cuidado próprias para sua operação (ONOCKO-CAMPOS, 2019). Os hospitais gerais, SAMU, CAPS e unidades básicas de saúde desempenham ações sinérgicas e contínuas para o cuidado, os componentes de atenção à urgências e emergências e de atenção estratégica abarcam as funções de atenção territorial e comunitária, de modo a não reproduzir as formas de funcionamento asilar, como o que ocorre nos casos das comunidades terapêuticas e hospitais especializados em psiquiatria (CFP, 2018, 2020; DAMOUS e ERLICH, 2017).

A partir dos resultados consolidados no modelo teórico-lógico construído, fica evidente a impossibilidade de conciliação do funcionamento da atenção psicossocial com serviços de base asilar como manicômios e comunidades terapêuticas. As modificações recentes na política de saúde mental brasileira não oferecem novas soluções para os problemas historicamente enfrentados no campo, mas sim um retorno à uma dependência iatrogênica e à figura asilar do hospital psiquiátrico (CFP, 2018, 2020; LIMA e GUIMARÃES, 2019b). Ainda se pode apontar a falta de planos a nível nacional com metas e incentivos específicos quanto à promoção de atenção e cuidado, prevenção e redução de danos, reabilitação e ressocialização de pessoas em sofrimento psicossocial, bem como acesso à informação, formação de profissionais,

monitoramento e regulação no campo da saúde mental (ONOCKO-CAMPOS, 2019; DELGADO, 2019).

A construção do modelo teórico-lógico colocou em evidência o papel da atenção básica como componente de coordenação do cuidado na ordenação da rede de atenção à saúde, tal elemento configura um importante debate quanto ao funcionamento de serviços CAPS e a organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental em seu território (BRASIL, 2002). A longitudinalidade do cuidado pressupõe vínculos corresponsáveis contínuos entre os profissionais de saúde e as pessoas que utilizam os serviços, é elemento fundamental para evitar perda de referência e prescindir riscos de iatrogenia decorrentes do distanciamento da singularidade e integralidade do cuidado.

A coordenação do cuidado elabora, acompanha e organiza o fluxo das pessoas entre os pontos de atenção da rede de modo a efetivar comunicação e responsabilização pelo cuidado de maneira horizontal e com gestão compartilhada, bem como na execução de ações intersetoriais. A ordenação de redes de cuidado, portanto, reconhece as necessidades de saúde de pessoas, famílias e comunidades, a fim de dispor ações em saúde planejadas de acordo com as necessidades da população consoante com a programação dos serviços (VECCHIA e MARTINS, 2009; BRASIL, 2013b, 2010c; FERTONANI et al., 2015).

CONCLUSÃO

O estudo produziu um modelo teórico-lógico das ações dos serviços de atenção psicossocial expondo elementos de contexto, atividades, componentes, e o processo de trabalho, de acordo com a integralidade em saúde. As ações em saúde, como elemento mínimo de análise, compreendem as atividades que os componentes e serviços de saúde do SUS cumprem dentro da política de saúde mental. Seja pelo acolhimento, acompanhamento e atenção a crise, e de acordo com o papel de cada componente, estas ações tomam expressões particulares do modo de trabalho e produção de saúde, e articulações integradas entre distintos serviços e pontos de atenção (AYRES, 2011; BRASIL, 2015b; LIMA e GUIMARÃES, 2019b).

O contraste entre as evidências provenientes da bibliografia e as perspectivas dos sujeitos de pesquisa evidenciam o potencial de ampliação do conhecimento na área. Se percebe também a importância do estudo de avaliabilidade, por oferecer caminhos metodológicos para estudos avaliativos da atenção psicossocial. Destacam-se os enquadres metodológicos que privilegiam espaços democráticos de participação, sobretudo com reflexos substanciais na

tomada de decisão, planejamento e gestão da política de saúde (THURSTON e POTVIN, 2003; TREVISAN e WALSER, 2015).

A implicação dos grupos de interesse se percebe na demanda pela participação e disposição nas entrevistas e na conferência de consenso. Este processo trouxe à tona a função formativa do processo avaliativo (BROUSSELLE et al., 2011). A participação contribuiu para ampliação e complexificação do objeto de estudo, e para pactuação de elementos entre as distintas perspectivas. O estudo reforça que pesquisas avaliativas estão para além de um mecanismo técnico ou burocrático, são ferramentas no processo de planejamento e gestão de políticas e programas sociais.

O modelo teórico-lógico oferece subsídios para o seu uso em estudos e pesquisas em âmbito local, para descrever questões singulares e subsidiar análises em determinada região. Desta maneira pode ser aplicado em pequenos municípios, observando suas características particulares, e também para avaliar algumas das dimensões e dos elementos mínimos dos serviços de atenção psicossocial.

Se pode concluir que o estudo de avaliabilidade produziu um modelo teórico-lógico das ações dos serviços de atenção psicossocial com potencial avaliativo. Contudo, não se espera com este estudo totalizar os debates em torno dos fundamentos que definem a atenção psicossocial, mas sim oferecer uma proposta a ser utilizada em avaliações futuras. Outros resultados secundários serão melhor explorados em publicações específicas, bem como se incentiva construir uma matriz avaliativa. Dado a necessidade de avanços na área se vê fundamental o prosseguimento e aprofundamento dos estudos no campo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, José Miguel Caldas de; HORVITZ-LENNON, Marcela. Mental Health Care Reforms in Latin America: an overview of mental health care reforms in Latin America and the Caribbean. *Psychiatric Services*, [S.L.], v. 61, n. 3, p. 218-221, mar. 2010. American Psychiatric Association Publishing. <http://dx.doi.org/10.1176/ps.2010.61.3.218>.

AMARAL, Carlos Eduardo Menezes; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. O desafio da análise de redes de saúde no campo da saúde coletiva. *Saúde e Sociedade*, [S.L.], v. 26, n. 2, p. 424-434, jun. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017170846>.

ARAÚJO, Rafael de Paula Aguiar; PENTEADO, Cláudio Luis Camargo; SANTOS, Marcelo Burgos Pimentel dos. Democracia digital e experiências de e-participação: webativismo e políticas públicas. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, [S.L.], v. 22, n. , p. 1597-1619, dez.

2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-59702015000500004>.

ASTBURY, Brad; LEEUW, Frans L. Unpacking Black Boxes: Mechanisms and Theory Building in Evaluation. *American Journal of Evaluation*, [s.l.], v. 31, n. 3, p.363-381, set. 2010. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/1098214010371972>.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O cuidado e o espaço público da saúde: virtude, vontade e reconhecimento na construção política da integralidade. In: Pinheiro R, Silva Júnior AG, organizadores. *Cidadania no cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde*. Rio de Janeiro: IMS, Cepesc-UERJ; 2011. p. 27-44. 18.

BESSONI, Enrique Araújo; VAZ, Barbara Coelho; KOOSAH, Jana, CAMPOS, Florianita Coelho Braga. Reflexões sobre a desinstitucionalização e algumas estratégias. *Textura*, n.33, jan./abr.2015.

BEZERRA JR., B. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p. 243-250, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n2/v17n2a02.pdf>.

BEZERRA, L. C. de A.; CAZARIN, G.; ALVES C. K. de A. Modelagem de programas: da teoria à operacionalização. In: SAMICO, I. et al. (Org.). *Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 65-78.

BRASIL, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 210 p. 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria Nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011. Estabelece que os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), sejam definidos em tipo I e II, destina recurso financeiro para incentivo e custeio dos SRTs, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. dez. 2011e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 – Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. junh. de 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 121, De 25 De Janeiro De 2012 - Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. *Diário Oficial da União*. jan. 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 132, de 26 de janeiro de 2012 – Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. dez. 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 953, de 12 de setembro de 2012 – Inclui os Serviços Hospitalares de Referência para a atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Diário Oficial da União. dez. 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Avaliação dos Hospitais Psiquiátricos no âmbito do Sistema Único de Saúde: Ação Nacional - PT GM/MS nº 2.398/2011. Brasília: MS; 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria no 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 30 Jun 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS : tecendo redes para garantir direitos. Conselho Nacional do Ministério Público. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. I Conferência Nacional de Saúde Mental. Relatório Final. Ministério da Saúde, Brasília, 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. II Conferência Nacional de Saúde Mental. Relatório Final. Ministério da Saúde, Brasília, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. III Conferência Nacional de Saúde Mental. Relatório Final. Ministério da Saúde, Brasília, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Diário Oficial da União. abr. 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Mental. Brasília: MS; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 fev. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.840, de 29 de dezembro de 2014a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2840_29_12_2014.html>. Acesso em: 21 oct. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 799/GM/MS, de 19 de julho de 2000. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 jul. de 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 12. Ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos Humaniza SUS Volume 5 Saúde Mental. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA. Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação- Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010. Ministério da Saúde: Brasília, 106 p. Janeiro de 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial. Relatório de Gestão 2011-2015. Ministério da Saúde: Brasília. Maio, 2016, 143 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas: Manual do Programa “De Volta para Casa”. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 18 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 86p. 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Departamento de Atenção Básica – Brasília : Ministério da Saúde, 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas : Guia AD. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Residências Terapêuticas: o que são, para que servem. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental - Cadernos de Atenção Básica, nº 34. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde, 85p., Brasília, janeiro de 2007.

BRASIL. MS/DAPE/SAS. Saúde Mental e Economia Solidária: Inclusão Social pelo Trabalho. Brasília: Ed MS, 2005b.

BRASIL. Secretaria geral, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 8.163, de 20 de dezembro de 2013 – Institui o Programa Nacional de Apoio ao Associativismo e Cooperativismo Social – Pronacoop Social. Diário Oficial da União. dez. 2013a.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Avaliação das Ações de Atenção à Saúde Mental: Programa Atenção à Saúde de Populações Estratégicas e em Situações Especiais de Agravos / Tribunal de Contas da União ; Relator Auditor Lincoln Magalhães da Rocha. – Brasília : TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2005a.

BRAUN, Virginia; CLARKE, Victoria. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, [s.l.], v. 3, n. 2, p.77-101, Jan. 2006. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>.

BRÊDA, Mércia Zeviani; ROSA, Walisete de Almeida Godinho; PEREIRA, Maria Alice Ornellas; SCATENA, Maria Cecília Morais. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, [S.L.], v. 13, n. 3, p. 450-452, jun. 2005. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692005000300021>.

BROUSSELLE A, CHAMPAGNE F, CONTANDRIOPOULOS AP, HARTZ Z, organizadores. *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.

CALADO, S.dos S; FERREIRA, S.C dos R. Análise de documentos: método de recolha e análise de dados. *Metodologia da investigação I - DEFCUL*. 2004/2005. Disponível em: <http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/ichagas/mil/analisedocumentos.pdf>.

CAMPOS, Daniella Barbosa; BEZERRA, Indara Cavalcante; JORGE, Maria Salete Bessa. Mental health care technologies: primary care practices and processes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [S.L.], v. 71, n. 5, p. 2101-2108, 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0478>.

CAMPOS, Ioneide de Oliveira; SAEKI, Toyoko. Programas de desinstitucionalização: estratégias das políticas de saúde mental. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro. v. 33, n. 83, p. 474-483, ser.1dez. 2009.

CARMO, Michelly Eustáquia do; GUIZARDI, Francini Lube. Desafios da intersectorialidade nas políticas públicas de saúde e assistência social: uma revisão do estado da arte. *Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 27 [4], p. 1265-1286, 2017. Disponível em: <

<http://www.scielo.br/pdf/physis/v27n4/0103-7331-physis-27-04-01265.pdf>>

CARVALHO, Maria de Fátima Alves Aguiar; COELHO, Edméia de Almeida Cardoso; OLIVEIRA, Jeane Freitas de; ARAÚJO, Rosália Teixeira de; BARROS, Andiara Rodrigues. Uncoordinated psychosocial network compromising the integrality of care. *Revista da Escola de Enfermagem da Usp*, [S.L.], v. 51, p. 1-7, 15 mar. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016040703295>.

CASSIOLATO, Martha; GUERESI, Simone. Como elaborar Modelo Lógico: roteiro para formular programas e organizar avaliação. Nota Técnica, IPEA, Brasília, 2010.

CASTEL, Robert. A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CFP, Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Conselho Nacional do Ministério Público; Ministério Público do Trabalho. *Hospitais Psiquiátricos No Brasil: Relatório De Inspeção Nacional*. Impresso no Brasil: 2ª edição – Março 2020.

CFP, Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão; Ministério Público Federal. *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017*. Brasília DF: CFP, 2018.

CHIAVERINI, Dulce Helena (organizadora) et al. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília, DF. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P., org. *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. *Loucura & Civilização collection*, pp. 141-168. ISBN 978-85-7541-319-7.

COSTA, Pedro Henrique Antunes da; COLUGNATI, Fernando Antonio Basile; RONZANI, Telmo Mota. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 20, n. 10, p. 3243-3253, out. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.14612014>.

DAMOUS, Issa; ERLICH, Hilana. O ambulatório de saúde mental na rede de atenção psicossocial: reflexões sobre a clínica e a expansão das políticas de atenção primária. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 27, n. 4, p. 911-932, dez. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312017000400004>.

DELGADO, Pedro Gabriel. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. *Trabalho, Educação e Saúde*, [S.L.], v. 17, n. 2, p. 1-4, 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00212>.

DESVIAT M. Panorama internacional de la reforma psiquiátrica. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2011;16(12):4615-21.

DIMENSTEIN, Magda; SALES, André Luis; GALVÃO, Ellen; SEVERO, Ana Kalliny. Estratégia da Atenção Psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 20, n. 4, p. 1209-1226, dez. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312010000400008>.

ELIAS, F. T. S. & PATROCLO, M. A. A. Utilização de pesquisas: Como construir modelos teóricos para avaliação? *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1):000-000, 2004.

FERTONANI, Hosanna Patrig; PIRES, Denise Elvira Pires de; BIFF, Daiane; SCHERER, Magda Duarte dos Anjos. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 20, n. 6, p. 1869-1878, jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim/MG. *Cad. Saúde Pública*, v.15, n.2, 345-53, 1999.

FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz; Fundação Calouste Gulbenkian. Inovações e desafios em desinstitucionalização e atenção comunitária no Brasil. Seminário Internacional de Saúde Mental: documento técnico final. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Fundação Calouste Gulbenkian, 2015.

GIOVANELLA, L. et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saúde em Debate*, n. 26, p. 37-61, 2002.

GREEN, Judith; THOROGOOD, Nicki. *Qualitative Methods for Health Research*. London: Sage Publications, 2004. 259 p.

HARTZ, Zulmira de Araújo. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico-metodológicas e políticas institucionais. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 4, n. 2, p. 341-354, 1999.

HARTZ, Zulmira M. de Araújo; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.L.], v. 20, n. 2, p. 331-336, 2004. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2004000800026>.

HASSON, Felicity; KEENEY, Sinead; MCKENNA, Hugh. Research guidelines for the Delphi survey technique. *Journal of Advanced Nursing*, [S.L.], v. 32, n. 4, p. 1008-1015, out. 2000. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.t01-1-01567.x>.

JORGE, Maria Salette Bessa; RANDEMARK, Norma Faustino Rocha; QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira; RUIZ, Erasmo Miessa. Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de saúde mental. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [S.L.], v. 59, n. 6, p. 734-739, dez. 2006. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672006000600003>.

LEVITON LC; KHAN LK; ROG D; DAWKINS N; COTTON D. Evaluability assessment to improve public health policies, programs, and practices. *Annu Rev Public Health*. 2010; 31:213-33.

LIMA, Déborah Karollyne Ribeiro Ramos; GUIMARÃES, Jacileide. A Rede de Atenção Psicossocial sob o olhar da complexidade: quem cuida da saúde mental?. *Saúde em Debate*, [S.L.], v. 43, n. 122, p. 883-896, set. 2019a. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201912218>.

LIMA, Déborah Karollyne Ribeiro Ramos; GUIMARÃES, Jacileide. Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 29, n. 3, p. 1-20, 2019b. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312019290310>.

LIMA, Elizabeth Maria Freire de Araújo; YASUI, Silvio. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. *Saúde em Debate*, [S.L.], v. 38, n. 102, p. 593-606, 2014. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140055>.

MEDINA, Maria Guadalupe, et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, ZMA., and SILVA, LMV. orgs. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde* [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, pp. 41-63. ISBN: 978-85-7541-516-0.

MENDES, Eugênio Vilaça. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão Integrativa: Método de Pesquisa Para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 758-64.

MENDES, Márcia Fernanda de Mélo; ROCHA, Cristianne Maria Famer da. *Avaliação Em Saúde Mental: Uma Análise De Políticas Nacionais E Internacionais*. *Saúde em Redes*, v2, 4, 352-359 p., 2016.

MERHY, Emerson Elias. *Saúde: cartografia do trabalho vivo em ato*. São Paulo: Hucitec, 2002.

NUNES, Jeanine Maria Sobral; GUIMARÃES, José Maria Ximenes; SAMPAIO, José Jackson Coelho. A produção do cuidado em saúde mental: avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial territorial. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 26, n. 4, p. 1213-1232, out. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312016000400008>.

NUNES, Mônica de Oliveira; JÚNIOR, João Mendes de Lima; PORTUGAL, Clarice Moreira; TORRENTÉ, Maurice de. Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 24, n. 12, p. 4489-4498, dez. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182412.25252019>.

OLIVEIRA, Márcia Aparecida Ferreira de; CESTARI, Thais Yshida; PEREIRA, Maria Odete; PINHO, Paula Hayashi; GONÇALVES, Rejane Maria Dias de Abreu; CLARO,

Heloísa Garcia. Processos de avaliação de serviços de saúde mental: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde em Debate*, [S.L.], v. 38, n. 101, p. 368-378, 2014. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140034>.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.L.], v. 35, n. 11, p. 1-5, 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00156119>.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana; FURTADO, Juarez Pereira; TRAPÉ, Thiago Lavras; EMERICH, Bruno Ferrari; SURJUS, Luciana Togni de Lima e Silva. Indicadores para avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial tipo III: resultados de um desenho participativo. *Saúde em Debate*, [S.L.], v. 41, n. , p. 71-83, mar. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042017s07>.

OMS, Organização Mundial da Saúde. *Mental Health Atlas*. Geneva, 2018. 72 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272735/9789241514019-eng.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2020.

OMS, Organização Mundial da Saúde. *The World Health Report 2001: mental health: new understanding, new hope*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2002. 25 p. Disponível em: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf. Acesso em: 06 nov. 2020.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 547-573.

PATEL, Vikram; GARRISON, Preston; MARI, Jair de Jesus; MINAS, Harry; PRINCE, Martin; SAXENA, Shekhar. The Lancet's Series on Global Mental Health: 1 year on. *The Lancet*, [S.L.], v. 372, n. 9646, p. 1354-1357, out. 2008. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(08\)61556-1](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(08)61556-1).

PATEL, Vikram; SAXENA, Shekhar; LUND, Crick; THORNICROFT, Graham; BAINGANA, Florence; BOLTON, Paul; CHISHOLM, Dan; COLLINS, Pamela y; COOPER, Janice L; EATON, Julian. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*, [S.L.], v. 392, n. 10157, p. 1553-1598, out. 2018. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)31612-x](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(18)31612-x).

PIMENTEL, A. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa histórica. *Cadernos de Pesquisa*, n.114, p.179-195, nov., 2001.

PINHO, Eurides Santos; SOUZA, Adrielle Cristina Silva; ESPERIDIÃO, Elizabeth. Processos de trabalho dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 23, n. 1, p. 141-152, jan. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018231.08332015>.

REWORÊDO, Luciana da Silva; MAIA, Rodrigo Silva; TORRES, Gilson de Vasconcelos; MAIA, Eulália Maria Chaves. O Uso da Técnica Delphi em Saúde: uma revisão integrativa de estudos brasileiros. *Revista Arquivos de Ciências da Saúde*, [S.L.], v. 22, n. 2, p. 16-21, 13 jul. 2015. Faculdade de Medicina de Sao Jose do Rio Preto - FAMERP.

<http://dx.doi.org/10.17696/2318-3691.22.2.2015.136>.

ROTELLI, F.; LEONARDI, O. & MAURI, D. Desinstitucionalização uma outra via. In NICÁCIO, F. (org) Desinstitucionalização. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SALVADOR-CARULLA, Luiz; COSTA-FONT, Joan; CABASES, Juan; MCDAID, David; ALONSO, Jordi. Evaluating mental health care and policy in Spain. *J Ment Health Policy Econ.*, 13(2):73-86, Jun. 2010.

SEVERO, Ana Kalliny; DIMENSTEIN, Magda. Processos de trabalho e gestão na estratégia de atenção psicossocial. *Psicologia & Sociedade*, [S.L.], v. 23, n. 2, p. 340-349, ago. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-71822011000200015>.

SILVA, Ana Luisa Aranha e; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, [S.L.], v. 13, n. 3, p. 441-449, jun. 2005. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692005000300020>.

SILVA, Nathália dos Santos; MELO, Juliana Macedo; ESPERIDIÃO, Elizabeth. Avaliação dos serviços de assistência em saúde mental brasileiros: revisão integrativa da literatura. *Rev. Min. Enferm.* 16(2):280-288, 2012.

SOUZA, LEPF., SILVA, LMV., and HARTZ, ZMA. Conferência de consenso sobre a imagem objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, ZMA., and SILVA, LMV. orgs. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, pp. 65-102. ISBN: 978-85-7541-516-0. Available from: doi: 10.7476/9788575415160.

SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *einstein*, 8(1 Pt 1):102-6. 2010.

STARFIELD, Bárbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

TÃNO, Bruna Lidia; MATSUKURA, Thelma Simões. Intersetorialidade e cuidado em saúde mental: experiências dos capsij da região sudeste do brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 29, n. 1, p. 1-27, 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312019290108>.

THURSTON WE, RAMALIU A. Evaluability assessment of a survivors of torture program: lessons learned. *Can J Program Eval.* 2005; 20(2):1-25.

THURSTON WE; POTVIN L. Evaluability assessment: a tool for incorporating evaluation in social change programmes. *Evaluation.* 2003; 9(4):453-69.

TRAPÉ, Thiago Lavras; CAMPOS, Rosana Onocko. The mental health care model in Brazil: analyses of the funding, governance processes, and mechanisms of assessment. *Revista de*

Saúde Pública, [S.L.], v. 51, p. 1-8, 2017. FapUNIFESP (SciELO).
<http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006059>.

TREVISAN, M.; WALSER, T. Evaluability assessment: Improving evaluation quality and use. SAGE Publications, 2015.

VECCHIA, Marcelo dalla; MARTINS, Sueli Terezinha Ferreira. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, [S.L.], v. 13, n. 28, p. 151-164, mar. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-32832009000100013>.

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, [s.l.], v. 19, n. 55, p.1089-1100, dez. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0275>.

YASUI, S. Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010. 192 p.

YIN, Robert K. Qualitative Research from start to finish. New York: The Guilford Press, 2011. 348 p.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo de Avaliabilidade se debruçou sobre as ações de saúde dos serviços de atenção psicossocial sob a perspectiva da integralidade, reuniu um panorama de documentos e estudos da área com a participação de agentes sociais da política de saúde mental, mapeou o contexto histórico de construção e avaliação da política e estabeleceu um consenso coletivo sobre os elementos das ações dos serviços de atenção psicossocial. Com este trajeto, obtivemos um modelo teórico-lógico para subsidiar futuras avaliações, que estabelece o potencial avaliativo das ações dos serviços de Atenção Psicossocial. O modelo teórico-lógico oferece um conjunto de elementos essenciais a serem considerados em estudos avaliativos, acompanhados cada qual de descrições de suas especificidades e relação com a atenção psicossocial, o que integra assim um conjunto de recomendações gerais para estudos avaliativos neste campo.

A complexidade do processo social que caracteriza a reforma psiquiátrica acarreta um espaço de disputa entre os paradigmas asilar-biomédico e psicossocial. Portanto, as ações de saúde no campo da saúde mental, se delineiam pela produção e reprodução traços legitimados dentro de determinada normalidade e ideal sociocultural. Relacionar as ações em saúde na construção da política de saúde mental, com elementos da integralidade em saúde, e das perspectivas de atenção psicossocial territorial e comunitária, implica em mecanismos que possibilitem a disputa por novas formas de superação do modo asilar, e que apontem para formas de expressão da diferença como possibilidade de socialização e participação cidadã.

O processo de consolidação do modelo da política de saúde mental é resultado do trabalho históricos de movimentos sociais do campo da saúde com trajetória marcada por múltiplos fatores, avanços e desafios. A reforma psiquiátrica pode ser compreendida como uma construção em curso, resultante de iniciativas em políticas públicas que oferecem possibilidades de cuidado em liberdade para questões de saúde psicossocial em nossa sociedade, para seu aprofundamento e consolidação, necessitam de espaços de diálogo que efetivem uma gestão participativa nos processos de tomada de decisão no sistema.

Desta maneira, a construção de um modelo teórico-lógico das ações dos serviços de atenção psicossocial, não está em totalizar os debates, mas sim oferecer elementos para promover discussões, de modo que o sistema não perca seus princípios e diretrizes, ao mesmo passo que enfrenta os desafios sanitários atuais. Neste sentido, o modelo teórico-lógico aqui proposto compreende uma representação dos elementos fundamentais recomendados à estudos avaliativos e incentiva a ampliação e desenvolvimento de contribuições, para agregar, tanto em

relação aos seus limites de apreensão da complexidade do contexto estudado, quanto a sua constante modificação e necessidade de agregar novos elementos.

A organização da atenção à saúde ocorre a partir da relação entre serviços, compartilhamento de recursos, e direção única a objetivos comuns, e não apenas pelo somatório dos pontos de atenção. As ações em saúde se refletem pelo uso de tecnologias e concepções sobre modos de cuidado, consonantes às dimensões singulares, simbólicas e afetivas do processo de atenção às demandas e necessidades em saúde de determinado território. Desta forma, a definição coletiva de elementos mínimos em cada componente do modelo teórico-lógico buscou delinear as ações de cada serviço, suas propostas de cuidado, nível de complexidade tecnológica, formas de acesso, áreas de atuação, limites e responsabilidades.

No modelo teórico-lógico aqui apresentado as ações dos serviços de atenção psicossocial são resultadas de inter-relações entre os pontos de atenção, serviços e os atores de saúde, e expressam condições sociais de produção de determinado modo de atenção em saúde. As ações em saúde que são produzidas no processo de trabalho nos serviços de atenção psicossocial remontam perspectivas de saúde integral, interdisciplinar e intersetorial e empregam alianças entre concepções de cuidado, saberes teóricos, e valores sociais.

A integralidade demarca nexos constitutivos de sua expressão dentro do campo da saúde como meio de concretizar o direito à saúde e cidadania, da qual emergem conceitos e práticas fundamentais a serem apropriados no campo da Saúde Coletiva e Atenção Psicossocial. O caráter de substituição progressiva do hospital psiquiátrico se dá pela consolidação e aprofundamento de modos de atenção e cuidado em liberdade, de maneira que os sentidos dados à integralidade em saúde privilegiem tanto a organização dos serviços, o direcionamento único do sistema, em conjunto com a singularidade subjetiva dos sujeitos.

A participação social na construção de políticas públicas é marco do processo de Reforma Psiquiátrica brasileiro, que no campo avaliativo, deve refletir de maneira direta em contribuições nos elementos cotidianos do sistema, sobretudo daqueles que utilizam os serviços. A importância da avaliação participativa no campo da atenção psicossocial, enquanto ferramenta institucional, se evidencia em seu sentido político de reunir atores sociais que se envolvem de maneira particular em torno de objetivos comuns. Esta possibilidade abre espaço para reunir contribuições diversas e aproximar perspectivas fundamentais para superar o modelo manicomial e consolidar o paradigma psicossocial fundado na integralidade.

O panorama das avaliações em serviços de Atenção Psicossocial revela os avanços da política de saúde mental na implementação de um modelo de atenção comunitária e territorial,

ao mesmo passo que demonstra a urgência de investimentos na área. O empenho por parte das equipes de saúde frente ao contexto de trabalho cotidiano é elemento potente de mudança, contudo é de mesma importância o envolvimento participativo de distintos atores, usuários dos serviços, familiares e gestores, em pesquisas avaliativas, que visem a construção coletiva de uma avaliação.

O contexto de disputa política e acirramento das condições de efetivação democrática impactam no campo da Atenção Psicossocial, mais substancialmente no avanço do modelo psicossocial territorial e comunitário. É preciso reconhecer e implementar as contribuições de políticas avaliativas no processo de tomada de decisão e pactuação federativa, no sentido de refletir os anseios da sociedade como um todo nas iniciativas de modificação ao sistema, e qualificar mecanismos de acompanhamento e aferição dos impactos dessas modificações à política de saúde mental.

Avançar no debate para construção de indicadores, medidas e parâmetros que conduzam à uma avaliação dos serviços é ação necessária, sobretudo para evidenciar os avanços do modelo psicossocial e enfrentar elementos contraditórios na política de saúde mental brasileira. O campo da saúde como um todo, bem como a atenção psicossocial, resguarda elementos singulares locais que se evidenciam como analisadores fundamentais e contribuem para a implementação da política de saúde, bem como, a especificidade subjetiva da saúde mental é desafio à perspectivas avaliativas que se propõe a aferir a adequação do sistema. Portanto, em direção a resguardar sempre a singularidade local e especificidades subjetivas, elementos mínimos devem ser apontados, sempre resguardados da necessidade de contextualização dos procedimentos avaliativos em metodologias que observem as particularidades destes elementos.

Devido à condição pandêmica mundial o estudo se limitou por não executar etapas presenciais durante o processo de análise de consenso, compreendemos que estas poderiam engrandecer outros aspectos dos resultados aqui obtidos. Neste sentido, empenhamos esforços para minimizar barreiras de participação efetiva para recolher contribuições de todos os envolvidos. O foco dado ao processo de construção do modelo teórico-lógico, apresentando a metodologia da avaliabilidade resultou em um menor espaço para aprofundar a análise documental e as discussões provenientes da análise temática das entrevistas, o que objetivamos expor em publicações futuras.

Estudos avaliativos contribuem com a qualificação dos serviços de atenção psicossocial ao modelo de atenção comunitário e territorial, e a proteção das conquistas

históricas alcançadas, especialmente quando apresentam uma metodologia participativa. A atenção básica, centro de comunicação do sistema, enfrenta uma imprevisibilidade cotidiana que demanda tecnologias de intervenção inventivas e plurais para acolher e acompanhar processos de saúde. Sobretudo, é o único serviço de atenção psicossocial em muitos municípios de pequeno porte, assim tem a necessidade qualificação extra das ações em saúde do processo de trabalho, de modo a mapear os recursos disponíveis e orientar a atenção de acordo com as demandas e necessidades da população.

Os resultados aqui obtidos demonstram principalmente que o foco de pesquisas avaliativas no campo da saúde aponta os avanços na implementação de serviços territoriais e comunitários e a necessidade de investimento na ampliação e diversificação de serviços qualificados e relações em rede mais estruturadas e pactuadas. Destaca-se o esforço para avaliar os serviços, principalmente a atenção básica, atenção estratégica e atenção a situações de urgência e emergência, e o uso de modelos de avaliação em saúde auxilia na compreensão e operacionalização dos papéis de cada componente, seus efeitos e relações com os princípios do sistema.

Estudos avaliativos demandam enquadres metodológicos em que se destacam modelos participativos, que transcendem formatos tradicionais e passivos, para ampliar a potencialidade de contribuição formativa os grupos que transitam nos serviços de saúde e à política de saúde local como um todo. Neste sentido, abordagens que envolvem mais de um serviço, sobretudo a abranger também o papel da atenção básica em ações de atenção psicossocial, no acolhimento, acompanhamento e atenção à situações de crise, como também com a participação efetiva de equipes, usuários, familiares e gestores, são recomendações para possibilidades avaliativas profunda e abrangente da integralidade do modelo psicossocial.

A perspectiva responsiva e interativa contribuiu substancialmente em um percurso, onde que aliado ao enquadre metodológico do estudo de avaliabilidade, facilitou processos de concepção, operacionalização e divulgação do estudo. Em seguimento ao modelo teórico-lógico apresentado, sucede o desenvolvimento de uma matriz avaliativa que efetive o processo de proteção social e direitos humanos, quanto represente uma pactuação legítima e consequente para a consolidação do sistema de saúde sob a perspectiva da integralidade. Aliado a participação ampla, a avaliação enquanto ferramenta política de gestão compartilhada, permite instrumentos para subsidiar análises descritivas e as pactuações coletivas de parâmetros, critérios, indicadores, consensos e emissão de juízo de valor.

Os manicômios brasileiros representam, e sempre representarão, o local de depósito e morte de milhares de pessoas tidas como doentes mentais e incapazes de atender aos padrões de convívio social. Este elemento tanto se expressa no funcionamento dos serviços de saúde, quanto na dinâmica social das cidades, em sua manifestação física, e simbólica, nas relações sociais com os fenômenos da loucura. Garantir a legitimidade e vida dos indivíduos em uma sociedade é fundamento basilar de nossa tarefa civilizatória, define e caracteriza o que compreendemos como democracia.

Espaços em que o trânsito das diferenças contribui para o aumento da potência de vida, representam possibilidades concretas de politização das práticas sociais, e orientação formas de existência plural. É fundamental reconhecermos como legítima a diversidade de nossa história, e tomemos a responsabilidade sobre suas implicações. Se faz fundamental retomar aquilo que nos é coletivo, aquilo que nos traz sentimento de solidariedade na partilha de nossas vidas em defesa dos direitos humanos. A organização coletiva é saída para trazer no concreto a sustentação necessária para o enfrentamento, resistência e sobrevivência. Questionar a utilidade social do manicômio é questionar também os conhecimentos que fabricam a loucura, e que autorizam a violação de direitos humanos por consequência de um diagnóstico médico.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, Manoel de Lima; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. O acompanhamento terapêutico como estratégia de cuidado na atenção psicossocial. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 33, n. 4, p. 964–975, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932013000400014>>.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 23, n. 6, p.2067-2074, jun. 2018.

AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. Loucura e diversidade cultural: inovação e ruptura nas experiências de arte e cultura da Reforma Psiquiátrica e do campo da Saúde Mental no Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 21, n. 63, p. 763–774, dez. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0881>.

ASTBURY, Brad; LEEUW, Frans L. Unpacking Black Boxes: Mechanisms and Theory Building in Evaluation. *American Journal of Evaluation*, [s.l.], v. 31, n. 3, p.363-381, set. 2010. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/1098214010371972>.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O cuidado e o espaço público da saúde: virtude, vontade e reconhecimento na construção política da integralidade. In: Pinheiro R, Silva Júnior AG, organizadores. *Cidadania no cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde*. Rio de Janeiro: IMS, Cepesc-UERJ; 2011. p. 27-44. 18.

BARATIERI, Tatiane et al. Aplicação do Estudo de Avaliabilidade na área da saúde: uma revisão integrativa. *Saúde em Debate*, [s.l.], v. 43, n. 120, p.240-255, 6 maio 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201912018>.

BARRETO, Mauricio Lima. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 7, p. 2097–2108, Jul 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017227.02742017>>.

BEDIN, Dulce Maria e SCARPARO, Helena Beatriz Kochenborger. Integralidade e saúde mental no SUS à luz da teoria da complexidade de Edgar Morin. *Psicol. teor. prat.* [online]. 2011, vol.13, n.2, pp. 195-208. ISSN 1516-3687. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v13n2/v13n2a15.pdf>.

BEZERRA, Indara Cavalcante e colab. Uso de psicofármacos na atenção psicossocial: uma análise à luz da gestão do cuidado. *Saúde em Debate*, v. 40, n. 110, p. 148–161, Set 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201611011>>.

BRASIL, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 210 p. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria no 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Diário Oficial da União. 30 Jun 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Diário Oficial da União. abr. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica 11/2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes na Política Nacional sobre Drogas. Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. 2019b. Disponível em:<https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2019/02/11_23_14_123_Nota_Te%CC%81cnica_no.11_2019_Esclarecimentos_sobre_as_mudanc%CC%A7as_da_Politica_de_Sau%CC%81de_Mental.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório de Gestão 2018. Ministério da Saúde: Brasília, 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados – 12, Ano 10, nº 12, outubro de 2015. Brasília, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial. Relatório de Gestão 2011-2015. Ministério da Saúde: Brasília. Maio, 2016, 143 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. 548 p.: il. (Caderno HumanizaSUS; v. 5).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRAUN, Virginia; CLARKE, Victoria. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, [s.l.], v. 3, n. 2, p.77-101, Jan. 2006. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>.

BROUSSELLE A, CHAMPAGNE F, CONTANDRIOPOULOS AP, Hartz Z, organizadores. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.

BUENO, Paulo. Sujeito do inconsciente e sujeito de direito: ponto de conjunção ou de disjunção na interlocução da psicanálise com a saúde mental? *Stylus (Rio J.)*, Rio de Janeiro, n. 33, p. 217-225, nov. 2016.

CALADO, S. dos S; Ferreira, S.C dos R. Análise de documentos: método de recolha e análise de dados. DEFCUL, Metodologia da Investigação I, 2005. Disponível em: <http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/ichagas/mi1/analisedocumentos.pdf>.

CALVO, Maria Cristina Marino; HENRIQUE, Flávia. Avaliação: algumas concepções teóricas sobre o tema. In: LACERDA, Josimari Telino; TRAEBERT, Jefferson Luiz. A Odontologia e a estratégia saúde da família. Tubarão: Unisul, 2006. p. 115-139.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, p. 569–584, 2003. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000200018>>.

CAMPOS, Junior Ailson; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Estudo sobre práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Primária: o caso de um município do interior do estado do Rio de Janeiro. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 23, n. 4, p. 425–435, Dez 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201500040226>>.

CAMPOS, R. T. O., FERRER, A. L., GAMA, C. A. P., CAMPOS, G. W. S., TRAPÉ, T. L., e DANTAS, D. V. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde em Debate*, v. 38, n. especial, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S019>>.

CARMO, Michelly Eustáquia do; GUIZARDI, Francini Lube. Desafios da intersectorialidade nas políticas públicas de saúde e assistência social: uma revisão do estado da arte. *Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 27 [4], p. 1265-1286, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v27n4/0103-7331-physis-27-04-01265.pdf>>

CARVALHO, M. R. Modelos assistenciais de unidades básicas e integralidade. Estudo de caso: a área de planejamento 3.1 (RJ/RJ), contribuição para sua distritalização Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; Rio de Janeiro, 1991.

CARVALHO, Maria de Fátima Alves Aguiar e colab. Uncoordinated psychosocial network compromising the integrality of care. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 51, n. 0, 15 Mar 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016040703295>>.

CASTELLS, M. *The Power of Identity: The Information Age: Economy, Society, and Culture*. Volume II. Oxford: Blackwell Publishers, 1997.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 13, n. 3, p. 469–478, Set 1997. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1997000300022>>.

COELHO, Ivan Batista. Democracia sem equidade: um balanço da reforma sanitária e dos dezenove anos de implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 1, p. 171–183, Jan 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000100023>>.

COHEN, E.; FRANCO, R. *Avaliação de Projetos Sociais*. 8ª. Ed. Petrópolis: Vozes, 44 2008.

CONILL, E. M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 20, n. 5, p. 1.417-1.423, set.-out. 2004.

CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cad Saúde Pública*, n. 18, Supl, p. 191-202, 2002.

COOPER, D. *Psiquiatria e antiPsiquiatria*. Buenos Aires, Biblioteca de Psiquiatria, Psicopatologia e Psicossomática, Ed. Paidós, 1971.

COSTA, Pedro Henrique Antunes da; COLUGNATI, Fernando Antonio Basile; RONZANI, Telmo Mota. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 10, p. 3243–3253, out. 2015.

COSTA-ROSA, A. da. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000. 29 p.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 Anos da Lei 10.216/2001. *Arq. bras. psicol.* [online]. 2011, vol.63, n.2, pp. 114-121. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arp/v63n2/12.pdf>.

DELGADO, Pedro Gabriel. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 17, n. 2, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00212>.

DESVIAT, Manuel. A reforma psiquiátrica. Editora FIOCRUZ, DGO - Digital original, 2, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7476/9788575415436>

ELIAS, Flávia Tavares Silva; PATROCLO, Maria Aparecida de Assis. Utilização de pesquisas: como construir modelos teóricos para avaliação?. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 10, n. 1, p. 215-227, mar. 2005. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232005000100028>.

FERRO, Luís Felipe. Fortalecimento Do Controle Social Em Saúde Mental: estratégias e possibilidades. *Cadernos de Terapia Ocupacional da Ufscar*, [S.L.], v. 24, n. 3, p. 601-610, 2016. Editora Cubo. <http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctore0691>.

FERTONANI, Hosanna Patrig; PIRES, Denise Elvira Pires de; BIFF, Daiane; SCHERER, Magda Duarte dos Anjos. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 20, n. 6, p. 1869-1878, jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>.

FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz; Fundação Calouste Gulbenkian. Inovações e desafios em desinstitucionalização e atenção comunitária no Brasil. Seminário Internacional de Saúde Mental: documento técnico final. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Fundação Calouste Gulbenkian, 2015.

FLEURY, Sonia; OUVENERY, Assis. O sistema único de saúde brasileiro: Desafios da gestão em rede. *Rev. Portuguesa e Brasileira de Gestão* [online]. 2012, vol.11, n.2-3, pp.74-83. ISSN 1645-4464. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpbg/v11n2-3/v11n2-3a07.pdf>.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15, n. 2, p. 345–353, Abr 1999. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1999000200019>>.

FURTADO, Juarez Pereira e colab. Planejamento e Avaliação em Saúde: entre antagonismo e colaboração. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, n. 7, 23 Jul 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00087917>>.

GALVANESE, Ana Tereza Costa; NASCIMENTO, Andreia de Fatima; DOLIVEIRA, Ana Flavia Pires Lucas. Arte, cultura e cuidado nos centros de atencao psicossocial. *Revista de Saúde Pública*, v. 47, n. 2, p. 360–367, jun. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047003487>.

GIOVANELLA, L. et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saúde em Debate*, n. 26, p. 37-61, 2002.

GIOVANELLA, Ligia et al (orgs): Políticas e Sistema de saúde no Brasil. Ed Fiocruz, Rio de Janeiro, 2008.

GREEN, Judith; THOROGOOD, Nicki. *Qualitative Methods for Health Research*. London: Sage Publications, 2004. 259 p.

GUBA, EG; LINCOLN, YS. *Avaliação de Quarta Geração*. Campinas: Editora da UNICAMP, 2011.

GUIMARÃES, José Maria Ximenes; JORGE, Maria Salete Bessa; MAIA, Regina Claudia Furtado; OLIVEIRA, Lucia Conde de; MORAIS, Ana Patrícia Pereira; LIMA, Marcos Paulo de Oliveira; ASSIS, Marluce Maria Araújo; SANTOS, Adriano Maia dos. Participação social na saúde mental: espaço de construção de cidadania, formulação de políticas e tomada de decisão. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 15, n. 4, p. 2113-2122, jul. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232010000400025>.

HARTZ, Zulmira M. de Araújo; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.L.], v. 20, n. 2, p. 331-336, 2004. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2004000800026>.

HORTALE, Virginia Alonso. Fórum: a integralidade na perspectiva da formação, das práticas e da avaliação em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 5, p. 1398–1399, Out 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500035>>.

ILIBIO, M. B. e VIEIRA R. S. Controle social na saúde: análise do tratamento dado a participação popular a partir das conferências nacionais de saúde pós constituição de 1988.

Revista de Direito Sociais e Políticas Públicas. Brasília, v. 3, n. 1, p. 78, 2017. Disponível em: <https://www.indexlaw.org/index.php/revistadspp/article/view/1937/pdf>.

JACOB, Ks; SHARAN, P; MIRZA, I; GARRIDO-CUMBRERA, M; SEEDAT, S; MARI, Jj; SREENIVAS, V; SAXENA, Shekhar. Mental health systems in countries: where are we now? *The Lancet*, [S.L.], v. 370, n. 9592, p. 1061-1077, set. 2007. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(07\)61241-0](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(07)61241-0).

KEMPER, Maria Lenz Cesar e colab. Integralidade e redes de cuidado: uma experiência do PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 19, n. suppl 1, p. 995–1003, Dez 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.1061>>.

LAING, R. D. O eu dividido. Estudo existencial da sanidade e da loucura. 5a Ed. Trad. Áurea Brito Weissenberg. Petrópolis, RJ: Vozes, P. 15 - 40, 1973.

LAPÃO, L. V., ARCENCIO, R. A., POPOLIN, M. P., e RODRIGUES, L. B. Atenção Primária à Saúde na coordenação das Redes de Atenção à Saúde no Rio de Janeiro, Brasil, e na região de Lisboa, Portugal. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3), 713-724. 2017. doi: 10.1590/1413- 81232017223.33532016.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*, [S.L.], v. 20, n. 4, p. 867-874, dez. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902011000400005>.

LEITE, Loiva dos Santos; ROCHA, Kátia Bones; SANTOS, Liliane Maria Dos. A tessitura dos encontros da rede de atenção psicossocial. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 16, n. 1, p. 183–200, 11 Dez 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00101>>.

LIMA, Déborah Karollyne Ribeiro Ramos; GUIMARÃES, Jacileide. Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 29, n. 3, p. 1-20, 2019b. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312019290310>.

LIMA, EJB. O cuidado em saúde mental e a noção de sujeito: pluralidade e movimento. In: SPINK, MJP., FIGUEIREDO, P., and BRASILINO, J., orgs. *Psicologia social e personalidade* [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; ABRAPSO, 2011.

MEDINA, MG., et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, ZMA., and SILVA, LMV. orgs. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde* [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, pp. 41-63. ISBN: 978-85-7541-516-0. Available from: doi: 10.7476/9788575415160.

MENDES, Eugênio Vilaça. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina; GALVÃO, Cristina Maria. *Revisão Integrativa: Método De Pesquisa Para A Incorporação De Evidências Na Saúde E Na*

Enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 758-64. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.

MENDES, Márcia Fernanda de Mélló; ROCHA, Cristianne Maria Famer da. Avaliação Em Saúde Mental: Uma Análise De Políticas Nacionais E Internacionais. *Saúde em Redes*, [s.l.], v. 2, n. 4, p.352-359, 2016. Disponível em: http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/775/pdf_49.

MENEZES, Alice Lopes do Amaral e colab. Paralelos entre a produção científica sobre saúde mental no Brasil e no campo da Saúde Mental Global: uma revisão integrativa. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, n. 11, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00158017>.

NASCIMENTO, Bruna Maria. Ensaio Sobre A Tendência Neoconservadora Na Saúde: Problematizações No Capitalismo Contemporâneo. *Anais do 16º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social*. UFES, Vitória – ES, 2018. Disponível em: <https://www.periodicos.ufes.br/abepss/article/view/22622>.

NICÁCIO, F. (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 2001.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde: SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 435-472.

OLIVEIRA, Márcia Aparecida Ferreira de; CESTARI, Thais Yshida; PEREIRA, Maria Odete; PINHO, Paula Hayashi; GONÇALVES, Rejane Maria Dias de Abreu; CLARO, Heloísa Garcia. Processos de avaliação de serviços de saúde mental: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde em Debate*, [S.L.], v. 38, n. 101, p. 368-378, 2014. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140034>.

OMS, Organização Mundial da Saúde. *Mental Health Action Plan 2013-2020*. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland. 2013, ISBN 978 92 4 150602 1. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>.

OMS, Organização Mundial da Saúde. *Mental Health Atlas*. Geneva, 2018. 72 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272735/9789241514019-eng.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2020.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.L.], v. 35, n. 11, p. 1-5, 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00156119>.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana; FURTADO, Juarez Pereira; TRAPÉ, Thiago Lavras; EMERICH, Bruno Ferrari; SURJUS, Luciana Togni de Lima e Silva. Indicadores para avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial tipo III: resultados de um desenho participativo. *Saúde em Debate*, [S.L.], v. 41, n. , p. 71-83, mar. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042017s07>.

ORTIGA, A. M. B. Efeitos da municipalização no acesso e na integralidade dos serviços de saúde, Blumenau, SC, (1994-1998) Dissertação (Mestrado) - Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

OUVERNEY, AM., e NORONHA, JC. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013.

PIMENTEL, Alessandra. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. Cadernos de Pesquisa, [S.L.], n. 114, p. 179-195, 2001. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0100-15742001000300008>.

PINHEIRO, Roseni; MATOS, Ruben Araujo de (orgs.) Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro, CEPESC, 484 p. 2006.

RICARDI, Luciani Martins; SHIMIZU, Helena Eri; SANTOS, Leonor Maria Pacheco. As Conferências Nacionais de Saúde e o processo de planejamento do Ministério da Saúde. Saúde em Debate, v. 41, n. spe3, p. 155–170, Set 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042017s312>>.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: Nicácio, F. (Org.). Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 2001.

SAMICO, I. (Org.). Avaliação em saúde - Bases Conceituais e Operacionais. Rio de Janeiro: MEDBOOK - Editora Científica Ltda, 2010.

SANTOS, Lenir. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, n. 4, p. 1281–1289, Abr 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.26392016>>.

SERAPIONI, Mauro. Conceitos e métodos para a avaliação de programas sociais e políticas públicas Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto, Vol. XXXI, p. 59-80, 2016.

SILVA JUNIOR, A. G. Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998

SILVA JUNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004. p. 241-257.

SILVA, Nathália dos Santos; MELO, Juliana Macedo; ESPERIDIÃO, Elizabeth. Avaliação dos serviços de assistência em saúde mental brasileiros: revisão integrativa da literatura. Rev. Min. Enferm. 16(2):280-288, 2012.

SILVEIRA, Bruno Carlos; COSTA Suelen Pontes; JORGE, Lourdes Bessa. Redes de atenção à saúde como produtoras de cuidado em saúde mental: uma análise reflexiva. Revista

Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, n. 19, Jun 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0203>>.

SOUZA, LEPF., SILVA, LMV.;HARTZ, ZMA. Conferência de consenso sobre a imagem objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, ZMA., and SILVA, LMV. orgs. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, pp. 65-102. ISBN: 978-85-7541-516-0. Disponível em: doi: 10.7476/9788575415160.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Integrative review: what is it? how to do it? Einstein (São Paulo), [S.L.], v. 8, n. 1, p. 102-106, mar. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>.

STARFIELD, B. Measuring the attainment of primary care. J Med Educ, n. 54, p. 361-9, 1979.

STEEL, Zachary; MARNANE, Claire; IRANPOUR, Changiz; CHEY, Tien; JACKSON, John W; PATEL, Vikram; SILOVE, Derrick. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. International Journal Of Epidemiology, [S.L.], v. 43, n. 2, p. 476-493, 19 mar. 2014. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyu038>.

SZASZ, T. Ideologia e doença mental. Trad. José Sanz. Rio de Janeiro: Zahar, P. 9-30, 1977.

THURSTON, W. E.; RAMALIU, A. Evaluability assessment of survivors of torture program: lessons learned. Canadian Journal of Program Evaluation. Renfrew, v. 20, n. 2, p. 1-25, 2005.

THURSTON, Wilfreda E.; POTVIN, Louise. Evaluability Assessment: a tool for incorporating evaluation in social change programmes. Evaluation, [S.L.], v. 9, n. 4, p. 453-469, out. 2003. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/1356389003094006>.

TRAPÉ, Thiago Lavras; CAMPOS, Rosana Onocko. The mental health care model in Brazil: analyses of the funding, governance processes, and mechanisms of assessment. Revista de Saúde Pública, [S.L.], v. 51, p. 1-8, 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006059>.

TREVISAN, M.; WALSER, T. Evaluability assessment: Improving evaluation quality and use. SAGE Publications, 2015. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.4135/9781483384634>.

TÃNO, Bruna Lidia; MATSUKURA, Thelma Simões. Intersetorialidade e cuidado em saúde mental: experiências dos capsij da região sudeste do brasil. Physis: Revista de Saúde Coletiva, [S.L.], v. 29, n. 1, p. 1-27, 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312019290108>.

VASCONCELOS, Michele de Freitas Faria De; PAULON, Simone Manieri. Instituição militância em análise: a (sobre)implicação de trabalhadores na Reforma Psiquiátrica brasileira. Psicologia & Sociedade, v. 26, n. spe, p. 222-234, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822014000500023>>.

VENTURINI, E. *A Linha Curva: o espaço e o tempo da desinstitucionalização*. Moulin (trad.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016.

VIEGAS, S. M. DA F.; PENNA, C. M. DE M. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 19, n. 55, p. 1089–1100, dez. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0275>.

VIGO, Daniel; THORNICROFT, Graham; ATUN, Rifat. Estimating the true global burden of mental illness. *The Lancet Psychiatry*, [S.L.], v. 3, n. 2, p. 171-178, fev. 2016. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s2215-0366\(15\)00505-2](http://dx.doi.org/10.1016/s2215-0366(15)00505-2).

WEBER, César Augusto Trinta; JURUENA, Mario Francisco. Day hospital and psychosocial care center: Expanding the discussion of partial hospitalization in mental health. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 62, n. 4, p. 361–367, Jul 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.62.04.361>.

WHITE, Ross G. e IMPERIALE, Maria Grazia e PERERA, Em. The Capabilities Approach: Fostering contexts for enhancing mental health and wellbeing across the globe. *Globalization and Health*, v. 12, n. 1, 5 Maio 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12992-016-0150-3>.

YASUI, S. *Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010. 192 p.

YIN, Robert K. *Qualitative Research from start to finish*. New York: The Guilford Press, 2011. 348 p.

APÊNDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Introdução:

Olá, participante, você foi convidado a participar de uma entrevista que faz da pesquisa intitulada “**AVALIABILIDADE DAS AÇÕES EM SAÚDE DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL SOB A PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE** “. Esta pesquisa quer a reunir informações sobre como os Serviços de Atenção Psicossocial funcionam de uma forma adequada, ou seja, formas avaliação. Essa entrevista deve durar 60 minutos, não vai revelar sua identidade prezando por seu respeito e sigilo. Nossa conversa está dividida em três momentos: um reconhecimento com o grupo de interesse que você mais se identifica, perguntas abertas sobre o tema, e informações sobre seu perfil. O uso do resultado desta entrevista somente será utilizado posteriormente a sua autorização pelo TCLE, a entrevista será gravada de modo a evitar qualquer tipo de alteração das informações, opiniões ou pontos de vista sobre o que vamos conversar, e depois da entrevista, o que foi gravado será transcrito, você pode ter acesso a qualquer informação que desejar. As perguntas buscam a sua opinião e experiência com estes serviços, não existe certo ou errado, suas respostas não serão julgadas nem qualificadas de nenhuma forma e você também pode fazer perguntas em qualquer parte de nossa conversa.

Identificação do Grupo de interesse:

Sujeitos de Direito Que Utilizam algum serviço da Política de SM ()

Técnicos e trabalhadores dos serviços ()

Membros da gestão ou Coordenadores de serviços ()

Representantes de Universidades ()

Outros () Qual? _____

Objetivo da Entrevista: Levantar elementos para compor um Modelo Inicial da Integralidade das Ações em Saúde da Atenção Psicossocial.

Abertura

1 - Você pode falar sobre sua experiência com serviços de Saúde Mental? (experiência)

Aprofundamento: O que você pode comentar sobre as ações em saúde que você desempenha no seu serviço?

Você avalia positivamente ou negativamente essa experiência? Porque?

Obj.: Identificar o contexto de trabalho e o histórico com as ações de saúde que o técnico/trabalhador realiza em seu serviço.

Menor complexidade

2 - Pode explicar como o serviço de saúde mental que você trabalha funciona? (conhecimento)

Aprofundamento: No funcionamento do seu serviço, você pode enumerar quais serviços ou setores o seu se relaciona? Você pode explicar como estes outros serviços/setores funcionam? CASO NÃO: Na sua opinião porque seu serviço não se relaciona com outros?

Obj.: Compreender o entendimento do técnico/trabalhador sobre o funcionamento do serviço em que este trabalha e sua relação com outros serviços/setores.

3 - De acordo com o seu entendimento você pode descrever o papel: da Unidade Básica de Saúde? CAPS?

Serviços hospitalares e de atenção à crise (manicômio)? das comunidades terapêuticas? Serviço de Residencial de caráter transitório? Centros de Convivência? (conhecimento)

Obj.: Delimitar o conhecimento sobre papel dos serviços de saúde na atenção psicossocial.

4 - Dentre as ações de: Acolhimento (Acompanhamento e Atenção à crise) quais são as potencialidades que você percebe nos serviços de Saúde Mental que você frequenta/atua? Aprofundamento: Nestas mesmas ações quais são as fragilidades?

Obj.: Identificar as potencialidades e fragilidades das ações de Acolhimento, Acompanhamento e Atenção à Crise.

Maior complexidade

5 - Considerando a maior ou menor gravidade das situações de sofrimento psicossocial, como a atenção à saúde mental deve se organizar? (dar exemplo).

Aprofundamento: Para você quais os critérios de encaminhamento dentre os níveis de complexidade? atenção básica, da média complexidade e de alta complexidade? Como o diagnóstico se relaciona com o encaminhamento? (opinião).

Obj.: Descrever a ordenação do cuidado em saúde mental a partir do conhecimento do entrevistado.

6 - Nessa organização, quais atividades são fundamentais para um bom funcionamento dos serviços de atenção psicossocial?

Aprofundamento: Tendo em mente as atividades que você citou, quais são os resultados esperados dos serviços de saúde mental de acordo com a gravidade da situação? (Ressocialização, rede de apoio, demandas sociais).

Obj.: Retratar as ações e resultados esperados da saúde mental nos serviços de atenção psicossocial.

7 - Dentre tudo que a atenção psicossocial objetiva realizar, quais recursos físicos para você não podem faltar para que os serviços de saúde mental funcionem?(Estrutura, materiais, insumos, benefícios, saberes e práticas).

Obj.: Identificar os recursos e as atividades essenciais da atenção psicossocial.

8 - Pensando nos recursos, ações e resultados, o que pra você pode indicar um bom funcionamento dos serviços de atenção psicossocial para você? Aprofundamento: O que pra você pode mostrar um funcionamento inadequado dos serviços de atenção psicossocial?

Obj.: Observar a impressão sobre a indicadores possíveis da atenção prestada.

9 - Gostaria de saber, de acordo com a sua percepção particular, o que é integralidade em saúde?

Aprofundamento: Como você percebe a integralidade no seu cotidiano de trabalho? O funcionamento do seu serviço de saúde mental dá conta de maneira completa do atendimento na atenção psicossocial? Porque?

Obj.: Debater as percepções sobre a integralidade das ações de saúde da Atenção Psicossocial.

Fechamento

10 - O que para você é algo que deveria ser mudado nos serviços de Atenção Psicossocial? (opinião)

Aprofundamento: Há algo mais que você gostaria de comentar, sugerir ou acrescentar sobre toda a entrevista?

Obj.: Abrir espaço para contemplar questões não abordadas anteriormente.

Fonte: Elaborada pelo autor (2020).

APÊNDICE B

ROTEIRO GUIADO PARA ANÁLISE DE CONSENSO

Apresentação:

Avaliar as Políticas de Saúde Mental sob a perspectiva da Saúde Coletiva é crucial para avanços na área. Contudo, tais debates devem construir bases condizentes, sob pena de reproduzirmos em novos modelos de saúde velhas fórmulas de exclusão social. Neste sentido, a importância da avaliação deve se orientar tanto como processo institucional potente de implementação e avanço de serviços, quanto em sentido político como instrumento de construção coletiva e transformação social. Ou seja, ao mesmo passo que é ação voltada para verificação do funcionamento dos serviços que desempenham ações de Saúde Mental, contribui com o desenvolvimento técnico e profissional e com o exercício de cidadania crítica sobre as condições de saúde e doença da sociedade, promove um processo formativo no questionamento do modelo manicomial e aprofunda a consolidação do paradigma psicossocial.

O histórico da reforma psiquiátrica como movimento internacional contribuiu para a mudanças no modelo de atenção à Saúde Mental e a existência de dispositivos territoriais organizados em uma lógica psicossocial. O presente estudo caracteriza-se como uma Pesquisa Avaliativa com o objetivo de realizar um Estudo de Avaliabilidade das Ações em Saúde dos Serviços de Atenção Psicossocial sob a Perspectiva da Integralidade.

Com o envolvimento daqueles que utilizam, trabalham, gestionam e estudam a Política de Saúde Mental, se espera analisar os componentes e ações para definir formas de verificar seu funcionamento. Se espera com este projeto avançar com os debates de avaliação dentro do campo da Saúde Mental Coletiva, a reformular antigos problemas, abrir possibilidades para discussões atuais e oferecer alternativas para os desafios que circundam a política de Atenção Psicossocial.

Metodologia:

Este projeto está inserido no Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, na modalidade de Mestrado, no campo de conhecimento de Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva e na temática de Avaliação em Saúde. Compõe um grupo de Estudos e Pesquisa de Avaliação de Políticas de Saúde Mental vinculado ao Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (NEPAS), ao qual envolve, além deste projeto, outra dissertação de mestrado e uma tese de doutorado também dentro da mesma temática, sendo que esta última agregará os resultados deste presente projeto.

Trata-se de uma pesquisa avaliativa de natureza qualitativa, que pretende realizar um estudo de avaliabilidade das ações em saúde dos serviços de Atenção Psicossocial sob a perspectiva da integralidade. Serão utilizados dados primários e secundários que melhor ofereça as condições para construir e pactuar o modelo lógico com os distintos atores sociais e seus grupos de interesse.

O presente projeto utiliza o Estudo de Avaliabilidade (Thurston e Potvin, 2003; Thurston e Ramaliu, 2005; e Trevisan e Walser, 2015), que se define como um conjunto de procedimentos metodológicos que objetiva definir as partes essenciais do funcionamento de algum programa, reúne os interesses de grupos envolvidos com o programa, promove espaços de interação para analisar os componentes e procedimentos, constrói coletivamente uma teoria sobre o funcionamento do programa e implementa melhorias a fim de favorecer o uso dos resultados das avaliações.

Procedimentos de Pesquisa:

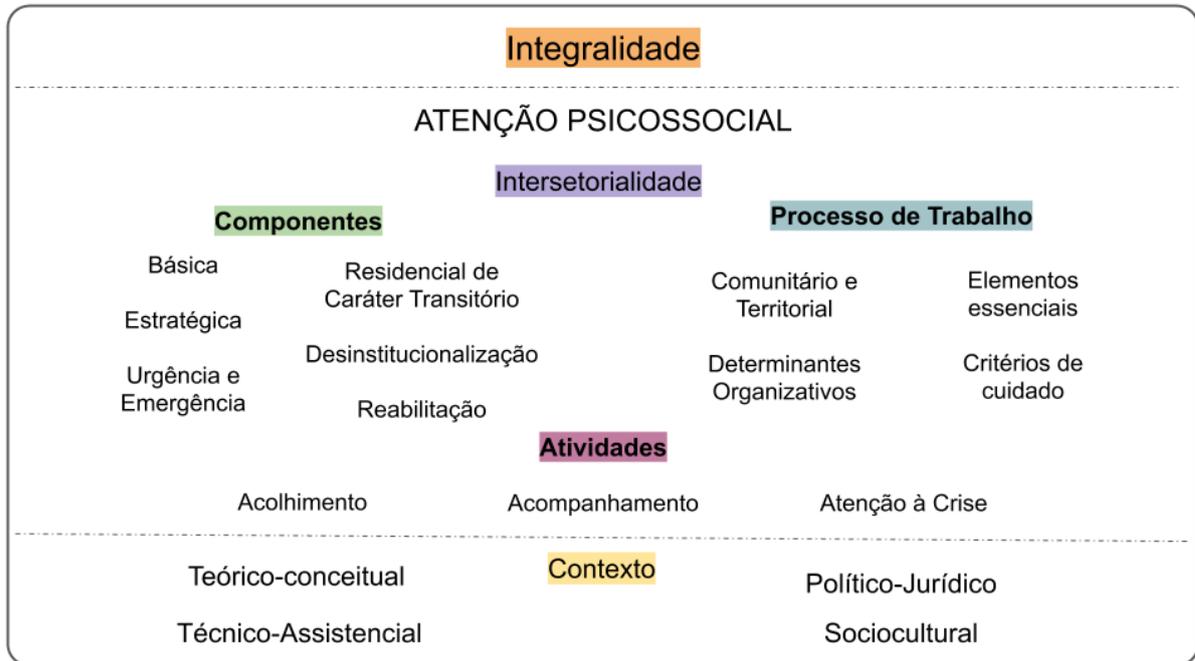
Este é a última etapa de análise de consenso, onde que as sugestões da primeira etapa foram acatadas e refletindo em modificações no modelo e na descrição de cada item. O modelo foi construído após a conclusão de entrevistas e análise documental, que reuniram a perspectiva de pessoas que utilizam, trabalham, gestionam e estudam a Política de Saúde Mental. Importante ressaltar que não é o objetivo do trabalho construir medidas de comparação e indicadores no momento, estes serão elaboradas em um estudo posterior, o foco está em constituir o modelo de funcionamento dos serviços de atenção psicossocial.

Portanto, este modelo será apreciado por você com o intuito de reunir contribuições para melhor adequar sua representação. Esta etapa será realizada de maneira remota dada a impossibilidade atual de realizar encontros presenciais. Os materiais apresentados a seguir são a representação do modelo inicial (Anexo A) e um roteiro guiado (Anexo B) com a descrição de cada componente do modelo.

Os itens principais e secundários do modelo estão organizados por cores para facilitar a orientação. Você poderá expressar sua concordância ou discordância para cada item e sua descrição, bem como contribuir com sugestões que achar pertinentes.

Não se preocupe em oferecer reflexões completas ou elaboradas, todo compartilhamento é válido, tome seu tempo para realizar este procedimento, não se preocupe se não tiver sugestões e fique a vontade para se expressar com suas próprias palavras. Se tiver dúvidas, poderá entrar em contato com o autor da pesquisa.

Anexo A - Modelo Inicial das Ações em Saúde dos Serviços de Atenção Psicossocial



MODIFICAÇÕES

O modelo foi modificado adicionando sugestões dos participantes, a integralidade foi mantida quando princípio orientador dos serviços de atenção psicossocial, onde a intersetorialidade acompanha como consequência de suas dimensões, em sequência os componentes e processo de trabalho foram organizados em paralelo sustentados pelas atividades presentes em todos os itens, o contexto se mantém quanto elementos que intervêm nos serviços de atenção psicossocial.

Anexo B - ROTEIRO GUIADO DE ANÁLISE DE CONSENSO:

1 - CONTEXTO

Esta seção reúne elementos que dizem respeito ao cenário no qual o funcionamento dos serviços de Atenção Psicossocial se desenvolve, expõe suas características e elementos que influenciam no funcionamento dos serviços de atenção psicossocial. Não representa o que seria idealizado ou recomendado normativamente, mas uma descrição breve do que se vivencia no cotidiano dos serviços, esta parte é composta por quatro elementos que descrevem as variáveis de contexto: técnico-assistencial, teórico-conceitual, sociocultural e político-jurídico.

1 - NOME DO ITEM

1.1 - Contexto Técnico Assistencial

2 - DESCRIÇÃO

Se refere à capacidade do trabalho em saúde, as práticas terapêuticas, bem como a formação dos profissionais, marcado ainda por um contexto de trabalho com tensionamentos entre as intervenções pautadas em paradigmas biomédico e psicossocial.

3 - MODIFICAÇÕES

Se buscou equilibrar as afirmações frisando a relação entre os paradigmas biomédico e psicossocial, quanto ao funcionamento do modelo de atenção, a formação em saúde e as práticas assistenciais.

4 - () CONCORDO TOTALMENTE () CONCORDO PARCIALMENTE () DISCORDO
5 - SUGESTÕES DO PARTICIPANTE

1 - NOME DO ITEM: 1.2 - Contexto Teórico-conceitual
2 - DESCRIÇÃO: Engloba avanços da produção de conhecimento científico e tecnológico em perspectiva Psicossocial em transição paradigmática do entendimento sobre os fenômenos da Saúde Mental, e reúne pressupostos em disputa com o modelo psiquiátrico tradicional.
3 - MODIFICAÇÕES O item foi renomeado para teórico-conceitual com o intuito de facilitar a compreensão, e dar enfoque no contexto de produção e uso de conhecimento.
4 - () CONCORDO TOTALMENTE () CONCORDO PARCIALMENTE () DISCORDO
5 - SUGESTÕES DO PARTICIPANTE

1 - NOME DO ITEM: 1.3 - Contexto Sociocultural
2 - DESCRIÇÃO: O contexto sociocultural representa o conjunto de fatores relativos às atividades, organizações e significados da dinâmica social em relação aos fenômenos da Saúde Mental, e que se expressa por modos de interação entre os sujeitos. Está marcado por tensões na afirmação da cidadania, enfrentamento dos estigmas sociais decorrentes do diagnóstico, e interseccionalidades (por exemplo, sexo, gênero e orientação sexual, cor da pele/ etnia, crença e classe social).
3 - MODIFICAÇÕES Este item foi reorganizado, agrupando elementos representativos e de identidade que envolvem as experiências de dimensão sociocultural do campo da atenção psicossocial.
4 - () CONCORDO TOTALMENTE () CONCORDO PARCIALMENTE () DISCORDO
5 - SUGESTÕES DO PARTICIPANTE

1 - NOME DO ITEM: 1.4 - Contexto Político-Jurídico
2 - DESCRIÇÃO: Se refere às intencionalidades e anseios de grupos sociais refletidas na normatização dos serviços, sua organização e operação, e que dão forma à política de saúde mental. Os marcos políticos-

jurídicos podem se expressar como favoráveis ou não favoráveis à atenção psicossocial, não sendo um processo linear.

3 - MODIFICAÇÕES

Se optou por não apresentar os marcos legais passados e atuais pois tal resgate histórico é apresentado no referencial, e é objeto de avaliação normativa. A descrição deste item foi composta de maneira a aprofundar o panorama político-jurídico, para além de oferecer uma listagem das principais modificações normativas.

4 - () CONCORDO TOTALMENTE () CONCORDO PARCIALMENTE () DISCORDO

5 - SUGESTÕES DO PARTICIPANTE

2 - INTEGRALIDADE

Este item é princípio da política de saúde, portanto é transversal aos demais itens do modelo e deve orientar todas as ações e serviços em saúde. Particularmente, neste modelo o conceito de integralidade é empregado com o intuito de direcionar as ações dos serviços de atenção psicossocial em múltiplos aspectos, tanto à singularidade do sujeito, a organização dos serviços e equipes de saúde quanto como ideal do sistema de saúde. Está descrito em três dimensões: Vínculo e cuidado singular, Coordenação e organização do cuidado e Princípio da política de saúde.

1 - NOME DO ITEM:

2.1 - Vínculo e cuidado singular

2 - DESCRIÇÃO:

Engloba questões das relações sociais e processos de subjetividade dos sujeitos, seus projetos, sonhos e vontades que configuram hábitos de vida e formas de cuidado de si. As intervenções em saúde devem ser construídas em conjunto com estes fatores de modo a considerar as condições sociais, diferenças e a singularidade de vida em vínculos corresponsáveis e longitudinais, para compor modos de acompanhar e participar dos processos de retomada de autonomia do sujeito.

3 - MODIFICAÇÕES

A descrição do item buscou contemplar os apontamentos sobre a dimensão do sujeito e seu lugar nos processos de atenção à saúde, o que intervém na organização do serviço visando atender a perspectiva de integralidade em saúde.

4 - () CONCORDO TOTALMENTE () CONCORDO PARCIALMENTE () DISCORDO

5 - SUGESTÕES DO PARTICIPANTE

1 - NOME DO ITEM:

2.2 - Coordenação e Organização do cuidado

2 - DESCRIÇÃO

Envolve ações de gestão, informação, organização de recursos e atenção para um cuidado contínuo, de forma articulada entre os níveis primário, secundário e terciário. Utiliza a perspectiva de saúde

ampliada e a partir dos condicionantes e determinantes de saúde, elementos socioculturais, histórico-políticos e fatores de risco ou proteção presentes no território.

3 - MODIFICAÇÕES

Este item teve sua descrição remodelada a fim de reunir as questões da integralidade dos serviços e as ações de organização da atenção para oferecer um cuidado articulado entre as equipes de saúde e os níveis de atenção do sistema de saúde.

4 - () CONCORDO TOTALMENTE () CONCORDO PARCIALMENTE () DISCORDO

5 - SUGESTÕES DO PARTICIPANTE

1 - NOME DO ITEM:

2.3 - Princípio da política de saúde

2 - DESCRIÇÃO:

Conjunto articulado de ações e serviços, preventivos e curativos, individuais e coletivos, para a singularidade de cada caso, com promoção de saúde nos diversos estágios e dimensões do processo de sofrimento em longitudinalidade da atenção nos níveis de complexidade do sistema.

3 - MODIFICAÇÕES

O ponto se refere à dimensão da integralidade enquanto princípio normativo da política de saúde, representa uma imagem-objetivo do que se espera alcançar com as ações de saúde, e engloba as dimensões da singularidade psicossocial, organização dos serviços para continuidade do cuidado e integração entre a política de saúde e demais setores.

4 - () CONCORDO TOTALMENTE () CONCORDO PARCIALMENTE () DISCORDO

5 - SUGESTÕES DO PARTICIPANTE

3 - INTERSETORIALIDADE

Articulações em conjunto com ações e serviços de outros setores para efetivar intervenções coerentes às complexidades das demandas em saúde, em graus e modos de ação inventiva e sinérgica no fazer assistencial cotidiano, que envolve as equipes de saúde, gestão e coordenação de políticas públicas, em direção à uma complementariedade de recursos e competências.

MODIFICAÇÕES

O item foi redimensionado a fim de expressar as características da intersectorialidade, tanto como ações no cotidiano do serviço, quanto um suporte estrutural de movimentos de organização e gestão do funcionamento dos serviços da atenção psicossocial. Foram removidos os itens de intersectorialidade dos outros locais do modelo.

1 - NOME DO ITEM:

3.1 - Setores e Serviços

2 - DESCRIÇÃO:

<p>3.1.1 - Assistência Social CRAS, PAIF, CREAS, PAEFI, Serviços de referência à pessoa com deficiência, Serviços de Acolhimento diurno e noturno, Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, Centros de informação e de educação para o trabalho, Abordagem de Rua, CENTROPOP.</p> <p>3.1.2 - Educação Programa Saúde na Escola, Educação de Jovens e Adultos, Educação Básica, Ensino Médio, Ensino Técnico e Educação Superior.</p> <p>3.1.3 - Justiça Defensoria Pública, Ministério Público, Fórum de justiça, Tribunais de Justiça e do Trabalho.</p> <p>3.1.5. Segurança Pública Polícias municipais e estaduais, Delegacias de proteção à criança, adolescente, mulher e idoso.</p> <p>3.1.5. Organizações da sociedade civil Associações Comunitárias, ONGs, Organizações religiosas, Cooperativas, Conselhos profissionais, Sindicatos e Movimentos sociais.</p> <p>3.1.4. Outras instituições governamentais Trabalho, Cultura, Esporte, Lazer, Cidadania.</p>
<p>3 - MODIFICAÇÕES Foram incluídos setores que se relacionam intersetorialmente com a política de atenção psicossocial.</p>
<p>4 - () CONCORDO TOTALMENTE () CONCORDO PARCIALMENTE () DISCORDO</p>
<p>5 - SUGESTÕES DO PARTICIPANTE</p>

4 - ATIVIDADES:

Este item contempla as atividades mínimas a serem realizadas pelas equipes e profissionais de saúde com o sujeito que procura o serviço de saúde. Elas não são exclusivas de um ou outro nível de atenção (primário, secundário e terciário), mas sim permeiam todos os componentes da rede e seus serviços. As atividades designam a organização estratégica do sistema de saúde e suas práticas em resposta às demandas da população.

<p>MODIFICAÇÕES O texto foi aperfeiçoado para deixar claro que o item se refere às ações que os serviços, equipes e profissionais da atenção psicossocial desempenham em seu cotidiano.</p>

<p>1 - NOME DO ITEM: 4.1 - Acolhimento</p>
<p>2 - DESCRIÇÃO: É um processo de cuidado desenvolvido em tempo contínuo, para uma escuta intersubjetiva ao sofrimento de sujeitos, famílias e comunidades, de forma a legitimar e compreender a situação em sua complexidade, construir um vínculo protetivo e de confiança e ofertar um cuidado continuado. Permite refletir sobre a demanda, modos de atenção, suporte seguro e resolutivo a partir de possibilidades de cuidado profissional e de referência da equipe e de outros serviços e setores, em conjunto com a singularidade do sujeito e sua relação com o território.</p>
<p>3 - MODIFICAÇÕES</p>

As sugestões sobre “escuta” foram acatadas, trocando por “escuta intersubjetiva, o texto foi reformulado para melhorar o entendimento e descrever mais claramente as características técnicas, interventivas e de organização da atenção que envolvem esta atividade.

4 - () CONCORDO TOTALMENTE () CONCORDO PARCIALMENTE () DISCORDO

5 - SUGESTÕES DO PARTICIPANTE

1 - NOME DO ITEM:

4.2 - Acompanhamento

2 - DESCRIÇÃO:

Conjunto integrado de ações de atenção entre as equipes de saúde e seu território, em conjunto com o sujeito e sua família, o que constitui um Projeto Terapêutico Singular, em todos os níveis de atenção, com práticas de referência e contrarreferência de acordo com a necessidade de intensificação de cuidados. É composto por estratégias e dispositivos de cuidado para a redução do impacto do sofrimento psicossocial e demais demandas de saúde, que deve ser reavaliado e atualizado ajustando as propostas de ação de acordo com a realidade do sujeito, em direção à ampliação da autonomia dos indivíduos e grupos sociais (por exemplo: acesso ao trabalho, lazer, educação, participação social e fortalecimento dos laços comunitários).

3 - MODIFICAÇÕES

As sugestões foram acatadas e o acompanhamento foi descrito com o objetivo de envolver ações dos serviços de atenção psicossocial, de modo a colocar o PTS como elemento central a ser trabalhado de maneira coletiva com a equipe, o sujeito e sua família.

4 - () CONCORDO TOTALMENTE () CONCORDO PARCIALMENTE () DISCORDO

5 - SUGESTÕES DO PARTICIPANTE

1 - NOME DO ITEM:

4.3 - Atenção à crise

2 - DESCRIÇÃO:

Cuidado e suporte integrais e imediatos para o acolhimento de situações de desorganização grave, com estreita colaboração protetiva com a pessoa, a família e a sua rede social. Tem o objetivo de aplicar formas acessíveis de fortalecer e auxiliar a capacidade de sustentar o sofrimento em seu contexto de vida atual e restabelecer uma relação consensual, corresponsável, de maneira legítima e inclusiva, em pactuações possíveis de diálogo e convivência. Estratégias de intensificação de cuidados em situações de crises agudas devem executadas de forma breve e articulada com os demais serviços de saúde, em pontos de atenção não asilares, em perspectiva de desinstitucionalização e atenção comunitária longitudinal, deve ser executada de maneira planejada e responsiva de acordo com a singularidade do sujeito.

3 - MODIFICAÇÕES

O texto foi reescrito para a considerar os espaços de cuidado intensivo para pessoas que necessitam estabelecer formas de relação e convivência com sua rede sociofamiliar, abarcar a perspectiva de

desinstitucionalização no funcionamento em conjunto dos serviços de atenção psicossocial em perspectiva territorial e comunitária.
4 - () CONCORDO TOTALMENTE () CONCORDO PARCIALMENTE () DISCORDO
5 - SUGESTÕES DO PARTICIPANTE

5 - COMPONENTES

O item apresenta os componentes da rede de atenção do sistema de saúde, Atenção básica, Atenção especializada, Atenção de urgência e emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Desinstitucionalização, Reabilitação. Cada componente se define pelo agrupamento de serviços organizados, com ênfase em determinadas atividades, de maneira que um mesmo serviço pode fazer parte de distintos componentes dado a função que cumpre na rede de atenção à saúde. Estes têm o objetivo de construir, ampliar e articular pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento psicossocial e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

<p>MODIFICAÇÕES</p> <p>Os componentes de Atenção Psicossocial forma descritos a partir de sua finalidade de trabalho de acordo com as especificidades de cada ponto de atenção e serviços de saúde. A organização exposta na portaria 3088/11 foi utilizada como orientadora das descrições das ações em saúde de cada componente.</p>

<p>1 - NOME DO ITEM: 5.1 - Atenção Básica</p>
<p>2 - DESCRIÇÃO: Acolher demandas em função de primeiro contato no território, de forma longitudinal, humanizada e interdisciplinar com proximidade comunitária e escuta sensível para identificação de riscos e vulnerabilidades. Deve promover atenção à urgências e emergências, encaminhar respostas resolutivas de maneira individual e coletiva às demandas da atenção psicossocial bem como de outras demandas de saúde, e propor projetos terapêuticos singulares de maneira articulada com os demais serviços de saúde e de outros setores.</p>
<p>3 - MODIFICAÇÕES O texto foi modificado a fim de contemplar o papel da atenção básica na articulação com os demais serviços. Dado a importância da oferta de cuidado nas diversas necessidades de saúde, este componente desempenha uma função de cuidado longitudinal nas questões de atenção psicossocial, mas também nas demais demandas em saúde, em articulação da identificação de riscos com as vulnerabilidades.</p>
4 - () CONCORDO TOTALMENTE () CONCORDO PARCIALMENTE () DISCORDO
5 - SUGESTÕES DO PARTICIPANTE
<p>1 - NOME DO ITEM: 5.1.1 - Coordenação do cuidado:</p>
<p>2 - DESCRIÇÃO: Orienta ações de integração assistencial e orientação matricial para suporte da ordenação da atenção à saúde no território a partir do panorama psicossocial dos fatores de produção de sofrimento e seus condicionantes. Para construir o panorama psicossocial é preciso mapear os fatores protetivos e de</p>

vulnerabilidade (individuais, familiares, comunitários); e descrever as formas de sofrimento, que são compreendidas como expressões de uma demanda social que pode envolver questões orgânicas.

3 - MODIFICAÇÕES

O texto foi reformulado, e este subitem do componente de atenção psicossocial vem a fundamentar seu papel na coordenação do cuidado em saúde aos demais serviços de atenção psicossocial, integrando as ações em saúde guiada pelo processo de conhecimento do território para identificar os fatores protetivos e de vulnerabilidade.

4 - () CONCORDO TOTALMENTE () CONCORDO PARCIALMENTE () DISCORDO

5 - SUGESTÕES DO PARTICIPANTE:

1 - NOME DO ITEM:

5.2 - Atenção Estratégica

2 - DESCRIÇÃO:

Atenção intensiva a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e suas famílias, com rede de apoio reduzida ou fragilizada, com experiências de exclusão, intolerância e outras barreiras sociais que provocam riscos decorrentes do comprometimento da sua funcionalidade social. Deve promover experiências de ressocialização e reabilitação psicossocial, apoio de iniciativas de busca da autonomia com seu sofrimento em maneiras de realizar projetos, desejos e experiências afetivas de cuidado.

3 - MODIFICAÇÕES

O texto foi reescrito para deixar claro que este componente envolve as ações de saúde de pontos de atenção estratégicos para a atenção psicossocial dos casos graves e crônicos com acentuadas vulnerabilidades. Visa reunir estratégias de intensificação de cuidado e aumento da capacidade de socialização, em referência e contrarreferências à serviços que possam promover um cuidado continuado e com autonomia.

4 - () CONCORDO TOTALMENTE () CONCORDO PARCIALMENTE () DISCORDO

5 - SUGESTÕES DO PARTICIPANTE

1 - NOME DO ITEM:

5.3 - Atenção de Urgência e Emergência

2 - DESCRIÇÃO:

Deve garantir um cuidado imediato ao sujeito e sua família pela produção de ações de serviços organizados de forma articulada, em arranjos consistentes de trabalho horizontal, para o acolhimento em situações de desorganização disruptiva que gere risco psicossocial grave e comprometa de forma aguda a relação do sujeito e sua rede social. Visa desenvolver intervenções breves, pontuais e efetivas, que garantam o cuidado em liberdade, privilegiam seu vínculo territorial e rede de relações do sujeito, de modo a oferecer suporte em saúde com retaguarda para ações de intensificação de cuidados, regulada a partir de critérios clínicos e de acordo com arranjos de gestão local.

3 - MODIFICAÇÕES

Este item foi reescrito para enquadrar a UeE como componente da política de atenção psicossocial, podendo ocorrer em distintos níveis de atenção (primário, secundário e terciário) para atuar de forma imediata em caso de situações de agudizações e crise, considerando sua dimensão singular do contexto das relações interpessoais que a produzem.

4 - () CONCORDO TOTALMENTE () CONCORDO PARCIALMENTE () DISCORDO

5 - SUGESTÕES DO PARTICIPANTE

1 - NOME DO ITEM:

5.4 - Atenção Residencial de Caráter Transitório

2 - DESCRIÇÃO:

São serviços residenciais inseridos na comunidade com objetivo de oferecer cuidados para pessoas que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ ou familiar em decorrência de internação de longa permanência, em hospitais psiquiátricos ou Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, e demandem acompanhamento terapêutico, protetivo, e de reabilitação psicossocial, para promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social. Oferece acolhimento e acompanhamento para a retomada da gestão do cotidiano e de novos projetos de vida, sendo que os CAPS desempenham papel de referência, junto com as UBS, responsáveis pela longitudinalidade do cuidado, com o apoio de outros pontos de atenção.

3 - MODIFICAÇÕES

A descrição do item foi modificada a fim de agregar elementos de seu funcionamento, reforçando o caráter transitório e sua articulação com os demais pontos de atenção à saúde.

4 - () CONCORDO TOTALMENTE () CONCORDO PARCIALMENTE () DISCORDO

5 - SUGESTÕES DO PARTICIPANTE

1 - NOME DO ITEM:

5.5 - Desinstitucionalização

2 - DESCRIÇÃO:

É constituído por ações conjuntas de serviços com o intuito de ressocializar pessoas egressas de internação de longa permanência em um processo progressivo de reinserção social e promoção de autonomia. Este componente tem o objetivo de elaborar novos processos de trabalho territoriais, intersetoriais e regionalizados, articulando diferentes dispositivos, para redução planejada de leitos em hospitais psiquiátricos, de modo a garantir uma transição segura para o modelo comunitário de atenção, a partir da recomposição da atenção em modelo comunitário e territorial com qualificação do atendimento.

3 - MODIFICAÇÕES

A descrição do componente de desinstitucionalização se caracteriza como tal por se referir a um ponto de atenção composto por ações de serviços que se direcionam para requalificar a atenção à saúde mental de acordo com um modelo territorial e comunitário de atenção psicossocial.

4 - () CONCORDO TOTALMENTE () CONCORDO PARCIALMENTE () DISCORDO

5 - SUGESTÕES DO PARTICIPANTE

1 - NOME DO ITEM:

5.6 - Reabilitação

2 - DESCRIÇÃO:

Conjunto de ações que busca a inclusão e o exercício de direitos de cidadania de usuários e familiares, pela criação de estratégias de educação, trabalho e habitação para inserção solidária de pessoas em situação de vulnerabilidade em formas alternativas de geração de recursos. Iniciativas com objetivo de promover a reabilitação psicossocial por meio da geração de renda, formação e melhoria das condições concretas de vida, ampliação da autonomia, possibilidades de cooperação e inclusão social de pessoas e seus familiares, para fortalecer a construção de novos campos de negociação, formas de sociabilidade e projetos de vida.

3 - MODIFICAÇÕES

O componente de reabilitação teve sua descrição detalhada com o intuito de englobar as iniciativas de trabalho e geração de renda, em formato de empreendimentos solidários e cooperativas sociais, ao mesmo tempo que especifica a possibilidade de construção de ações alternativas em conjunto com equipes, o sujeito e sua família. Para citar também o Programa Nacional de Apoio ao Associativismo e ao Cooperativismo Social.

4 - () CONCORDO TOTALMENTE () CONCORDO PARCIALMENTE () DISCORDO

5 - SUGESTÕES DO PARTICIPANTE

6 - PROCESSO DE TRABALHO

São as estruturas e práticas sociais, dinâmicas e relacionais dos agentes de saúde, e os arranjos entre equipamentos e tecnologias, para oferecer na prática cotidiana atenção às necessidades de saúde de forma específica, o que engloba tanto singularidades de seu contexto quanto reproduções da dinâmica social do trabalho em saúde. Este item envolve concepções sobre o modelo comunitário-territorial, determinantes organizativos da relação entre agentes e equipes de saúde, elementos essenciais para sua operação e critérios de cuidado que fundamentam o processo de trabalho.

MODIFICAÇÕES

O processo de trabalho foi descrito a partir da perspectiva da integralidade na atenção psicossocial, dado como elemento chave no funcionamento dos serviços de atenção psicossocial, e especifica seu papel de reprodução e construção de práticas assistenciais no fazer cotidiano dos profissionais, equipes e demais agentes de saúde.

1 - NOME DO ITEM:

6.1 - Modelo Comunitário e Territorial

2 - DESCRIÇÃO:

Produção de atos assistenciais contínuos que reúnem os conhecimentos coletivos de forma horizontal e interdisciplinar, em vínculos de negociação e partilha no território, para a ampliação do entendimento e apropriação dos processos de melhoria da qualidade de vida do sujeito, sua família

e a comunidade. Envolve aspectos biológicos, socioculturais e histórico-políticos que produzem fatores determinantes e condicionantes de forma protetiva ou de risco ao sofrimento e vulnerabilidade psicossocial.

3 - MODIFICAÇÕES

Neste item o foco é o modelo de atenção à saúde que guia o processo de trabalho da equipe de saúde, está no reconhecimento das interdisciplinaridades dos saberes sobre a saúde. Se sustenta na singularidade de operação do território e os elementos subjetivos das necessidades de saúde dos sujeitos, ao executar ações que incidem sobre fatores de risco, vulnerabilidades e sofrimentos. O item 6.2 anterior, Complexidade das demandas de saúde, foi agrupado neste item, pois entende-se que o modelo de atenção dá conta da complexidade dos fatores envolvidos na demanda de saúde.

4 - () CONCORDO TOTALMENTE () CONCORDO PARCIALMENTE () DISCORDO

5 - SUGESTÕES DO PARTICIPANTE

1 - NOME DO ITEM:

6.2 - Determinantes Organizativos

2 - DESCRIÇÃO:

São elementos da operação institucional do modelo de atenção e capacidade do serviço produzir saúde em seu contexto, pela indissociabilidade entre modos de fazer a gestão e os modos de produzir cuidado. Inclui a singularidade das ações em saúde em arranjos entre a subjetividade dos atores sociais, os equipamentos de cuidado, as orientações normativas, e os saberes estruturados.

3 - MODIFICAÇÕES

Este item foi reescrito visando descrever de maneira precisa os elementos de gestão e coordenação do processo de trabalho em saúde.

4 - () CONCORDO TOTALMENTE () CONCORDO PARCIALMENTE () DISCORDO

5 - SUGESTÕES DO PARTICIPANTE

1 - NOME DO ITEM:

6.3 - Elementos Essenciais

2 - DESCRIÇÃO:

São elementos necessários para o funcionamento ideal do processo de trabalho, envolvem recursos físicos, tecnologias de cuidado, informação, gestão e integração assistencial. São estes: projeto institucional, vínculo, porta aberta, escuta qualificada, ambiência, equipe multidisciplinar completa, clínica ampliada, corresponsabilização, educação permanente, valorização do trabalhador (estrutura física, segurança, conforto, carreira, remuneração), formas de participação colegiada do sujeito, sua família e a comunidade, e articulação entre as demandas do território, a equipe e as ações de gestão e administração.

3 - MODIFICAÇÕES

O item enumera os elementos essenciais do processo de trabalho dos serviços de atenção psicossocial, compreendidos como decorrentes das condições mínimas de trabalho e especificidades

do cotidiano dos serviços. Ainda que cada um demande de uma descrição específica, se compreende como ações a serem contemplados em todos os serviços de atenção psicossocial.
4 - () CONCORDO TOTALMENTE () CONCORDO PARCIALMENTE () DISCORDO
5 - SUGESTÕES DO PARTICIPANTE

1 - NOME DO ITEM: 6.4 - Critérios de cuidado
2 - DESCRIÇÃO: São fundamentos que orientam o processo de trabalho dos profissionais em saúde para o cuidado integral na atenção psicossocial, servem de subsídio para análise de vulnerabilidade, o uso de melhores recursos no momento certo, e indicação dos serviços mais adequados para prestação do cuidado. São estes: a gravidade, benefício terapêutico, risco de vida, disponibilidade e capacidade de acesso, para efetivar uma atenção equitativa.
3 - MODIFICAÇÕES O item foi remodelado, acatando as sugestões, para descrever aspectos fundamentais para a garantia de atenção às demandas de atenção psicossocial com qualidade e melhor indicação de recursos para tal.
4 - () CONCORDO TOTALMENTE () CONCORDO PARCIALMENTE () DISCORDO
5 - SUGESTÕES DO PARTICIPANTE

Modelo das Ações em Saúde dos Serviços de Atenção Psicossocial

A partir das suas considerações nos itens anteriores avalie agora o modelo como um todo observando de que maneira ele cumpre com seu objetivo.

NOME DO ITEM Modelo das Ações em Saúde dos Serviços de Atenção Psicossocial
DESCRIÇÃO O modelo inicial traz uma representação esquemática da operação dos Serviços de Atenção Psicossocial a partir de elementos fundamentais do seu funcionamento, sendo eles: Contexto, Integralidade, Intersetorialidade, Componentes, Atividades e Processo de Trabalho.
3 - () CONCORDO TOTALMENTE () CONCORDO PARCIALMENTE () DISCORDO
SUGESTÕES DO PARTICIPANTE
Há algo mais que você gostaria de comentar ou sugerir?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Parte 1 de 2

Olá, você está sendo convidado a participar voluntariamente do projeto de pesquisa “AVALIABILIDADE DAS AÇÕES EM SAÚDE DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL SOB A PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE”, de responsabilidade do pesquisador Ian Jacques de Souza e da profª Dra. Daniela Alba Nickel, como parte de uma dissertação de Mestrado do Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina. Leia atentamente o que se segue e pergunte qualquer dúvida que tiver.

Este estudo segue as normas éticas contidas na Resolução 510/2016 (Normas de Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais), Lei 10.2016/01 (Proteção e Direitos das Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais), Lei 8.080/90 (Lei Orgânica do SUS) e Port. 1.820/09 (Direitos e Deveres dos Usuários da Saúde). Após suas dúvidas serem explicadas, no caso de concordar em fazer parte deste estudo, assine o final deste documento (em seu nome ou autorizando um terceiro se for o representante legal) e rubriche todas as suas páginas. Este documento possui duas vias, uma de sua posse e a outra para o pesquisador responsável, ambas deverão ser assinadas e rubricadas por todos os envolvidos. Você terá acesso ao seu registro de consentimento sempre que solicitado e poderá retirá-lo a qualquer momento. Em caso de recusa da participação desta pesquisa você não terá nenhuma penalidade.

Este trabalho tem por objetivo construir uma forma de avaliar a Rede de Atenção Psicossocial, reunindo informações sobre a atuação de distintos grupos presentes nos serviços de saúde mental brasileiros, visando formas de melhoria de seu funcionamento. Sua participação neste estudo consiste em fornecer seus depoimentos pela participação de entrevistas (40 a 60 minutos por encontro) e/ou oficinas (até 120 minutos por encontro). Estas serão realizadas com data, hora e local previamente agendados, com registro fotográfico e de audiovisual, em espaço físico que priorize critérios éticos de acesso, sigilo e segurança, para preservar a integridade física e psicológica dos participantes desta pesquisa. Preferencialmente na Universidade Federal de Santa Catarina.

É garantido o sigilo de identidade a todos os grupos participantes (Sujeitos de Direito, Técnicos, Gestores, Representantes de Universidades e Outros) relacionada às informações disponibilizadas, durante todos os procedimentos, esta pesquisa garante o anonimato e o respeito à quaisquer expressões de receio ou dúvida, sem imposição ou constrangimento cultural, sendo assegurado também o direito de resguardar resposta em qualquer situação. É garantido todo acompanhamento direto e assistência imediata ao longo de toda a pesquisa por meio de apoio psicossocial sobre responsabilidade do autor da pesquisa, a fim de evitar ou reduzir condições adversas que possam causar dano material ou imaterial. As atividades desta pesquisa podem expor todos os participantes, de todos os grupos, à: cansaço, desconforto, constrangimento, fadiga, aborrecimento, dentre outros incômodos. Neste caso, você é livre a decidir sobre a continuidade ou interrupção da participação na pesquisa a qualquer momento, sendo assegurada assistência imediata por meio de ressarcimento financeiro, ou indenização, a fim de reparar o dano material ou imaterial, devidamente comprovado e causado durante a pesquisa (conforme legislação vigente). Como também, as eventuais despesas decorrentes das atividades dessa pesquisa, alimentação, transporte ou outros gastos, poderão ser devidamente ressarcidos, não representando ônus aos participantes. Ao participar deste trabalho você contribui para que a Rede de Atenção Psicossocial e seus componentes e serviços tenham a possibilidade de serem avaliados de acordo com indicadores construídos coletivamente. Você poderá deixar de participar ou retirar este consentimento a qualquer momento que desejar, em qualquer fase da pesquisa, sem justificativa e sem qualquer prejuízo.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Parte 2 de 2

Conforme as especificações descritas na primeira parte deste documento, eu _____, RG/CPF: _____

AUTORIZO a utilização de depoimentos e outros registros produzidos de maneira coletiva e individual (ou de terceiros se for o caso de representante legal), durante as atividades da pesquisa intitulada **“AVALIABILIDADE DAS AÇÕES EM SAÚDE DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL SOB A PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE”**, da qual participei nos períodos de 2019 e 2020. Através deste presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os pesquisadores Daniela Nickel e Ian Jacques do projeto de pesquisa citado, conforme especificações detalhadas na primeira parte deste documento, vinculado ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, estão autorizados a utilizar as informações disponibilizadas por entrevistas, rodas de conversas e outras atividades, coletadas por gravação audiovisual ou fotografias, sem quaisquer benefícios de ambas as partes. Libero a utilização das produções mencionadas para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e demais formatos de divulgação), em favor dos pesquisadores, de acordo com o previsto em Lei resguardando os direitos dos participantes. Toda produção e resultados decorrentes desta pesquisa é de livre acesso a todos os participantes caso solicitado, ficará sobre custódia dos pesquisadores por até cinco anos respeitando os sigilos éticos.

Nome: _____

Ian Jacques de Souza

Terceiro - Nome:

RG/CPF:

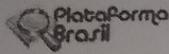
(Use caso necessário)

Para sanar quaisquer dúvidas a respeito desta pesquisa durante ou posteriormente a sua realização: Ian Jacques de Souza, estudante do programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina - Rua Gervásio José da Silva, 170 Carianos, Florianópolis - SC. Fone: 999493549, e-mail: ian.jacqs@gmail.com

Dra. Daniela Alba Neckel, Professora do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde, Bloco B, Departamento de Saúde Pública R: R. Delfino Conti, S/N - Trindade, Florianópolis - SC, Contato: +55 48 3721-9388 danielaspb@gmail.com

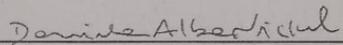
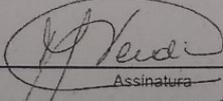
O CEPESH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Endereço: Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88.040-400, Contato: (48) 3721-6094, cep.propesq@contato.ufsc.br.

APÊNDICE D



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: A avaliabilidade da rede de atenção psicossocial			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 20			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Daniela Alba Nickel			
6. CPF: 001.353.340-12		7. Endereço (Rua, n.º): TRAJANO MARGARIDA TRINDADE 144 FLORIANOPOLIS SANTA CATARINA 88036050	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO		9. Telefone: (48) 8817-3583	10. Outro Telefone:
		11. Email: danielanspb@gmail.com	
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do paramProjeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao paramProjeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: <u>25 / 02 / 2018</u>		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: Universidade Federal de Santa Catarina		13. CNPJ:	14. Unidade/Orgão: Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva
15. Telefone: (48) 3721-6130		16. Outro Telefone:	
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: <u>Marta G. H. Verdi</u>		CPF: <u>288370310-00</u>	
Cargo/Função: <u>Coordenadora do PGSC</u>			
Data: <u>25 / 02 / 2018</u>		 Assinatura	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.		Marta Inez Machado Verdi Coordenadora Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva Portaria nº 1943/2018/GR	