

KARLA FABIANA BEGOSSO SAMPAIO DA FONSECA

SAÚDE MENTAL:

A percepção do grupo de Agentes Comunitários de Saúde

CAMPINAS

2006

KARLA FABIANA BEGOSSO SAMPAIO DA FONSECA

SAÚDE MENTAL:

A percepção do grupo de Agentes Comunitários de Saúde

*Dissertação de Mestrado apresentada à
Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas
da Universidade Estadual de Campinas para a
obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva,
área de concentração Saúde Coletiva*

ORIENTADOR: PROF. DR. CARLOS ROBERTO SILVEIRA CORRÊA

CAMPINAS

2006

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

F733s Fonseca, Karla Fabiana Begosso Sampaio da
Saúde Mental: a percepção do grupo de agentes comunitários de
saúde / Karla Fabiana Begosso Sampaio da Fonseca. Campinas, SP:
[s.n.], 2006.

Orientador: Carlos Roberto Silveira Corrêa
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Pesquisa qualitativa. 2. Serviço de saúde. 3. Saúde mental.
I. Corrêa, Carlos Roberto Silveira. II. Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Título em inglês: Mental health: the perception of the communitarian agents team

Keywords: • Quality research

• Health service

• Mental health

Área de concentração: Epidemiologia

Titulação: Mestrado em Saúde Coletiva

Banca examinadora: Prof Dr Carlos Roberto Silveira Corrêa

Prof Dr Francisco Anaruma Filho

Prof Dr Nelson Filice de Barros

Data da defesa: 24-02-2006

Banca Examinadora da Dissertação de Mestrado

Aluna: Karla Fabiana Begosso Sampaio da Fonseca

Orientador: Carlos Roberto Silveira Corrêa

Membros:

1.

2.

3.

Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade Estadual de Campinas

Data: 24.02.2006

Dedico este trabalho...

*... à certeza, vivenciada com EDU,
de que estamos sempre começando...*

*Aos meus filhos, seres essenciais,
por me auxiliarem na arte de amar a cada dia...*

*Aos Agentes Comunitários de Saúde e sua equipe de técnicos que
continuamente se envolvem com o que fazem e
procuram se perceber e aos outros com os quais fazem contato,
fomentando práticas mais constituidoras de sujeitos...*

*A certeza de que a paciência de meus familiares e amigos é imensa....
e que devo sempre continuar...*

E as incertezas deste caminho...

*Fiz da interrupção um caminho novo...
e do sonho uma ponte para a realidade...*

*Aqui estamos... procurando(pesquisando)...
e sempre haveremos de nos encontrar...*

*Ao meu orientador,
pelos seus ensinamentos que
tão profundamente integram
a vida, o amor, a pesquisa e o sagrado...*

AGRADECIMENTOS

*“...A manifestação do absoluto contribui permanentemente para nossa evolução,
através da colaboração de seres especiais, em nossa vida...”*
(SALDANHA, V.)

De forma especial agradeço...

Ao Grande Arquiteto do Universo...

Aos meus pais por terem sido a possibilidade...

Ao meu marido, Eduardo, que tanto me ensinou, por seu amor, sabedoria, profundo questionamento e apoio sincero e pelas muitas bênçãos do nosso casamento...

Aos meus, aos seus e aos nossos filhos, nossos encontros e desencontros...

Muitos foram os momentos de leitura e digitações... E minhas florzinhas Kamilla e Géssika souberam com sua ternura e graça aliviar minhas angústias e cansaço...

Ao Carlucho... um exemplo de orientador ... que com sua sabedoria me recebia a cada manhã renovando minhas incertezas e sugerindo leituras complementares para apaziguar a alma ...

A Equipe de Saúde da Família de Pedreira, pela acolhida e pelas instigações que suscitaram em mim... Particularmente a UBS Marajoara e Barbim...

Ao Dr. Eduardo Mestre Rodrigues, todo meu carinho e gratidão, pelo estímulo e valorização a este trabalho...

Ao Dr. Adriano Perez Lora, por sua incansável disponibilidade e doçura ao analisarmos os conteúdos buscando entender os fenômenos do cotidiano a partir de um olhar pautado pela dialogia dos processos sociais implícita nas práticas discursivas...

A Irène por sua clareza cristalina, profunda simplicidade, discípula evoluída, amiga e colaboradora...

A minha querida e iluminada Vera Saldanha, minha eterna gratidão, por estar junto...olhando difusamente, ao longe, estando presente por inteiro; deixando fluir...vivenciando a consciência em busca da unidade fundamental...Ser Transpessoal...

A Sandrinha por seu rigor, Arlete por sua doçura, Rosângela por seu encanto e nossa turma de formação pelas mais profundas experiências compartilhadas...

A minha professora de Yoga, Rosana, que me auxilia na busca do caminho com o coração...

Ao meu grande amigo Prof. Pavan, a quem tenho profunda admiração científica, por sua competência, organização, e sede de conhecimento transpessoal...

As minhas caras funcionárias por tanta paciência e empenho na organização dos meus papéis, documentos, diário de campo, e aos cuidados dedicados a preencher todas as minhas deficiências durante o período desta dissertação...

A Leocí por sua incansável paciência e sorriso para avisar sobre os prazos...

Ao Professor Everardo Duarte Nunes por suas valiosas sugestões...

Aos Professores Nelson Filice de Barros e Gastão Wagner de Sousa Campos, que participaram do exame de qualificação dando importantes contribuições...

Ao Professor Heleno, por sua amizade e encantamento com a Saúde Pública...

Aos amigos da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia - Sobral, por suas propostas instigantes...considerando, como diz Guimarães Rosa o percurso... o importante não foi a chegada nem a saída, mas a caminhada...

A todos os professores e colegas do curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva do DMPS/FCM, que contribuíram intensamente para a minha formação objetivando êxito na pesquisa ...

A Rosilda Mendes, da FSP/USP, por compartilhar conosco a experiência de perceber minimamente como damos sentido ao mundo em que vivemos, através do grupo focal...

A Ana Paula P. Noronha por me lembrar que o Saci existe...

A Valéria S. R. Almeida por sua razão e sensibilidade ao “Português Básico”...

E a todos aqueles que souberam ser pacientes, amigos e companheiros de jornada...

“... a vocês, todo meu carinho e gratidão, com o profundo desejo de que as bênçãos de luz e de amor se manifestem em suas vidas eternamente, levando-os a sentir de forma plena a própria natureza transpessoal...”.

Certeza

De tudo ficaram três coisas:

A certeza de que

Estamos sempre começando...

A certeza de que

Precisamos continuar...

A certeza de que

Seremos interrompidos antes de continuar...

Portanto devemos...

Fazer da interrupção,

um caminho novo...

Da queda,

um passo de dança...

Do medo,

uma escada...

Do sono,

uma ponte...

Da procura,

um encontro...

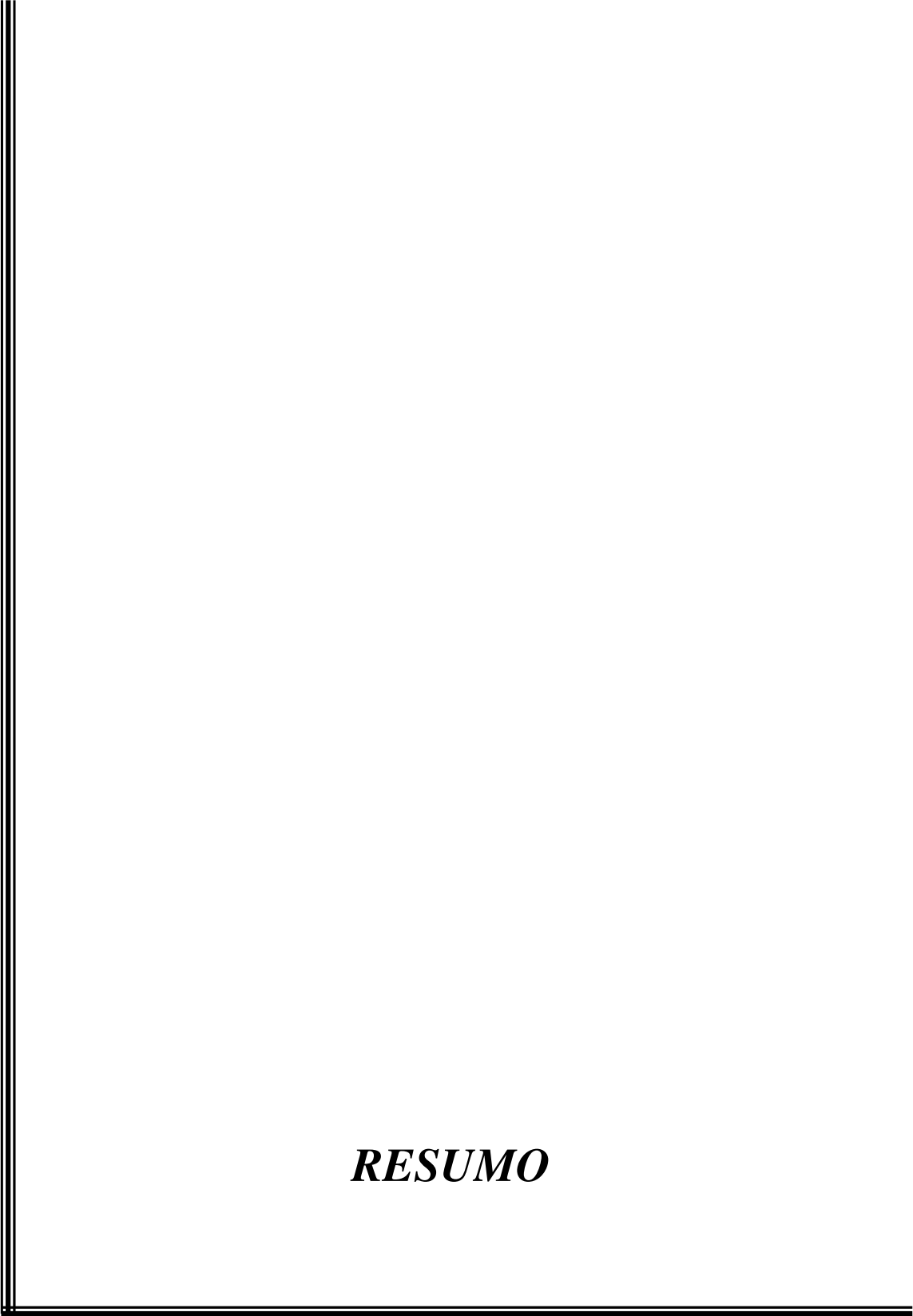
Fernando Sabino

	<i>Pág.</i>
RESUMO.....	<i>xxiii</i>
ABSTRACT.....	<i>xxvii</i>
1- INTRODUÇÃO - Percurso histórico.....	31
1.1- O SUS e sua interface com a estratégia de saúde da família e a saúde mental.....	33
1.2- O SUS e o programa de saúde da família.....	38
1.3- O SUS e a saúde mental.....	40
1.4- Saúde mental e os novos paradigmas.....	44
2- OBJETIVOS - A colcha de retalhos.....	47
3- METODOLOGIA - Composição da colcha de retalhos.....	51
3.1- Coleta de Dados - Olhando para os quadros.....	53
3.2- Método: A Pesquisa Qualitativa em Saúde - O Fio condutor.....	55
3.3- Trabalho de Campo - Lidando com as possibilidades.....	58
3.3.1- O Campo de investigação.....	58
3.3.2- Pedreira - O universo da pesquisa.....	58
3.3.3- A abordagem e as combinações prévias - “Revolvendo os baús”.....	59
3.3.4- Os baús e seus tesouros.....	61
3.3.5- Quadrados da colcha.....	62
3.3.6- Utilizando os fios para tecer a colcha.....	62

4- TRABALHANDO COM O GRUPO - Possibilidades de colcha.....	65
4.1- O Grupo e suas questões...“cada colcha tinha personalidade própria”	67
4.2- Apoio social e rede social no espaço grupal.....	72
4.3- A terapia comunitária de Adalberto Barreto.....	77
4.3.1- Histórico da TC	78
4.3.2- Fundamentos teóricos da TC	79
5- A GEOMETRIA DA COMPOSIÇÃO - Resultados e discussões.....	85
5.1- O efeito visual do conjunto.....	87
5.2- Categorias de análise.....	88
5.2.1- Grupo.....	88
5.2.2- O grupo e a rede de apoio.....	90
5.2.3- Rede social significativa ou rede social pessoal.....	94
5.2.4- Apoio social.....	96
5.2.5- Cuidado.....	99
6- CONSIDERAÇÕES FINAIS - Percebendo detalhes que fazem a diferença.....	105
7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	113
8- ANEXOS.....	121

SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

SNDM	Serviço Nacional de Doenças Mentais
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
SUCAM	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
PNI	Programa Nacional de Imunização
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
TECPAR	modelo de caderneta de vacinação
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
AIS	Ações Integradas de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial com ênfase no atendimento ao usuário de álcool e drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial voltado a crianças e adolescentes
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
PNASH	Programa Nacional de Avaliação dos Hospitais Psiquiátricos
CNES	Cadastramento Nacional de Estabelecimentos de Saúde
TC	Terapia Comunitária



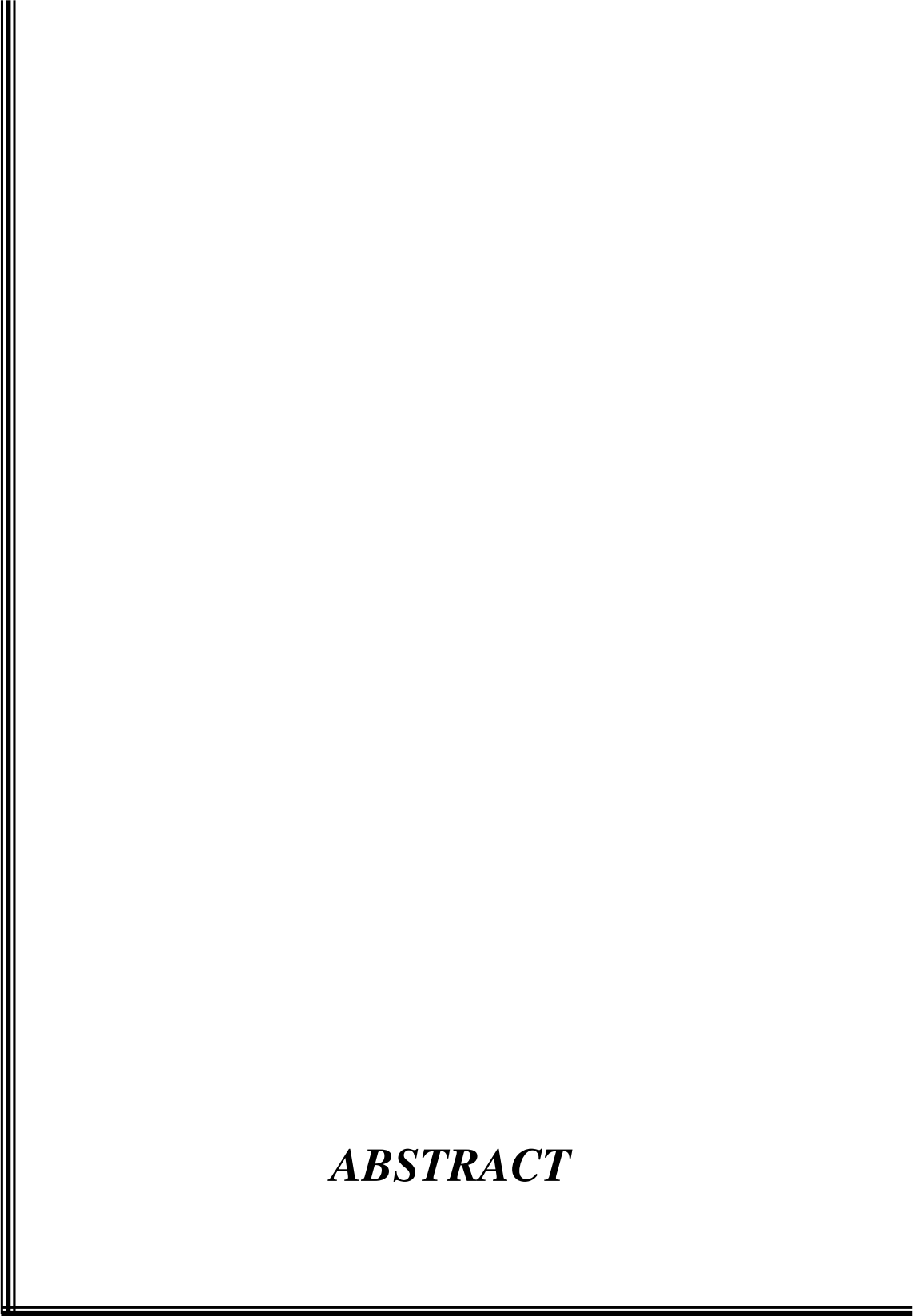
RESUMO



“Nau dos Loucos” Hieronymus Bosch

O presente estudo tem por objetivo compreender melhor, na relação Agente Comunitário-Comunidade, a percepção do Agente Comunitário de Saúde (ACS) quanto a Saúde Mental do município de Pedreira - SP. A metodologia utilizada foi a pesquisa qualitativa em saúde do tipo exploratória utilizando as práticas discursivas da produção de sentidos, tendo como instrumento de coleta de dados o grupo focal. Utilizamos os princípios teóricos da análise de conteúdo para lidar com a dimensão simbólica dos discursos presentes no grupo focal com agentes comunitários de saúde a partir da constituição ideológica dos sujeitos. A análise objetivou trabalhar o diálogo implícito na produção de sentidos e o encadeamento das associações de idéias. Os resultados mostram que:

- * O Agente Comunitário de Saúde de Pedreira não tem a percepção de que trabalha com redes sociais embora isso se apresente em suas falas;
- * O conjunto de Agentes Comunitários de Saúde se configura como um grupo;
- * Se identificam como cuidadores - cuidam do outro em uma “inter-ação” pois, convivem respeitando a subjetividade de cada pessoa que os solicita;
- * Foi reconhecida no grupo a estética da Terapia Comunitária implicando no empoderamento e no dever em contraposição ao dever.



ABSTRACT

ESCHER



The objective of the present study is to attain a better understanding of the relation Community Health Agent and its community as well as the perception by the Agent of the current Mental Health status in the municipality Pedreira, S P.

The method employed was an exploratory mode in qualitative research in health using the discursive technique in the production of senses, using the focal group as an instrument of data gathering.

The theoretical principles of analysis were used to deal with symbolic nature of the contents of the discourse presented by the focal group to the community agents based on the ideological constitution of the subjects. The objective of the analysis was to deal with the implicit dialogue in the production of the senses and the enchainment of the association of ideas.

The results indicate that:

- the community health agent in Pedreira does not have the perception that he works with social networks, although that is regularly stated in his speech;
- the various agents represents a group that identifies itself as caretaker and that is characterized by the interaction with subjects involving sharing the same environment and respecting the subjectivity of each person demanding its attention;
- the esthetic of TC was recognized in the group, implicating a orientation towards empowerment and becoming in opposition to duty.

1- INTRODUÇÃO-

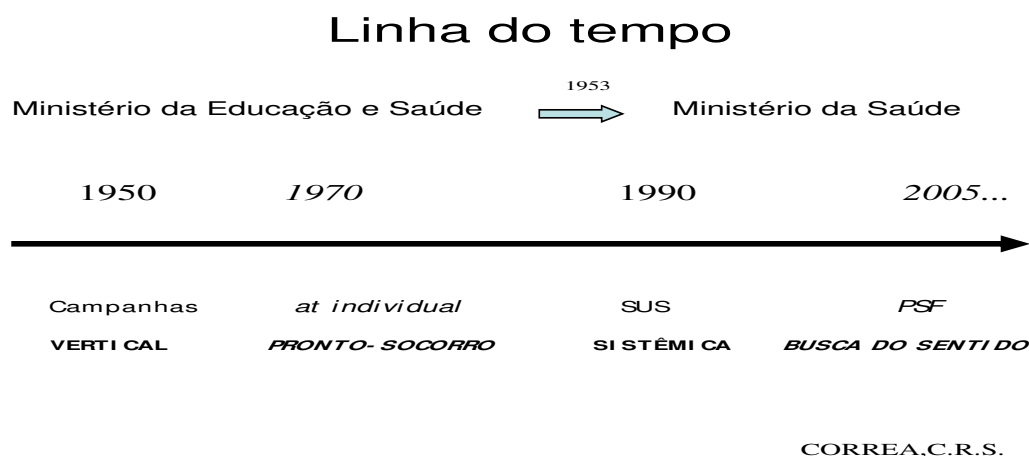
Percurso histórico

Saúde Mental e o Sistema Único de Saúde (SUS)

“O homem é antropológicamente existente, não no seu isolamento, mas na integridade da relação entre homem e homem: é somente a reciprocidade da ação que possibilita a compreensão adequada da natureza humana.” Buber

1.1- O SUS e sua Interface com a Estratégia de Saúde da Família e a Saúde Mental

Para compreender a política de assistência à saúde, focando a saúde mental, fez-se necessário construir uma linha do tempo, tomando alguns ícones da história da saúde para melhor evidenciar o contexto e apresentar os fatos:



Por meio do Decreto-lei 3.171 de 24 de abril de 1941, o Ministério da Educação e Saúde cria o Serviço Nacional de Doenças Mentais - SNDM que fica sob a responsabilidade de Adauto Botelho que foi discípulo de Juliano Moreira, a figura mais proeminente da psiquiatria brasileira no primeiro quarto do século, que buscou conferir um caráter científico à psiquiatria (Paulin &Turato 2004).

Em 1946, com o Decreto-lei 8.550 de 03 de janeiro, o SNDM é autorizado a realizar convênios com os governos estaduais para a construção de hospitais psiquiátricos (Sampaio, 1988 apud Paulin & Turato 2004).

No início da década de 1950 ocorrem algumas mudanças expressivas no cenário da saúde no Brasil. Houve um desdobramento do Ministério da Educação e Saúde em Ministério da Educação e Cultura e Ministério da Saúde, segundo a Lei n. 1920 de 25.07.1953 regulamentada pelo decreto n. 34.596, de 16.11.1953. (Brasil, 2005)

Fortalecendo este momento, em que se conferia à União autoridade para traçar normas gerais de defesa e proteção da saúde, foi publicada a Lei n. 2312 de 03.09.1954, enunciando ser dever do estado, bem como da família, defender e proteger a saúde do indivíduo. Neste momento expressivo da história da saúde no Brasil é criada a Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP no Rio de Janeiro (Brasil, 2005).

O sistema de saúde se preocupava, fundamentalmente, com o combate em massa de doenças, por meio das campanhas de saúde pública, haja visto que em 1959 a Lei n.3542 de 11.02.1959 instituiu a Campanha Nacional de Combate a Lepra. A Campanha Nacional de Saúde Mental foi instituída no Decreto n.60252 de 21.02.1967 e no Decreto n.61968 de 22.12.1967 a Campanha Nacional de Combate ao Câncer (Brasil, 2005).

O ano de 1967 é marcado pela criação do Instituto Nacional de Previdência Social - INPS por meio da unificação dos institutos de aposentadorias e pensões, tornando-se um novo paradigma, segundo Turato & Paulin, na conformação do modelo médico-assistencial privatista que então se iniciava. É também o ano da criação da Biblioteca Regional de Medicina, hoje Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde - BIREME - em São Paulo-SP (Brasil, 2005).

Encerrando a década de 60 ocorre o primeiro transplante cardíaco da América Latina realizado pelo cirurgião brasileiro Euryclides Zerbini e sua equipe (Brasil, 2005).

A partir dos anos setenta o país passa a priorizar a assistência médica curativa e individual.

Com o Decreto n.66623 de 22.05.1970 foi criada a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública, SUCAM, resultado da fusão do Departamento Nacional de Endemias Rurais, da Campanha de Erradicação da Varíola e da Campanha de Erradicação da Malária. Couberam à SUCAM as atividades de execução direta de ações de erradicação e controle de endemias nas áreas que estavam apresentando transmissão atual ou potencial. O mesmo decreto criou também a Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatística da Saúde e a Divisão Nacional de Organização Sanitária (Brasil, 2005).

No ano de 1973 o Brasil recebeu a certificação internacional da erradicação da varíola, e foi instituído o Programa Nacional de Imunização - PNI e o Programa de Doenças Endêmicas, que formou no país uma ampla rede de pesquisa na área de saúde pública, integrando por quase uma década ministérios, universidades e institutos de várias regiões do Brasil. Também foram feitas pesquisas em imunologia, quimioterapia e quimioprofilaxia de doenças endêmicas, bem como estudos genéticos dos seus vetores. Um dos principais resultados do programa foi a síntese de drogas para o combate à esquistossomose e à leishmaniose. Um banco de dados reunindo cepas de “*Trypanosoma cruzi*”, causador da doença de Chagas, possibilitou entender as características regionais dessa endemia (Brasil, 2005).

Em 1975, através da Lei 6.229, foi criado o Sistema Nacional de Saúde, estabelecendo de forma sistêmica o campo de ação, na área da saúde, dos setores públicos e privados, para desenvolvimento das atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde. O Conselho de Desenvolvimento Social se destacava no Sistema Nacional de Saúde como seu órgão supremo do mesmo.

A organização das ações de vigilância epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunização e normas relativas à notificação compulsória de doenças foi regulamentada pelo Decreto n.78231 de 12.08.1976 da Lei n.6259 de 31.10.1975 (Brasil, 2005).

Em 1977 foi criado o INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, para atender exclusivamente as pessoas que possuíam carteira de trabalho. O atendimento dos desempregados e residentes no interior era de responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde e dos serviços públicos federais (Brasil, 2005).

De acordo com o pensamento de um estado normatizador, foi estabelecida a definição das Vacinas obrigatórias para menores de 01 ano de idade em todo o Brasil e aprovação do modelo de caderneta de vacinação TECPAR também no ano de 1977 (Brasil, 2005).

No ano de 1978 foi instalado o primeiro mamógrafo da América Latina, na Maternidade de Campinas, para detecção do câncer de mama (Brasil, 2005).

Aconteceu em Alma-Ata, URSS, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, expressando a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento, da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo. A declaração de Alma-Ata (anexo VIII), como ficou conhecida, enfatizou ser possível atingir nível aceitável da saúde para todos os povos do mundo até o ano 2000, solicitando a ação internacional e nacional urgente e eficaz, para que os cuidados primários de saúde fossem desenvolvidos e aplicados em todo o mundo e, particularmente, nos países em desenvolvimento, num espírito de cooperação técnica (Brasil, 2005).

Na década de 1980, a partir de mudanças econômicas e políticas ocorridas no país, foi exigida a substituição do modelo médico-assistencial privatista por um outro modelo de atenção à saúde.

Os primeiros sinais dessa mudança, no modelo de atenção à saúde, puderam ser detectados com a criação, em 1979, do PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento) no Decreto n.84219 de 14.11.1979 a partir de alguns projetos pilotos de medicina comunitária.

Em 1982 foram confirmados em São Paulo os primeiros casos de AIDS (Brasil, 2005).

O Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS) foi criado em 1983, sendo o primeiro desenho estratégico de co-gestão, de desconcentração e de universalização da atenção à saúde (Brasil, 2005).

Neste mesmo ano foi instalado o primeiro Centro de Documentação de Informática Biomédica da América Latina no Hospital das Clínicas da UNICAMP (Brasil, 2005).

Em 1986 foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde e, no ano seguinte, se criou o SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, que representou a desconcentração das atividades do INAMPS para as Secretarias Estaduais de Saúde.

Fica neste mesmo ano, comprovada a eficácia da primeira vacina contra protozoários do mundo, a vacina contra a leishmaniose, produzida pela Universidade Federal de Minas Gerais, que deu proteção acima de 50% e redução da incidência da doença em 70% nas tropas sediadas na Amazônia (Brasil, 2005).

A criação do Programa de Desenvolvimento de Sistema Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados – SUDS ocorre através do Decreto n.94657 de 20.07.1987.

Começa nesse mesmo ano a ser testado pela UNICAMP o aparelho Quantumatic, primeiro no Brasil para realização de exames diagnósticos de AIDS e Hepatite (Brasil, 2005).

Em 1988 a Constituição Federal incorporou, parcialmente, as propostas estabelecidas pelo movimento da reforma sanitária brasileira e criou o Sistema Único de Saúde, regulamentado dois anos depois pelas Leis 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Anexo XI) e 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (Anexo XII).

Um passo significativo na direção do cumprimento da definição constitucional de construção do Sistema Único de Saúde, foi a publicação do decreto nº. 99.060, de 7 de março de 1990, que transferiu o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) do Ministério da Previdência para o Ministério da Saúde.

Em 27 de julho de 1993, quase três anos após a promulgação da lei 8.080, que regulamentou o SUS, o INAMPS foi extinto através da Lei nº 8.689, sendo suas funções, competências, atividades e atribuições absorvidas pelas instâncias federal, estadual e municipal do SUS (Brasil, 2005).

O SUS está amparado em uma vasta legislação, cujo tripé principal é formado pela Constituição Federal de 1988, a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 e a Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Complementarmente existiram as Normas Operacionais do SUS, as quais o resumo encontra-se no anexo VIII do presente trabalho.

O SUS pode ser entendido como um processo em marcha de produção social da saúde, que não se iniciou em 1988, com a sua inclusão na Constituição Federal, nem tão pouco tem um momento definido para ser concluído. Ao contrário, resulta de propostas defendidas ao longo de muitos anos pelo conjunto da sociedade e por muitos anos ainda estará sujeito a aprimoramentos.

Segundo a legislação brasileira, a saúde é um direito fundamental do ser humano, cabendo ao poder público (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) garantir este direito, através de políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de se adoecer e morrer, bem como o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasil, 2005).

Tanto a Constituição Federal como as leis orgânicas da saúde (8.080 e 8.142) estabelecem que saúde é direito de todos e dever do estado e suas ações e serviços devem ser organizados com a participação da comunidade, por meio dos Conselhos de Saúde, em cada esfera de governo.

1.2- O SUS e o Programa de Saúde da Família

A estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF a partir de agora), foi iniciada em junho de 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Janeiro de 1994, marca a criação oficial do PSF pelo Ministério da Saúde. Naquele momento, sanitaristas acreditavam que o PSF não deveria ser mais um programa destinado a resolver problemas de cobertura e melhoria dos serviços assistenciais, investiam para que fosse uma estratégia utilizada para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica.

Segundo dados do Ministério da Saúde, em outubro de 2003, o PSF estava presente em 80% dos municípios, através de 18.706 equipes de saúde da família, assistindo a 35% da população brasileira. Muitas são as experiências municipais que fazem a Saúde da Família ser hoje uma das principais estratégias utilizadas para a construção do modelo de atenção integral à saúde, afirmando, assim, sua força estruturante no processo de desenvolvimento do SUS e de seus princípios e diretrizes (Brasil, 2005a).

Princípios básicos do PSF

O PSF tem como princípio prestar um atendimento de qualidade, integral e humano em unidades básicas municipais, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios com a atenção centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social; garantindo equidade no acesso à atenção em saúde, de forma a satisfazer as necessidades de todos os cidadãos do Município, avançando na superação das desigualdades (Brasil, 2005a).

Esta estratégia tem como princípio básico desenvolver processos de trabalho baseados nos conceitos de prevenção, promoção e vigilância da saúde, significando atuar nos momentos mais precoces iniciais da transmissão das doenças, assim como sobre os riscos sanitários, ambientais e individuais (Brasil, 2005a).

Segundo o Ministério da Saúde, a estratégia do PSF incorpora e reafirma os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) - universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade - e está estruturada a partir da Unidade Básica de Saúde da Família, que trabalha com base nos seguintes princípios:

- Integralidade e hierarquização

A Unidade de Saúde da Família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência, denominado atenção básica. Deve estar vinculada à rede de serviços, de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias e que sejam asseguradas a referência e a contra-referência para clínicas e serviços de maior complexidade.

- Territorialização e cadastramento da clientela

A Unidade de Saúde da Família trabalha com território de abrangência definido e ela é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população vinculada (adscrita) a esta área. Recomenda-se que uma equipe seja responsável por, no máximo, 4.500 pessoas.

- Equipe multiprofissional

Cada equipe do PSF é composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS a partir deste momento). Outros profissionais - a exemplo de dentistas, assistentes sociais e psicólogos - poderão ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais. A Unidade de Saúde da Família pode atuar com uma ou mais equipes, dependendo da concentração de famílias no território sob sua responsabilidade (Brasil, 2005a).

1.3- O SUS e a saúde mental

A rede básica de saúde se constitui pelos centros ou unidades de saúde locais e/ou regionais, pelo Programa de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que atuam na comunidade de sua área de abrangência. Esses profissionais e equipes são pessoas que estão próximas da comunidade e que possuem a responsabilidade pela atenção à saúde da população daquele território.

Um país, um estado, uma cidade, um bairro são recortes de diferentes tamanhos dos territórios que habitamos. Território não é apenas uma área geográfica, embora sua geografia também seja muito importante para caracterizá-lo. O território é constituído fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, suas instituições, seus cenários (igrejas, escolas, trabalho, comércio entre outros). Pode ser essa a noção de território que busca organizar uma rede de atenção psicossocial ou reabilitação as pessoas com apoio de suas famílias, amigos e interessados.

Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos, sociais, sanitários, econômicos, culturais, religiosos e de lazer podem potencializar as equipes de saúde nos esforços da atenção e reabilitação da saúde.

Rede e território são dois conceitos fundamentais para o entendimento do papel estratégico dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS a partir de agora) e isso se aplica também à sua relação com a rede básica de saúde.

A Política Nacional de Saúde Mental vigente no Brasil, instituída pela Lei Federal Nº 10.216, de 6 de Abril de 2001(Anexo XIII), tem como premissa fundamental a des-hospitalização, com ampliação da rede ambulatorial e fortalecimento de iniciativas municipais e estaduais que propiciem a criação de equipamentos intensivos e intermediários entre o tratamento ambulatorial e a internação hospitalar, com ênfase nas ações de reabilitação psicossocial dos pacientes, sobretudo através da implementação e implantação dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS e outros serviços similares.

Os CAPS - Centros de Atenção Psicossocial, instituídos juntamente com os NAPS - Núcleos de Assistência Psicossocial, através da Portaria/SNAS Nº 224 - 29/01/1992 (Anexo XIV), são unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, constituindo-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de Reforma Psiquiátrica.

A Reforma Psiquiátrica consiste no progressivo deslocamento do centro do cuidado para fora do hospital, em direção à comunidade, e os CAPS são os dispositivos estratégicos desse movimento.

O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Os CAPS devem buscar uma integração permanente com as equipes da rede básica de saúde em seu território, pois têm um papel fundamental no acompanhamento, na capacitação e no apoio para o trabalho dessas equipes com as pessoas com transtornos mentais.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos - SRT, constituem uma modalidade assistencial substitutiva à internação psiquiátrica prolongada, com o compromisso de resgate da cidadania e reintegração social, não se configurando como serviços de saúde, mas sim como serviços residenciais com função terapêutica, que fazem parte do conjunto de cuidados no campo da atenção psicossocial e têm importância estratégica para a reestruturação da assistência psiquiátrica. São moradias inseridas na comunidade, destinadas aos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que enfrentam dificuldades de reintegração familiar, moradia e re-inserção social.

Dados do Ministério da Saúde, de agosto de 2004 indicavam existir, em todo o país, 220 Serviços Residenciais Terapêuticos - SRT (nos quais moram cerca de 2 mil pessoas) e 546 Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, dos quais 64 especificamente para o tratamento de dependentes de álcool e drogas (CAPSad) e 41 voltados para crianças e adolescentes (CAPSi). O número de atendimentos nos CAPS, que em 2002 foi de 389 mil, em 2003 chegou a 3,7 milhões - quase dez vezes maior (Brasil, 2005b).

Em Janeiro de 2004 o Ministério da Saúde publicou a [Portaria MS/Nº 0052, 20/01/2004](#) (Anexo XV), que instituiu o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS - 2004, visando permitir uma transição adequada do modelo assistencial para a assistência psiquiátrica, definindo nova classificação dos hospitais psiquiátricos, baseada no número de leitos contratados/conveniados ao SUS, com novos valores de remuneração das diárias hospitalares, nas quais estão incorporados o incentivo de qualificação do atendimento prestado, aferido pelo PNASH/Psiquiatria - Programa Nacional de Avaliação dos Hospitais Psiquiátricos, e também o incentivo pela redução dos leitos. A medida beneficia as unidades de menor porte. Cada vez que um hospital reduzir

40 leitos, mudará de classificação e ganhará um aumento no valor da diária paga pelo SUS. A nova regra começou a vigorar a partir de 1º de fevereiro de 2004(BRASIL, 2005b).

Nos anos 1970, o Brasil chegou a ter mais de 100 mil leitos psiquiátricos. Em 1996, eram 72.514 leitos. Em 2000, caíram para 60.868. Entre janeiro de 2003 e julho de 2004, reduziram-se 4.627 leitos. Atualmente, conforme dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, extraídos em 05/12/2004 (atualizado até 22/11/2004), revelam que ainda existem no Brasil 55.792 leitos de psiquiatria, dos quais 7.660 (13,73%) sem vinculação com o SUS e 48.132 (86,27%) vinculados ao SUS (BRASIL, 2005b).

Pretende-se que o dinheiro usado na manutenção dos leitos psiquiátricos desativados seja investido na rede extra-hospitalar (Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e Serviços Residenciais Terapêuticos), além dos ambulatórios e na atenção básica, especialmente o Programa Saúde da Família (PSF).

Segundo o Ministério da Saúde, acredita-se que, dos leitos de psiquiatria existentes no país, aproximadamente 20 mil estão ocupados por pacientes - moradores: pessoas completamente abandonadas pela família e pela sociedade, sem nenhuma perspectiva de vida. Por outro lado, pelo menos 15 mil deles poderiam retornar imediatamente ao convívio social (BRASIL, 2005b).

Com o novo paradigma da saúde mental, o enfoque deve ser ampliado da doença mental para o sofrimento psíquico, resignando o objetivo da proposta terapêutica, que passa a comprometer-se em construir diversas estratégias possibilitadoras de autonomia das pessoas, mediante uma combinação de técnicas de apoio individual com outras socioculturais.

Vale ressaltar que adotamos aqui o conceito de paradigma segundo apresentado por VIETTA et al (2001) através do qual, os paradigmas estão diretamente ligados a determinadas visões de mundo da comunidade científica, e determinam ações e estratégias terapêuticas e de prevenção. Durante um período de tempo detectam problemas e sugerem soluções modelares para uma comunidade. Nessa concepção, um primeiro sentido sociológico do conceito de paradigma indica toda a constelação de crenças, valores, procedimentos e técnicas partilhadas no consenso de certo grupo ou cultura.

Em outras palavras, paradigma refere-se a modelo, padrão e vivências compartilhadas, configurando-se num esquema exemplar de descrições e compreensão da realidade. É, portanto, mais que teoria, pois implica em uma estrutura que gera teorias, produzindo pensamentos e explicações, representando um sistema de aprender a aprender ao qual vincula todo processo futuro de aprendizagem e indica um método para a investigação.

O paradigma entra em crise quando há fracasso na solução dos problemas por ele propostos, abalando a crença em suas próprias regras e padrões conceituais. O fracasso nas regras existentes é o prelúdio para a busca de novas alternativas (KUHN 1962).

A emergência de uma nova estrutura conceitual é, pois, geralmente precedida por um período de stress e insegurança profissional gerada pelo fracasso constante e frustração de esforços para solucionar problemas.

1.4- Saúde mental e os novos paradigmas

Na Psiquiatria, bem como em outras áreas correlatas, começaram a emergir indícios que constituem uma sensação geral de insatisfação com os modelos existentes, gerando crises, condições precárias de atendimento, dando início à demanda por novos esquemas (VIETTA et al 2001).

Durante muitos anos a psiquiatria lutou sem limites para ser admitida como especialidade médica (TORREY, 1976). Após esta conquista, a análise da prática do modelo médico¹ aponta para uma insuficiência.

Se por um lado houve um avanço enorme, principalmente na tecnologia aplicada aos exames diagnósticos, como a tomografia computadorizada e cirurgias a laser, por outro, este modelo revelou-se obscuro e ambíguo na abordagem dos problemas emocionais e de conduta, não consolidando sua teoria, nem apresentando significativas soluções.

¹Modelo Médico: a essência do Modelo Médico consiste em definir a entidade patológica (doença), depois isolar os organismos invasores (germes, vírus, bactérias) e desenvolver ou descobrir a droga ou vacina específica que destruirá esses organismos (cura)

"O modelo dominante é fornecido pela racionalidade anatomopatológica, estando a racionalidade psicológica sobre as inter-relações num plano marcadamente secundário, e mesmo ausente" (BIRMAN, 1980).

Com isso a doença mental na população continuou à margem de qualquer processo de equacionamento diagnóstico, das possibilidades de "cura" ou de respostas atenuantes para o seu desconforto e sofrimento (VIETTA et al 2001).

Diante da impotência oficial, diante do caos dos serviços de saúde mental, o que mais se disseminou no campo do diagnóstico das doenças mentais foi o termo "mal crônico", sintomaticamente. "... A ética da psiquiatria termina onde começa a pobreza e o asilo. A gente tem de dizer isto, em alto e bom som. Calar é cumplicidade" (COSTA, 1989).

Embora atualmente, o paradigma que predomina na área da saúde mental é ainda o do modelo médico, as referências e conceitos que permeiam a assistência psiquiátrica está emitindo sinais de esgotamento, pois todo progresso teórico e tecnológico tem se revertido num paradoxo, de cirurgias e medicamentos altamente sofisticados e de altíssimo custo, à assistência precária e insuficiente para a grande maioria da população, cosubstanciada por uma prática repressiva, cronificadora e estigmatizante, que não atende às necessidades do doente.

O baixo índice de resolatividade, o encarceramento improdutivo dos esquizofrênicos crônicos, a reprodução das doenças mentais, a pressão da demanda em nível da população, todos esses fatores reforçam e confirmam a necessidade da emergência de novos paradigmas, com novos modelos de assistência (VIETTA et al 2001).

Outro fator implicado na transição paradigmática é a mitificação da ciência, como se ela pudesse resolver todos os problemas do homem. O que tem-se observado na área da saúde mental é que em certo sentido houve um efeito contrário, onde o conhecimento "científico" parece ter contribuído para piorar o nível de saúde da população, pois com sua pretensão ao monopólio do saber e da técnica, expropriou amplas camadas de seu conhecimento advindo do senso comum sobre seu corpo e a doença,

canalizando tudo para a ordem médica, não oferecendo em contrapartida assistência adequada à maioria dos indivíduos desassistidos e desprovidos de seus recursos culturais (VIETTA et al 2001). Não se pode ignorar que a objetividade da ciência nos auxilia a chegar a uma compreensão útil de certos fenômenos, porém, imaginar que todos os aspectos da vida humana, principalmente os relacionados ao funcionamento da "mente", possam ser reduzidos a princípios mecanicistas tipo causa-efeito é incorrer num forte reducionismo.

A ajuda recíproca, onde cada um cuida de si e dos outros, intensificando a auto-assistência e o apoio social, para desenvolver sistemas flexíveis do reforço e da participação comunitária, na direção dos assuntos da saúde (BUSS et. al., 2000b) favorecendo assim o empoderamento destas pessoas e conseqüentemente da comunidade.

A Saúde Pública utiliza o conceito de empoderamento para trabalhar a Promoção da Saúde, na medida em que reconhece que a sua falta se constitui num fator de risco para o aparecimento e desenvolvimento de doenças e, conseqüentemente, o empoderamento entra, assim, como uma estratégia de ganho de saúde (WALLERSTEIN & BERNSTEIN, 1994).

Considerando tal perspectiva, é adequada a estratégia de trabalhar a saúde mental na atenção básica, integrando-a à estratégia de saúde da família. O ato de cuidar exige dos profissionais uma postura técnico-política constante, mediante a criação e mobilização dos diversos espaços coletivos desta comunidade, responsabilizando-se com as pessoas e famílias, com o fim de construir com elas melhor qualidade de vida. Esses são pressupostos que nos aproximam da Terapia Comunitária segundo as concepções de Barreto (2005).

Entendemos pois, a rede básica de saúde juntamente com o PSF, como lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os transtornos mentais e sofrimentos psíquicos, tomando como marco teórico os referenciais da Terapia Comunitária (TC) de Barreto(2005) que está fundamentada teoricamente sobre cinco pilares: Pensamento Sistêmico, Teoria da Comunicação, Antropologia Cultural, Pedagogia de Paulo Freire e Resiliência.

Esses referenciais teóricos estão imbricados numa inter-relação consistente e indissociável para a compreensão da metodologia da TC.

2- OBJETIVOS-

A Colcha de Retalhos

Gentilmente agradeço a inspiração de BENTES (1999) para a construção da minha colcha de retalhos, tecendo (buscando tecer) com o presente estudo, a percepção do grupo de Agente Comunitário de Saúde (ACS) quanto a Saúde Mental do Município de Pedreira.

Encontrei talvez o maior dos desafios: fazer co-habitar em mim o universo das possibilidades, analisando as falas do grupo em busca de um sentido, não substituindo a dimensão subjetiva do homem por outra mais concreta e pragmática.

As discussões filosóficas que tecíamos ao abriremos nossos “baús”, meu orientador e eu, e às vezes professores do mestrado, ensinavam-me que olhar para as partes do Homem não significava olhar para o Homem.

BARRETO (2005) me traz o gosto por ouvi-lo dizer que, reduzir o Homem a um de seus aspectos seria o mesmo que mutilá-lo ainda mais, dificultando sua busca de saúde.

Remexendo o tal baú, encontro também às memórias de conversas com BARRETO, onde o mesmo me possibilitou compreender que toda verdade sobre o Homem não pode vir senão de um diálogo sério e respeitoso que considere a diversidade dos elementos que o constituem, justificando assim a escolha da técnica de coleta de dados utilizada nesta pesquisa.

3- METODOLOGIA-

Composição da Colcha de Retalhos

“... Colcha de retalhos (Bentes, 1999)

Minha avó era costureira, e gostava de fazer colchas de retalhos. A geometria das colchas era perfeita: cada quadrado obedecia um sentido determinado, a costura era sempre igual, nenhum fio por demais puxado ou frouxo.

Feitos os quadrados da colcha, ela os observava por um longo tempo. Montava-os, um a um, sobre o forro, mudando-lhes as combinações, examinando o efeito visual do conjunto.

Cada colcha tinha personalidade própria. Retalhos de cores e estampas alegres para as crianças, retalhos de xadrez em fundos de cor sóbria para meu pai. Para mim, flores e muito verde, estampas miúdas, pequenas flores do campo se revelando na pradaria depois da chuva.

Algo em todas as colchas era visível: O jeito campesino e peculiar de compô-las surgia como marca registrada da minha avó. Às vezes uns retalhos de cor inusitada entre muitos tons pastel berravam em oposição à qualquer padronização mais previsível, às vezes cinzas entre minhas flores, às vezes um azul marinho triste e profundo surgia entre os desenhos infantis das colchas dos meus irmãos.

Ela me dizia que tudo isso tinha um significado, que as crianças não estão sempre alegres como as estampas infantis, e que os prados com pedras cinza em um ou outro canto eram mais bonitos que os lisos demais.

Minha avó me ensinou mais do que fazer colchas de retalhos. Aprendi “uma metodologia, um dar significado ao todo e ao detalhe, a maturar o tempo do fazer, do observar, do re-construir.”

*"O conhecimento científico é sempre uma busca de articulação entre
uma teoria e a realidade empírica;
o método é o fio condutor para se formular essa articulação."
(MINAYO & SANCHES, 1993).*

3.1- Coleta de Dados - olhando para os quadros

A escolha da técnica de coleta de dados utilizada foi norteadada pelo melhor método, dentro daquilo que o pesquisador objetivou na sua pesquisa e teve como objetivo produzir versões do mundo, sem perder a noção de que o conhecimento é sempre uma construção do coletivo, ou seja, uma construção da realidade.

Como **instrumento de coleta de dados** foi utilizado a técnica do grupo focal, através do qual as informações coletadas na ficha de identificação conduziram as discussões no grupo focal.

Foi utilizada, neste trabalho, uma ficha de identificação para perceber o perfil do ACS das unidades envolvidas. A ficha de identificação está em anexo (Anexo II) e os temas contidos nas mesmas versaram sobre:

- Dados pessoais (Idade, sexo, estado civil, escolaridade, moradia, rendimentos);
- Tipos de atividades que exercem dentro da unidade de saúde;
- Participação em outros grupos da comunidade.

A técnica do Grupo focal

A técnica do grupo focal é definida como:

"Uma técnica de pesquisa na qual o Pesquisador reúne, num mesmo local e durante certo período, uma determinada quantidade de pessoas que fazem parte do público-alvo de suas investigações, tendo como objetivo coletar, a partir do diálogo e do debate entre eles, informações acerca de um tema específico" (Neto et al., 2001)

O grupo focal teve por finalidade obter à "fala em debate", onde vários pontos foram discutidos, gerando conceitos, impressões e concepções sobre determinado tema, entre os participantes do grupo.

Os dados, assim obtidos, foram de natureza essencialmente qualitativa, e o número ou quantidade de grupos foi definido a partir do objetivo da pesquisa, sendo seu limite delineado pela saturação obtida através do esgotamento dos temas.

Neto et al. (2001), estudando esta técnica, propõe alguns pontos importantes para seu desenvolvimento:

- deve-se ter uma equipe composta por dois pesquisadores: um exercendo a função de mediador; e outro de relator-observador, durante a realização dos grupos focais;
- devem ter uma duração entre uma e duas horas;
- o grupo deve ser composto de quatro a doze pessoas;
- deve-se elaborar um "Roteiro de Debate" construído a partir dos objetivos da pesquisa e elaborado através de questões-chaves que favoreçam o levantamento das informações para a elucidação dos objetivos propostos;
- os debates devem ser registrados de duas formas: através da gravação (gravador ou filmagem) e através das anotações das falas, assim como algum registro da linguagem não verbal (posturas, expressão, etc...).

Foram formuladas para o roteiro de debate do grupo focal quatro perguntas que guiaram as discussões e encontram-se em anexo (Anexo III). As indagações contidas no roteiro do grupo versaram sobre:

- 1- O que o motivou a ser Agente Comunitário de Saúde?
- 2- Como você percebe o serviço de Saúde Mental do município? E como você se vê nesse serviço?
- 3- Percebe alguma mudança com seu trabalho?
- 4- Você participa de algum grupo da comunidade?

3.2- Método: A pesquisa qualitativa em saúde - O fio condutor

A Pesquisa Qualitativa em Saúde segundo Minayo:

"Trabalha com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variável".

Esta metodologia tem a orientação filosófica dialética que insiste na relação dinâmica entre sujeito e objeto, no processo de conhecimento. O pesquisador é um ativo descobridor do significado das ações e das relações que se ocultam nas estruturas sociais (CHIZZOTTI, 1991). Para Minayo a abordagem dialética:

"Se propõe a abarcar o sistema de relações que constrói o modo de conhecimento exterior ao sujeito, mas também as representações sociais que traduzem o mundo de significados (...) Advoga também a necessidade de se trabalhar com a complexidade, com a especificidade e com as diferenciações que os problemas e/ou objetos sociais apresentam".

Spink (2000) utiliza como abordagem teórica, o construtivismo, a partir da Sociologia do Conhecimento e da Psicologia Social. A primeira valoriza o conhecimento que as pessoas têm da realidade, onde o ser humano é visto como um produto social. A segunda contribui com o conceito de investigação construcionista, que tem como preocupação *"a explicação dos processos por meio das quais as pessoas descrevem, explicam ou dão conta do mundo (incluindo a si mesmos) em que vivem"* (GERGEN 1985 APUD SPINK 2000). Um outro conceito, muito importante, é o da desfamiliarização, em relação ao de desconstrução, na medida em que é mais difícil desconstruir aquilo que já construímos. Assim,

Criamos espaços para novas construções, mas as anteriores ficam empregadas nos artefatos da cultura, constituindo o acervo de repertórios interpretativos disponíveis para dar sentido ao mundo. Decorre daí a espiral dos processos de conhecimento, um movimento que permite a convivência de novos e antigos conteúdos (conceitos, teorias) que já caíram em desuso. (SPINK, 2000)

Utilizamos esta perspectiva das práticas discursivas da produção de sentidos, tendo o foco no sentido; navegando na esfera da semântica, através da análise dos significados, cuja ênfase é a linguagem em uso. Spink define sentido como *"uma construção social, um empreendimento coletivo, mais precisamente interativo, por meio do qual, as pessoas constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com situações e fenômenos a sua volta"* (2000). O modo como o pesquisador vai trabalhar,

e a escolha do método, é uma questão de foco, de olhar, do que ele elege como figura/fundo. Spink coloca que é pela ruptura do habitual, do usual, que é possível dar visibilidade aos sentidos, assim buscamos na ficha de identificação colocar perguntas para focalizar o apoio social, que como ela diz,

"Talvez nunca tenham sido alvo de reflexão, podendo gerar práticas discursivas diversas, não diretamente associadas ao tema originalmente proposto. Estamos, a todo momento, em nossas pesquisas, convidando os participantes à produção de sentidos."
(2000)

Assim, ao trabalhar com práticas discursivas, Spink propõe uma metodologia que investigue a maneira a partir da qual as pessoas produzam sentidos, e o modo como se posicionam, em suas relações sociais.

As práticas discursivas são compostas por três elementos:

- A dinâmica, ou seja, os enunciados orientados por vozes, que descrevem o processo de interanimação dialógica que se processa numa conversação;
- As formas, que são os "speech genres" (linguagem social);
- E os conteúdos, que são os repertórios interpretativos, definidos como *"unidades de construção das práticas discursivas - o conjunto de termos, descrições, lugares comuns e figuras de linguagem"* (2000).

Desta forma, o construcionismo social tem como foco a interanimação dialógica, ou seja, o diálogo que se constrói na relação com o outro, que tem por objetivo:

"Identificar processos pelos quais as pessoas descrevem, explicam e/ou compreendem o mundo em que vivem incluindo elas próprias. Nesse sentido, o foco de estudo passa das estruturas sociais e mentais para a compreensão das ações e práticas sociais e, sobretudo, dos sistemas de significação e dão sentido ao mundo." (Spink, 2000)

3.3- Trabalho de campo - lidando com as possibilidades

3.3.1- O campo de investigação

Como campo de investigação, contamos com a colaboração de duas unidades básicas de saúde (Marajoara e Barbim) situadas no município de Pedreira, com equipes de saúde da família que com sua experiência implementam o cotidiano do cuidar, alicerçando para o futuro mais formas de pensar e agir em saúde mental .

Foram utilizados princípios teóricos para lidar com a dimensão simbólica dos discursos presentes no grupo focal a partir da constituição ideológica dos sujeitos, desejando engrossar a fileira daqueles que lutam para a melhoria da saúde pública neste país, o que é também uma forma de reconhecimento e homenagem àqueles que me legaram - pelo exemplo de dedicação de suas vidas às questões públicas - a convicção de que saúde deve ser um direito de todos.

Os sujeitos pesquisados foram 14 Agentes Comunitários de Saúde de duas unidades básica de saúde do município de Pedreira: Marajoara e Barbim.

Eles foram convidados a participar como voluntários dentro das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde), representados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNICAMP, cujo Termo de Consentimento Esclarecido encontra-se em anexo (Anexo I) com registro no CAAE - 1733.0.146.000-05.

3.3.2- Pedreira - O universo da pesquisa

O município de Pedreira foi emancipado político-administrativamente em 31 de outubro de 1896 e encontra-se encravado na zona Cristalina do Norte do Estado de São Paulo, na Micro Região da Estâncias Hidrominerais Paulistas, tendo por limite Amparo, Campinas Jaguariúna e Morungaba. Situada a 584 metros de altitude, possui topografia irregular, possuindo inúmeras montanhas, a região é geograficamente

inadequada para o desenvolvimento da agricultura mecanizada. Possui clima seco, ligeiramente úmido no inverno, e está literalmente distribuída às margens do rio Jaguarí. A cidade oferece como atração seu extenso comércio de louças e porcelanas.

Situa-se a 33 quilômetros de Campinas, com acessos pela SP-340 e SP-95. Dista da Capital 130 quilômetros, com fácil acesso pelas Rodovias Bandeirantes e Anhanguera. O acesso ao Rio de Janeiro é feita pela Rodovia Dom Pedro, cujo trevo encontra-se a 33 quilômetros.

Dados Gerais

A População Total do Município era de 35.219 de habitantes, de acordo com o Censo Demográfico do IBGE (2000). Sua Área é de 110 km² representando 0.0442% do Estado, 0.0119% da Região e 0.0013% de todo o território brasileiro. Seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0.81 segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano/PNUD (2000), segundo fonte do IBGE.

3.3.3- A abordagem e as combinações prévias - “Revolvendo os baús”

Considerando que os baús (inconsciente) dos participantes contêm questões preciosas, a Psicanálise me permitiu compreender esses mecanismos inconscientes que regem os comportamentos e as atitudes humanas, sobretudo os meus em particular, além de também, compreender os mecanismos inconscientes de dominação e de exclusão, compreendendo que toda cultura, todo indivíduo tem direito a diferença, e que a cultura responde a um desejo maior do ser humano: o de nutrir a sua identidade. Ser diferente é a razão maior de ser homem e combater a diferença será um ato de dominação e de empobrecimento da humanidade (BARRETO 2005).

Diante desta “diversidade de baús” nos encantamos com a possibilidade de explorá-los e tomamos a iniciativa de expor os nossos interesses aos “fiéis portadores” de tamanho tesouro...

As combinações sobre a pesquisa foram feitas da seguinte forma:

Em meados de 2004 fomos (a pesquisadora e o orientador) até a UBS Marajoara e apresentamos a proposta da pesquisa ao grupo que ali trabalhava. Este grupo em um primeiro momento era composto de agentes comunitários de saúde (ACS), técnicos e auxiliares de enfermagem, enfermeiras, médicos e um coordenador do Programa de Saúde da Família naquele município. Houve várias visitas a esta UBS, pois acreditávamos que a aproximação do nosso objeto seria indispensável para podermos compreender melhor aquele universo e seus entornos. Foi feito o convite para que os agentes comunitários participassem espontaneamente da pesquisa levando em conta os critérios relatados anteriormente na metodologia.

Em meados de 2005 entramos em contato com a pesquisadora da FSP/USP - Rosilda Mendes, especialista em grupo focal, para que a mesma agendasse a realização do grupo focal em Pedreira e o grupo de Agentes comunitários também se organizasse para tal encontro.

Fomos até a FSP/USP em São Paulo, conversamos com Rosilda Mendes, agendamos a data para a realização do grupo focal e a mesma nos passou algumas orientações para a realização do Grupo focal e nos entregou um Roteiro para o preparo do Ambiente. Posteriormente, contactamos o coordenador de Saúde da Família de Pedreira e confirmamos a disponibilidade da data.

Entramos em contato com as unidades de saúde para disponibilizarem o local e data em suas agendas e no dia e hora marcada realizamos dois grupos focais, um pela manhã e outro após o almoço.

A equipe de filmagem se deslocou de Itatiba para Pedreira, dispôs os equipamentos para filmagem e gravação no local apropriado e demos início aos trabalhos.

Em data agendada previamente com os funcionários da unidade, em um encontro em grupo, foi aplicada a técnica de grupo focal. Essa reunião foi gravada e filmada com autorização específica por escrito (termo de consentimento livre e esclarecido), de todos os participantes. No final do grupo preencheram as fichas de

identificação e foi colocado para os participantes, que após a conclusão da dissertação seria realizado outro encontro em lugar a ser determinado pelo grupo, onde seriam divulgados e debatidos os resultados com os participantes da pesquisa.

O grupo focal teve duração de duas horas, e foi realizado em um espaço da unidade de saúde Barbim ao redor de uma mesa redonda onde dispusemos um lanche para ser consumido durante a realização do grupo, sendo essa orientação sugerida por Rosilda Mendes, pois, afirmou que esse recurso teria a função de um Rapport (termo adotado pela psicologia para sugerir um quebra-gelo), quebrando algumas barreiras e tornando o ambiente mais descontraído. Essa reunião foi gravada e filmada com autorização específica por escrito (termo de consentimento livre e esclarecido), de todos os participantes. No final do grupo, foi colocado para os participantes, que após a conclusão da dissertação seria realizado outro encontro, em local a ser definido pelo grupo, onde seriam divulgados e debatidos os resultados com os participantes da pesquisa.

3.3.4- Os baús e seus tesouros

Participaram do trabalho de campo, 14 agentes comunitários de saúde de duas unidades básicas de saúde do município de Pedreira e a partir dos dados contidos na ficha de identificação (Anexo II) foi observado o seguinte perfil dos participantes:

* 50% dos participantes são do gênero feminino e 50% são do gênero masculino, com idades que variam de 24 a 29 anos no gênero feminino e de 22 a 40 anos entre o gênero masculino. A situação econômica dos entrevistados mostra homogeneidade: a maioria tem como fonte de renda, exclusivamente, o trabalho, sendo que um deles soma a esta, outro tipo de renda, como pensão e outro atividade artística (músico). Em relação à moradia, a maioria morava nas proximidades do trabalho, 11 em residência própria e 3 em residência alugada. Do ponto de vista da escolaridade, todos são alfabetizados, sendo que do gênero feminino duas apresentam 1º grau completo, uma apresenta 2º grau completo, duas apresentam 3º grau incompleto e duas apresentam curso universitário concluído. Quanto ao gênero masculino dois apresentam 2º grau incompleto, um apresenta 2º grau completo, três apresentam 3º grau incompleto e um

apresenta curso universitário concluído. Todos apresentam plena capacidade física e moram com a respectiva família. Quanto ao estado civil quatro são casadas do gênero feminino e dois do gênero masculino. Em relação ao apoio familiar, a maioria informa não receber nenhum tipo de ajuda da sua família. Em relação ao fornecimento de ajuda: um do gênero feminino e um do gênero masculino ajudam famílias carentes de alguma maneira. Os dados com o perfil dos entrevistados pode ser melhor visualizado no quadro em anexo (Anexo IV).

3.3.5- Quadrados da colcha

A partir do aceite do convite para partilharmos nossos tesouros, definimos alguns critérios para selecionar o grupo participante:

- 1- Ser Agente Comunitário de Saúde;
- 2- A unidade de saúde ter equipe de saúde da família pertencente ao município de Pedreira;
- 3- A unidade de saúde ter como uma de suas estratégias a abordagem pautada na Promoção da Saúde;
- 4- Funcionários da Unidade de saúde em questão.

Para resguardar a identidade dos ACS que fizeram parte deste estudo, foram dados a eles nomes de pedras e metais preciosos, ficando assim denominados: Água-marinha, Cristal, Diamante, Esmeralda, Citrino, Ágata, Pérola, Ônix, Lápis Lazuli, Safira, Rubi, Topázio e Jade. (Anexo IV).

Decidimos por esse critério de preservação da identidade, trocando os nomes por pedras e metais, pois, foi com o auxílio precioso dos ACS que descobri como aproveitar o calor gerado pelo choque das diferentes percepções (BARRETO 2005).

3.3.6- Utilizando os fios para tecer a colcha

Após as transcrições dos dados das fichas de identificação e do grupo focal, foram feitas as análises, utilizando-se a técnica de análise qualitativa em saúde.

É preciso, na análise dos dados, haver uma apreensão global dos dados coletados, e partir, então, para a identificação de temas, que vão emergindo das falas dos participantes.

Utilizamos como base teórica, para o método de análise dos dados, os autores MARTINS & BICUDO (1989) e SPINK (2000) que trabalham com pesquisa qualitativa em psicologia.

Martins & Bicudo (1989) utilizam a análise qualitativa buscando não os fatos em si, mas os significados desses fatos para os sujeitos:

"A preocupação se dirige para aquilo que os sujeitos da pesquisa vivenciam como um caso concreto do fenômeno investigado. As descrições e os agrupamentos dos fenômenos estão diretamente baseados nas descrições dos sujeitos, e os dados são tratados como manifestações dos fenômenos estudados" (1989).

Esta forma de análise se constitui de quatro momentos a serem seguidos:

- Leitura para apreensão global do sentido geral das respostas; *"a leitura das descrições é feita em relação ao grupo tomado como um todo, almejando obter uma visão geral do material analisado" (1989);*
- Leitura para encontrar unidades de significados; *"O material coletado é lido com a finalidade de encontrar-se aquilo que parece ser o mais significativo nos dados obtidos e de saber quais as partes principais, onde podem ser percebidas diferenças entre os dados."* (1989);
- Definição de temas mais importantes; *"as partes significativas são delimitadas por temas ou perspectivas de investigação" (1989);*
- Síntese integradora dos *"insights"* das unidades de significado; *"a perspectiva adotada na análise é da descoberta de como os sujeitos experienciam o fenômeno ou de como o autor da mensagem vê o fenômeno como um todo" (1989).*

O material coletado foi lido, com a finalidade de se encontrar aquilo que parece ser o mais significativo dentre as respostas dos participantes, explorando também as diferenças percebidas entre as falas. As partes significativas foram agrupadas em temas ou perspectivas de investigação, escolhidas a partir de categorias de análise concernentes ao referencial teórico.

SPINK (2000) segue a mesma direção na interpretação dos dados, afirmando que a interpretação é concebida como um processo de produção de sentidos que tem como atividade-meio: o diálogo com as informações coletadas no trabalho de campo; e como atividade-fim a explicitação dos sentidos encontrados a partir da interpretação. E para isso, apresenta algumas técnicas de visibilização, que se configuram como estratégias para o rigor na pesquisa - rigor este entendido *"como a objetividade possível no âmbito da intersubjetividade"* (2000). Assim, a análise objetiva trabalhar a *"dialogia implícita na produção de sentidos e o encadeamento das associações de idéias"* (2000).

BARDIN (1979) caracteriza a análise de conteúdo como sendo empírica e, por esse motivo, não pode ser desenvolvida com base em um modelo exato. Contudo, para sua operacionalização, devem ser seguidas algumas regras de base, por meio das quais se parte de uma literatura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado. Nesse sentido, a análise de conteúdo relaciona as estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados e articula a superfície dos textos com os fatores que determinam suas características (características psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção da mensagem).

Para BARDIN (1979), não se trata de atravessar os significantes para atingir os significados, como se faz na leitura normal, mas de, por meio dos significantes e dos significados (manipulados), buscarem-se diferentes significados de natureza psicológica, sociológica, política, histórica, dentre outros.

O grupo aqui referido será melhor descrito no capítulo 4 desta dissertação: *Trabalhando com o grupo*.

4- TRABALHANDO COM O GRUPO-

Possibilidades de Colcha

*"(no mundo da relação) o EU e o TU se defrontam um com o outro livremente,
numa ação recíproca que não está ligada a nenhuma causalidade e
não possui dela menor matiz..
.somente aquele que conhece a relação e a presença do TU
está apto a tomar uma decisão..."*
Buber

4.1- O Grupo e suas questões... “cada colcha tinha personalidade própria”

Entre as diversas teorias de grupo, também conhecidas como grupoterapias onde se entrelaçam ecleticamente, estudadas por várias correntes da psicologia podemos citar a teoria psicanalítica, com Freud e Bion; Pichon Riviére, com os grupos operativos; uma vertente mais sociológica, com Kurt Lewin; Moreno, com psicodrama, entre outros. Existem, portanto, estudos voltados para a macro-sociologia e a psicologia, que abordam os grandes grupos, e a micropsicologia, com o estudo dos pequenos grupos (ZIMERMAN, 1997).

Tanto o horizonte político-econômico como o cultural em que se desenvolvem estas teorias faz com que recebam marcantes influências ideológicas. Estas irão determinar o tipo de campo (ou espaço) a ser pesquisado, assim como os limites de seu desenvolvimento (SAIDON, 1983).

A importância do conhecimento e a utilização da percepção grupal remetem ao fato de que todo o indivíduo, segundo ZIMERMAN (1997), passa a maior parte do tempo de sua vida convivendo e interagindo com distintos grupos. Assim, desde o primeiro grupo natural que existe em todas as culturas -a família nuclear- estabelecemos vínculos. A essência de todo e qualquer indivíduo consiste no fato de ele ser portador de um conjunto de sistemas: desejos, identificações, valores, capacidades, mecanismos defensivos e, sobretudo, necessidades básicas, como a de dependência e a de ser reconhecido pelos outros. Assim, como o mundo interior e o exterior é a continuidade um do outro, da mesma forma o individual e o social não existem separadamente, pelo contrario, eles se diluem, interpenetram, complementam e confundem entre si (ZIMERMAN, 1997).

Partindo da definição que a OMS deu à saúde como sendo a de "um completo bem-estar físico, psíquico e social", é fácil entendermos que as técnicas grupais encontram (ou deveriam encontrar) uma larga área de utilização, sobretudo em comunidades.

Olhando para este grupo que o estudo contemplou de Agentes Comunitários de Saúde, ele age na prestação tanto de cuidados primários de saúde (prevenção), como secundários (tratamento) e terciários (reabilitação).

Interessou, neste trabalho, focalizar algumas noções básicas dos grupos e suas características para podermos perceber minimamente o sentido de algumas falas e o porquê isso ocorre, e também contemplar a Terapia Comunitária de Adalberto Barreto como nosso marco teórico.

Considera-se também, segundo OLMSTED, o grupo de Agentes Comunitários de Saúde como:

"Uma pluralidade de indivíduos que estão em contato uns com os outros, que se consideram mutuamente e que estão conscientes de que têm algo significativamente importante em comum." (1970 apud BRAGHIROLI, et al., 1999).

Um grupo é portanto, formado por um conjunto de pessoas, a comunidade é formada por um conjunto de grupos, e a sociedade é o conjunto interativo de várias comunidades. MILLS define grupo como:

"Unidades compostas de duas ou mais pessoas que entram em contato para determinado objetivo, e que consideram significativo o contato e representam não apenas microsistemas, mas são também, fundamentalmente, microcosmos de sociedades mais amplas." (1970).

Segundo ZIMERMAN (1997), todo ser humano é gregário por natureza, existindo em função dos seus relacionamentos. Como diz OSÓRIO (1997 apud ZIMERMAN 1997), a interação entre os membros de um grupo é o fenômeno que centraliza a atividade de qualquer agrupamento humano. Os seres humanos nascem e pertencem a um primeiro grupo que é a família nuclear; depois, passam a estabelecer outros grupos, como o da escola, trabalho, círculo social, entre outros.

É importante fazer a distinção entre grupo e agrupamento. “Para ser considerado um grupo, é preciso que exista, entre as pessoas, uma interação social e algum tipo de vínculo, “pode-se dizer que a passagem da condição de um agrupamento para a de um grupo, consiste na transformação de” interesses comuns” *para a de “interesses em comum”* (ZIMERMAN, 1997). Para exemplificar um agrupamento, podemos pensar numa fila de ônibus, onde as pessoas estão com interesse comum de pegar o ônibus, mas não possuem nenhum vínculo entre si.

Dessa forma, para que seja caracterizado um grupo é preciso que:

- Os integrantes estejam reunidos em torno de um interesse comum;
- No grupo, o "todo é maior do que as partes" (como numa gestalt), ou seja, um grupo se constitui como uma nova identidade sendo mais do que apenas o somatório dos seus membros;
- É preciso que se mantenham discriminadas as identidades individuais, de forma que as pessoas mantenham a sua individualidade e não virem uma massa indiscriminada;
- É preciso que haja alguma forma de interação afetiva entre os membros do grupo, ou seja, que seja estabelecido algum tipo de vínculo entre os integrantes;
- É inerente à formação de um grupo a presença de um "campo grupal dinâmico", onde transitam fantasias e ansiedades. Assim, pode-se defini-lo:

"O campo é composto por múltiplos fenômenos e elementos do psiquismo e, resulta que todos esses elementos, tanto os intra como os inter-subjetivos, estão articulados entre si, de tal modo que a alteração de cada um deles vai repercutir sobre os demais, em uma constante interação entre todos" (ZIMERMAN, 1997:29).

Em todo grupo se forma o chamado "Campo grupal" (ZIMERMAN, 1997), um campo onde fenômenos circulam. ZIMERMAN (1997) descreve seis fenômenos importantes que definem o campo grupal:

- A *ressonância*, que é um fenômeno comunicacional, onde a fala trazida por um membro do grupo vai ressoar em outro, transmitindo um significado afetivo equivalente, e assim, sucessivamente;
- O fenômeno do espelho, conhecido como *galeria dos espelhos*, onde cada um pode ser refletido nos, e pelos outros; o que nada mais é, do que a questão da identificação, onde o indivíduo se reconhece sendo reconhecido pelo outro, e assim vai formando a sua identidade;
- A função de "*continente*", ou seja, o grupo coeso exerce a função de ser continente das angústias e necessidades de cada um de seus integrantes;
- O fenômeno da pertencência, chamado por Zimerman de vínculo do reconhecimento, que é "o quanto cada indivíduo necessita, de forma vital, ser reconhecido pelos demais do grupo como alguém que, de fato, pertence ao grupo. E também alude à necessidade de que cada um reconheça o outro como alguém que tem o direito de ser diferente e emancipado dele";
- A discriminação, que é a capacidade de fazer a diferença entre o que pertence ao sujeito e o que é do outro; ou seja, diferenciar entre fantasia e realidade, presente e passado, entre o desejável e o que é possível naquele momento;
- A *comunicação*, seja ela verbal ou não-verbal, fenômeno essencial em qualquer grupo onde mensagens são enviadas e recebidas, podendo haver distorção e reações da parte de todos os membros do grupo.

ZIMERMAN (1997) classifica ainda, dois tipos de grupos, segundo o critério de finalidade, em operativos e psicoterápicos.

Em relação aos grupos operativos, a sua sistematização foi feita por Pichon Riviére desde 1945, que definiu grupo operativo como "*um conjunto de pessoas com um objetivo em comum*" (apud BLEGER, 1993).

Como diz BLEGER (1993), os grupos operativos trabalham na dialética do ensinar-aprender; o trabalho em grupo proporciona uma interação entre as pessoas, na qual elas tanto aprendem como também são sujeitos do saber, mesmo que seja apenas

pelo fato da sua experiência de vida; dessa forma, ao mesmo tempo em que aprendem, ensinam também. Assim:

"O ser humano está integralmente incluído em tudo aquilo em que intervém de tal maneira que quando existe uma tarefa sem resolver há, ao mesmo tempo, uma tensão ou conflito psicológico, e quando é encontrada uma solução para um problema ou tarefa, simultaneamente fica superada uma tensão ou um conflito psicológico" (BLEGER, 1993).

Os grupos operativos abrangem quatro campos:

- Ensino-aprendizagem: cuja tarefa essencial é o espaço para refletir sobre temas e discutir questões, pode-se exemplificar com os "grupos Balint" nos hospitais, com objetivo de trabalhar a relação médico-paciente mais satisfatória, e os "grupos de reflexão" que serão abordados mais adiante;
- Institucionais: grupos formados em escolas, igrejas, sindicatos, promovendo reuniões com vistas ao debate sobre questões de seus interesses;
- Comunitários: utilizados em programas voltados para a Promoção da Saúde Mental, por exemplo, grupo de gestantes e de crianças, onde profissionais não-médicos são treinados para a tarefa de integração e incentivo a capacidades positivas;
- Terapêuticos: como o nome já diz, objetiva a melhoria da situação patológica dos indivíduos, tanto a nível físico quanto psicológico, que seriam os grupos de auto-ajuda, Alcoólicos Anônimos, entre outros (ZIMERMAN, 1997);

Os grupos psicoterápicos, Zimerman denomina-os para *"formas de psicoterapia que se destinam prioritariamente, à aquisição de insights, notadamente, dos aspectos inconscientes dos indivíduos e da totalidade grupal"* (1997); que seriam os chamados grupoterapias, com abordagens diversas como a psicanalítica, a teoria sistêmica, a abordagem cognitivo-comportamental e a psicodramática.

É importante ressaltar que, tanto o grupo operativo pode propiciar um benefício psicoterápico, quanto os grupos psicoterápicos se utilizam do enfoque dos grupos operativos. Já que *"os grupos de ensino não são diretamente terapêuticos, mas a tarefa da*

aprendizagem implica em terapia; toda aprendizagem bem realizada e toda educação é sempre, implicitamente, terapêutica" (BLEGER, 1993). E ainda, *"pensar equivale a abandonar um marco de segurança e ver-se lançado numa corrente de possibilidades"* (BLEGER, 1993).

As pesquisas demonstram que o ser humano nasce com necessidades sociais e que a participação nos grupos tem intenção de satisfazê-las. A teoria das necessidades pessoais, de Schultz, coloca que *"as pessoas não se integrarão em um grupo se ele não trouxer a satisfação de certas necessidades fundamentais que são: necessidade de inclusão, necessidade de controle e necessidade de afeição."* (apud BRAGHIROLI, et al., 1999).

A "necessidade de inclusão" é definida como a necessidade de se sentir integrado, valorizado, aceito totalmente pelos demais; a "necessidade de controle" pode ser entendida como a necessidade de estabelecer, para si mesmo, quais são as suas responsabilidades e as dos outros. O indivíduo precisa sentir-se totalmente responsável pelo grupo, seus objetivos, estrutura, funcionamento e progresso; e a "necessidade de afeição", que é descrita como a necessidade que aparece depois das duas necessidades anteriores, e que representa o desejo de ser valorizado, de ser percebido como insubstituível pelo grupo. Seria o desejo secreto de todos os indivíduos, como participantes de um grupo. O indivíduo quer ser, ao mesmo tempo, valorizado por sua competência e aceito como pessoa (BRAGHIROLI et al 1999).

Pretendemos neste momento da dissertação, abordar a discussão sobre grupos contextualizando nosso entendimento dos Agentes comunitários de Saúde como um grupo com interesses em comum, segundo ZIMERMAN, (conforme argumentado anteriormente), e sua rede de apoio social.

4.2- Apoio social e rede social no espaço grupal

Partimos do pressuposto, que a Unidade Básica de Saúde, na figura dos ACS poderia se configurar como grupo de apoio social.

Definir apoio social não é tarefa fácil, na medida em que existem vários significados na bibliografia referendada. ARROSI (1993) cita PAYKEL que coloca em questão a própria terminologia "apoio", já que esta traz implícita a existência de um benefício; e BRUGHA que define apoio social como "aqueles aspectos das relações sociais que se pensam ter um efeito benefício para a saúde física e mental" (apud ARROSI, 1993).

Outra questão importante, em relação a este conceito, são as variáveis pelo qual o apoio social pode ser analisado. Segundo ARROSI (1993), os pesquisadores definem apoio social segundo dois tipos:

- Apoio emocional, que é referente à ajuda emocional, tais como carinho, afeto, estima, valor, entre outros; e
- Apoio instrumental, referente à ajuda material, ajuda informacional.

A definição da Unidade de saúde como apoio social, segundo ARROSI, se encaixou perfeitamente para a unidade de estudo em questão.

Para ARROSI (1993), devido às múltiplas definições de apoio social, este não se constitui como um conceito universal. É preciso defini-lo segundo o contexto em que está sendo analisado, levando-se em conta os fatores culturais e socioeconômicos, os programas de intervenção e as iniciativas comunitárias de cada sociedade; e ainda, a maneira como esses fatores determinam o significado de apoio social.

O apoio social tem, ainda, sua contribuição, no sentido de *"criar uma sensação de coerência da vida e de controle sobre a mesma, o que, por sua vez, afeta o estado de saúde das pessoas de uma forma benéfica"* (CASSEL, 1976 apud VALLA, 1998).

Como diz Valla, as pessoas ao terem menor oportunidade de participar no processo de tomada de decisões, podem gerar um sentimento de falta de controle e conseqüentemente, afetar a sua morbidade e mortalidade (VALLA, 1999). E ainda, *"uma sensação de não poder controlar sua própria vida juntamente com a sensação de isolamento podem ser relacionados com o processo saúde-doença."* (VALLA, 1999).

Este autor segue discutindo sobre educação popular, saúde e apoio social, na atual conjuntura, e faz um alerta, para a necessidade dos serviços de saúde, de contemplarem as necessidades sociais da população, sendo preciso para isso,

levar em conta o que as pessoas pensam sobre seus problemas e para as soluções que buscam, de forma espontânea. Nesse ponto, apoio social faz a interseção com a questão do empoderamento:

"Se de um lado, o apoio social oferece a possibilidade de realizar a prevenção através da solidariedade e do apoio mútuo, do outro, oferece também uma discussão para os grupos sociais sobre o controle do seu próprio destino e autonomia das pessoas perante a hegemonia médica, através da "nova" concepção do homem como uma unidade." (TOGNONI, 1991; VALLA 1997b apud VALLA, 1999).

Os grupos devem se configurar, como espaços onde as pessoas possam falar sobre seus problemas, e buscar soluções, conjuntamente com os profissionais, de forma que a informação circule, da experiência técnica à vivência prática das pessoas que adoecem, nos diz Valla. Nesse contexto, Adalberto Barreto propõe a terapia comunitária como que constituindo um Espaço proporcionador para a fala e expressão do sofrimento e das situações de crise, uma oportunidade de união das famílias e do grupo social, facilitando a construção da rede de solidariedade entre as pessoas. Segundo ele a TC é um Instrumento importante para o resgate cultural e da auto-estima das pessoas, é um exercício de inclusão e de valorização das diferenças e dos referenciais positivos de cada indivíduo.

Um conceito diretamente relacionado com o de apoio social é o conceito de **cuidado**. O apoio pressupõe o cuidado. Boff (1999), afirma que o cuidado é algo que se encontra na raiz de todo o ser humano; é algo que faz parte da constituição humana. Como nos diz BOFF:

"O ser humano é um ser de cuidado, mais ainda, sua essência se encontra no cuidado. Colocar cuidado em tudo o que projeta, eis a característica do ser humano" (1999).

Para o indivíduo em sofrimento mental, o cuidado é de fundamental importância. O cuidado é o antídoto para o abandono. O cuidado, não é uma atitude só para os enfermos, é uma atitude universal.

Durante toda a vida, o ser humano foi cuidado, principalmente no início do seu desenvolvimento (primeira infância). Quando adquire um grau maior de independência, passa a ser cuidador, a ser o sujeito que oferece cuidados: cuidados com os filhos,

com a casa, etc. Assim, BOFF (1999) coloca, que a definição de cuidado contém em si, dois significados: um significado relacionado com o cuidado com o outro, que é a atitude de zelo, de atenção para com o outro; e um significado de preocupação, de inquietação do próprio sujeito que cuida, porque se sente envolvido com o outro. Dessa forma:

"O cuidado é o permanente companheiro do ser humano. Quer dizer: o cuidado sempre acompanha o ser humano porque este nunca deixará de amar e de se desvelar por alguém (primeiro sentido), nem deixará de se preocupar e de se inquietar pela pessoa amada (segundo sentido)." (BOFF, 1999).

O ser humano é um ser que tem sentimentos, inclusive é isso que o diferencia da máquina. É a capacidade de envolver-se, de afetar e ser afetado pelo outro, que o torna humano. É esse sentimento, que se chama cuidado e se situa na lógica do afeto.

O cuidado pressupõe uma relação, e essa relação não deve ser de domínio sobre o outro, mas de con-vivência. O cuidado se dá na "inter-ação e comunhão" (BOFF, 1999). É a partir do cuidado com o outro, que o ser humano desenvolve a dimensão de alteridade, de respeito, valores fundamentais da experiência humana. Assim, o cuidado se dá numa relação afetiva, e engloba o modo de ser do ser humano, em seus laços afetivos.

"Dar centralidade ao cuidado não significa deixar de trabalhar e de intervir no mundo. Significa renunciar à vontade de poder que reduz tudo a objetos, desconectados da subjetividade humana. Significa recusar-se a todo despotismo e a toda dominação. Significa impor limites à obsessão pela eficácia a qualquer custo. (...) significa colocar-se junto ao pé de cada coisa que queremos transformar para que ela não sofra, não seja desenraizada de seu habitat e possa manter as condições de desenvolver-se e co-evoluir junto com seus ecossistemas e com a própria Terra (...)." (BOFF, 1999).

Outro conceito, muitas vezes confundido com o de apoio social, é o conceito de **Rede Social**, com particular interesse para este trabalho.

Segundo ARROSI (1993), a consideração da rede social, como uma medida do apoio, ainda é algo controverso. O'Reilly defende, que o apoio social, e o efeito de sua provisão, é uma função da rede social do indivíduo; e apesar da rede social ter uma

dimensão interativa e estrutural, que pode afetar o apoio social recebido, estas não são em si mesmas ações do apoio social, nem são necessariamente indicadores de condutas de apoio (apud ARROSI, 1993).

SADOUM (1991) define rede social de uma pessoa, como o conjunto de relações humanas, que tem um impacto duradouro na vida de uma pessoa; como por exemplo, o grupo de outros significativos, aos quais os indivíduos vêm aos poucos, e que formam um sistema de apoio natural.

A rede social opera, mobilizando recursos pessoais, e permite aos indivíduos, que necessitam ajuda, atenuarem a sua carga emocional e melhorarem sua capacidade de defesa (apud ARROSI, 1993). Desse modo, pode-se dizer, que o apoio se constitui em um pano de fundo, e a rede social atua mais como uma teia de relações sociais, que rodeiam o indivíduo, onde o apoio flui. O conceito de rede social é definido por diversos autores como Lewin, Moreno, Barnes, Bott entre outros (SLUZKI, 1997).

Outro ponto importante no trabalho de SLUZKI, é a definição das funções da rede. A rede social teria como principais funções:

- a companhia social, que se refere à realização de atividades conjuntas, ou simplesmente o estar juntos;
- o apoio emocional, que se refere aos intercâmbios que conotam uma atitude emocional positiva, clima de compreensão, simpatia, empatia, estímulo e apoio; é o poder contar com a ressonância emocional e a boa vontade do outro;
- guia cognitivo e conselhos, como as interações destinadas a compartilhar informações pessoais ou sociais, esclarecer expectativas e propiciar modelos de papéis;
- a regulação social, que permite interações, que lembram e reafirmam responsabilidades e papéis, neutralizam os desvios de comportamentos, que se afastam das expectativas coletivas, permitem uma dissipação da frustração e da violência, e favorecem a resolução de conflitos;

- ajuda material e serviços, que proporcionam colaboração específica, com base em conhecimento de especialistas, ou ajuda física, incluindo os serviços de saúde;
- acesso a novos contatos, se refere à abertura de portas, para a conexão com pessoas e redes, que até então não faziam parte da rede social do indivíduo. (SLUZKI, 1997).

Nesse sentido, pode-se dizer que o apoio social flui através da rede social, quando ela desempenha uma das suas funções.

Existem vários estudos epidemiológicos, que fazem à correlação positiva entre rede social e saúde (HOLMES, 1956; TILMAN e HOBBS, 1949; GORE, 1973; apud SLUZKI, 1997).

SLUZKI (1997) aponta, a partir de sua investigação da relação entre rede social e saúde, que:

"A pobreza relativa de relações sociais constitui um fator de risco para a saúde comparável ao fumar, à pressão arterial elevada, à obesidade e a ausência de atividade física. Esses esboços de direcionalidade da correlação entre rede e saúde possuem importantes implicações clínicas assim como para o planejamento da saúde pública." (1997).

4.3- A terapia comunitária de Adalberto Barreto

A Terapia Comunitária (TC) é um procedimento terapêutico, em grupo, com a finalidade de promover a saúde e a atenção primária em saúde mental. Funciona como fomentadora de cidadania, de redes sociais solidárias e de identidade cultural das comunidades. Por ser um trabalho em grupo atinge um grande número de pessoas, abrangendo diversos contextos familiares, institucionais e sociais.

A terapia Comunitária constitui um espaço proporcionador para a fala e expressão do sofrimento e das situações de crise, facilitando a construção da rede de solidariedade entre as pessoas. É um instrumento para o resgate cultural e da auto-estima das comunidades.

Segundo Barreto 2005, a TC é utilizada para desenvolver atividades de prevenção e inserção social de pessoas que vivem em situação de crise e sofrimento psíquico. Promove a integração de pessoas, a construção de dignidade e da cidadania, contribuindo para a redução dos vários tipos de exclusão, por meio de encontros interpessoais e intercomunitários, valorizando a história individual e a identidade cultural, a fim de restaurar a auto-estima e a autoconfiança de inclusão e de valorização das diferenças e dos referenciais positivos de cada indivíduo. A TC vem maximizar e universalizar instrumentos para a prevenção de problemas cada vez mais presentes em nossa sociedade como as doenças psíquicas, as somatizações, a violência doméstica e urbana, as situações de crise intrafamiliar, crise intracomunitária e o abandono social.

4.3.1- Histórico da TC

A metodologia da Terapia Comunitária foi criada e sistematizada pelo psiquiatra e teólogo Adalberto Barreto, em 1987, na favela de Pirambu, Fortaleza - CE.

A TC surgiu nessa favela em resposta a duas necessidades:

- Atender milhares de pessoas com problemas emocionais e psíquicos;
- Adequar as propostas acadêmicas de promoção de saúde às carências reais apresentadas por aquela comunidade.

Desde o início, Barreto percebeu que não poderia trabalhar na favela do mesmo modo como trabalhava no hospital ou no consultório, prescrevendo remédios e abordando as pessoas individualmente. Entendeu que a lógica de consultas médicas não responderia às necessidades daquelas pessoas. A maioria era imigrante que deixava sua comunidade de origem e se agregava desordenadamente nas periferias das grandes cidades, em condições de miséria e sem apoio do Estado. Ele concluiu que a prioridade para aquele grupo era a criação de uma rede social de solidariedade.

A Terapia Comunitária está embasada na constatação de que as pessoas carentes, vivendo os problemas mais variados, demonstram riqueza nas possibilidades de soluções, e que os profissionais de saúde, educação, áreas sociais e agentes comunitários devem ser um instrumento canalizador das soluções emergentes da própria comunidade.

BARRETO 2005 sugere que a TC pode ser utilizada para promover os vínculos sociais, as redes de solidariedade e melhorar a auto-estima.

Existe a perspectiva de Barreto no trabalho dos ACS e a percepção dos mesmos pode ser influenciada pela estética da TC.

Segundo BARRETO 2005, “no dia em que todo conhecimento científico, toda prática política e toda profissão de fé caminharem no sentido de ajudar as pessoas a acreditar nelas, em seus recursos culturais, o mundo será diferente, porque ajudaremos o ser humano a sair de toda forma de dependência e submissão, para atingir a liberdade e a autonomia que nos tornam cidadãos do mundo. Somente assim, passaremos a exorcizar aquilo que impede a tomada de consciência das implicações humanas na gênese da miséria e do sofrimento humano, para enfim, poder nascer o desejo de ser solidário ao outro. “

4.3.2- Fundamentos teóricos da TC

A TC está fundamentada teoricamente sobre quatro pilares:

- 1- Pensamento Sistêmico;
- 2- Teoria da Comunicação;
- 3- Antropologia Cultural;
- 4- Pedagogia de Paulo Freire;
- 5- Resiliência.

Esses referenciais teóricos estão imbricados numa inter-relação consistente e indissociável para a compreensão da metodologia da TC.

1- O Pensamento Sistêmico

A Teoria Geral dos Sistemas, introduzida em 1936 pelo biólogo Ludwing Von Bertalanffy busca compreender a inter-relação existente entre as partes e o todo, desloca o foco conceptual das partes para os todos.

As crises e os problemas são observados e resolvidos como partes integradas de uma rede complexa, cheia de ramificações, que interligam as pessoas num todo. Envolve a biologia (corpo), a psicologia (mente e emoções) e a sociedade (contexto cultural). Esses aspectos estão interligados e todas as partes influenciam umas às outras.

A abordagem sistêmica percebe a pessoa humana na sua relação com a família, com a sociedade, com seus valores e crenças, contribuindo para a compreensão e transformação do indivíduo (WRIGHT & LEAHEY 2002)

A família como um todo, é maior que a soma de suas partes, ela também enfatiza que os indivíduos são mais bem compreendidos dentro de um contexto maior, o qual normalmente é a família.

A consciência da globalidade possibilita abordar e situar um problema sem perder de vista às várias partes do conjunto. Estimular os mecanismos de auto-regulação, proteção e noção de co-responsabilidade. Os comportamentos dos membros da família são mais bem compreendidos sob o ponto de vista de uma causalidade circular e não linear.

2- A Teoria da Comunicação

Segundo WALTZLAWICK (1967) apud WRIGHT & LEAHEY 2002, o foco do estudo da comunicação é a maneira pela qual os indivíduos interagem uns com os outros. **Todo comportamento é comunicação.** O comportamento tem valor de mensagem numa ação interacional. A atividade ou a inatividade, as palavras ou o silêncio, mesmo não intencionais, possuem valor de mensagem. **Não há como não se comunicar.**

Toda comunicação tem dois aspectos: a comunicação verbal e a não verbal, expressa por meio de gestos, olhares, tom de voz etc.

Nesse sentido, a comunicação se torna uma seqüência ininterrupta de trocas.

Os princípios da Teoria da Comunicação, aplicados na Terapia Comunitária, indicam que **todo sintoma tem valor de comunicação.**

Isso significa que as queixas e os problemas apresentados estão comunicando um desequilíbrio familiar ou social. A exemplo do alcoolismo, dos atos de delinquência juvenil, das somatizações e dos sofrimentos psíquicos.

A teoria da comunicação nos permite compreender que todo comportamento, todo ato, verbal ou não, individual ou grupal tem valor de comunicação num processo, sempre desafiante, de entendimento das múltiplas possibilidades de significados e sentidos que podem estar ligados ao comportamento humano. A riqueza e a variedade das possibilidades de comunicação entre as pessoas nos convidam a ir além das palavras, para entender a busca desesperada de cada ser humano pela consciência de existir e pertencer, de ser confirmado e reconhecido como sujeito e cidadão.

3- A antropologia cultural

A Antropologia Cultural ressalta que os valores e as crenças são fatores importantes na formação da identidade do indivíduo e do grupo.

“Os conhecimentos dessa ciência chamam a nossa atenção para a importância da cultura, esse grande conjunto de realizações de um povo ou de grupos sociais, como referencial a partir do qual cada membro de um grupo se baseia, retira sua habilidade para pensar, avaliar e discernir valores, e fazem suas opções no cotidiano. Vista dessa maneira, a cultura é um “elemento de referência” fundamental na construção de nossa identidade pessoal e grupal, interferindo, de forma direta, na definição de quem sou eu, quem somos nós. Se a cultura for vista como um valor, um recurso que deve ser reconhecido, valorizado, mobilizado e articulado de forma complementar com outros conhecimentos, poderemos ver que este recurso nos permitirá somar, multiplicar nossos potenciais de crescimento e de resolução de nossos problemas sociais e construir uma sociedade mais fraterna e mais justa” (BARRETO 2005).

BARRETO considera que a transformação social só será possível quando considerar duas vias: a do conhecimento científico e a do saber popular.

4- A pedagogia de Paulo Freire

“Ensinar é o exercício do diálogo, da troca, da reciprocidade, ou seja, de um tempo para falar e de um tempo para escutar, de um tempo para aprender e um tempo para ensinar.” (Freire 1993 apud Barreto 2005).

FREIRE 1983, nesse sentido, afirma que:

“A auto-suficiência é incompatível com o diálogo. Os homens que não tem humildade, ou a perdem, não podem se aproximar do povo. Não podem ser seus companheiros de pronúncia do mundo. Se alguém não é capaz de sentir-se e saber-se tão homem quanto aos outros, é que lhe falta ainda muito o que caminhar, para chegar ao lugar de encontro com eles. Nesse lugar de encontro, não há ignorantes absolutos, nem sábios absolutos: há homens que em comunhão buscam saber mais.”

O respeito e a aceitação da diversidade sem discriminação e preconceitos também se fazem presentes na teoria de Paulo Freire. E para lhe dar e aceitar a pluralidade cultural é preciso estar aberto ao mundo, ao diferente, entendendo o ser humano numa perspectiva de “inacabado”. A consciência de que o ser humano é inacabado possibilita o exercício de indagar, comparar, duvidar, do despertar da curiosidade sem invadir a privacidade do outro buscando novos conhecimentos para ajudar a encontrar soluções, promovendo transformações no universo em que vivemos. FREIRE 2001 apud Barreto 2005, afirma que: “Ninguém nasce feito. Vamos nos fazendo aos poucos, na prática social de que tomamos parte. “

O método de Paulo Freire é um chamado coletivo a todos os membros da raça humana para criar e recriar, fazer e refazer através da ação e reflexão. Descobrendo novos conhecimentos e, conseqüentemente novas formas de intervir na realidade, os indivíduos tornam-se sujeitos da história (BARRETO 2005).

5- A resiliência

Conceito deslocado da física que nomeia a propriedade de alguns materiais de acumular energia, quando exigidos e estressados, e voltar ao seu estado original sem qualquer deformação. Pois é: vem contando pontos como competência humana a habilidade

do elástico, ou da vara do salto em altura - aquela que enverga no limite máximo sem quebrar, volta com tudo e lança o atleta para o alto.

Resiliência é também uma outra fonte importante do conhecimento, que contribuiu para a construção da TC. Nasce da própria história pessoal e familiar de cada participante. As crises, os sofrimentos e as vitórias de cada um, expostos ao grupo, são utilizados como matéria-prima de um trabalho de criação gradual de consciência gradual, para que os indivíduos descubram as implicações sociais da gênese da miséria e do sofrimento humano (BARRETO 2005).

A TC não busca identificar as fraquezas e as carências, não tenta diagnosticar os problemas, nem os meios de compensá-los, sua meta fundamental é identificar e suscitar as forças e capacidade dos indivíduos, das famílias e das comunidades para que, através desses recursos, possam encontrar suas próprias soluções e superar as dificuldades impostas pelo meio (BARRETO 2005).

A TC valoriza a experiência pessoal; o reconhecimento da competência dos indivíduos, das famílias e das comunidades; o senso de humor como forma de transformar o trágico em lúdico; desenvolve-se por meio da interação ente o indivíduo e seu ambiente; não substitui as políticas públicas e sociais, devendo inspirá-las e ou reorientá-las; exige um espírito construtivo e encoraja e estimula a capacidade de aprendizado das pessoas.

A formação da Terapia Comunitária é baseada nas linhas teóricas acima descritas e na valorização das vivências, permite aos terapeutas comunitários sentirem-se mais confiantes em suas competências. Eles são orientados para assumirem as ações básicas em saúde mental comunitária voltadas para a prevenção, mediação das crises e promoção da inserção social dos indivíduos (BARRETO 2005).

5- A GEOMETRIA DA COMPOSIÇÃO-

Resultados e Discussões

*“Cada um de nós,
à medida que se arriscava a um grau maior de autenticidade,
descobria o que e o quanto de si habituará a manter submerso...
Tornamo-nos mais capazes, através de livre ensaio e erro,
de discriminar nossos verdadeiros afetos e preferências,
descobrimos que eles se encontravam meio enrijecidos,
muitas vezes deformados, após anos de abafamento.”*

Rogers

Procuramos debater o material coletado no trabalho de campo, que já foi mostrado nas categorias de análise, e apresentando as falas obtidas no Grupo Focal, à luz do referencial teórico, de modo a buscar respostas para o objetivo e pressupostos traçados neste estudo.

As categorias de análise foram definidas a partir do referencial teórico, buscando encontrar as unidades de significados que têm como objetivo evidenciar o que é mais significativo nos dados coletados.

5.1- O efeito visual do conjunto

A partir da análise dos dados contidos na ficha de identificação são obtidos os seguintes resultados:

- **Tipos de atividades que exercem dentro da Unidade Básica de Saúde**

100% dos participantes são Agentes Comunitários de Saúde

- **Participação em outros grupos da comunidade**

100% dos participantes não participavam de outros grupos na comunidade. Nenhum entrevistado desempenhava uma atividade sistemática dentro de sua comunidade e ao serem questionados quanto a sua participação na comunidade em grupos como igreja, por exemplo. Os mesmos não identificavam tal participação. Um participante, neste momento, colocou a sua atividade como voluntária em uma igreja como professor de violão.

5.2- Categorias de análise

As categorias de análise foram definidas a partir do referencial teórico contextualizado à saúde mental envolvendo redes sociais, grupos, apoio social e cuidado; e de uma primeira leitura flutuante do material coletado, de forma a se obter uma visão geral do que foi analisado. Logo após, foi feita uma nova leitura do material, buscando encontrar as unidades de significados (MARTINS E BICUDO, 1989). Essas unidades tiveram como objetivo sintetizar o que é mais significativo nos dados coletados.

"A preocupação se dirige para aquilo que os sujeitos da pesquisa vivenciam como um caso concreto do fenômeno investigado. As descrições e os agrupamentos dos fenômenos estão diretamente baseados nas descrições dos sujeitos, e os dados são tratados como manifestações dos fenômenos estudados" (1989).

Assim, foram selecionadas algumas unidades de significados, descritas como categorias de análise:

- **Grupo**
- **Rede social**
- **Apoio social**
- **Cuidado**

5.2.1- Grupo

Aqui estão autores que priorizam suas atividades em torno da idéia de que os fenômenos psicossociais que ocorrem nos pequenos grupos é resultado de um sistema humano articulado como um todo. Entre esses fenômenos, citam-se: coesão, comunicação, conflitos, formação de lideranças etc. Nessa concepção, também pode-se observar duas formações teóricas: uma, que é descritiva, pois centra seus postulados na descrição dos fenômenos que ocorrem no aqui-agora do mundo grupal - a outra, que é explicativa por que procura explicar a unidade do grupo através da idéia de uma 'mentalidade grupal' (instinto social), muitas vezes inconsciente para os membros do próprio grupo.

O grande impulsionador da Dinâmica Grupal, com uma vertente mais sociológica foi Kurt Lewin, concebendo a idéia do grupo como um todo dinâmico, que não é só resultado da soma dos seus integrantes, mas é possuidor de propriedades específicas enquanto “um todo”.

A utilização dos postulados da Psicanálise para explicar a Dinâmica Grupal foi inicialmente tentada por Freud 1980 em sua obra "Psicologia de grupo e análise do ego".

No entanto, Freud ao reconhecer que a psicologia individual é, ao mesmo tempo, também psicologia social, teve uma intuição primordial:

“Quando as pessoas se organizam em grupos, surgem fenômenos como expressão de um instinto especial que já não é redutível - instinto social: herd instinct, group mind -, que não vêm à luz em nenhuma outra situação. Completa sua intuição com um raciocínio irrefutável: é possível descobrir os primórdios da evolução desse instinto no círculo familiar (FREUD, 1980).”

Nesta pesquisa, os resultados mostraram, que o grupo estudado se configura como uma rede social, pela formação de vínculos interpessoais, onde o apoio social flui através dessa teia de relações, desempenhando um papel importante para a ampliação da rede social significativa do indivíduo, na medida em que proporciona o estabelecimento de novas relações sociais, que é uma das funções da rede. Como CASTELLS 2000, pode-se definir sumariamente que “Rede é um conjunto de nós interconectados”.

“Sempre que olhamos para a vida, olhamos para redes”, diz CAPRA 2001. O curioso é que, para vermos redes, basta que desloquemos o olhar das coisas para a ligação entre elas. O estudo das redes é, assim, uma abordagem das relações.

Na literatura estudada, o pequeno grupo é o locus de mudança; o lugar de construção do empoderamento, justamente, porque é, somente, na interação com outras pessoas que é possível ganhar características sadias e essenciais para o empoderamento.

BERNSTEIN et al., (1994) reforça isso, na medida em que coloca que os grupos de suporte pessoal servem como apoio social, como veículos para o empoderamento nas comunidades.

As falas que se seguirão representam uma idéia que o grupo compartilha de que cada integrante (ACS) tem um nível de poder (de atuação com autonomia), enquanto a rede toda detém todo o poder. Numa rede, a ordem é sempre co-produzida pelos parceiros; decisões são co-decididas. Lideranças diversas coabitam o mesmo espaço-tempo da rede, cuja estrutura lhes fornece as condições e os pressupostos (valores e objetivos compartilhados) para orientar as tomadas de decisão.

“... e aí eu acho que entra muito o nosso lado de estar indo(na casa), por exemplo é um senhor que mora sozinho, no caso, que eu tenho na micro área né?

e ele está sempre triste, sozinho, a mulher foi embora, quando eu passava lá se eu tivesse com pressa... ele me chamava, conversava...

E ... já melhorou o dia da pessoa, um exemplo, a nossa própria visita para alguém que está deprimido... e aí quando a gente trabalha com prevenção, trabalha o Grupo de Terceira Idade, eles estão lá as vezes jogadinho, os filhos não querem nem saber ... eles começam a sair vão pra lá fazem ginástica e tal, isso aí já como promoção de saúde, não só física mais mental também, quando você trabalha grupo de Adolescentes você faz sei lá um jogo de futebol entre nós contra ele, depois você faz uma palestrinha fala de droga, e isso é promoção de Saúde Mental e tudo bem, tem mais coisas por aí...” (Rubi, 22 anos)

“... o Agente de Ação Comunitária ele não trabalha por ele, ele trabalha na área pela equipe pelo que é determinado né?” (Pérola, 29 anos)

5.2.2- O grupo e a rede de apoio

“...conforme o trabalho nosso que é em equipe, o que nos ajuda bastante é que nessas reuniões a gente sai muito juntas a fazer visita sabe? então cada um ali conhece sabe o problema de cada área ali e a gente se ajuda nesse, no possível né? e se vou falar a verdade não paro nem para pensar assim como que eu me sinto, porque na impossibilidade de você poder ajudar se você começara pensar muito,

você não trabalha, então acho que conforme as ferramentas que a gente tem na mão a gente não pode parar, é o que a agente faz ali... a gente conversa, a gente ouve, e as vezes não é fácil pra gente você pegar uma pessoa e ela chegar e ela é uma pessoa nervosa, nem sei dizer bem o que ela é...passa tudo pra gente que a gente está ali senta pega na mão, dá um café, ela gosta de fumar, ela fala que está com fome a gente vai providencia o que ela quer e de repente na conversa.. um outro vem, um outro Agente vem e senta com a agente e entra na conversa aí ela fala agora: eu estou me sentindo bem, vou embora, e de repente ela não está se sentindo bem a gente pega leva no médico e aí aonde a gente fala porque eles pedem pra gente internação e fala que só o CAPS não está ajudando e precisa de uma internação e aí a gente vai fazer o que?, a gente vai no médico e fala né? coisa que não é fácil né? <risos> e se vai (para a internação) agradece, aí chega olha agora melhorei bem e agora estou bem, quando chega fica em crise de novo, procura a gente, é essa ...” (Safira, 29 anos).

“... uma certa atenção também porque ele vai lá ele não é maltratado, ele vai lá toma café e tal, um pãozinho, dá almoço se tiver, a gente conversa, sempre vai lá, vou eu lá, vai lá o C conversa tenta explicar alguma coisa, o Dr. Eduardo fica lá conversa, o médico vai lá conversa, ele tem um acolhimento bom, não é excluído entendeu? ao contrario a gente abraça o caso dele e tenta achar a saída, esse aí tem aparecido acho que umas 10 vezes já, o ano inteiro ele está indo lá, porque o pessoal chama a Guarda Municipal porque começa a gritar no meio da rua, ele quebra e grita e começa falar em outra língua, começa a falar estranho em outra língua...” (Rubi, 22 anos)

Ruiz (1993) ressalta, que a habilidade dos seres humanos em aprender, permanece ao longo da vida. Se uma pessoa pode aprender, ela pode mudar e descobrir novos modos de usar seu potencial individual. O trabalho do ACS evidencia para eles mesmos a experiência de se copiar, na forma de lidar com as crises e dificuldades; portanto, os Agentes podem aproveitar as suas experiências vividas e aplicá-las, em uma nova situação.

“Por exemplo a Dona Fulana...eu dei chá pra ela...”(Topázio)

Fazer chá não... o Doutor mandou fazer chá pra ela...e eu entrei na casa ela falou...não estou bem...e eu entrei nisso...eu quero chá...quero chá...Aí eu entrei lá...fiz chá pra ela, dei chá de camomila com erva cidreira... coloquei dentro da panela...o pior que estava a água e o fogo sem a água...ficava meia hora no fogo apagado...eu falei...Dona está apagado...ela falou...não ligue o fogo...Falei...não...está apagado...liguei, fiz o chá e tive que conversar uma meia hora com ela...e falei...vamos no postinho...não tinha ninguém na casa...estava só ela na casa... aí tive que fazer o chá...falei...se eu não fizer o chá a mulher vai ficar...ela tremia assim...falei...nossa senhora vai dar um pirepaque na mulher aqui...e peguei ela, sentei ela...conversamos...a casa dela é escura...uma casa fechada...falando, conversando com ela, fazendo chá ela foi acalmando...acalmando...aí eu falei...vamos subir lá em cima no postinho e ela foi...”(Ágata e Topázio juntos)

*“... a gente separava os casos e ela fazia visitas junto com a gente na casa do paciente, então ela visitava o que tinha problema mental, o alcoólatra né? o drogadicto então esses casos que pra nós era difícil a aproximação, porque aí a família em conjunto com a gente conseguia aproximar a médica e a gente do paciente e isso começou assim né? depois vai mudando, chegou a mudar né? hoje a gente tem reuniões né? chega a ter reuniões com profissionais do CAPS...”
(Safira, 34 anos)*

É importante, novamente, pontuar o empoderamento como um processo que torna as pessoas capazes de gerirem ou controlarem as suas vidas. O veículo do empoderamento, como é o caso do grupo, é um meio pelo qual é possível, às pessoas, aumentarem seus recursos e habilidades para ganhar poder sobre suas vidas (WALLERSTEIN & BERNSTEIN, 1994). Desse modo, o desenvolvimento de atividades voltadas para a Promoção da Saúde, permite fazer parte do processo decisório, concernentes aos eventos de suas próprias vidas. Essas atividades têm como objetivo trabalhar, para que as pessoas mantenham a sua autonomia, através da valorização do seu saber.

Na fala de Topázio podemos perceber claramente...

“com os médicos, enfermeiras, técnicas, todos os agentes, todas as unidades...não é só a unidade lá em ...marajoara...a unidade de barbin também...a unidade do triunfo, e tem psicólogo, psiquiatra...agora deu uma parada...mas era toda quarta-feira...cada um discutia um caso de sua área...a gente apresentava o caso...mas lá por exemplo... tem um caso desse lá na minha área... vejo um caso que é problema né... que a gente considera que a gente pode discutir, a gente tem que pegar as informações que sabe...discutia entre a equipe...depois apresentava... daí por exemplo...a gente falava depois... a técnica falava...o médico...cada um dava sua opinião sobre o caso....”

BERNSTEIN et al. (1994) pontua, que, para que se seja possível às pessoas ganharem poder, se tornarem empoderadas, é necessário que os veículos de empoderamento, como é o caso do grupo de apoio social, adotem como estratégia, o desenvolvimento da conscientização crítica da realidade que os cerca, conforme já dito por Freire: *"a conscientização é o olhar mais crítico possível da realidade, que a des-vela para conhecê-la e para conhecer os mitos que enganam e que ajudam a manter a realidade da estrutura dominante"* (1980).

O grupo de Agentes Comunitários se constitui, como grupos informativos-reflexivos, através das discussões na unidade básica de saúde onde abordam as questões importantes sobre o processo saúde-doença. Desta forma, ele proporciona a conscientização crítica necessária ao processo de empoderamento. Como nos fala Água-Marinha:

"antes de vir pra cá a turma daquela época fizeram esse cursos ... (na unidade básica)...assim tinham outros cursos de capacitação que tem na UNICAMP..."

Quando questionados (na ficha de identificação) se desempenham alguma atividade sistemática, participavam de algum grupo da comunidade, a maioria dos participantes responde que não o fazem. Pode-se refletir, a partir deste fato, que essa atitude seja uma postura ou de desconhecimento quanto a sua importância em outros grupos ou realmente não o desejam fazer.

O grupo de ACS se ajusta aos critérios apontados na literatura especializada para caracterizar Grupos, podendo, portanto, ser referido como tal. Ele apresenta fatores que o faz singular, como um grupo que se configura como espaço para a promoção do empoderamento, sendo a partir da aprendizagem, do apoio social e da rede social; que evocando o cuidado, expresso em autonomia; proporciona a realização de projetos pessoais, a partir do sentimento de integridade tornando possível o empoderamento das pessoas.

5.2.3- Rede social significativa ou rede social pessoal

Pode ser definida como a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas, ou que define como diferenciadas da massa anônima da sociedade. Essa rede corresponde ao nicho interpessoal da pessoa e contribui substancialmente para seu próprio reconhecimento, como indivíduo, e para a sua auto-imagem. (SLUZKI, 1997:41).

A rede social apresenta algumas funções descritas como subcategorias de análise, que são:

- **Companhia social** se refere à realização de atividades conjuntas ou simplesmente o estar junto;
- **Apoio emocional** se refere a intercâmbios que conotam uma atitude emocional positiva, clima de compreensão, simpatia, empatia, estímulo e apoio; é o poder contar com a ressonância emocional e a boa vontade do outro.";
- **Guia cognitivo e conselho** é definido como "interações destinadas a compartilhar informações pessoais ou sociais, esclarecer expectativas e propiciar modelos de papéis";
- **Regulação social significa** as "interações que lembram e reafirmam responsabilidades e papéis, neutralizam os desvios de comportamentos que se afastam das expectativas coletivas, permitem uma dissipação da frustração e da violência e favorecem a resolução de conflitos.";

- **Ajuda material e serviços** quer dizer "colaboração específica com base em conhecimentos de especialistas ou ajuda física, incluindo os serviços de saúde.";
- **Acesso a novos contatos**, se refere à "abertura de portas para a conexão com pessoas e redes que até então não faziam parte da rede social do indivíduo." (SLUZKI, 1997: 53).

Abaixo estão transcritas as falas relativas a estes conteúdos:

(guia cognitivo e conselhos) "... um dia o irmão dele quase me bateu... ai tem outro irmão dele que é um alcoólatra...a gente não fez nada, a médica estava lá...eu chamei o povo que eu nunca tinha visto... ai a Dra. atendeu...tal... a gente foi embora...." (Rubi, 22 anos)

(Regulação social e acesso a novos contatos/ apoio social) "... a verdade é essa família que a gente está apontando é uma família problemática, a mãe deles hoje acamada porque assim...eu chamei ele de lado, eu falei assim..." (Ouro, 26 anos)

"eu estou falando isso pra você mais pra falar para a sua mãe que você está preocupado com ela..e as vezes eu estou falando isso que é para sua mãe ver que a gente está ajudando ela...mas dá pra levar..." (Diamante, 25 anos)

"ele faz o serviço na casa daí eu passando de manhã que eu tinha ido na casa de outras pessoas e daí eu vi ele varrendo lá...a frente... eu parei pra conversar com ele, porque quando eu estou sozinha eu não entro lá dentro... mas quando ele está lá fora e eu vejo que ele está fazendo o serviço eu pergunto e vejo que ele não bebeu...e está normal né...ai eu posso ir lá e conversar la fora....perguntei da sua mãe....do irmão....ele conversa numa boa...ai eu pergunto se tem remédio, ele responde...ah...o remédio tal acabou... o outro tem ainda....daí eu falo vai buscar lá no postinho e tal, e ai ele vem quando eu mando ele vir..." (Cristal, 39 anos)

Nesta narração os 3 ACS estavam juntos, Ouro, Diamante e Cristal...

Rede social articulada ao apoio social

“...não estava muito bem definido para nós estava bem definido no CAPS os pacientes querem um milagre, mas para nós a gente ainda não tinha a certeza do que se tratava não tinha condições de estar dando um diagnóstico, alguns que já foi <...> passou fazia 3 anos no CAPS estava com a medicação mas não tinha condições de levar no CAPS, não tinha condições de levar fazia 3 anos que estava tomando essa mesma medicação sabe sem uma consulta com o Psiquiatra, sem ... não tinha condições não conseguia levar, nós já fomos levar pacientes que grandes, fortes muito louco não tem condições de levar no CAPS, quer dizer um caso de Esquizofrenia e tal, o Dr. X, ele foi visitar esses casos, viu a medicação, conversou com a família foi uma etapa que está documentada, a gente fazia essas discussões em casa, mas problema de medicina mesmo com ele foi que ele foi ver essa visita domiciliar com a agente, aí tem até que a gente tem um trabalho legal junto ao controle de Saúde Mental...”(Diamante, 25 anos)

“... Assim na minha área o Dr. X né? esse Psiquiatra que agora saiu do CAPS né? ele veio aqui uns tempinhos antes de sair né? veio ele veio uma Terapeuta Ocupacional né? e aí ele começou a pegar assim os casos mais graves né? dar uma estudada aqui com a gente, aí ou ele ou a T.O foi nas visitas nas casas né? ver se trocava a medicação, o que as pessoas tomavam aí muitos ele acabou até trocando a medicação, não se adaptou a nova medicação, o doutor enfrentou esses problemas...”(Citrino, 24 anos)

5.2.4- Apoio social

É definido, por MINKLER, "como sendo qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material, oferecido por grupos e/ou pessoas, com o qual teriam contatos sistemáticos, que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos. Trata-se de um processo recíproco, ou seja, que gera efeitos positivos tanto para o sujeito que recebe como também para quem oferece o apoio, permitindo que ambos tenham mais sentido de controle sobre suas vidas. Desse processo se apreende que as pessoas necessitam uma das outras." (MINKLER, 1993 apud VALLA, 1998).

Subdivide-se o apoio social em dois tipos, que se configuram como subcategorias do mesmo:

- **Apoio emocional** alusivo à ajuda emocional, tal como carinho, afeto, estima, valor.
- **Apoio instrumental** referente à ajuda material, ajuda informacional (ARROSI, 1993).

Seguem, abaixo, algumas falas relevantes que ilustram a categoria acima.

(Apoio emocional) "...fiquei sabendo que esse trabalho ajuda muito a população, você vai nas casas das pessoas que você sabe que tem problemas... eu gostei do fato de ser alguma coisa que ajuda... (Prata, 24 anos)

(Apoio emocional) "...ser uma pessoa importante junto a comunidade, assim de estar fazendo o bem pras pessoas... (Diamante, 25 anos)

(Apoio emocional) "... e é um serviço assim que você sai pra rua, então você está com problema, você começa a conversar, vai numa casa na outra, você acaba até com os seus problemas também, dá pra deletar os problemas pelo tempo né!(Cristal, 39 anos)

(apoio emocional e instrumental) "... a gente passa uns pertado...teve um caso que aconteceu quando eu trabalhava aqui no Barbim...era um sábado...eu estava saindo com os amigo... para ir num churrasco ... tocou o telefone em casa, minha mãe atendeu, falou oh fulano no telefone, ele falou...

Diamante dá para você vir aqui em casa um pouquinho?

Eu falei, mas o que aconteceu?...

você precisa vir aqui ajudar a gente..

.falei, tudo bem, eu peguei, fui na casa da pessoa, daí eu cheguei na área, vi o senhor normal né! Só de short, jogando água na cabeça, amassando mortadela na mão... eu falei: nossa, mas o que está acontecendo?Eu falei pra ela, né!

Ela falou: meu pai surtou...liguei no hospital municipal...não conseguimos levar ele...ele só chamava você né!...

Tudo bem...fiquei com medo...a gente não sabe o que...ele queria conversar comigo...é, ele falou que queria falar comigo, ai eu cheguei...Sr. fulano, está tudo bem?...está tudo bem nas coisas?...

ele respondeu: está tudo bem, o som, Roberto Carlos, tal...os dragões não morrerão, você é o dragão número dois...

Então está tudo bem...vamos conversar...está tudo bem com o senhor?

O Sr.fulano responde:bem e tal... o que que você veio fazer aqui?

O Senhor me chamou?

Ah! é verdade quero conversar com você...

Então vamos conversar...

Ohhhhh Bem... traz coca pro Diamante...

Ela trouxe coca e ele pegou a coca e jogou na cabeça dele...

Não Sr. Fulano, não faz isso...o Sr. vai ficar gripado...

Os dragões não morrerão...

Eu olhei tranqüilo e vi que ele não ia fazer nada, tranqüilo... falei assim... olha, o Sr. está precisando de alguma coisa?

Ele falou não....

Eu fale, o Sr. tem certeza?

De que o senhor está precisando...

Vocês pensam que vocês vão me levar, vocês não vão não...

Eu falei, não Sr. Fulano, o Sr. precisa de ajuda, vamos né se tratar...eu vou com o senhor...

Você vai mesmo?

Eu falei, vou...

Ele falou...não quero nada de polícia...

Eu falei, não... porque a gente conversa ele falou eu vou no seu carro...

Eu falei o Senhor pode ir no meu carro...

O carro não é seu não porque eu sei que é da sua irmã...

Ele conversava normal...

Eu falei não tem problema, vamos no meu carro...

Ai ele falou...então vamos...

Ai foi lá pegou a roupa, montou no meu carro, fumando no meu carro..."(Diamante, 25 anos)

(apoio emocional e instrumental) "...não é só o remédio que vai sarar a pessoa sabe, o remédio vai tratar da pessoa e a pessoa precisa de um dialogo, as vezes a pessoa separou do marido, está ali em depressão...eu falo...levante a cabeça porque se ele for embora parte para outra...então a pessoa fica com o pé firme ali né... a gente vai ajudando as pessoas no conversar né...não precisa muito remédio né...." (Esmeralda, 40 anos)

- Apoio social articulado à categoria de rede social:

"...aqui tem um paciente que é da Saúde mental né! Que ele foi fazer assim...ele é retardado...agora eu não sei o diagnóstico dele...a gente até discutiu com o psiquiatra e tal...a gente foi lá uma vez e eu, Diamante e a Dra....né! de repente a gente chegou lá né... e esse paciente ele foi num quartinho lá e começou a se masturbar, aquele dia eu não sei bem....o único caso assim que eu vi uma coisa mais extrema né...ele perto da gente se masturbando tal como se não tivesse ninguém lá né..." (Ouro, 26 anos)

5.2.5- Cuidado

Segundo Clássicos dicionários de filologia, alguns estudiosos derivam cuidado do latim cura. Essa palavra é um sinônimo erudito de cuidado. Em sua forma mais antiga, *cura* em latim se escrevia *cuera* e era usada num contexto de relações de amor e de amizade. Expressava a atitude de cuidado, de preocupação e de inquietação. O cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para mim. Passo então a dedicar-me a ele; disponho-me a participar de seu destino, de suas buscas, de seus sofrimentos e de seus sucessos, enfim, de sua vida.(Boff, L.1999:91)

O cuidado faz parte da essência de todo ser humano. É aquilo que se opõe ao descuido. "Cuidar é mais que um ato, é uma atitude. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro." (Boff, L. 1999:33).

A fala que segue ilustra a referencia acima, onde evidencia a essência do ser humano preocupado com o outro, humanizando as relações que por meio do cuidado se faz de sujeito para sujeito.

"tinha muito que conhecer...mais a fundo a família... o problema da família de cada um...dava uma opinião para achar um consenso final o que estava fazendo para ajudar ela..."(Rubi, 22 anos)

"...olha quando eu sair daqui eu quero que você venha me buscar...aí no domingo eu fui buscar ele...hoje graças a Deus está melhor...nem comenta nada sobre o acontecido, ele também toma a medicação dele...hoje é assim...é um carinho especial...é que eles tem comigo e eu por eles..."(Diamante, 25 anos)

"... digo pra você o mais importante é essa conversa com as pessoas, como a agente fala, a gente tem muito caso de ele é só controlado, tem muita gente deprimido, muita gente com problema de depressão se que está diagnosticado que nem ele fala, mas assim nosso trabalho, tem, importância fundamento por causa disso né? você estar indo na casa da pessoa, estar conversando, de estar mostrando para ela que a pessoa é importante, se mostrar interessado pelo caso dela, as vezes você sente lá a pessoa começa contar história lá da carochinha né? a porque quando eu era adolescente não sei o que é uma hora você fica ouvindo sem falar nada sabe? e de repente sabe? a pessoa parece que muda, você começa a vida está desse jeito, ah está bom assim surge esses problemas, de repente ela começa tal, tal, tal né? estava desanimada daqui a pouco ela a não mais é precisa mudar né? então você vê a diferença só o simples fato de você estar lá estar conversando dar atenção né? porque o que você vê é falta de atenção mesmo porque a família não tem tempo para dar atenção é no caso de idoso..."(Água Marinha, 34 anos)

O objetivo do trabalho do grupo é atuar no sentido de romper com a espiral negativa da falência social, que leva, dentre outras consequências, à depressão, devido à incorporação de valores negativos, associados ao processo de adoecer. Deste modo, o grupo auxilia no processo de empoderamento, através da construção de uma rede social e de sua função de apoio social que também é um dos pressupostos desta dissertação: grupo direcionado à Promoção de Saúde - configura-se como lugar de pertinência e agência de mudanças para o empoderamento das pessoas-pacientes, através de um processo de valorização da saúde e da vida.

O cuidado atrelado ao apoio social e as relações do grupo

“...Assim do meu ponto de vista funciona eu acho que assim você tem que essas pessoas precisam procurar ajudar trazer ele com você entendeu?, assim saber se a pessoa esta doente você tem que dar uma certa atenção e isso que a gente faz hoje funciona porque você um Psiquiatra, um Psicólogo em casa, um grupo, um grupo fechado entendeu? fazendo reunião no Posto eu acho que isso ajuda bastante a pessoa que está precisando, que nem igual ao C, o C eu ia até falar com ele, eles tem um trabalho lá que toda a sexta-feira eles pegam os pacientes os homens eles vão jogar bola podemos marcar um jogo com o pessoal do CAPS pra vir jogar com vocês, então isso esta se integrando o paciente a sociedade, acho que isso é importante porque a gente pegar a pessoa largar de deixar é fácil, eu acho que o nosso trabalho, eu acho que é importante o que a gente faz com isso esta resgatando aquela pessoa né? já está numa fase difícil a gente tem que dar um apoio, nosso trabalho é esse, não só porque é nosso trabalho nem que nao fosse o nosso trabalho, acho que a gente tem que dar uma luz uma força...”(Diamante, 25 anos)

Nesta fala, há a identificação do grupo com a população: “como a gente vai resolver”... “é importante o que a gente faz com isso esta resgatando aquela pessoa né?”.

Aqui aparece o vínculo entre a comunidade e a instituição.

BERNSTEIN et al., (1994) pontua, que o poder é um elemento de relação social. Portanto, a capacidade de empoderar, que existe em todas as pessoas, é construída num contexto de teia de relações com os outros. Neste ponto, pode-se retornar à questão do grupo, enquanto um espaço que proporciona a ampliação da rede social, na medida em que é, no grupo, que as relações humanas formam uma teia.

SLUZKI (1997), afirma que os programas voltados para a Promoção da Saúde, como é o caso do grupo de ACS, contêm, como componente principal, o desenvolvimento de uma teia de relações sociais e de aprendizagem, necessárias para que o indivíduo venha a estabelecer relações sociais ativas. O Grupo focal demonstra com a pergunta disparadora: - o que o levou a ser ACS - que uma das principais motivações pelas quais as pessoas buscam esse trabalho, é justamente o oferecimento do apoio social e, sem se darem conta, a ampliação da sua rede social.

Topázio fala de suas experiências, onde foi possível experimentar habilidades que até então não haviam sido vivenciadas, por ele...:

“Uma vez um paciente meu estava em crise... e a mãe dela ligou no posto... Olha a Fulana esta em crise, tem como vir alguém aqui? E eu era novo na área... tinha pegado à área fazia uma semana... e vamos lá... ver o que está acontecendo... ai cheguei lá... a mulher passando roupa...

Não eu mato esse desgraçado, eu mato...

Ela olhou pra minha cara, levantou o ferro e mirou o ferro... eu abri a porta da geladeira e fiquei lá...

Mas eu mato...era você....

Era...era o namorado dela só que era eu...

Mas eu não... sou agente comunitário....

Não, não eu vou matar você... porque você não sei o que...você quer ir embora...

Até explicar para ela que ela me vigiava... tive que acabar sorrindo...falei vamos conversar...e demorou até se acalmar... e ver, cair em si que não era...foi uma situação assim...eu dou risada hoje mas na hora fiquei apavorado...eu nunca tinha presenciado aquilo...”

Destaca-se aqui, a fala de Safira, que resume como o grupo atua como *apoio e rede social*, conceitos que foram selecionados como categorias de análise:

“... começa em área diferente... eu já passei pela área do Topázio, o Topázio já passou pela minha área, a Pérola já passou pela área de outro agente... o Ágata está fazendo a área que a gente já fez... então todo mundo conhece os casos e eles, os pacientes, que tem confiança, que sabe que quando se vê precisando de socorro nos procura...a gente conversa, a gente ouve, e as vezes não é fácil pra gente...você pegar uma pessoa com uma crise...e ela chega, é uma pessoa nervosa, nem sei dizer bem o que ela é...passa tudo pra gente...senta pega na mão...da um café...ela gosta de fumar...ela fala que está com fome...a gente vai providencia o que ela quer... de repente na conversa ia um outro, vem um outro agente...

*vem e senta com a gente...e entra na conversa...ela fala agora eu
estou me sentindo bem...vou embora....e de repente ela não está se
sentindo bem...a gente pega, leva no médico... e aí aonde a gente
fala... porque a gente eles pedem internação...”*

Nota:

- 1- As leis e portarias citadas estarão, na íntegra em anexo VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV e XV

6- CONSIDERAÇÕES FINAIS-

Percebendo detalhes que fazem a diferença

“Creio ter expresso bem as observações que para mim
se condensam à volta de dois importantes temas:
a minha confiança no organismo humano quando funciona livremente,
e a qualidade existencial de uma vivência satisfatória,
um tema abordado por alguns de nossos mais modernos filósofos,
mas que fora todavia maravilhosamente expresso há mais de
vinte e cinco séculos por Lao-Tse, quando disse:
“A maneira de agir é ser”
Amatuzzi

Algumas inquietações que ocorreram, durante a trajetória da elaboração deste projeto...

O pensamento de Zimerman confirma nosso olhar para os Agentes Comunitários de Saúde como um grupo, onde existem interesses em comum, pela saúde da comunidade a qual fazem parte.

Parafraseando Zimerman, com o devido respeito, os integrantes estão reunidos em torno de um interesse comum que é a saúde; no grupo o "todo é maior do que as partes", ou seja, o grupo se constitui como uma nova identidade: a Unidade básica de saúde, mantendo discriminadas as identidades individuais. A forma de interação afetiva entre os membros do grupo é estabelecida em seu trabalho diário e fortalecida pelo fato de todos trabalharem em algum momento na mesma área e com certeza circulam fantasias e ansiedades que configuram o campo grupal.

E no contexto do cuidado, o Agente Comunitário o faz pela inter-ação pois ele, agente comunitário, convive (vive com), ele respeita a subjetividade de cada pessoa-paciente que o solicita, se colocando junto na situação solicitada pois sua função de Agente comunitário permite que assim o faça. Este fato está evidenciado na fala de Diamante, por exemplo, quando leva o paciente em seu carro.

Pensando que a enfermidade está intimamente relacionada com a cultura, não se pode esperar que a causa, o tratamento e até mesmo a doença sejam formatados igualmente para os diferentes contextos socioculturais.

Existe uma percepção de que a estética da Terapia Comunitária pode estar presente na prática do Agente comunitário na medida em que em suas falas surge a busca por novas soluções para problemas que não foram pensados... uma vez que aceitam que cada espaço (família) tem suas peculiaridades.

No Mestrado, encontramos, no campo da saúde mental o tema do empoderamento e o conceito de promoção da saúde como uma luz teórica para pensar a prática do agente comunitário de saúde.

Diante disto, temos bem claro, que é preciso ter um olhar crítico para as atividades realizadas, pois, o que se pretende, nessa busca, é problematizar, a partir de referenciais teóricos e de uma condução metodológica - que possibilitem iluminar essas questões que estão longe se serem simples; pois, o ser humano é um ser complexo pela sua própria natureza e condição de ser vivente.

Mais do que montar a colcha... aprendi a dar significado... olhar o todo e os detalhes...

Este estudo teve como proposta investigar a percepção do Agente comunitário de saúde direcionada para saúde mental no contexto da estratégia de saúde da família com o objetivo de analisar as falas do grupo.

Ao longo deste estudo, pudemos observar que o grupo de Agentes Comunitários de Saúde, tem como objetivo, exatamente, o cuidado, conectado com a subjetividade das “inter-ações” humanas.

A pesquisa qualitativa em saúde é adequada para a investigação das ações propostas neste trabalho, que é de analisar o processo... Sentir minimamente a percepção do Agente Comunitário de Saúde relacionado ao universo da saúde mental. O grupo focal foi fundamental para o esclarecimento do objeto em questão.

Os pressupostos teóricos evidenciaram ser pertinentes ao longo da literatura estudada.

O referencial teórico levantado sobre a teoria de grupo na temática da Saúde da Família, tendo como pano de fundo a Unidade Básica de Saúde e o campo da Saúde Mental, foi fundamental para esclarecer o objeto de estudo proposto e para compreender as falas coletadas.

As falas dos Agentes Comunitários de Saúde evidenciaram uma vivência de rede... um relacionamento estreito entre os eles, com um comprometimento com a vida do outro. Nas falas pudemos constatar que o trabalho também é um momento de construção de conhecimentos e de experiências novas de vida.

“A cooperação entre os integrantes de uma rede é o que a faz funcionar. Uma rede só existe quando em movimento. Sem participação, deixa de existir. Ou a rede nasce de um legítimo e reconhecido desejo de participação e de construção ativa de um projeto coletivo ou não é rede” (CAPRA 2001).

O grupo, através da possibilidade de ampliação da rede social, e funcionando como apoio social, se comportou como estruturado e estruturante, configurando-se como lugar pertinente para a resignificação dos valores associados ao processo de promoção da saúde.

A idéia, defendida ao longo do trabalho, é que é possível investir no grupo, como estratégias para Promoção da Saúde, através do favorecimento do empoderamento. Durante a investigação, ficou bem claro, que não é qualquer tipo de grupo que favorece esse processo. É preciso que o grupo se configure como espaço de reflexão e manutenção da autonomia positiva, no sentido da manutenção das escolhas, trabalhando com competências. É necessário fazer uma ressalva, no sentido de apontar a existência de muitos grupos de saúde da família que trabalham com promoção da saúde e têm como proposta a imposição de um modelo positivo de saúde. Nesses grupos, o que se observa, é um culto à saúde, através do imperativo da atividade, onde, muitas vezes, o paciente/a comunidade são desrespeitados no seu poder de decisão.

O empoderamento como ato de ganhar ou assumir poder e a Promoção da Saúde são lentes conceituais, que objetivam proporcionar os meios, para que as pessoas consigam uma maior resolutividade e controle sobre o que afeta a sua saúde, não retirando a responsabilidade do Estado, no cuidado da saúde de sua população.

Deste modo, o empoderamento dos Agentes Comunitários de Saúde, se torna uma prioridade. Os serviços de saúde, senão a própria unidade básica deverá aproveitar esta fonte de recursos, que é o próprio agente comunitário, para oferecer treinamento e suporte.

É, exatamente, isso que pudemos perceber neste universo pesquisado em Pedreira, através da sua proposta de valorização do Agente Comunitário.

Assim, o grupo de Agentes Comunitários se configura como espaço de construção do empoderamento, na medida em que evoca o cuidado com a saúde; se configura como espaço, de referência, portanto, de apoio emocional, permitindo potencializar talentos através das trocas de experiências, inter e intrapessoal. Isso é possível, através da autenticidade nas relações sociais, suscitadas pelo diálogo interativo e pela conscientização crítica dos valores associados ao processo de saúde-doença.

Nesse ponto, pode-se refletir sobre a situação das pessoas com sofrimento psíquico, que tem a rede social reduzida. Vê-se, que para se pensar no desenvolvimento de uma autonomia nesta situação é necessário, também, se pensar em uma rede de relações sociais, que favoreça o desenvolvimento de laços afetivos. Assim, o engajamento dessas pessoas em grupos, que promovem a saúde, faz com que haja uma ampliação de sua rede social e, portanto, se constitui como uma estratégia de Promoção da Saúde.

As falas, geradas no grupo focal, evidenciam que os agentes comunitários vivenciam sua função com maturidade, mostrando sua capacidade de buscarem aquilo que necessitam, superando o estereótipo da falta de conhecimento. Isto gera um bem-estar psicológico, expresso pela autonomia positiva e integridade, favorecendo o que se chama de empoderamento, que é a capacidade do indivíduo controlar os eventos e situações da sua vida.

Isto demonstra, que estar inserido em grupos, que trabalham nesta perspectiva de olhar crítico sobre a realidade, permite aos agentes comunitários refletir sobre os mitos da saúde mental, criando possibilidades de cuidado de forma mais prazerosa, sempre em busca de novas realizações.

Investigar o grupo de Agentes Comunitários, onde se insere o tema do empoderamento, permite problematizar a possibilidade de abordagem e soluções de questões da Promoção da Saúde no campo da saúde mental, através da estratégia de construção de novos espaços para a promoção da autonomia das pessoas.

Os de Agentes Comunitários de Saúde constituem-se como grupo de apoio social, uma vez que se adequam aos critérios apontados na literatura referida.

Os Agentes Comunitários de saúde compreendem a natureza das contradições implícitas no seu trabalho e tem a coragem de suportar a dor do outro, sem preocupar com a origem da dor do outro. A partir daí, criam condições para dar suporte à diferença, à individualidade, ao conflito, e tolerar o investimento que o paciente faz constantemente: de afeto, de desafios, de reivindicações, de protesto, de confiança e desconfiança, condições indispensáveis para que ela possa construir seu projeto pessoal, e isso só é possível, pois oferecem espaços de escuta. Muitas vezes para não lidar com suas faltas, acabam negando-as. É por isso mesmo que enfrentar os desafios da saúde mental é tão doloroso.

Trabalhar as feridas narcísicas, sucumbindo às ilusões contemporâneas de que o consumo de objetos ou saberes terceirizados valem mais do que encontros e desencontros humanos possíveis em cada situação é nosso desafio. A experiência transferencial que nossa formação nos exige pode e deve ser compartilhada em diferentes contextos e eu como pesquisadora sou testemunha disso!

“A gente se ilude, dizendo: 'já não há mais coração...”

Alceu Valença

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AIRHIHENUWA, C. O., Health Promotion and the Discourse on Culture: Implications for Empowerment. In: *Health Education Quarterly*, (Special issue. Community empowerment, participatory education and health - Part II) VOL 21,3: 345-354, fall.

AMATUZZI, M. M. , 1989. O Resgate de fala autêntica, Campinas, SP: Papirus.

ARROSI, S., 1993. "Apoyo social y salud mental en las ciudades del Tercer Mundo: algunas consideraciones para su análisis". In: *Revista Medio Ambiente y Urbanización*, 46: 25-34, mar. 94. México: IIED, vol. XXIV.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1995.

BASAGLIA, F., 1980. "A Psiquiatria alternativa - contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática", São Paulo, Brasil Debates.

BARRETO, A., 2003. "Terapia Comunitária passo a passo" (Apostila referente ao curso ministrado de 10 a 13 de Abril de 2003).

BENTES, A. L. S., **Tudo como Dantes no D'Abrantes: estudo das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes através de encaminhamento judicial**. Rio de Janeiro, 1999. [Dissertação - Mestrado Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública].

BERNSTEIN, E., WALLESTEIN, N., BRAITHWAITE, B., GUTIERREZ, L. LABONTE, R., & ZIMMERMAN, M., 1994. Empowerment Forum: A dialogue between guest editorial board members. In: *Health Education Quarterly*, (Special issue. Community empowerment, participatory education and health - Part II) VOL 21, 3: 281-294, fall.

BIRMAN, J., 1980. Enfermidade e loucura. Rio de Janeiro: Campus.

BLEGER, J., 1993. *Temas de Psicologia: entrevistas e grupos*. São Paulo: Martins Fontes.

BOFF, L., 1999. *Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.

BRAGHIROLI, E. M.; PEREIRA, S. & RIZZON, L. A.; 1999. *Temas de Psicologia Social*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 3 ed.

BRASIL, 2005. Ministério da Saúde.
www.dtr2001.saude.gov.br/bvs/exposicoes/linhadotempo/linha.htm

BRASIL, 2005a. Ministério da Saúde.
www.dtr.2004.saude.gov.br/dab/atencabasica.php#saudedafamilia

BRASIL, 2005b. Ministério da Saúde.
www.portal.saude.gov.br/portal/sas/mental/visualizar_texto.cfm?idxt=23121

BUSS, P. M., 2000a. "Promoção da saúde e qualidade de vida" In: *Ciência & Saúde Coletiva*. V. 5, 1: 163-167, Rio de Janeiro: Abrasco.

BUSS, P. M., 2000b. "Promoción de la Salud y la Salud Pública: Una contribución para el debate entre las escuelas de salud pública de América Latina y el Caribe." Rio de Janeiro: Abrasco.

CANDEIAS, N. M. F., 1997 "Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais" *Revista de Saúde Pública*. Vol. 31 n.º 2. São Paulo.

CAPRA, F., 2001. A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos. 6.ed. São Paulo: Cultrix

CASTELLS, M. 2000. A sociedade em rede. São Paulo: Paz e Terra.

CHIZZOTTI, A. 1991. *Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais*. São Paulo: Cortez

COSTA, J.F. 1989. História da psiquiatria no Brasil. 4ª ed. Rio de Janeiro: Xenon.

DOWNIE, R. S. et. al. 1999. *Health Promotion; Models and Values*. Second Edition. Oxford: University Press, 4 ed.

FREIRE, P., 1983. *Paulo Freire ao Vivo*. São Paulo: Loyola.

- FREIRE, P., 1980. *Conscientização: Teoria e Prática da Libertação*. São Paulo; Loyola
- FREUD, S.1980. *Psicologia de grupo e a análise do ego*. Ed. Standard Brasileira, vol. XVIII. Rio de Janeiro.
- KUHN, T.S. 1962 *The structure of scientific revolution*. Chicago: University of Chicago Press.
- MARTINS, J.& BICUDO, M.A.V. *A pesquisa qualitativa em Psicologia: fundamentos e recursos básicos*. São Paulo: Educ/Moraes, 1989.
- MILLS, T., 1970. *Sociologia de pequenos grupos*. Tradução de Dante Moreira Leite. São Paulo: Pioneira.
- MINAYO, M.C., (org.),1995. *Os Muitos Brasis: Saúde e população na década de 80*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec.
- MINAYO, M. C. & SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 9, n.3, pp. 239-262,1993.
- MORAES, I.H.S., 1994. *Informações em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania*. SP-RJ: Hucitec/Abrasco.
- NETO, O. C., et al. 2001. *Grupos Focais e Pesquisa Social: o debate orientado como técnica de investigação*. RJ: DCS/ENSP.
- OPS (Organização Panamericana de Saúde), 1996. *Promoción de la Salud: una antologia*. Washington: OPS, Publ. Cient. 557.
- PAULIN, Luiz Fernando; TURATO, Egberto Ribeiro. **Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970**. in “História, Ciências, Saúde - Manguinhos”, vol. 11(2): 241-58, Março-Agosto, 2004.
- PICHON-RIVIÈRE, E., 1982. *O processo grupal*. São Paulo: Martins Fontes

RUIZ, C., 1993. Olhando para um futuro breve. In: As Possibilidades do Empoderamento. (D. THURZS, org.). *Journal of the International Federation on Ageing*. Vol. 20, 1:6-7, março.

SAIDON, O. Práticas Grupais, Editora Campus, Rio de Janeiro, 1983

SLUZKI, C. E., 1997. A rede social na prática sistêmica. Tradução: Claudia Berliner. São Paulo: Casa do Psicólogo, pp. 5-147.

SPINK, M. J., (org.) 2000. Práticas Discursivas e Produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez, 2 ed.

TORREY E. F. 1976 A morte da psiquiatria. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

VALLA, V.V.; CARVALHO, M., ASSIS, M., 1993. "Participação popular e os serviços de saúde: o controle social como exercício da cidadania". RJ: Editora Fiocruz.

VALLA, V.V., 1994. Nova ordem mundial e condições de vida no Brasil: modificando as relações entre sociedade civil e educação popular. *Educação e Realidade* 19:23-39.

VALLA, V.V., 1998. "Apoio Social e Saúde: buscando compreender a fala das classes populares" In: *Educação Popular Hoje*. (M.V. Costa, org.) São Paulo: Loyola.

VALLA, V.V., 1999. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. In: *Cadernos de Saúde Pública: Educação em Saúde: Novas perspectivas*. Rio de Janeiro, 15: 7-14.

VASCONCELOS, E. M., 2001. "A proposta de empowerment e sua complexidade: uma revisão histórica na perspectiva do Serviço Social e da saúde mental" In: ***Revista Serviço Social & Sociedade: seguridade social e cidadania***. Ano XXII; 65:5-53.

VIETTA, E.P., KODATO, S. & FURLAN, R. et al. "Reflexões sobre a transição paradigmática em saúde mental. ***Revista Latino-americana de enfermagem*** vol.9 no.2 Ribeirão Preto - mar/apr. 2001

WALLERSTEIN, N. & BERNSTEIN, E., 1994. "Introduction to Community Emporwerment, Participation, Education, and Health". In: *Health Education Quarterly: Special Issue Community Emporwerment, Participatory Education, and Health* - Part I. Vol 21, 2: 141-170.

ZIMERMAN, D; OSÓRIO, L.C. & Colaboradores, 1997. *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas.

8- ANEXOS

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____ declaro para os devidos fins, que participarei, por livre e espontânea vontade, da pesquisa de campo a ser realizada pela mestrandia Karla Fabiana Begosso Sampaio da Fonseca, como parte do Mestrado em Medicina Preventiva-Saúde Pública da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da UNICAMP. Esta pesquisa tem como objetivo pesquisar a dinâmica de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, que se dedicam à Promoção da Saúde, na intenção de sistematizar uma abordagem diferenciada da Saúde Mental.

Tenho conhecimento, que, o resultado desta pesquisa busca entender melhor a contribuição dos trabalhos direcionados aos usuários desta unidade, no sentido da promoção da melhoria da qualidade de vida e autonomia.

Declaro, ainda, estar ciente de que esta pesquisa será feita por meio da técnica de grupo focal, em que serão debatidos alguns temas propostos pela pesquisadora:

Que fui esclarecida de que a minha participação não acarretará risco para minha saúde;

Que as informações prestadas por mim serão classificadas como confidenciais;

Que ao estudo interessam as respostas obtidas nas discussões em grupo, sem a identificação individual, preservando minha privacidade; e finalmente. Declaro ainda:

Que minha participação será voluntária e que estarei, à vontade, para pedir esclarecimento e para me retirar do estudo, em qualquer fase, sem que isso implique em qualquer dano, custo ou penalização à minha pessoa.

Campinas-SP,...../...../2005

Entrevistado

Pesquisador

Data ____/____/____ Local: _____

Dados pessoais:

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Idade: _____

Sexo: () F () M

Cor: () Branco () Amarelo () Pardo () Preto

Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ CEP _____

Tel : _____

Tel. de contato: _____

Situação ocupacional:

Trabalha atualmente em que? _____

Há quanto tempo trabalha nesta ocupação? _____ Profissão anterior: _____

Tipo de Renda:

Própria: _____

() até 1 sm () de 1 a 2 sm (v) de 2 a 5 sm () mais de 5 sm

Familiar: _____

() até 1 sm () de 1 a 2 sm () de 2 a 5 sm () mais de 5 sm

Principal fonte de Renda:

() trabalho () pensão () aposentadoria () outros _____

Escolaridade:

() analfabeto () 1º grau incompleto () 1º grau completo () 2º grau incompleto

() 2º grau completo () 3º grau incompleto () 3º grau completo

Número de anos de estudo? _____

Composição Familiar:

Estado Civil: () Casado () Solteiro () Separado () Divorciado () Viúvo

Filhos? () Sim () Não Quantos? _____

Mora c/quem? () Só () Em instituição () Acompanhado Especifique: _____

Tipo de moradia: () própria () alugada

Tipo de família: () única () convivente

Você é o chefe da sua família? () sim () não

Em relação ao apoio social - intercâmbio de apoio:

Recebe alguma ajuda? Ajuda fornecida:

Material () De quem? _____ Material () A quem? _____

Funcional () _____ Funcional () _____

Tipos de atividades que exercem dentro da unidade de saúde?

Participação em outros grupos da comunidade?

Roteiro do Grupo Focal

Roteiro de Debate:

- 1- O que o motivou a ser Agente Comunitário de Saúde? (Pergunta disparadora)
- 2- Você recebeu algum treinamento/ curso de formação para ser ACS?(para contextualizar)
- 3- Como você percebe o serviço de Saúde Mental em Pedreira? E como você se vê nesse serviço, na sua área?
- 4- Percebe alguma mudança com seu trabalho?
- 5- Você participa de algum grupo da comunidade?

Tabela de Identificação dos entrevistados

Entrevista	Nome fantasia	Idade	escolaridade
PARTICIPANTE 01	Água-marinha	34	3º grau completo
PARTICIPANTE 02	Cristal	39	3º grau completo
PARTICIPANTE 03	Prata	24	3º grau incompleto
PARTICIPANTE 04	Ouro	26	3º grau incompleto
PARTICIPANTE 05	Diamante	25	3º grau incompleto
PARTICIPANTE 06	Esmeralda	40	2º grau incompleto
PARTICIPANTE 07	Citrino	24	3º grau incompleto
PARTICIPANTE 08	Ágata	25	2º grau incompleto
PARTICIPANTE 09	Pérola	29	3º grau completo
PARTICIPANTE 10	Ônix	29	1º grau completo
PARTICIPANTE 11	Lápis lazuli	31	2º grau completo
PARTICIPANTE 12	Safira	34	1º grau completo
PARTICIPANTE 13	Rubi	22	3º grau incompleto
PARTICIPANTE 14	Topázio	28	2º grau completo

Perfil dos Entrevistados

Sexo: 50% (07 gênero feminino) e 50% (07 gênero masculino).

Idade: variam de 24 a 29 anos no gênero feminino e de 22 a 40 anos entre o gênero masculino.

Estado civil: 04 são casadas do gênero feminino e 02 são solteiras e, 02 do gênero masculino são casados e 04 são solteiros.

Escolaridade: Todos são alfabetizados, sendo que do gênero feminino duas apresentam 1º grau completo, uma apresenta 2º grau completo, duas apresentam 3º grau incompleto e duas apresentam curso universitário concluído. Quanto ao gênero masculino dois apresentam 2º grau incompleto, um apresenta 2º grau completo, três apresentam 3º grau incompleto e um apresenta curso universitário concluído.

Moradia: a maioria mora nas proximidades do trabalho, 11 em residência própria e 3 em residência alugada.

Rendimentos: a maioria tem como fonte de renda, exclusivamente, o trabalho, sendo que um deles somam a esta, outro tipo de renda, como pensão e outro atividade artística(músico).

Apoio familiar: a maioria informa não receber nenhum tipo de ajuda da sua família. Em relação ao fornecimento de ajuda: um do gênero feminino e um do gênero masculino ajudam famílias carentes de alguma maneira.

Grupo Focal - Segunda fase - pesquisa de campo

Data: 11.11.2005

Duração: 11 h e 14 h

Local: Pedreira - UBS Barbim

Participantes: Serão dois grupos de 07 pessoas com a função de Agentes comunitários de saúde. Os nomes dos participantes serão trocados por pedras e metais preciosos. A tabela com nome dos entrevistados fará parte do anexo IV - matriz de dados a partir do grupo focal.

1- (Moderador) O que o motivou a ser ACS?

(Indivíduo A)

(Indivíduo B)

(Indivíduo C)

Declaração de Caracas

Brasil e OPAS

Conferência comemorativa dos 15 anos da Declaração de Caracas

A Declaração de Caracas, assinada pelos países da Região das Américas em 1990, representa um marco fundamental na história da saúde mental nas Américas.

Os dois grandes objetivos que seus signatários se comprometeram a promover - a superação do modelo do hospital psiquiátrico e a luta contra todos os abusos e a exclusão de que são vítimas as pessoas com problemas de saúde mental - foram adotados como as grandes metas mobilizadoras de todos os movimentos de reforma de saúde mental ocorridos na América Latina e Caribe, a partir de 1990.

Desde 1990, enormes avanços no conhecimento foram registrados nas diversas áreas relacionadas com a saúde mental. Em geral, todos estes avanços confirmaram a relevância, a urgência e a viabilidade das reformas propostas em Caracas.

As doenças mentais são responsáveis por uma parte muito significativa da carga global das doenças e ocupam um lugar destacado entre as primeiras causas de incapacidade. Seu tratamento na comunidade não só se tornou possível na maior parte dos casos, como se veio a revelar muito mais custo-efetivo que os modelos hospitalares tradicionais.

Experiências de reforma levadas a cabo em vários países da América Latina e Caribe demonstraram que a melhoria da saúde mental é possível nos países da Região, desde que exista vontade política, atribuição de recursos de acordo com a importância relativa da saúde mental e capacidade técnica para implementar as reformas necessárias.

Neste contexto, o estabelecimento de novas estratégias que permitam aumentar significativamente a capacidade de implementação das reformas, sem perder os princípios de Caracas, é fundamental.

O Brasil foi escolhido pela Organização Mundial de Saúde e pela Organização Pan-americana de Saúde para sediar este encontro por ser considerado o país da região que mais claramente incorporou tais princípios, reorientando sua política de saúde mental para

um modelo de base comunitária territorial, descentralizado e propiciador de maior equidade e acessibilidade, em consonância com os pilares que norteiam o processo de construção do Sistema Único de Saúde.

O evento será realizado em Brasília, de 26 a 29 de outubro de 2005, e deverá ter transmissão simultânea pela internet, de modo a permitir ampla audiência e debates reproduzidos ao nível local.

Declaração de Caracas - Tradução de Romeu Kazumi Sassaki

NÓS - os participantes da Primeira Conferência da Rede Ibero-Americana de Organizações Não-Governamentais de Pessoas com Deficiência e suas Famílias, reunida em Caracas, entre os dias 14 e 18 de outubro de 2002,

CONSIDERANDO:

- * Que a maior proporção de pessoas com deficiência de nossos países se encontra nos estratos mais pobres e carece de recursos mínimos indispensáveis para garantir uma boa qualidade de vida;
- * Que é compromisso de todos elevar a qualidade de vida de pessoas com deficiência e suas famílias, por meio de serviços de qualidade em: saúde, educação, moradia e trabalho; criando sistemas integrais que garantam universalidade e gratuidade, mediante uma seguridade social equitativa, inclusão escolar, práticas esportivas, acesso pleno à moradia e ao trabalho, entre outros; que garantam plenitude de acesso aos bens sociais e sua participação cidadã como uma contribuição efetiva à vida comunitária;
- * Que não existe equidade na atenção para todos, havendo grupos sociais e etários vulneráveis e/ou excluídos, tais como: meninos, meninas e adolescentes, mulheres, adultos, comunidades indígenas;
- * Que fazemos nossa a Declaração de Manágua na qual vários povos manifestaram que:

"Queremos uma sociedade baseada na equidade, na justiça, na igualdade e na interdependência, que assegure uma melhor qualidade de vida para todos sem discriminações de nenhum tipo; que reconheça e aceite a diversidade como fundamento para a convivência social;

Que aspiramos a uma sociedade na qual o respeito à dignidade do ser humano e a condição de pessoa de todos os seus integrantes sejam valores fundamentais;

Que é necessário obter a promulgação de políticas por parte dos governos de nossos países que garantam a vigência e o exercício real e efetivo dos direitos humanos das pessoas com deficiência";

- * Que ainda é insuficiente à ação dos governos de nossos países para tornar efetivas as Normas sobre a Equiparação de Oportunidades para Pessoas com Deficiência, aprovadas pela Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas no dia 20 de dezembro de 1993;
- * Que temos ouvido nos informes de cada país, relatados pelos respectivos delegados, que a maioria dos governos dos países latino-americanos não ratificou, perante a Secretaria Geral da OEA, a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas com Deficiência;
- * Que é imprescindível uma cooperação mais ampla entre os organismos governamentais que atendem à problemática da deficiência e os movimentos associativos de pessoas com deficiência e suas famílias, para um fortalecimento efetivo da sociedade civil que garanta uma participação direta dos beneficiários na elaboração das políticas e dos serviços a eles destinados -

RESOLVEMOS DE COMUM ACORDO

- * CONSTITUIR a Rede Ibero-Americana de Organizações Não-Governamentais de Pessoas com Deficiência e suas Famílias como uma instância que promove, organiza e coordena ações para a defesa dos direitos humanos e liberdades fundamentais das pessoas com deficiência e suas famílias; promovendo a organização e o fortalecimento dos movimentos associativos de âmbito nacional e sua composição mais ampla e participativa possível, constituindo-se em um interlocutor válido perante organismos governamentais e não-governamentais, nacionais e internacionais.

- * DECLARAR 2004 como o Ano das Pessoas com Deficiência e suas Famílias almejando a vigência efetiva das Normas sobre a Equiparação de Oportunidades para Pessoas com Deficiência e o cumprimento dos acordos estabelecidos na Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas com Deficiência. E CONVIDAR os Governos e Parlamentos dos países latino-americanos para fazerem a mesma declaração em seus respectivos territórios e na Região, através dos respectivos organismos.
- * EXORTAR os governos latino-americanos signatários, que ainda não tenham ratificado a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas com Deficiência, a consignarem os instrumentos de ratificação perante a Secretaria Geral da OEA.
- * SUGERIR aos governos dos países latino-americanos que nomeiem, como representante de Estado junto ao Comitê para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação por Razões de Deficiência, uma pessoa que tenha competência no âmbito da deficiência e tenha demonstrado compromisso - com as pessoas com deficiência e suas famílias - vinculado diretamente aos movimentos associativos desta comunidade, ou que represente um organismo governamental que atenda a problemas de deficiência.
- * PROCLAMAR a nossa adesão à iniciativa do Governo do México para que a Assembléia Geral das Nações Unidas adote uma Convenção Internacional pelos Direitos Humanos e pelo Respeito à Dignidade das Pessoas com Deficiência.
- * FAZER UMA CONVOCAÇÃO aos governos de nossos países para se manifestarem perante a Secretaria-Geral das Nações Unidas e o Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos, em adesão à Convenção Internacional pelos Direitos Humanos e pelo Respeito à Dignidade das Pessoas com Deficiência, proposta pelo governo do México.

Caracas, aos dezoito dias do mês de outubro de dois mil e dois.

http://www.educacaoonline.pro.br/doc_declaracao_de_caracas.asp

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE

Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata aos doze dias do mês de setembro de mil novecentos e setenta e oito, expressando a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo, formulou a seguinte declaração:

- I) A Conferência enfatiza que a saúde-estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde.
- II) A chocante desigualdade existente no estado de saúde dos povos, particularmente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, assim como dentro dos países, é política, social e economicamente inaceitável e constitui, por isso, objeto da preocupação comum de todos os países.
- III) O desenvolvimento econômico e social baseado numa ordem econômica internacional é de importância fundamental para a mais plena realização da meta de Saúde para Todos no Ano 2000 e para a redução da lacuna existente entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e o dos desenvolvidos. A promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial.
- IV) É direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde.

V) Os governos têm pela saúde de seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais. Uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial na próxima década deve ser a de que todos os povos do mundo, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social.

VI) Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

VII) Os cuidados primários de saúde:

- 1- Refletem, e a partir delas evoluem, as condições econômicas e as características socioculturais e políticas do país e de suas comunidades, e se baseiam na aplicação dos resultados relevantes da pesquisa social, biomédica e de serviços de saúde e da experiência em saúde pública.
- 2- Têm em vista os principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de proteção, cura e reabilitação, conforme as necessidades.
- 3- Incluem pelo menos: educação, no tocante a problemas prevalentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, previsão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra

as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais.

- 4- Envolvem, além do setor saúde, todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, mormente a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros setores.
 - 5- Requerem e promovem a máxima autoconfiança e participação comunitária e individual no planejamento, organização, operação e controle dos cuidados primários de saúde, fazendo o mais pleno uso possível de recursos disponíveis, locais, nacionais e outros, e para esse fim desenvolvem, através da educação apropriada, a capacidade de participação das comunidades.
 - 6- Devem ser apoiados por sistemas de referência integrados, funcionais e mutuamente amparados, levando à progressiva melhoria dos cuidados gerais de saúde para todos e dando prioridade aos que têm mais necessidade.
 - 7- Baseiam-se, nos níveis locais e de encaminhamento, nos que trabalham no campo da saúde, inclusive médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, conforme seja aplicável, assim como em praticantes tradicionais, conforme seja necessário, convenientemente treinados para trabalhar, social e tecnicamente, ao lado da equipe de saúde e responder às necessidades expressas de saúde da comunidade.
- VIII) Todos os governos devem formular políticas, estratégias e planos nacionais de ação para lançar/sustentar os cuidados primários de saúde em coordenação com outros setores. Para esse fim, será necessário agir com vontade política, mobilizar os recursos do país e utilizar racionalmente os recursos externos disponíveis.
- IX) Todos os países devem cooperar, num espírito de comunidade e serviço, para assegurar os cuidados primários de saúde a todos os povos, uma vez que a consecução da saúde do povo de qualquer país interessa e beneficia diretamente todos os outros países. Nesse contexto, o relatório conjunto da OMS/UNICEF sobre cuidados primários de saúde constitui sólida base para o aprimoramento adicional e a operação dos cuidados primários de saúde em todo o mundo.

X) Poder-se-á atingir nível aceitável de saúde para todos os povos do mundo até o ano 2000 mediante o melhor e mais completo uso dos recursos mundiais, dos quais uma parte considerável é atualmente gasta em armamento e conflitos militares. Uma política legítima de independência, paz, distensão e desarmamento pode e deve liberar recursos adicionais, que podem ser destinados a fins pacíficos e, em particular, à aceleração do desenvolvimento social e econômico, do qual os cuidados primários de saúde, como parte essencial, devem receber sua parcela apropriada.

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde concita à ação internacional e nacional urgente e eficaz, para que os cuidados primários de saúde sejam desenvolvidos e aplicados em todo o mundo e, particularmente, nos países em desenvolvimento, num espírito de cooperação técnica e em consonância com a nova ordem econômica internacional. Exorta os governos, a OMS e o UNICEF, assim como outras organizações internacionais, entidades multilaterais e bilaterais, organizações governamentais, agências financeiras, todos os que trabalham no campo da saúde e toda a comunidade mundial a apoiar um compromisso nacional e internacional para com os cuidados primários de saúde e a canalizar maior volume de apoio técnico e financeiro para esse fim, particularmente nos países em desenvolvimento. A Conferência concita todos a colaborar para que os cuidados primários de saúde sejam introduzidos, desenvolvidos e mantidos, de acordo com a letra e espírito desta Declaração.

Normas Operacionais do SUS – NOB –

Resumo

NOB-SUS 01/91 - Resolução Nº 258/1991 /INAMPS

Instituiu a UCA- Unidade de Cobertura Ambulatorial, para o financiamento das atividades ambulatoriais;

Instituiu a AIH- Autorização de Internação Hospitalar, para o financiamento das internações hospitalares;

Definiu recursos para o custeio da máquina administrativa do INAMPS;

Definiu recursos para o financiamento de Programas Especiais em Saúde;

Definiu recursos para investimentos no setor saúde.

NOB-SUS 01/92 - Portaria Nº 234/1992/MS

Criou o CONASS- Conselho Nacional de Secretários de Saúde e o CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, como instâncias gestoras colegiadas do SUS;

Enfatizou a necessidade de descentralização das ações e serviços de saúde;

Normalizou o Fundo Nacional de Saúde;

Descentralizou o planejamento e a distribuição das AIH's pelas Secretarias Estaduais de Saúde.

NOB-SUS 01/93 - Portaria Nº 545/1993/MS

Lançou o documento denominado "Descentralização das Ações e Serviços de Saúde - a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei";

Deu maior ênfase à municipalização da saúde;

Criou a CIT- Comissão Intergestores Tripartite e a CIB - Comissão Intergestores Bipartite, como órgãos de assessoramento técnico ao Conselho Nacional de Saúde e aos Conselhos Estaduais de Saúde, respectivamente.

NOB-SUS 01/96 - Portaria N° 1.742/1996/MS

Instituiu a Gestão Plena Municipal da Saúde com responsabilidade dos municípios pela saúde;

O município passa a ser o responsável imediato pelo atendimento das necessidades do cidadão;

Os estados passam a ser meros mediadores;

A União normaliza e financia e o município gere e executa;

Criou os níveis de gestão Incipiente, Parcial e Semi-Plena;

Instituiu o PAB - Piso da Atenção Básica;

Institui a PPI - Programação Pactuada e Integrada.

NOAS-SUS 01/01 - Portaria N° 95/2001/MS

Os estados passam da função de meros mediadores para a de coordenadores do SUS em âmbito estadual;

A ênfase na municipalização (atomização) dá lugar à ênfase na regionalização (otimização).

NOAS-SUS 01/02 - Portaria N° 373/2002/MS

Aperfeiçoou e revoga a NOAS-SUS 01/01.

Lei n.º 36/98, de 24 de Julho de 1998 - Lei de Saúde Mental -

Capítulo I

Disposições gerais

Artigo 1º

Objetivos

A presente lei estabelece os princípios gerais da política de saúde mental e regula o internamento compulsivo dos portadores de anomalia psíquica, designadamente das pessoas com doença mental.

Artigo 2º

Proteção e promoção da saúde mental

- 1- A proteção da saúde mental efetiva-se através de medidas que contribuam para assegurar ou restabelecer o equilíbrio psíquico dos indivíduos, para favorecer o desenvolvimento das capacidades envolvidas na construção da personalidade e para promover a sua integração crítica no meio social em que vive.
- 2- As medidas referidas no número anterior incluem ações de prevenção primária, secundária e terciária da doença mental, bem como as que contribuam para a promoção da saúde mental das populações.

Artigo 3º

Princípios gerais de política de saúde mental

- 1- Sem prejuízo do disposto na Lei de Bases da Saúde, devem observar-se os seguintes princípios gerais:
 - a) A prestação de cuidados de saúde mental é promovida prioritariamente a nível da comunidade, por forma a evitar o afastamento dos doentes do seu meio habitual e a facilitar a sua reabilitação e inserção social.
 - b) Os cuidados de saúde mental são prestados no meio menos restritivo possível.

- c) O tratamento de doentes mentais em regime de internamento ocorre, tendencialmente, em hospitais gerais.
 - d) No caso de doentes que fundamentalmente careçam de reabilitação psicossocial, a prestação de cuidados é assegurada, de preferência, em estruturas residenciais, centros de dia e unidades de treino e reinserção profissional, inseridos na comunidade e adaptados ao grau específico de autonomia dos doentes.
- 2- Nos casos previstos na alínea d) do número anterior, os encargos com os serviços prestados no âmbito da reabilitação e inserção social, apoio residencial e reinserção profissional, são comparticipados em termos a definir pelos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde, segurança social e emprego.
- 3- A prestação de cuidados de saúde mental é assegurada por equipas multidisciplinares habilitadas a responder, de forma coordenada, aos aspectos médicos, psicológicos, sociais, de enfermagem e de reabilitação.

Artigo 4º

Conselho Nacional de Saúde Mental

- 1- O Conselho Nacional de Saúde Mental é o órgão de consulta do Governo em matéria de política de saúde mental, nele estando representadas as entidades interessadas no funcionamento do sistema de saúde mental, designadamente as associações de familiares e de utentes, os subsistemas de saúde, os profissionais de saúde mental e os departamentos governamentais com áreas de atuação conexas.
- 2- A composição, as competências e o funcionamento do Conselho Nacional de Saúde Mental constam de decreto-lei.

Artigo 5º

Direitos e deveres do utente

- 1- Sem prejuízo do previsto na Lei de Bases da Saúde, o utente dos serviços de saúde mental tem ainda o direito de:
- a) Ser informado, por forma adequada, dos seus direitos, bem como do plano terapêutico proposto e seus efeitos previsíveis.

- b) Receber tratamento e proteção, no respeito pela sua individualidade e dignidade.
 - c) Decidir receber ou recusar as intervenções diagnósticas e terapêuticas propostas, salvo quando for caso de internamento compulsivo ou em situações de urgência em que a não intervenção criaria riscos comprovados para o próprio ou para terceiros.
 - d) Não ser submetido à electroconvulsivoterapia sem o seu prévio consentimento escrito.
 - e) Aceitar ou recusar, nos termos da legislação em vigor, a participação em investigações, ensaios clínicos ou atividades de formação.
 - f) Usufruir de condições dignas de habitabilidade, higiene, alimentação, segurança, respeito e privacidade em serviços de internamento e estruturas residenciais.
 - g) Comunicar com o exterior e ser visitado por familiares, amigos e representantes legais, com as limitações decorrentes do funcionamento dos serviços e da natureza da doença.
 - h) Receber justa remuneração pelas atividades e pelos serviços por ele prestados.
 - g) Receber apoio no exercício dos direitos de reclamação e queixa.
- 2- A realização de intervenção psicocirúrgica exige, além do prévio consentimento escrito, o parecer escrito favorável de dois médicos psiquiatras designados pelo Conselho Nacional de Saúde Mental.
- 3- Os direitos referidos nas alíneas c), d) e e), do n. 1, são exercidos pelos representantes legais quando os doentes sejam menores de 14 anos ou não possuam o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento.

Capítulo II

Do internamento compulsivo

Secção I

Disposições gerais

Artigo 6º

Âmbito de aplicação

- 1- O presente capítulo regula o internamento compulsivo dos portadores de anomalia psíquica.

- 2- O internamento voluntário não fica sujeito ao disposto neste capítulo, salvo quando um internado voluntariamente num estabelecimento se encontre na situação prevista nos artigos 12º e 22º.

Artigo 7º

Definições

Para efeitos do disposto no presente capítulo considera-se:

- a) internamento compulsivo: internamento por decisão judicial do portador de anomalia psíquica grave.
- b) internamento voluntário: internamento a solicitação do portador de anomalia psíquica ou a solicitação do representante legal de menor de 14 anos.
- c) internando: portador de anomalia psíquica submetido ao processo conducente às decisões previstas nos artigos 20º; e 27º.
- d) estabelecimento: hospital ou instituição análoga que permita o tratamento de portador de anomalia psíquica.
- e) autoridades de saúde pública: as como tal qualificadas pela lei.
- f) autoridades de polícia: os diretores, oficiais, inspetores e sub-inspetores de polícia e todos os funcionários policiais a quem as leis respectivas reconhecerem aquela qualificação.

Artigo 8º

Princípios gerais

- 1- O internamento compulsivo só pode ser determinado quando for a única forma de garantir a submissão a tratamento do internado e finda logo que cessem os fundamentos que lhe deram causa.
- 2- O internamento compulsivo só pode ser determinado se for proporcionado ao grau de perigo e ao bem jurídico em causa.

- 3- Sempre que possível o internamento é substituído por tratamento em regime ambulatorio.
- 4- As restrições aos direitos fundamentais decorrentes do internamento compulsivo são as estritamente necessárias e adequadas à efetividade do tratamento e à segurança e normalidade do funcionamento do estabelecimento, nos termos do respectivo regulamento interno.

Artigo 9º

Legislação subsidiária

Nos casos omissos aplica-se, devidamente adaptado, o disposto no Código de Processo Penal.

Secção II

Dos direitos e deveres

Artigo 10º

Direitos e deveres processuais do internando

1- O internando goza, em especial, do direito de:

- a) Ser informado dos direitos que lhe assistem.
- b) Estar presente aos atos processuais que diretamente lhe disserem respeito, exceto se o seu estado de saúde o impedir.
- c) Ser ouvido pelo juiz sempre que possa ser tomada uma decisão que pessoalmente o afete, exceto se o seu estado de saúde tornar a audição inútil ou inviável.
- d) Ser assistido por defensor, constituído ou nomeado, em todos os atos processuais em que participar e ainda nos atos processuais que diretamente lhe disserem respeito e em que não esteja presente.
- e) Oferecer provas e requerer às diligências que se lhe afigurem necessárias.

2- Recai sobre o internando o especial dever de se submeter às medidas e diligências previstas nos artigos 17º , 21º , 23º , 24º e 27º.

Artigo 11º

Direitos e deveres do internado

- 1- O internado mantém os direitos reconhecidos aos internados nos hospitais gerais.
- 2- O internado goza, em especial, do direito de:
 - a) Ser informado e, sempre que necessário, esclarecido sobre os direitos que lhe assistem.
 - b) Ser esclarecido sobre os motivos da privação da liberdade.
 - c) Ser assistido por defensor constituído ou nomeado, podendo comunicar em privado com este.
 - d) Recorrer da decisão de internamento e da decisão que o mantenha.
 - e) Votar, nos termos da lei.
 - f) Enviar e receber correspondência.
 - g) Comunicar com a Comissão prevista no artigo 38º.
- 3- O internado tem o especial dever de se submeter aos tratamentos medicamente indicados, sem prejuízo do disposto no nº 2 do artigo 5º.

Secção III

Internamento

Artigo 12º

Pressupostos

- 1- O portador de anomalia psíquica grave que crie, por força dela, uma situação de perigo para bens jurídicos, de relevante valor, próprios ou alheios, de natureza pessoal ou patrimonial, e recuse submeter-se ao necessário tratamento médico pode ser internado em estabelecimento adequado.
- 2- Pode ainda ser internado o portador de anomalia psíquica grave que não possua o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento, quando a ausência de tratamento deteriore de forma acentuada o seu estado.

Artigo 13º

Legitimidade

- 1- Tem legitimidade para requerer o internamento compulsivo o representante legal do portador de anomalia psíquica, qualquer pessoa com legitimidade para requerer a sua interdição, as autoridades de saúde pública e o Ministério Público.
- 2- Sempre que algum médico verifique no exercício das suas funções uma anomalia psíquica com os efeitos previstos no artigo 12º pode comunicá-la à autoridade de saúde pública competente para os efeitos do disposto no número anterior.
- 3- Se a verificação ocorrer no decurso de um internamento voluntário tem também legitimidade para requerer o internamento compulsivo o diretor clínico do estabelecimento.

Artigo 14º

Requerimento

- 1- O requerimento, dirigido ao tribunal competente, é formulado por escrito, sem quaisquer formalidades especiais, devendo conter a descrição dos fatos que fundamentam a pretensão do requerente.
- 2- Sempre que possível, o requerimento deve ser instruído com elementos que possam contribuir para a decisão do juiz, nomeadamente relatórios clínico psiquiátricos e psicossociais.

Artigo 15º

Termos subseqüentes

- 1- Recebido o requerimento, o juiz notifica o internando, informando-o dos direitos e deveres processuais que lhe assistem, e nomeia-lhe um defensor, cuja intervenção cessa se ele constituir mandatário.

- 2- O defensor e o familiar mais próximo do internando que com ele conviva ou a pessoa que com o internando viva em condições análogas às dos cônjuges são notificados para requerer o que tiverem por conveniente, no prazo de cinco dias.
- 3- Para os mesmos efeitos, e em igual prazo, o processo vai com vista ao Ministério Público.

Artigo 16º

Atos instrutórios

- 1- O juiz, oficiosamente ou a requerimento, determina a realização das diligências que se lhe afigurem necessárias e, obrigatoriamente, a avaliação clínico-psiquiátrica do internando, sendo este para o efeito notificado.
- 2- No caso previsto no nº 3 do artigo 13º o juiz pode prescindir da avaliação referida no número anterior, designando de imediato data para a sessão conjunta nos termos do artigo 18º.

Artigo 17º

Avaliação clínico-psiquiátrica

- 1- A avaliação clínico-psiquiátrica é deferida aos serviços oficiais de assistência psiquiátrica da área de residência do internando, devendo ser realizada por dois psiquiatras, no prazo de quinze dias, com a eventual colaboração de outros profissionais de saúde mental.
- 2- A avaliação referida no número anterior pode, excepcionalmente, ser deferida ao serviço de psiquiatria forense do Instituto de Medicina Legal da respectiva circunscrição.
- 3- Sempre que seja previsível a não comparência do internando na data designada, o juiz ordena a emissão de mandado de condução para assegurar a presença daquele.
- 4- Os serviços remetem o relatório ao tribunal no prazo máximo de sete dias.
- 5- O juízo técnico-científico inerente à avaliação clínico-psiquiátrica está subtraído à livre apreciação do juiz.

Artigo 18º

Atos preparatórios da sessão conjunta

- 1- Recebido o relatório da avaliação clínico-psiquiátrica, o juiz designa data para a sessão conjunta, sendo notificados o internando, o defensor, o requerente e o Ministério Público.
- 2- O juiz pode convocar para a sessão quaisquer outras pessoas cuja audição reputar oportuna, designadamente o médico assistente e determinar, oficiosamente ou a requerimento, que os psiquiatras prestem esclarecimentos complementares, devendo ser-lhes comunicado o dia, a hora e o local da realização da sessão conjunta.
- 3- Se houver discordância entre os psiquiatras, apresenta cada um o seu relatório, podendo o juiz determinar que seja renovada a avaliação clínico-psiquiátrica a cargo de outros psiquiatras, nos termos do artigo 17º.

Artigo 19º

Sessão conjunta

- 1- Na sessão conjunta é obrigatória a presença do defensor do internando e do Ministério Público.
- 2- Ouvidas as pessoas convocadas, o juiz dá a palavra para alegações sumárias ao mandatário do requerente, se tiver sido constituído, ao Ministério Público e ao defensor e profere decisão de imediato ou no prazo máximo de cinco dias se o procedimento revestir complexidade.
- 3- Se o internando aceitar o internamento e não houver razões para duvidar da aceitação, o juiz providencia a apresentação deste no serviço oficial de saúde mental mais próximo e determina o arquivamento do processo.

Artigo 20º

Decisão

- 1- A decisão sobre o internamento é sempre fundamentada.

- 2- A decisão de internamento identifica a pessoa a internar, especifica as razões clínicas, o diagnóstico clínico quando existir, e a justificação do internamento.
- 3- A decisão é notificada ao Ministério Público, ao internando, ao defensor e ao requerente. A leitura da decisão equivale à notificação dos presentes.

Artigo 21º

Cumprimento da decisão de internamento

- 1- Na decisão de internamento o juiz determina a apresentação do internado no serviço oficial de saúde mental mais próximo, o qual providencia o internamento imediato.
- 2- O juiz emite mandado de condução com identificação da pessoa a internar, o qual é cumprido, sempre que possível, pelo serviço referido no número anterior, que, quando necessário, solicita a coadjuvação das forças policiais.
- 3- Não sendo possível o cumprimento nos termos do número anterior, o mandado de condução pode ser cumprido pelas forças policiais, que, quando necessário, solicitam o apoio dos serviços de saúde mental ou dos serviços locais de saúde.
- 4- Logo que determinado o local definitivo do internamento, que deverá situar-se o mais próximo possível da residência do internado, aquele é comunicado ao defensor do internado e ao familiar mais próximo que com ele conviva, à pessoa que com ele viva em condições análogas às dos cônjuges ou a pessoa de confiança do internado.

Secção IV

Internamento de urgência

Artigo 22º

Pressupostos

O portador da anomalia psíquica pode ser internado compulsivamente de urgência, nos termos dos artigos seguintes, sempre que, verificando-se os pressupostos do artigo 12º nº 1, exista perigo iminente para os bens jurídicos aí referidos, nomeadamente por deterioração aguda do seu estado.

Artigo 23º

Condução do internando

- 1- Verificados os pressupostos do artigo anterior, as autoridades de polícia ou de saúde pública podem determinar, oficiosamente ou a requerimento, através de mandado, que o portador de anomalia psíquica seja conduzido ao estabelecimento referido no artigo seguinte.
- 2- O mandado é cumprido pelas forças policiais, com o acompanhamento, sempre que possível, dos serviços do estabelecimento referido no artigo seguinte. O mandado contém a assinatura da autoridade competente, a identificação da pessoa a conduzir e a indicação das razões que o fundamentam.
- 3- Quando, pela situação de urgência e de perigo na demora, não seja possível a emissão prévia de mandado, qualquer agente policial procede à condução imediata do internando.
- 4- Na situação descrita no número anterior o agente policial lavra auto em que discrimina os fatos, bem como as circunstâncias de tempo e de lugar em que a mesma foi efetuada.
- 5- A condução é comunicada de imediato ao Ministério Público com competência na área em que aquela se iniciou.

Artigo 24º

Apresentação do internando

O internando é apresentado de imediato no estabelecimento com urgência psiquiátrica mais próximo do local em que se iniciou a condução, onde é submetido a avaliação clínico-psiquiátrica com registro clínico e lhe é prestada a assistência médica necessária.

Artigo 25º

Termos subsequentes

- 1- Quando da avaliação clínico-psiquiátrica se concluir pela necessidade de internamento e o internando a ele se opuser, o estabelecimento comunica de imediato, ao tribunal judicial com competência na área, a admissão daquele, com cópia do mandado e do relatório da avaliação.

- 2- Quando a avaliação clínico-psiquiátrica não confirmar a necessidade de internamento, a entidade que tiver apresentado o portador de anomalia psíquica restitui-o de imediato à liberdade, remetendo o expediente ao Ministério Público com competência na área em que se iniciou a condução.
- 3- O disposto no nº 1 é aplicável quando na urgência psiquiátrica ou no decurso de internamento voluntário se verifique a existência da situação descrita no artigo 22º.

Artigo 26º

Confirmação judicial

- 1- Recebida a comunicação referida no nº 1 do artigo anterior, o juiz nomeia defensor ao internando e dá vista nos autos ao Ministério Público.
- 2- Realizadas as diligências que reputar necessárias, o juiz profere decisão de manutenção ou não do internamento, no prazo máximo de 48 horas a contar da privação da liberdade nos termos dos artigos 23º e 25º nº 3.
- 3- A decisão de manutenção do internamento é comunicada, com todos os elementos que a fundamentam, ao tribunal competente.
- 4- A decisão é comunicada ao internando e ao familiar mais próximo que com ele conviva ou à pessoa que com o internando viva em condições análogas às dos cônjuges, bem como ao médico assistente, sendo aquele informado, sempre que possível, dos direitos e deveres processuais que lhe assistem.

Artigo 27º

Decisão final

- 1- Recebida a comunicação a que se refere o nº 3 do artigo anterior, o juiz dá início ao processo de internamento compulsivo com os fundamentos previstos no artigo 12º ordenando para o efeito que, no prazo de cinco dias, tenha lugar nova avaliação clínico-psiquiátrica, a cargo de dois psiquiatras que não tenham procedido à anterior, com a eventual colaboração de outros profissionais de saúde mental.

- 2- É ainda correspondentemente aplicável o disposto no artigo 15°.
- 3- Recebido o relatório da avaliação clínico-psiquiátrica e realizadas as demais diligências necessárias, é designada data para a sessão conjunta, à qual é correspondentemente aplicável o disposto nos artigos 18° 19° 20° e 21° n° 4.

Secção V

Casos especiais

Artigo 28°

Pendência de processo penal

- 1- A pendência de processo penal em que seja argüido portador de anomalia psíquica não obsta a que o tribunal competente decida sobre o internamento nos termos deste diploma.
- 2- Em caso de internamento, o estabelecimento remete ao tribunal onde pende o processo penal, de dois em dois meses, informação sobre a evolução do estado do portador de anomalia psíquica.

Artigo 29°

Internamento compulsivo de inimputável

- 1- O tribunal que não aplicar a medida de segurança prevista no artigo 91° do Código Penal pode decidir o internamento compulsivo do inimputável.
- 2- Sempre que seja imposto o internamento é remetida certidão da decisão ao tribunal competente para os efeitos do disposto nos artigos 33° 34° e 35°.

Secção VI

Disposições comuns

Artigo 30°

Regras de competência

- 1- Para efeitos do disposto no presente Capítulo, tribunal competente é o tribunal judicial de competência genérica da área de residência do internando.

- 2- Se na comarca da área de residência do internando existir tribunal judicial de competência especializada em matéria criminal a competência é atribuída a este.

Artigo 31º

Hábeas corpus em virtude de privação da liberdade ilegal

- 1- O portador de anomalia psíquica privado da liberdade, ou qualquer cidadão no gozo dos seus direitos políticos, pode requerer ao tribunal da área onde o portador se encontrar a imediata libertação com algum dos seguintes fundamentos:
- a) Estar excedido o prazo previsto no artigo 26º nº 2.
 - b) Ter sido a privação da liberdade efetuada ou ordenada por entidade incompetente.
 - c) Ser a privação da liberdade motivada fora dos casos ou condições previstas nesta lei.
- 2- Recebido o requerimento, o juiz, se o não considerar manifestamente infundado, ordena, se necessário por via telefônica, a apresentação imediata do portador da anomalia psíquica.
- 3- Juntamente com a ordem referida no número anterior, o juiz manda notificar a entidade que tiver o portador da anomalia psíquica à sua guarda, ou quem puder representá-la, para se apresentar no mesmo ato munida das informações e esclarecimentos necessários à decisão sobre o requerimento.
- 4- O juiz decide, ouvidos o Ministério Público e o defensor constituído ou nomeado para o efeito.

Artigo 32º

Recorribilidade da decisão

- 1- Sem prejuízo do disposto no artigo anterior, da decisão tomada nos termos dos artigos 20º, 26º nº 2, 27º nº 3, e 35º cabe recurso para o Tribunal da Relação competente.
- 2- Tem legitimidade para recorrer o internado, o seu defensor, quem requerer o internamento nos termos do artigo 13º nº 1, e o Ministério Público.
- 3- Todos os recursos previstos no presente capítulo têm efeito meramente devolutivo.

Artigo 33º

Substituição do internamento

- 1- O internamento é substituído por tratamento compulsivo em regime ambulatorio sempre que seja possível manter esse tratamento em liberdade, sem prejuízo do disposto nos artigos 34º e 35º.
- 2- A substituição depende de expressa aceitação, por parte do internado, das condições fixadas pelo psiquiatra assistente para o tratamento em regime ambulatorio.
- 3- A substituição é comunicada ao tribunal competente.
- 4- Sempre que o portador da anomalia psíquica deixe de cumprir as condições estabelecidas, o psiquiatra assistente comunica o incumprimento ao tribunal competente, retomando-se o internamento.
- 5- Sempre que necessário o estabelecimento solicita ao tribunal competente a emissão de mandados de condução a cumprir pelas forças policiais.

Artigo 34º

Cessação do internamento

- 1- O internamento finda quando cessarem os pressupostos que lhe deram origem.
- 2- A cessação ocorre por alta dada pelo diretor clínico do estabelecimento, fundamentada em relatório de avaliação clínico-psiquiátrica do Serviço de Saúde onde decorreu o internamento, ou por decisão judicial.
- 3- A alta é imediatamente comunicada ao tribunal competente.

Artigo 35º

Revisão da situação do internado

- 1- Se for invocada a existência de causa justificativa da cessação do internamento o tribunal competente aprecia a questão a todo o tempo.

- 2- A revisão é obrigatória, independentemente de requerimento, decorridos dois meses sobre o início do internamento ou sobre a decisão que o tiver mantido.
- 3- Tem legitimidade para requerer a revisão o internado, o seu defensor e as pessoas referidas no artigo 13º nº 1.
- 4- Para o efeito do disposto no nº 2 o estabelecimento envia, até dez dias antes da data calculada para a revisão, um relatório de avaliação clínico-psiquiátrica elaborado por dois psiquiatras, com a eventual colaboração de outros profissionais de saúde mental.
- 5- A revisão obrigatória tem lugar com audição do Ministério Público, do defensor e do internado, exceto se o estado de saúde deste tornar a audição inútil ou inviável.

Secção VII

Da natureza e das custas do processo

Artigo 36º

Natureza do processo

Os processos previstos no presente capítulo têm natureza secreta e urgente.

Artigo 37º

Custas

Os processos previstos neste capítulo são isentos de custas.

Secção VIII

Comissão de Acompanhamento

Artigo 38º

Criação e atribuições

É criada uma comissão para acompanhamento da execução do disposto no presente capítulo, seguidamente designada por "Comissão".

Artigo 39º

Sede e serviços administrativos

Por despacho conjunto dos Ministros da Justiça e da Saúde são definidos os serviços de apoio técnico e administrativo à atividade da Comissão, bem como a respectiva sede.

Artigo 40º

Composição

A Comissão é constituída por psiquiatras, juristas, por um representante das associações de familiares e utentes de saúde mental, e outros técnicos de saúde mental, nomeados por despacho conjunto dos Ministros da Justiça e da Saúde.

Artigo 41º

Competências

Incumbe especialmente à Comissão:

- a) Visitar os estabelecimentos e comunicar diretamente com os internados.
- b) Solicitar ou remeter a quaisquer entidades administrativas ou judiciárias informações sobre a situação dos internados.
- c) Receber e apreciar as reclamações dos internados ou das pessoas com legitimidade para requerer o internamento sobre as condições do mesmo.
- d) Solicitar ao Ministério Público junto do tribunal competente os procedimentos judiciais julgados adequados à correção de quaisquer situações de violação da lei que verifique no exercício das suas funções.
- e) Recolher e tratar a informação relativa à aplicação do presente capítulo.
- f) Propor ao Governo as medidas que julgue necessárias à execução da presente lei.

Artigo 42º

Cooperação

- 1- Para os fins previstos na alínea e) do artigo anterior os tribunais remetem à Comissão cópia das decisões previstas no presente capítulo.

- 2- É dever das entidades públicas e privadas dispensar à Comissão toda a colaboração necessária ao exercício da sua competência.

Artigo 43º

Base de dados

A Comissão promoverá, nos termos e condições previstas na legislação sobre proteção de dados pessoais e sobre o sigilo médico, a organização de uma base de dados informática relativa à aplicação do presente capítulo, a que terão acesso entidades públicas ou privadas que nisso tenham interesse legítimo.

Artigo 44º

Relatório

A Comissão apresenta todos os anos ao Governo, até 31 de Março do ano seguinte, um relatório sobre o exercício das suas atribuições e a execução do disposto no presente capítulo.

Capítulo III

Disposições transitórias e finais

Secção I

Disposições transitórias

Artigo 45º

Disposições transitórias

- 1- Os processos instaurados à data da entrada em vigor do presente diploma continuam a ser regulados pela Lei nº 2118, de 3 de Abril de 1963, até à decisão que aplique o internamento.
- 2- Os estabelecimentos hospitalares que tenham doentes internados compulsivamente ao abrigo da lei referida no número anterior, no prazo de dois meses após a entrada em vigor da presente lei, comunicam ao tribunal competente a situação clínica desses

doentes, os fundamentos do respectivo internamento e identificam o processo onde tenha sido proferida a decisão que o determinou.

- 3- Quando a decisão de internamento seja proferida após a entrada em vigor da presente lei o prazo referido no número anterior conta-se após o início da execução da decisão que tenha determinado o internamento.
- 4- O tribunal solicita à entidade que determinou o internamento o processo em que a decisão foi proferida e uma vez recebido dá cumprimento ao disposto no artigo 35º da presente lei.

Secção II

Disposições finais

Artigo 46º

Gestão do património dos doentes

A gestão do património dos doentes mentais não declarados incapazes é regulada por decreto-lei.

Artigo 47º

Serviços de saúde mental

A organização dos serviços de saúde mental é regulada por decreto-lei.

Artigo 48º

Entrada em vigor

A presente lei entra em vigor seis meses após a sua publicação.

Artigo 49º

Revogação

É revogada a Lei nº 2118, de 3 de Abril de 1963.

Aprovado em 18 de Junho de 1998.

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Disposição preliminar

Art. 1º- Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

Título I

Das disposições gerais

Art. 2º- A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º- O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º- A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único- Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

Título II

Do Sistema Único de Saúde

Disposição preliminar

Art. 4º- O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º- Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º- A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

Capítulo I

Dos Objetivos e Atribuições

Art. 5º- São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

- I- a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde.
- II- a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei.
- III- a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Art. 6º- Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I- a execução de ações:

a) de vigilância sanitária.

b) de vigilância epidemiológica.

c) de saúde do trabalhador e

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

II- a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico.

III- a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde.

IV- a vigilância nutricional e a orientação alimentar.

V- a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

VI- a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção.

VII- o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde.

VIII- a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano.

IX- a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos.

X- o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico.

XI- a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

§ 1º- Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I- o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo e

II- o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

§ 2º- Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

§ 3º- Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I- assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho.

II- participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho.

III- participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador.

IV- avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde.

V- informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional.

VI- participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas.

VII- revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais e

VIII- a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

Capítulo II

Dos Princípios e Diretrizes

Art. 7º- As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I- universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência.
- II- integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.
- III- preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral.
- IV- igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.
- V- direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde.
- VI- divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário.
- VII- utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática.
- VIII- participação da comunidade.
- IX- descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios.
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.
- X- integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico.

XI- conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população.

XII- capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência e

XIII- organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Capítulo III

Da Organização, da Direção e da Gestão

Art. 8º- As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Art. 9º- A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I- no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde.

II- no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente e

III- no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Art. 10- Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º- Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

§ 2º- No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

Art. 11- (Vetado).

Art. 12- Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único- As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 13- A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

I- alimentação e nutrição.

II- saneamento e meio ambiente.

III- vigilância sanitária e farmacoepidemiologia.

IV- recursos humanos.

V- ciência e tecnologia e

VI- saúde do trabalhador.

Art. 14- Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único- Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

Capítulo IV

Da Competência e das Atribuições

Seção I

Das Atribuições Comuns

Art. 15- A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

- I- definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde.
- II- administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde.
- III- acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais.
- IV- organização e coordenação do sistema de informação de saúde.
- V- elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde.
- VI- elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador.
- VII- participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente.
- VIII- elaboração e atualização periódica do plano de saúde.
- IX- participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde.
- X- elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde.
- XI- elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública.
- XII- realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal.
- XIII- para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização.

- XIV- implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados.
- XV- propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente.
- XVI- elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde.
- XVII- promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde.
- XVIII- promover a articulação da política e dos planos de saúde.
- XIX- realizar pesquisas e estudos na área de saúde.
- XX- definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária.
- XXI- fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

Seção II

Da Competência

Art. 16- A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:

- I- formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição.
- II- participar na formulação e na implementação das políticas:
 - a) de controle das agressões ao meio ambiente.
 - b) de saneamento básico e
 - c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho.
- III- definir e coordenar os sistemas:
 - a) de redes integradas de assistência de alta complexidade.
 - b) de rede de laboratórios de saúde pública.

c) de vigilância epidemiológica e

d) vigilância sanitária.

IV- participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana.

V- participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador.

VI- coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica.

VII- estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios.

VIII- estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano.

IX- promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde.

X- formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais.

XI- identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde.

XII- controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde.

XIII- prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional.

XIV- elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde.

XV- promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal.

XVI- normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados.

XVII- acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais.

XVIII- elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.

XIX- estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.

Parágrafo único- A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional.

Art. 17- À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

I- promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde.

II- acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS).

III- prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde.

IV- coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:

a) de vigilância epidemiológica.

b) de vigilância sanitária.

c) de alimentação e nutrição e

d) de saúde do trabalhador.

V- participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana.

- VI- participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico.
- VII- participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho.
- VIII- em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde.
- IX- identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional.
- X- coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa.
- XI- estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde.
- XII- formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano.
- XIII- colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras.
- XIV- o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

Art. 18- À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:

- I- planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde.
- II- participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual.
- III- participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho.
- IV- executar serviços:
 - a) de vigilância epidemiológica.
 - b) vigilância sanitária.

c) de alimentação e nutrição.

d) de saneamento básico e

e) de saúde do trabalhador.

V- dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde.

VI- colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las.

VII- formar consórcios administrativos intermunicipais.

VIII- gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros.

IX- colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras.

X- observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução.

XI- controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde.

XII- normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Art. 19- Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

Título III

Dos serviços privados de assistência à saúde

Capítulo I

Do Funcionamento

Art. 20- Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 21- A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 22- Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.

Art. 23- É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos.

§ 1º- Em qualquer caso é obrigatória a autorização do órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), submetendo-se a seu controle as atividades que forem desenvolvidas e os instrumentos que forem firmados.

§ 2º- Excetuam-se do disposto neste artigo os serviços de saúde mantidos, em finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social.

Capítulo II

Da Participação Complementar

Art. 24- Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único- A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 25- Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 26- Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

§ 1º- Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

§ 2º- Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

§ 3º- (Vetado).

§ 4º- Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde (SUS).

Título IV

Dos recursos humanos

Art. 27- A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

I- organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal.

II- (Vetado).

III- (Vetado).

IV- valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único- Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Art. 28- Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), só poderão ser exercidas em regime de tempo integral.

§ 1º- Os servidores que legalmente acumulam dois cargos ou empregos poderão exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 2º- O disposto no parágrafo anterior aplica-se também aos servidores em regime de tempo integral, com exceção dos ocupantes de cargos ou função de chefia, direção ou assessoramento.

Art. 29- (Vetado).

Art. 30- As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de acordo com o art. 12 desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

Título V

Do financiamento

Capítulo I

Dos Recursos

Art. 31- O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Art. 32- São considerados de outras fontes os recursos provenientes de:

I- (Vetado).

II- Serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde.

III- ajuda, contribuições, doações e donativos.

IV- alienações patrimoniais e rendimentos de capital.

V- taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e

VI- rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

§ 1º- Ao Sistema Único de Saúde (SUS) caberá metade da receita de que trata o inciso I deste artigo, apurada mensalmente, a qual será destinada à recuperação de viciados.

§ 2º- As receitas geradas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera de poder onde forem arrecadadas.

§ 3º- As ações de saneamento que venham a ser executadas supletivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação (SFH).

§ 4º-(Vetado).

§ 5º- As atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pelas universidades e pelo orçamento fiscal, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita própria das instituições executoras.

§ 6º- (Vetado).

Capítulo II

Da Gestão Financeira

Art. 33- Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

§ 1º- Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

§ 2º- (Vetado).

§ 3º- (Vetado).

§ 4º- O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

Art. 34- As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), observado o critério do parágrafo único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único- Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção da despesa prevista de cada área, no Orçamento da Seguridade Social.

Art. 35- Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

I- perfil demográfico da região.

II- perfil epidemiológico da população a ser coberta.

III- características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área.

IV- desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior.

V- níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais.

VI- previsão do plano quinquenal de investimentos da rede.

VII- ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

§ 1º- Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.

§ 2º- Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

§ 3º- (Vetado).

§ 4º- (Vetado).

§ 5º- (Vetado).

§ 6º- O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei, em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.

Capítulo III

Do Planejamento e do Orçamento

Art. 36- O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

§ 1º- Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

§ 2º- É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

Art. 37- O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

Art. 38- Não será permitida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa.

Das disposições finais e transitórias

Art. 39- (Vetado).

§ 1º- (Vetado).

§ 2º- (Vetado).

§ 3º- (Vetado).

§ 4º- (Vetado).

§ 5º- A cessão de uso dos imóveis de propriedade do Inamps para órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) será feita de modo a preservá-los como patrimônio da Seguridade Social.

§ 6º- Os imóveis de que trata o parágrafo anterior serão inventariados com todos os seus acessórios, equipamentos e outros bens móveis e ficarão disponíveis para utilização pelo órgão de direção municipal do Sistema Único de Saúde (SUS) ou, eventualmente, pelo estadual, em cuja circunscrição administrativa se encontrem, mediante simples termo de recebimento.

§ 7º- (Vetado).

§ 8º- O acesso aos serviços de informática e bases de dados, mantidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social, será assegurado às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ou órgãos congêneres, como suporte ao processo de gestão, de forma a permitir a gerência informatizada das contas e a disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas médico-hospitalares.

Art. 40- (Vetado).

Art. 41- As ações desenvolvidas pela Fundação das Pioneiras Sociais e pelo Instituto Nacional do Câncer, supervisionadas pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), permanecerão como referencial de prestação de serviços, formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia.

Art. 42- (Vetado).

Art. 43- A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos contratados, ressalvando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas.

Art. 44- (Vetado).

Art. 45- Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

§ 1º- Os serviços de saúde de sistemas estaduais e municipais de previdência social deverão integrar-se à direção correspondente do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme seu âmbito de atuação, bem como quaisquer outros órgãos e serviços de saúde.

§ 2º- Em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os serviços de saúde das Forças Armadas poderão integrar-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), conforme se dispuser em convênio que, para esse fim, for firmado.

Art. 46- o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecerá mecanismos de incentivos à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a transferência de tecnologia das universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, e às empresas nacionais.

Art. 47- O Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS), organizará, no prazo de dois anos, um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

Art. 48- (Vetado).

Art. 49- (Vetado).

Art. 50- Os convênios entre a União, os Estados e os Municípios, celebrados para implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, ficarão rescindidos à proporção que seu objeto for sendo absorvido pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 51- (Vetado).

Art. 52- Sem prejuízo de outras sanções cabíveis, constitui crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas (Código Penal, art. 315) a utilização de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) em finalidades diversas das previstas nesta lei.

Art. 53- (Vetado).

Art. 54- Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 55- São revogadas a Lei nº. 2.312, de 3 de setembro de 1954, a Lei nº. 6.229, de 17 de julho de 1975, e demais disposições em contrário.

Brasília, 19 de setembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

FERNANDO COLLOR

Alceni Guerra

LEI N. 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990

Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

O Presidente da República:

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Artigo 1º- O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I- a Conferência de Saúde e

II- o Conselho de Saúde.

§ 1º- A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º- O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

§ 3º- O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

§ 4º- A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

§ 5º- As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho.

Artigo 2º- Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:

- I- despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta.
- II- investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional.
- III- investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde.
- IV- cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Parágrafo único- Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

Artigo 3º- Os recursos referidos no inciso IV do artigo 2º desta Lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no artigo 35 da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990.

§ 1º- Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no artigo 35 da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no § 1º do mesmo artigo.

§ 2º- Os recursos referidos neste artigo serão destinados, pelo menos setenta por cento, aos Municípios, afetando-se o restante aos Estados.

§ 3º- Os Municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do artigo 2º desta Lei.

Artigo 4º- Para receberem os recursos, de que trata o artigo 3º desta Lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

- I- Fundo de Saúde.
- II- Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto n. 99.438, de 7 de agosto de 1990.

III- plano de saúde.

IV- relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do artigo 33 da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990.

V- contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento.

VI- Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Parágrafo único- O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.

Artigo 5º- É o Ministério da Saúde, mediante portaria do Ministro de Estado, autorizado a estabelecer condições para aplicação desta Lei.

Artigo 6º- Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Artigo 7º- Revogam-se as disposições em contrário.

Legislação apresentada no trabalho

LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º- Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º- Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único- São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I- ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades.
- II- ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade.
- III- ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração.
- IV- ter garantia de sigilo nas informações prestadas.
- V- ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária.
- VI- ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis.
- VII- receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento.
- VIII- ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis.

IX- ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º- É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º- A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º- O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º- O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º- É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º- O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º- A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único- São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I- internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário.

II- internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro e

III- internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º- A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único- O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º- A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º- A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º- O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º- A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10- Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11- Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12- O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13- Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180^o da Independência e 113^o da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Jose Gregori

José Serra

Roberto Brant

Portaria/SNAS nº 224 - De 29 de janeiro de 1992

O secretário nacional de Assistência à Saúde e presidente do INAMPS, no uso das atribuições do Decreto n.º 99.244, de 10 de maio de 1990 e tendo em vista o disposto no artigo XVIII da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e o disposto no parágrafo 4.º da Portaria 189/91, acatando exposição de motivos (17/12/91), da Coordenação de Saúde Mental do Departamento de Programas de Saúde da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, estabelece as seguintes diretrizes e normas:

1- Diretrizes

- organização de serviços baseada nos princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações;
- diversidade de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial;
- garantia da continuidade da atenção nos vários níveis;
- multiprofissionalidade na prestação de serviços;
- ênfase na participação social desde a formulação das políticas de saúde mental até o controle de sua execução;
- definição dos órgãos gestores locais como responsáveis pela complementação da presente portaria normativa e pelo controle e avaliação dos serviços prestados.

2- Normas para o atendimento ambulatorial (sistema de informações ambulatoriais do SUS)

1) Unidade básica, centro de saúde e ambulatório

- 1.1- O atendimento em saúde mental prestado em nível ambulatorial compreende um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas nas unidades básicas/centro de saúde e/ou ambulatórios especializados, ligados ou não a policlínicas, unidades mistas ou hospitais.

1.2- Os critérios de hierarquização e regionalização da rede, bem como a definição da população-referência de cada unidade assistencial serão estabelecidos pelo órgão gestor local.

1.3- A atenção aos pacientes nestas unidades de saúde deverá incluir as seguintes atividades desenvolvidas por equipes multiprofissionais:

- atendimento individual (consulta, psicoterapia, dentre outros);
- atendimento grupal (grupo operativo, terapêutico, atividades socioterápicas, grupos de orientação, atividades de sala de espera, atividades educativas em saúde);
- visitas domiciliares por profissional de nível médio ou superior;
- atividades comunitárias, especialmente na área de referência do serviço de saúde.

1.4- Recursos Humanos

Das atividades acima mencionadas, as seguintes poderão ser executadas por profissionais de nível médio:

- atendimento em grupo (orientação, sala de espera);
- visita domiciliar;
- atividades comunitárias.

A equipe técnica de saúde mental para atuação nas unidades básicas/centros de saúde deverá ser definida segundo critérios do órgão gestor local, podendo contar com equipe composta por profissionais especializados (médico psiquiatra, psicólogo e assistente social) ou com equipe integrada por outros profissionais (médico generalista, enfermeiro, auxiliares, agentes de saúde). No ambulatório especializado, a equipe multiprofissional deverá ser composta por diferentes categorias de profissionais especializados (médico psiquiatra, médico clínico, psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, neurologista e pessoal auxiliar), cuja composição e atribuições serão definidas pelo órgão gestor local.

2) Núcleos/centros de atenção psicossocial (NAPS/CAPS):

2.1- Os NAPS/CAPS são unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional.

2.2- Os NAPS/CAPS podem constituir-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental, considerando sua característica de unidade de saúde local e regionalizada. Atendem também a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar. Deverão estar integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental.

2.3- São unidades assistenciais que podem funcionar 24 horas por dia, durante os sete dias da semana ou durante os cinco dias úteis, das 8 às 18 horas, segundo definições do órgão gestor local. Devem contar com leitos para repouso eventual.

2.4- A assistência ao paciente no NAPS/CAPS inclui as seguintes atividades:

- atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, atividades socioterápicas, dentre outras);
- visitas domiciliares;
- atendimento à família;
- atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção social;
- os pacientes que freqüentam o serviço por 4 horas (um turno) terão direito a duas refeições; os que freqüentam por um período de 8 horas (dois turnos) terão direito a três refeições.

2.5- Recursos Humanos

A equipe técnica mínima para atuação no NAPS/CAPS, para o atendimento a 30 pacientes por turno de 4 horas, deve ser composta por:

- 1 médico psiquiatra;
- 1 enfermeiro;
- 4 outros profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário à realização dos trabalhos);
- profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.

2.6- Para fins de financiamento pelo SIA/SUS, o sistema remunerará o atendimento de até 15 pacientes em regime de 2 turnos (8 horas por dia) e mais 15 pacientes por turno de 4 horas, em cada unidade assistencial.

3- Normas para o atendimento hospitalar (sistema de informações hospitalares do SUS)

1) Hospital-dia

1.1- A instituição do hospital-dia na assistência em saúde mental representa um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que desenvolve programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação integral. A proposta técnica deve abranger um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas em até 5 dias da semana (de segunda-feira a sexta-feira), com uma carga horária de 8 horas diárias para cada paciente.

1.2- O hospital-dia deve situar-se em área específica, independente da estrutura hospitalar, contando com salas para trabalho em grupo, salas de refeições, área externa para atividades ao ar livre e leitos para repouso eventual. Recomenda-se que o serviço do hospital-dia seja regionalizado, atendendo a uma população de uma área geográfica definida, facilitando o acesso do paciente à unidade assistencial. Deverá estar integrada a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados de saúde mental.

1.3- A assistência ao paciente em regime de hospital-dia incluirá as seguintes atividades:

- atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, dentre outros);
- atendimento grupal (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, atividades socioterápicas, dentre outras);
- visitas domiciliares;
- atendimento à família;
- atividades comunitárias visando trabalhar a integração do paciente mental na comunidade e sua inserção social;
- os pacientes em regime de hospital-dia terão direito a três refeições: café da manhã, almoço e lanche ou jantar.

1.4- Recursos Humanos

A equipe mínima, por turno de 4 horas, para 30 pacientes-dia, deve ser composta por:

- 1 médico psiquiatra;
- 1 enfermeiro;
- 4 outros profissionais de nível superior (psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário à realização dos trabalhos);
- profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.

1.5- Para fins de financiamento pelo SIH-SUS:

- a) Os procedimentos realizados no hospital-dia serão remunerados por AIH-1 para o máximo de 30 pacientes-dia. As diárias serão pagas por 5 dias úteis por semana, pelo máximo de 45 dias corridos.
- b) Nos municípios cuja proporção de leitos psiquiátricos supere a relação de um leito para 3.000 habitantes, o credenciamento de vagas em hospital-dia estará condicionado à redução de igual número de leitos contratados em hospital psiquiátrico especializado, segundo critérios definidos pelos órgãos gestores estaduais e municipais.

2) Serviço de urgência psiquiátrica em hospital-geral

2.1- Os serviços de urgência psiquiátrica em prontos-socorros gerais funcionam diariamente durante 24 horas e contam com o apoio de leitos de internação para até 72 horas, com equipe multiprofissional. O atendimento resolutivo e com qualidade dos casos de urgência tem por objetivo evitar a internação hospitalar, permitindo que o paciente retorne ao convívio social, em curto período de tempo.

2.2- Os serviços de urgência psiquiátrica devem ser regionalizados, atendendo a uma população residente em determinada área geográfica.

2.3- Estes serviços devem oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente, as seguintes atividades:

- a) avaliação médico-psicológica e social;
- b) atendimento individual (medicamentoso, de orientação, dentre outros);
- c) atendimento grupal (grupo operativo, de orientação);
- d) atendimento à família (orientação, esclarecimento sobre o diagnóstico, dentre outros).

Após a alta, tanto no pronto atendimento quanto na internação de urgência, o paciente deverá, quando indicado, ser referenciado a um serviço extra-hospitalar regionalizado, favorecendo assim a continuidade do tratamento próximo à sua residência. Em caso de necessidade de continuidade da internação, devem-se considerar os seguintes recursos assistenciais: hospital-dia, hospital geral e hospital especializado.

2.4- Recursos Humanos

No que se refere aos recursos humanos, o serviço de urgência psiquiátrica deve ter a seguinte equipe técnica mínima; período diurno (serviço até 10 leitos para internações breves):

- 1 médico psiquiatra ou 1 médico clínico e 1 psicólogo;
- 1 assistente social;

- 1 enfermeiro;
- profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.

2.5- Para fins de remuneração no Sistema de Informações Hospitalares-SIH, o procedimento Diagnóstico e/ou Primeiro Atendimento em Psiquiatria será remunerado exclusivamente nos prontos-socorros gerais.

3) Leito ou unidade psiquiátrica em hospital-geral

3.1- O estabelecimento de leitos/unidades psiquiátricas em hospital geral objetiva oferecer uma retaguarda hospitalar para os casos em que a internação se faça necessária, após esgotadas todas as possibilidades de atendimento em unidades extra-hospitalares e de urgência. Durante o período de internação, a assistência ao cliente será desenvolvida por equipes multiprofissionais.

3.2- O número de leitos psiquiátricos em hospital geral não deverá ultrapassar 10% da capacidade instalada do hospital, até um máximo de 30 leitos. Deverão, além dos espaços próprios de um hospital geral, ser destinadas salas para trabalho em grupo (terapias, grupo operativo, dentre outros). Os pacientes deverão utilizar área externa do hospital para lazer, educação física e atividades socioterápicas.

3.3- Estes serviços devem oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente, as seguintes atividades:

- a) avaliação médico-psicológica e social;
- b) atendimento individual (medicamentoso, psicoterapia breve, terapia ocupacional, dentre outros);
- c) atendimento grupal (grupo operativo, psicoterapia em grupo, atividades socioterápicas);
- d) abordagem à família: orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento;

- e) preparação do paciente para a alta hospitalar garantindo sua referência para a continuidade do tratamento em unidade de saúde com programa de atenção compatível com sua necessidade (ambulatório, hospital-dia, núcleo/centro de atenção psicossocial), visando prevenir a ocorrência de outras internações.

3.4- Recursos Humanos

A equipe técnica mínima para um conjunto de 30 leitos, no período diurno, deve ser composta por:

- 1 médico psiquiatra ou 1 médico clínico e 1 psicólogo;
- 1 enfermeiro;
- 2 profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social e/ou terapeuta ocupacional);
- profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.

3.5- Para fins de financiamento pelo Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS), o procedimento 63.001.10-1 (Tratamento Psiquiátrico em Hospital- Geral) será remunerado apenas nos hospitais gerais.

4) Hospital especializado em psiquiatria

4.1- Entende-se como hospital psiquiátrico aquele cuja maioria de leitos se destine ao tratamento especializado de clientela psiquiátrica em regime de internação.

4.2- Estes serviços devem oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente, as seguintes atividades:

- a) avaliação médico-psicológica e social;
- b) atendimento individual (medicamentoso, psicoterapia breve, terapia ocupacional, dentre outros);
- c) atendimento grupal (grupo operativo, psicoterapia em grupo, atividades socioterápicas);

- d) abordagem à família: orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento;
- e) preparação do paciente para a alta hospitalar garantindo sua referência para a continuidade do tratamento em unidade de saúde com programa de atenção compatível com sua necessidade (ambulatório, hospital-dia, núcleo/centro de atenção psicossocial), visando prevenir a ocorrência de outras internações;

4.3- Com vistas a garantir condições físicas adequadas ao atendimento de clientela psiquiátrica internada, deverão ser observados os parâmetros das normas específicas referentes à área de engenharia e arquitetura em vigor, expedidas pelo Ministério da Saúde.

4.4- O hospital psiquiátrico especializado deverá destinar uma enfermaria para intercorrências clínicas, com um mínimo de 6m²/leito e número de leitos igual a 1/50 do total do hospital, com camas Fowler, oxigênio, aspirador de secreção, vaporizador, nebulizador e bandeja ou carro de parada, e ainda:

- sala de curativo ou, na inexistência desta, 01 carro de curativos para cada 3 postos de enfermagem ou fração;
- área externa para deambulação e/ou esportes, igual ou superior à área construída.

4.5- O hospital psiquiátrico especializado deverá ter sala(s) de estar, jogos, etc., com um mínimo de 40 m², mais 20m² para cada 100 leitos a mais ou fração, com televisão e música ambiente nas salas de estar.

4.6- Recursos Humanos

Os hospitais psiquiátricos especializados deverão contar com no mínimo:

- 1 médico plantonista nas 24 horas;
- 1 enfermeiro das 7 às 19 horas, para cada 240 leitos.

E ainda:

- Para cada 40 pacientes, com 20 horas de assistência semanal distribuídas no mínimo em 4 dias, um médico psiquiatra e um enfermeiro;
- Para cada 60 pacientes, com 20 horas de assistência semanal, distribuídas no mínimo em 4 dias, os seguintes profissionais:
- 1 assistente social;
- 1 terapeuta ocupacional;
- 2 auxiliares de enfermagem;
- 1 psicólogo.

E ainda:

- 1 clínico geral para cada 120 pacientes;
- 1 nutricionista e 1 farmacêutico.

O psiquiatra plantonista poderá também compor uma das equipes básicas, como psiquiatra-assistente, desde que, além de seu horário de plantonista, cumpra 15 horas semanais em pelo menos três outros dias da semana.

4- Disposições gerais

- 1) Tendo em vista a necessidade de humanização da assistência, bem como a preservação dos direitos de cidadania dos pacientes internados, os hospitais que prestam atendimento em psiquiatria deverão seguir as seguintes orientações:
- está proibida a existência de espaços restritivos (celas fortes);
 - deve ser resguardada a inviolabilidade da correspondência dos pacientes internados;
 - deve haver registro adequado dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos efetuados nos pacientes;
 - os hospitais terão prazo máximo de 1 (um) ano para atenderem estas exigências a partir de cronograma estabelecido pelo órgão gestor local.

2) Em relação ao atendimento em regime de internação em hospitais gerais ou especializados, que sejam referência regional e/ou estadual, a complementação normativa de que trata o último parágrafo do item 1 da presente portaria será da competência das respectivas secretarias estaduais de saúde.

Ricardo Akel

PORTARIA Nº 0052/GM Em 20 de janeiro de 2004.

Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS - 2004

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando o disposto na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que atribui ao Ministério da Saúde a coordenação do processo de substituição progressiva dos leitos em hospital psiquiátrico por uma rede comunitária de atenção psicossocial.

Considerando a Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que institui o Programa De Volta para Casa, por meio do qual os internos de longa permanência em hospitais psiquiátricos passam a contar com programa de suporte social que potencializa seu processo de alta hospitalar e reintegração social.

Considerando a necessidade de estabelecer critérios técnicos para a redução progressiva de leitos, especialmente nos hospitais de maior porte, de modo a garantir a adequada assistência extra-hospitalar aos internos.

Considerando a necessidade de estabelecer uma planificação racional dos investimentos financeiros do SUS no sistema hospitalar psiquiátrico e na rede de atenção psicossocial, de modo a permitir uma transição adequada do modelo assistencial e

Considerando a urgência de se estabelecer critérios racionais para a reestruturação do financiamento e remuneração dos procedimentos de atendimento em hospital psiquiátrico, com recomposição das diárias hospitalares,

Resolve

Art. 1º- Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, o “Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS - 2004”.

Art. 2º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir de 1º de fevereiro de 2004.

HUMBERTO COSTA