



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO EM SAÚDE**

JOICE SILVA DE ALMEIDA SOUSA

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM PLANO DE AÇÃO PARA ORGANIZAÇÃO
DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL EM ICAPUI-CE**

FORTALEZA – CEARÁ

2017

JOICE SILVA DE ALMEIDA SOUSA

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM PLANO DE AÇÃO PARA ORGANIZAÇÃO
DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL EM ICAPUÍ-CE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Gestão em Saúde. Área de Concentração: Gestão das organizações de saúde, tecnologias e inovação.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos.

FORTALEZA – CEARÁ

2017

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Estadual do Ceará
Sistema de Bibliotecas**

Sousa, Joice Silva de Almeida.

Construção e validação de um plano de ação para organização dos serviços de saúde mental em Icapuí-CE [recurso eletrônico] / Joice Silva de Almeida Sousa. 2017.

1 CD-ROM: il.; 4 $\frac{3}{4}$ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 69 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Mestrado Profissional em Gestão em Saúde, Fortaleza, 2017. Área de concentração: Gestão das organizações de saúde, tecnologias e inovação.

Orientação: Prof.^a Dra. Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos.

1. Saúde mental. 2. Plano de ação. 3. Icapuí-CE. I. Título.

JOICE SILVA DE ALMEIDA SOUSA

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM PLANO DE AÇÃO PARA
ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL EM ICAPUI-CE

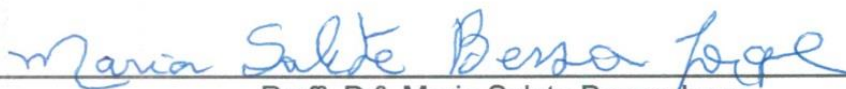
Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Gestão em Saúde. Área de Concentração: Gestão das organizações de saúde, tecnologias e inovação.

Aprovada em: 07 de dezembro de 2017.

BANCA EXAMINADORA



Prof^ª. Dr^ª. Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos (Orientadora)
Universidade Estadual do Ceará – UECE



Prof^ª. Dr^ª. Maria Salete Bessa Jorge
Universidade Estadual do Ceará – UECE



Prof^ª. Dr^ª. Deborah Pedrosa Moreira
Centro Universitário Christus – Unichristus

RESUMO

Elaborado com clareza e com a participação de gestores, trabalhadores, familiares e usuários da política de saúde mental e fundamentado na realidade e nas demandas locais, o plano de ação para organização dos serviços de saúde mental no município de Icapuí-CE consiste em um instrumento de trabalho dinâmico, com critérios de acompanhamento e avaliação pelo trabalho desenvolvido. A pesquisa teve como objetivo geral construir e validar o referido plano de ação. E como objetivos específicos: identificar limites e possibilidades dos serviços de saúde mental do município, sob a ótica de gestores, trabalhadores, usuários e familiares; validar o plano de ação com gestores, trabalhadores, usuários e familiares em oficina. Trata-se de pesquisa metodológica com abordagem qualitativa. O estudo foi desenvolvido em duas fases: a primeira foi a construção da tecnologia (plano de ação), tendo como suporte pesquisas na literatura acerca da temática em discussão, bem como a realização de oficinas com o público-alvo da pesquisa. A segunda fase foi a validação da tecnologia por meio de oficinas com os sujeitos da pesquisa. A partir das propostas elencadas foram listados alguns pontos prioritários que serviram como base para a construção do plano de ação. Os mesmos foram divididos em dois grandes eixos: 1) atendimento ao usuário da saúde mental; 2) educação permanente, intersetorialidade e controle social. Com a finalização desta pesquisa retoma-se a questão central de buscar contribuir com o desenvolvimento das ações dos serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica no município de Icapuí-CE, por meio da melhoria dos processos de planejamento. Demonstrou-se que é possível a construção de estratégias de intervenção baseada na participação de todos os envolvidos, não só gestores e profissionais, mas também trazer para a cena usuários e cuidadores, como protagonistas do cuidado. Seguir na busca da concretização de um modelo emancipador, alternativo se faz relevante. O município em questão avança a cada dia nesse processo. Pouco a pouco todos ganham vez e voz. O modelo local de gestão em curso contribui para isso, apesar dos muitos desafios ainda existentes. Acredita-se que o objetivo proposto de construir e validar um plano de ação para organização dos serviços de saúde mental em Icapuí-CE foi alcançado, embora, tenha, como todo processo, falhas e lacunas que podem ser preenchidas com futuras intervenções. A participação dos sujeitos da pesquisa

permitiu a criação de um conteúdo democrático, calcado nos anseios dos que vivenciam a política de saúde mental no cotidiano.

Palavras-chave: Saúde mental. Plano de ação. Icapuí-CE.

ABSTRACT

Clearly elaborated with the participation of managers, workers, family members and users of mental health policy and based on reality and local demands, an action plan for the organization of mental health services in the municipality of Icapuí-CE, consisting of a dynamic work tool , with monitoring and evaluation criteria for the work developed. The research aimed to structure and validate said action plan. And as specific objectives: to identify limits and possibilities of mental health services of the municipality, to solve a problem of managers, workers, users and family; validate the action plan with managers, workers, users and family members in the office. It is a methodological research with a qualitative approach. The study was developed in two phases: a first version of a construction of the technology, supported by research in the literature on the subject under discussion, as well as a workshop with the target audience of the research. A second stage for a validation of the technology through workshops with the research subjects. Based on proposed proposals, benchmarks are priorities that served as the basis for the construction of the action plan. They were divided into two main axes: 1) care for the mental health user; 2) permanent education, intersectoriality and social control. With the conclusion of this research, the central question of search is to contribute to the development of the actions of the mental health services in the context of the psychiatric reform in the municipality of Icapuí-CE, through the improvement of the planning processes. It has been demonstrated that it is possible to build a strategy of use in account of participation of all involved, not so managers and professionals, but also bring to users and caregivers as protagonists of care. Following the search for the realization of an emancipatory model, alternative becomes relevant. The municipality in question advances every day in the process. Little by little everyone gets their turn and voice. The current local management model contributes to this despite many challenges. It is believed that the proposed goal of building and validating a plan of action for the organization of mental health services. Icapuí-CE was achieved, although, like any process, failures and gaps that can be filled with future interventions. The participation of the research subjects allowed the creation of a democratic content, based on the wishes of those who experience the non-daily mental health policy.

Keywords: Mental health. Action plan. Icapuí-CE.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Localização da cidade de Icapuí – CE	30
Figura 2 - Fluxograma das etapas de construção e validação do plano de ação	37
Quadro 1 - Método dos 5W2H	28
Quadro 2 - Grupos de Representantes para o Estudo	33
Quadro 3 - Levantamento de necessidades (Oficinas 1 e 2)	40
Quadro 4 - Plano de Ação – Eixo 1	48
Quadro 5 - Plano de Ação – Eixo 2	55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária em Saúde
CA	Criança e Adolescente
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
EPS	Educação Permanente em Saúde
ICAPREV	Previdência dos Servidores do Município de Icapuí
IMFLA	Instituto Municipal de Fiscalização e Licenciamento Ambiental
MTSM	Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PL	Projeto de Lei
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PPA	Plano Plurianual
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PT	Partido dos Trabalhadores
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAAE	Serviço Autônomo de Água e Esgoto
SUS	Sistema Único de Saúde
SM	Saúde Mental
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UFC	Universidade Federal do Ceará

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	REVISÃO DA LITERATURA	14
2.1	POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E PROCESSO DE TRABALHO	14
2.2	PLANEJAMENTO E MODELO DE GESTÃO EM SAÚDE MENTAL (CO- GESTÃO).....	21
2.3	O PLANO DE AÇÃO NA SAÚDE MENTAL	26
3	MÉTODO	29
3.1	Tipo de estudo	29
3.2	Fases do estudo.....	32
3.2.1	Primeira fase: construção da tecnologia	33
3.2.2	Segunda fase: validação da tecnologia	35
3.2.3	Instrumentos de coleta de dados	36
3.2.4	Interpretação e análise de dados	37
3.2.5	Aspectos éticos	38
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	40
4.1	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	40
4.1.1	Eixo 1: Atendimento ao usuário da saúde mental	41
4.1.2	Eixo 2: Educação permanente, intersectorialidade e controle social	49
4.2	VALIDAÇÃO DO PRODUTO	56
4.2.1	Análise da avaliação com o público alvo por meio de oficina	56
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
	REFERÊNCIAS	59
	APÊNDICES	64
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	65
	APÊNDICE B – ROTEIRO DA OFICINA 1	66
	APÊNDICE C – ROTEIRO DA OFICINA 2.....	68
	APÊNDICE D – REGISTRO DE PARTICIPANTES DA OFICINA	69

1 INTRODUÇÃO

A aproximação com o objeto de estudo justifica-se pela influência de toda a trajetória acadêmica e profissional da pesquisadora, quando iniciou seus estudos voltados à saúde mental durante a realização do estágio curricular obrigatório do curso de serviço social no Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil (CAPSi) em Mossoró-RN.

A participação nesse estágio, a conduziu a refletir acerca da atuação do assistente social na política de saúde mental, o que resultou na produção do seu trabalho monográfico (ALMEIDA, 2010). Neste buscou analisar a materialização do projeto ético-político do serviço social no cotidiano de trabalho das assistentes sociais que atuam na saúde mental em Mossoró-RN.

A defesa de que o assistente social deve manter uma análise crítica da saúde mental, a partir das proposições das reformas sanitária e psiquiátrica, valorizando sua atuação por meio da articulação entre a questão social e sujeito com transtorno mental, do serviço social e saúde mental trouxe o questionamento sobre a materialização disso no cotidiano de trabalho das profissionais investigadas. Concluiu-se que ainda há muito a se discutir na categoria sobre a temática, pois foi notada certa fragilidade por parte das entrevistadas.

Acredita-se que a análise de todas essas questões articuladas ao projeto ético-político do serviço social e sua incorporação metodológica é uma questão necessária e é justamente a contribuição da profissão ao campo da saúde mental.

Em seguida, a pesquisadora iniciou sua atuação profissional enquanto assistente social e coordenadora do CAPS de Icapuí, de 2011 a 2014, o que a instigou ainda mais a dar continuidade a essa discussão na pós-graduação, desta vez concentrando os estudos especificamente na política pública de saúde mental no município que sempre residiu.

No que tange a contextualização do objeto de pesquisa, sabe-se que o ano de 1852 marca a institucionalização da saúde mental no Brasil com a criação do primeiro hospital psiquiátrico do país, localizado no estado do Rio de Janeiro. Esse tratamento pioneiro caracterizava-se pelo isolamento das pessoas acometidas por transtorno mental do seu convívio social e comunitário.

Durante muito tempo esse tipo de tratamento foi o predominante em nosso país, até que na década de 1970 nasce o movimento pela reforma psiquiátrica

que reivindicava por melhorias no atendimento a pessoas com transtornos mentais, com foco na desospitalização.

O movimento pela reforma psiquiátrica nasce em meio ao processo de efervescência dos movimentos sociais brasileiros na década de 1970. Pode-se citar como um aliado da reforma nessa época, o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), que questiona as políticas de assistência psiquiátrica vigentes, passando a ser uma peça fundamental no processo de transformação do modelo vigente em saúde mental.

A proposta da reforma psiquiátrica seria alcançada por meio da redução gradativa dos hospitais psiquiátricos e da substituição destes por serviços alternativos que favorecessem o convívio social e comunitário dos seus usuários, bem como a consolidação da sua cidadania.

Como uma das conquistas destas lutas pode-se mencionar a aprovação da Lei 10.216/2001, conhecida como Lei Paulo Delgado ou Lei da Reforma Psiquiátrica, que estabelece sobre os direitos e a proteção das pessoas com transtorno mental, propondo uma intervenção em saúde mental que tome por base a construção de novos serviços, alternativos ao modelo hospitalocêntrico. Dentre esses serviços merecem destaque os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), considerados principal estratégia da reforma psiquiátrica.

A proposta de desinstitucionalização é relevante para o tratamento dos usuários da saúde mental. Muitas instituições alternativas, como os CAPS, já foram criadas com essa finalidade. O desempenho do Nordeste na criação de serviços alternativos é discutido por Rosa (2005). A autora evidencia que a região tem demonstrado um avanço ao reconhecer a pessoa acometida por transtorno mental como sujeito de direitos. O estado do Ceará destaca-se com a criação do primeiro CAPS do Nordeste em 1991 na cidade de Iguatu.

Na tentativa de inserir-se na lógica da concretização da reforma, a cidade de Icapuí inaugura em outubro de 2006 o CAPS Pergentino Rebouças Maia, que juntamente aos demais equipamentos da rede, propõe a realização de um atendimento alternativo.

Na condição de serviço público de saúde mental, no campo da saúde coletiva, o CAPS deve garantir acesso, integralidade e resolutividade na assistência prestada, agregando os diferentes níveis de atenção (primário, secundário e terciário) em uma unidade, gerando reflexões concernentes ao modelo assistencial e

à clínica. A complexidade na organização da assistência confere a esse serviço desafios e necessidade de constante acompanhamento e análise. Os aspectos institucionais da reforma psiquiátrica apresentam relações entre intersubjetividade, gestão, formação profissional e clínica (CAMPOS *et. al.*, 2009).

A política de saúde mental cria, portanto, um novo paradigma de conhecimento, resultando na criação e implementação de novos arranjos organizacionais. Diante dessas transformações faz-se necessário investigar a rede de saúde mental, visando desde o funcionamento e o processo decisório da gestão até o desempenho dos serviços sob a ótica de diversos atores (gestores, trabalhadores, usuários e familiares), bem como aperfeiçoar o processo de planejamento.

A partir da Constituição Federal de 1988 a saúde passa a ser reconhecida como direito social e dever do Estado, cuja efetivação vem sendo buscada através de medidas de reorganização da saúde que viabilizem os princípios e diretrizes estabelecidos na Carta Constitucional para a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no país.

Preconizada pelo sistema, a descentralização das ações e serviços de saúde reputa o município como instância para a execução das ações de saúde, por entendê-lo como espaço onde pode ser maior a proximidade entre o gestor de saúde e a população, logo, com melhores condições para formular as políticas locais de saúde e planejar sua implementação, de modo a aumentar a garantia de práticas de saúde mais condizentes com as necessidades que se apresentem (MOTTIN, 1999).

O movimento de descentralização comporta uma série de medidas já efetuadas, as quais acumulam-se avanços e retrocessos, cabendo salientar a presença de incessante reflexão concernente aos desafios que ainda permanecem no contexto da implementação do SUS, com rebatimentos, logicamente na saúde mental. Um desses desafios continua sendo o aprimoramento da gestão do sistema nos municípios, a partir do desencadeamento de práticas que promovam base técnica para a definição das reais necessidades de saúde da população e da adequada intervenção para supri-las (MOTTIN, 1999).

Nesse sentido, a gestão local necessita incorporar instrumentos que permitam uma abordagem apropriada da realidade. Visualizando o planejamento das ações de saúde como um dos elementos fundamentais para o aprimoramento

da gestão local do sistema, surge a necessidade de desenvolver um estudo que permita aproximação à realidade desse tipo de planejamento em saúde mental no município de Icapuí.

Assim, esta pesquisa teve como objetivo geral: construir e validar um plano de ação para organização dos serviços de saúde mental em Icapuí-CE. E como objetivos específicos: 1) identificar limites e possibilidades dos serviços de saúde mental do município, sob a ótica de gestores, trabalhadores, usuários e familiares; 2) validar o plano de ação com gestores, trabalhadores, usuários e familiares em oficina.

A elaboração de um plano de ação para organização dos serviços de saúde mental do município de Icapuí apresenta-se como objeto de pesquisa. Optou-se por estudar a elaboração desse instrumento, em virtude do município não comportar um setor específico na prefeitura responsável em pensar a saúde mental. Existe a coordenação do CAPS que lida diretamente com a Secretaria Municipal de Saúde, não havendo, por exemplo, um Departamento de Saúde Mental.

No capítulo que segue, 2, traremos a revisão de literatura, com aporte nos principais autores que darão sustentação teórica ao trabalho. No capítulo 3, discutiremos o método, explicando o tipo de estudo, suas fases, instrumentos de coleta de dados e sua análise. Além de apresentar os aspectos éticos da pesquisa. No capítulo 4 temos os resultados e discussões, seguidos das considerações finais, no capítulo 5.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E PROCESSO DE TRABALHO

Entende-se que as políticas públicas são o conjunto de diretrizes, disposições e procedimentos que norteiam a intervenção do Estado nos diversos setores da sociedade. Nesse entendimento, as políticas públicas têm como primazia a ação do Estado. Santos (2010, p. 3) reforça que políticas públicas “são disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público”.

A assistência em saúde no Brasil, até início do século XX, não era de responsabilidade estatal, as poucas intervenções que se tinha até então eram viabilizadas em quase sua totalidade por meio de práticas filantrópicas e liberais, ações de proteção religiosa, curandeiros e saber popular.

A partir da década de 1930 o Estado passa a intervir mais efetivamente na saúde, já que é neste contexto que ela emerge como questão social, em meio ao processo de efervescência da industrialização brasileira e da conseqüente mudança no processo saúde-doença da população por conta das péssimas condições de moradia, trabalho, lazer, entre outras necessárias para se ter saúde, que as pessoas estavam submetidas na época. Merecem destaque também como motivadores da intervenção estatal na saúde, o surgimento concomitante de outras políticas sociais e as reivindicações da classe trabalhadora por melhores condições de saúde (BRAVO, 2008).

A política de saúde mental se insere e é organizada pelo SUS por meio da Lei nº 10.216/2002, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. Atualmente, a política de saúde mental tem como finalidade alcançar um modelo de atenção baseado no convívio social e familiar, atendendo a pessoa que tem transtorno mental em instituições alternativas ao modelo hospitalocêntrico.

Merece destaque no histórico da saúde mental no Brasil, o surgimento, na década de 1970, do movimento pela reforma psiquiátrica que propõe a desospitalização das pessoas com transtorno mental, alcançada através do fechamento dos hospitais psiquiátricos e da substituição destes por serviços

alternativos que oferecessem subsídios para a consolidação da cidadania e a inclusão social dessas pessoas.

O movimento pela reforma psiquiátrica, de acordo com Vasconcelos (2006, p. 22), “inicia em 1978, dado que neste ano se assiste à reemergência dos principais movimentos sociais no país”. A característica principal do movimento, nesse período, é de ser totalmente externo ao aparelho estatal, tendo como objetivos principais:

- a) denúncias e mobilização pela humanização dos hospitais psiquiátricos [...];
- b) denúncia da indústria da loucura nos hospitais privados conveniados pelo então INAMPS;
- c) denúncia e reivindicações por melhores condições de trabalho nos hospitais psiquiátricos, [...];
- d) primeiras reivindicações pela expansão de serviços ambulatoriais em saúde mental, [...] (VASCONCELOS, 2006, p. 23).

Merece destaque nesse contexto o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), que inicia um forte processo de questionamento das políticas de assistência psiquiátrica vigentes. Este se constituía como um movimento plural formado por “trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas” (BRASIL, 2005, p. 7). Esse movimento passa a ser considerado fundamental no processo de reforma psiquiátrica brasileira.

Após as discussões trazidas pelo MTSM realiza-se um grande número de eventos de fundamental importância para a saúde mental. Em 1986 ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, na qual nessa pleiteou-se a criação do SUS, definindo-se as bases para a desvinculação da saúde para com a previdência social, impulsionando o reconhecimento da saúde como direito universal e independente de contribuição direta.

Em 1987 realiza-se o II Congresso Nacional do MTSM em Bauru-SP, no qual concretiza-se o movimento de luta antimanicomial, tendo como lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Nesse congresso decidiu-se também sobre a organização do Dia de Luta Antimanicomial em 18 de maio, que se institucionalizou até os dias de hoje. Neste mesmo ano realizou-se a I Conferência Nacional de Saúde Mental em Brasília.

As conferências e congressos realizados na época trouxeram discussões muito importantes para a plataforma política do MTSM, bem como para a evolução

da reforma psiquiátrica no Brasil e, por conseguinte, da política nacional de saúde mental.

Em 1989 são lançados oficialmente, através do Projeto de Lei (PL) de autoria de Paulo Delgado de nº 3.657/89 (atual Lei 10.216/2001), dispositivos que visam à extinção e a substituição gradativa dos manicômios, proíbem a construção de novas instituições e leitos psiquiátricos manicomialis e iniciam a implementação de recursos alternativos de atendimento na comunidade (VASCONCELOS, 2006). Vale destacar que o referido PL tramitou pelo Congresso durante doze anos tendo sua aprovação somente em 2001.

A década de 1990 foi marcada por movimentos a favor da desinstitucionalização, tanto no Brasil como em outros países latino-americanos, destacando-se a Conferência de Caracas realizada no final de 1990. Seu relatório final conclui que o hospital psiquiátrico é prejudicial porque isola a pessoas com transtorno mental de seu meio, gera maior incapacidade social, o que cria condições desfavoráveis para sua recuperação (GOES, 2007).

Sobre a desinstitucionalização, Amarante (1996, p. 15) traz que essa noção surge nos Estados Unidos como uma medida do Plano de Saúde Mental do Governo Kennedy. Segundo o autor tal medida nesse contexto é “entendida basicamente como um conjunto de medidas de desospitalização”.

Outra tendência verificada por Amarante é que alguns autores tratam a desinstitucionalização como desassistência. Nesse entendimento, a desinstitucionalização é entendida como mera desospitalização, ou mesmo como desassistência, como se a ideia não fosse substituir o hospital por outras modalidades de cuidado, mas “abandonar os doentes a própria sorte”.

Por fim, o autor nos traz uma terceira vertente, a saber: a desinstitucionalização como desconstrução, vertente esta que a reforma psiquiátrica brasileira busca inspiração. Aqui predomina a crítica ao saber da psiquiatria “onde inclusive a cidadania ultrapassa o sentido do valor universal para colocar em questão o próprio conceito de doença mental que determina limites aos direitos dos cidadãos” (AMARANTE, 1996, p. 20).

Para Vasconcelos (2006) os anos de 1992 a 1995 representaram o período de desinstitucionalização psiquiátrica no Brasil.

[...] esse período foi marcado pelas maiores e mais significativas mudanças na história das políticas de saúde mental no Brasil, consolidando a perspectiva da desinstitucionalização psiquiátrica e colocando o país pari passu aos principais centros internacionais de reforma da assistência psiquiátrica. [...] (VASCONCELOS, 2006, p. 27).

Concomitante ao processo de desospitalização são abertos alguns serviços alternativos como os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e os CAPS que trazem, também, a ampliação da necessidade de contratações de profissionais da área social (VASCONCELOS, 2006).

Nesse sentido, percebe-se que a Política Nacional de Saúde Mental ganhou novas formas nos diferentes períodos históricos e hoje ela tem como princípio o cuidado das pessoas com transtorno mental substituindo a internação pelos serviços comunitários de base territorial que atuam em rede, sendo essa composta por ambulatorios, residências terapêuticas, centros de convivência e cultura, Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e CAPS.

Os CAPS merecem destaque, pois são considerados a principal estratégia da reforma psiquiátrica. Para Oliveira (2002, p. 104) configuram-se como “um dos caminhos possíveis na construção de práticas e projetos que possibilitam ‘novo olhar’ e novas formas de lidar com o sofrimento humano”.

Estes serviços foram criados oficialmente com a Portaria GM nº 224/92 e eram definidos como unidades de saúde locais. Atualmente são regulamentados pela Portaria nº 336/2002 que reconhece e amplia seu funcionamento e sua complexidade nos serviços prestados na luta pela substituição do modelo hospitalocêntrico de atenção à saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004, p. 13), o CAPS é:

[...] um serviço aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida.

O CAPS se constitui como estimulador da inclusão social e familiar da pessoa com transtorno mental, como também tem o dever de apoiá-la em suas iniciativas de busca de autonomia. Isto torna-se mais evidente com a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) por meio da Portaria nº 3088/GM/MS de 23 de dezembro de 2011, voltada às pessoas com transtorno mental ou dependentes de drogas no âmbito do SUS.

Os objetivos gerais da RAPS são: ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e usuárias de drogas e suas famílias, garantindo a articulação e integração com os demais pontos de atenção do território, qualificando a assistência por meio do acompanhamento contínuo (BRASIL, 2011).

Trazendo a discussão para a realidade cearense, Oliveira (2002) afirma que, historicamente, a assistência em saúde mental foi dominada pelo modelo hospitalocêntrico, concentrando um grande número de hospitais na capital do estado, Fortaleza.

Apesar disso, pode-se afirmar que o Ceará destaca-se de forma positiva, pois foi pioneiro na criação do primeiro CAPS do nordeste no ano de 1991 na cidade de Iguatu. Após a criação do CAPS de Iguatu, setores da sociedade cearense, com destaque para os profissionais da saúde, mobilizam-se em busca de melhorias para a saúde mental no estado.

A realização da I Conferência Estadual de Saúde Mental em 1992 trouxe como um de seus frutos a criação do Foro Permanente de Saúde Mental, que contribuiu para tal mobilização, pois responsabilizou-se em encaminhar questões relativas a reorganização da saúde mental no Ceará. Além do Foro, pode-se mencionar como fruto da conferência a criação de uma lei estadual, a Lei nº 12.151/93, que propunha a substituição dos hospitais psiquiátrico do Ceará por instituições alternativas, seguindo a lógica do projeto de lei nº 3.657/89 do Deputado Paulo Delgado (OLIVEIRA, 2002).

Icapuí, inserindo-se no contexto da materialização da reforma psiquiátrica, inicia o atendimento em saúde mental no ano de 1998 com algumas ações pontuais em comunidades do município, e, posteriormente, em 2006, implanta um CAPS tipo I, que vem contribuir com a consolidação dos serviços de saúde mental no município. Juntamente ao CAPS, articulam-se as oito Unidades Básicas de Saúde (UBS), o NASF e o Hospital Municipal Maria Idalina Rodrigues de Medeiros, compondo a rede de atenção à saúde local.

Rosa (2005) refere que todos os estados do Nordeste participam, em diferentes ritmos, do processo de reforma psiquiátrica e que a criação dos serviços alternativos tem ganhado um crescimento significativo.

De modo geral, a substituição do hospital pelo modelo alternativo está se materializando em nosso país, mas muitas vezes o que ocorre em algumas cidades

é a interrupção dos serviços hospitalares sem sua devida substituição. Bisneto (2005, p. 115) reforça este entendimento ao afirmar que

O Movimento de Reforma Psiquiátrica se encontra preso pela armadilha do neoliberalismo, em que a diminuição dos serviços hospitalares acabou por arrefecer a oferta de atenção, visando diminuir custos, enquanto o propugnado é a substituição por serviços alternativos extra-hospitalares (não asilares). [...].

Esse é um dos impactos do neoliberalismo na política de saúde mental, visto que este prega a mínima intervenção do Estado nas políticas sociais, reduzindo-as e/ou repassando-as ao setor privado. Por isso, apesar dos avanços trazidos pela reforma psiquiátrica, ocorrem muitos entraves desde os anos 1990, período em que as políticas neoliberais foram consolidadas mais fortemente.

Dentro dessa política os governos estão interessados em diminuir os custos da assistência psiquiátrica dos hospitais do Estado. Aproveitam-se da onda neoliberal para não internar pacientes, mesmo sem criar serviços alternativos suficientes, diminuindo verbas e não contratando novos profissionais. Mas contraditoriamente (ou não!), os governos continuam interessados em repassar verba pública para os empresários do setor psiquiátrico e “terceiro setor” filantrópicos, através de convênios que pagam internação para os usuários dos serviços de Saúde Mental, para continuar enriquecendo a burguesia e outros setores conservadores que compõem a base de sustentação de seus mandatos. [...] (BISNETO, 2007, p. 42).

Isto reflete diretamente na assistência das pessoas com transtorno mental, além dos impactos para os profissionais de saúde mental também são prejudicados por inúmeros problemas que decorrem dessa onda, como instabilidade no emprego e precárias condições de trabalho.

A necessidade de discutir um ponto essencial, que é o processo de trabalho em saúde tem sua relevância, tendo em vista que atualmente se vê um cenário de uma política intersetorial centrada na produção social de saúde, como um modelo tecnoassistencial que se apoia nas ações de saúde que sejam resolutivas e integradas com a rede de serviços de saúde. Propõe-se a substituição do modelo tradicional da assistência à saúde, curativo, hospitalocêntrico, de alto custo e baixa resolutividade, carente de uma eficiente articulação em rede, hierarquizada por complexidade, e sem criação de vínculos de cooperação e coresponsabilidade com os usuários (BRASIL, 1994, 2000).

A proposta de reordenação dessa lógica de trabalho e de organização da assistência em saúde é a que também orienta os processos de transformação da assistência em saúde mental em curso. A superação da lógica tradicional que

orienta os processos de trabalho em saúde impõe a necessidade de discutir o planejamento, a organização dos serviços e as formas de gestão (CAMURI & DIMENSTEIN, 2010).

Faz-se relevante nesse processo a substituição dos modelos assistenciais hierarquizados, fragmentados e calcados em uma perspectiva técnico-burocrático, por tecnologias de escuta, acolhimento e negociação. Implica também na produção de um modelo de gestão em saúde, no qual gestores, trabalhadores e usuários sejam do setor saúde e do campo intersetorial, possam dialogar e deliberar sobre a condução, implementação, financiamento e avaliação das políticas públicas de saúde, bem como sobre os processos de trabalho realizados no cotidiano dos serviços, produzindo assim uma gestão dos modos de cuidado, para além de um controle de dados, índices e planilhas, tal como se observa comumente (CAMURI & DIMENSTEIN, 2010).

Para que essa proposta seja efetivada e assuma seu estatuto de política, são necessários processos de subjetivação transformadores, ou seja, “sujeitos coletivos que nas práticas concretas e cotidianas transformam o modo de produzir cuidados em saúde, transformando-se a si também” (DESLANDES, 2005, p. 402).

Significa produzir um novo modo de gestão do cuidado em saúde e novas relações entre trabalhadores e usuários. Nesse encontro, diversas instituições entram em cena e processos tecnológicos operam para que a prática de cuidado seja efetivada. Nesse encontro entre trabalhador e usuário está sendo produzido um “trabalho vivo em ato”, que objetiva a produção de escuta e responsabilização, a constituição de vínculos e de compromissos em projetos de intervenção (MERHY, 2002). O “trabalho vivo” em saúde a partir desse autor é entendido como trabalho em ação. Isso, por sua vez, possibilita a expressão da inventividade/criação por parte do trabalhador que o realiza através da utilização de determinados instrumentos materiais e de certo saber operante (instrumentos imateriais), atendendo às suas necessidades cotidianas.

Ao contrário do “trabalho vivo”, há o “trabalho morto” que são todos os produtos que estão relacionados ou com a matéria-prima ou com as ferramentas utilizadas. Qualquer abordagem assistencial dentro de um serviço de saúde produz-se através de um “trabalho vivo em ato”, em uma relação. Quando trabalhador e usuário se encontram, operam um sobre o outro, há uma confluência de expectativas e produções, criando-se, intersubjetivamente, alguns momentos

importantes, como o acolhimento, a produção de responsabilização e a confiabilidade, que dão sustentação às relações de vínculo e aceitação (MERHY, 1999, 2002a, 2002b).

Assim, o “trabalho vivo” em ato deve ser a finalidade de qualquer ação em saúde. Isso, porém, demanda o uso de tecnologias de trabalho, bem como um conjunto de conhecimentos e ações que se materializam em recursos teórico-técnicos, instrumentos e máquinas. São as “tecnologias leves, leve-duras e duras”. Estas últimas são as que estão inscritas nas máquinas e instrumentos, ou seja, nos equipamentos. As “tecnologias leve-duras” são os saberes bem estruturados, os quais podem se observar, por exemplo, na clínica, na epidemiologia, nos diagnósticos. Finalmente, as “tecnologias leves” são as chamadas tecnologias das relações, do acolhimento e do cuidado. O trabalho em saúde é essencialmente relacional e intercessor, no qual as “tecnologias leves” devem conduzir a produção do cuidado, atuando na função criativa dos serviços/estabelecimentos de saúde. Essas tecnologias, entendidas como o conjunto de conhecimentos e ações aplicadas à produção de algo, têm a potência de criar estratégias para a produção de processos cuidadores como o acolhimento e os vínculos a partir das relações e dos afetos resultantes dos encontros entre os trabalhadores da saúde e os usuários. Essas tecnologias das relações acontecem no momento de interação entre trabalhador e usuário no ato da produção de saúde, cujo total controle escapa do trabalhador por envolver processos de subjetivação (CAMURI & DIMENSTEIN, 2010).

Desse modo, a qualidade dos processos de trabalho que são desenvolvidos cotidianamente junto aos usuários da saúde mental é essencial. Tanto a reforma sanitária quanto a psiquiátrica partilham a ideia de que a produção de saúde implica na produção de sujeitos.

2.2 PLANEJAMENTO E MODELO DE GESTÃO EM SAÚDE MENTAL (CO-GESTÃO)

Entende-se que o estudo da realidade social em que se irá intervir é extremamente necessário para construir o planejamento das ações, assim como, após o início das atividades o constante processo de avaliação se faz necessário para rever o que foi pensado e executado. A realidade é dinâmica. Por isso deve ser

analisada e repensada constantemente, de acordo com as demandas de cada período histórico em que se insere.

A proposta da reforma psiquiátrica não é apenas de criar serviços substitutivos, mas também proporcionar que os mesmos possam ter novas tecnologias de intervenção. Os CAPS, por exemplo, devem promover a valorização da liberdade, o acolhimento, a escuta, pensando o plano terapêutico individual do sujeito e contribuindo com a inserção da família e comunidade.

Nesse sentido, Wetzel e Kantorski (2004, p. 596) trazem que existe uma grande diferenciação entre os CAPS, considerando a diversidade brasileira. “Nessas instituições há histórias, compromissos e dificuldades específicos e distintos que nos proibem de concebê-las como instituições homogêneas”.

Reconhece-se a importância da participação dos atores envolvidos no serviço no processo de planejamento, de forma a considerar a sua história, a forma como percebem o serviço, o compromisso que tem com a proposta.

É necessária a unificação da gestão, com profissionais qualificados que participem das decisões, juntamente aos familiares e usuários. As equipes devem estar preparadas para acolhê-los, estabelecendo vínculos e promovendo sua segurança. A participação da família no planejamento da atenção e em processos avaliativos dos serviços ainda é muito tímida, por isso o serviço deve estar preparado para trabalhar em parceria, disponibilizando informações, atendendo as suas demandas e reconhecendo as dificuldades, refletindo sobre estratégias de promoção de vínculos e parcerias. Devem, assim como os usuários, ser empoderadas como elementos facilitadores e fonte de planejamento do serviço, com resultados na busca da qualidade e atenção às demandas diversas (OLIVEIRA *et. al.*, 2014).

A metodologia proposta nesta pesquisa, constituída em torno do princípio ético da inclusão e da participação, pôde proporcionar a análise das relações de poder existentes entre os diferentes atores envolvidos: gestor, trabalhadores, familiares e usuários. Tais atores deixam de ser fontes de informação para a pesquisa e se tornam co-gestores do processo de planejamento (PASSOS *et. al.*, 2008).

Destaca-se a necessidade da investigação científica sobre o planejamento em saúde mental no município de Icapuí. Este deve ser gerenciado por meio da vinculação entre necessidades e recursos, da articulação de interesses

na tentativa de resolver ou minimizar os problemas que se apresentem, tendo em mente os princípios básicos que norteiam o SUS.

O desafio que se coloca ao gestor municipal da saúde está em buscar instrumentos que o auxiliem na tarefa de gerir em uma realidade complexa. Um destes instrumentos é o planejamento, que pode alterar ou melhorar a capacidade de governo, expressa como a capacidade de dirigir, gerenciar, administrar, controlar e estimular o crescimento, criando possibilidades de mudanças.

O planejamento é um método de trabalho que visa estabelecer providências a serem tomadas para uma situação futura, que seja diferente do passado. É um modo de pensar e questionar sobre o que, quem, onde, como, quando e para quê realizar determinada atividade.

A necessidade de planejar tem sido uma demanda crescente no setor saúde. Compreende-se, aqui, o ato de planejar como uma prática transformadora, onde os sujeitos coletivos organizam-se buscam o horizonte para enfrentamento de estratégias para resolução de problemas identificados.

Para Jesus (2011, p. 61):

No período de efervescência política ocorrida no final da década de 1970 e ao longo do processo de redemocratização do país (década de 1980), se fez necessário construir as bases teórico-metodológicas para sustentar a área de Políticas, Planejamento e Gestão (PP&G) do campo da Saúde Coletiva. O ponto de partida já estava estabelecido e a discussão desenvolvida pelos teóricos internacionais serviram de subsídio para as primeiras produções brasileiras, cujo objetivo era trabalhar com elementos que possibilitassem a implementação das políticas de saúde com base nos preceitos da Constituição Federal de 1988.

O planejamento é uma função estratégica de gestão assegurada pela Constituição Federal de 1988 e regulamentada pela Portaria GM nº 3.085, de 01 de dezembro de 2006, que regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS) e pela Portaria GM nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006, que aprova as orientações gerais relativas aos instrumentos do PlanejaSUS.

O Plano de Saúde é definido, segundo o PlanejaSUS, como o instrumento de gestão, que baseado em uma análise situacional, define intenções e resultados a serem buscados pelo município num período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas.

Cada município possui autonomia para definir as linhas gerais do processo de elaboração no seu Plano Municipal de Saúde, consoante aos princípios e diretrizes adotadas na legislação básica e normas do SUS. Para desenvolver as

metas estabelecidas no Plano Municipal de Saúde, a gestão deverá analisar a viabilidade das ações propostas e elaborar a previsão orçamentária. A análise de viabilidade implica na identificação da disponibilidade de determinados recursos para a continuidade das ações, incluindo assim a viabilidade política; viabilidade técnica-operacional e viabilidade financeira (disponibilidade de recursos financeiros – negociados no Plano Plurianual - PPA). O acompanhamento periódico do Plano Municipal de Saúde deve ser realizado pelo gestor com a finalidade de redirecionar suas ações na Programação Anual de Saúde. É com base no Plano Municipal de Saúde que o gestor irá elaborar sua Programação Anual de Saúde e seu Relatório Anual de Gestão (BRASIL, 2006).

A gestão como prática social traz a necessidade de integração das dimensões técnicas (dispositivos, estratégias, arranjos) e humanas (poder, autonomia, interesses) com um projeto maior de construção organizacional e societário. Na gestão em saúde, é necessária a construção de uma gestão que se faça no cotidiano, na perspectiva da libertação, imbuídas dos princípios de democracia e participação e que caminhem ao encontro de uma sociedade solidária (PONTE, 2013).

Pensar o planejamento em saúde mental remete, entre outros fatores, a refletir o predomínio da lógica neoliberal intensificada a partir da década de 1990 que afetou o processo de construção do SUS, apesar dos avanços existentes.

[...] o SUS traz no seu cerne o princípio de democrática, e consigo um desafio de construir modos de gestão que atendam seus princípios e tencione novas lógicas no setor saúde. Essa não é uma tarefa fácil. Para além da conjuntura internacional e nacional, cultura e valores sociais; demandas internas ao sistema que precisam estar, constantemente, sendo alteradas (PONTE, 2013, p. 27).

A saúde mental possui o desafio de construir modelos de gestão que atendam seus princípios e tencione novas lógicas no setor. É importante construir elementos sobre a gestão em saúde para fortalecimento da política. Sobre o conceito de gestão em saúde Paim (2003, p. 559) traz que:

[...] a gestão em saúde pode ser reconhecida como a direção ou condução de processos político-institucionais relacionados ao sistema de saúde, eminentemente conflituosos ou contraditórios, ainda que nos níveis técnico-administrativo e técnico-operacional desenvolva ações de planejamento, organização, gerenciamento, controle e avaliação dos recursos humanos, financeiros e materiais empregados na produção de serviços de saúde. Nessa perspectiva, a noção de gestão se aproxima da proposta de administração estratégica (OPS/OMS, 1992), na qual podem ser valorizados

os componentes vinculados à distribuição dos diferentes tipos de poder em saúde e à construção de viabilidade das intervenções desenhadas).

Essa perspectiva identifica na gestão em saúde sua relação com processos políticos-institucionais e compreende a dimensão do poder no exercício que transcende ações gerenciais. Há nas elaborações sobre gestão em saúde a necessidade de construção de novos paradigmas, não apenas gerenciais, mas também de concepções de saúde e sociedade e adoção de tecnologias leves.

E nessa direção é que encontramos o modelo de gestão compartilhada em saúde desenvolvida por Gastão Wagner e colaboradores (concepção teórica e metodológica Paideia), ao longo dos últimos anos. Esta vem sendo amplamente utilizada em políticas e práticas de saúde no Brasil. Trata-se de uma rede conceitual e metodológica para dar suporte à cogestão de coletivos, que possui três eixos de aplicação: 1) Apoio institucional: é uma função gerencial para a cogestão, usada nas relações entre serviços, e entre gestores e trabalhadores; 2) Apoio matricial: sugere um modo de funcionamento para o trabalho em rede, valorizando uma concepção ampliada do processo saúde-doença, a interdisciplinaridade, o diálogo e a interação entre profissionais que trabalham em equipes ou em redes e sistemas de saúde; 3) Clínica ampliada e compartilhada: aplicação da metodologia do apoio Paideia como estratégia para se compartilhar o Projeto Terapêutico entre usuário e profissionais. Objetiva a cogestão do atendimento, da assistência e do cuidado entre profissionais responsáveis e usuários (CAMPOS *et. al*, 2014).

A metodologia Paideia de cogestão das instituições e do cuidado em saúde teve suas primeiras aplicações no SUS no município de Campinas/SP, durante a década de 1990. Serviços de saúde mental, de Atenção Básica e da área hospitalar sofreram mudanças organizacionais em que se construíram, orientados por esse referencial, novos arranjos e dispositivos de gestão e do processo de trabalho, especialmente os denominados “apoio institucional”, “equipes de referência” e “apoio matricial” (CAMPOS *et. al*, 2014).

A intenção era potencializar a democratização institucional e a qualificação do atendimento à população. Posteriormente, outros municípios incorporaram modos de realizar o apoio institucional e matricial, bem como foram valorizados os conceitos de clínica ampliada e compartilhada. A partir de 2003, o Ministério da Saúde iniciou um processo de formulação e implementação do apoio institucional aos estados e municípios. Nesse primeiro momento, com dois enfoques:

apoio à gestão descentralizada do SUS (coordenado pelo Departamento de Apoio à Descentralização da Secretaria Executiva) e apoio à mudança dos modelos de gestão e atenção dos sistemas e serviços de saúde (coordenado pela Política Nacional de Humanização) (CAMPOS *et. al*, 2014).

Um segundo movimento do Ministério da Saúde na implementação do apoio institucional se deu a partir de 2011, nesse momento, buscando a articulação das diversas secretarias e departamentos, chamado Apoio Institucional Integrado, coordenado pelo Núcleo Gestor do Apoio Integrado (composto por todas as secretarias do Ministério e coordenado pela Secretaria Executiva). Em seguida, algumas Secretarias de Estado da Saúde também criaram núcleos de apoiadores institucionais para realizar a relação com as secretarias e serviços municipais. Em 2008, após um longo período de debate, o Ministério da Saúde publicou uma nova política denominada de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), cujo programa e manual de orientação se basearam na estratégia do apoio matricial. A concepção da clínica ampliada e compartilhada também foi incorporada ao discurso oficial do Ministério da Saúde, particularmente nos documentos fundadores da Política Nacional de Humanização e na Política Nacional de Atenção Básica (CAMPOS *et. al*, 2014).

Nesse sentido, a partir dos estudos voltados ao planejamento dos serviços de saúde mental no município de Icapuí intenciona-se contribuir para que as necessidades sociais sejam sempre revistas, analisadas e tenham a intervenção necessária por meio da política pública em questão, já que o município conta com poucos estudos nesse sentido e a saúde mental ainda está em um processo embrionário.

2.3 O PLANO DE AÇÃO NA SAÚDE MENTAL

Os transtornos mentais são altamente prevalentes no mundo e são grandes contribuintes para a morbidade, incapacitação e mortalidade prematura. No entanto, os recursos disponíveis para enfrentar a enorme sobrecarga das doenças mentais são insuficientes, desigualmente distribuídos e às vezes ineficientemente utilizados. O estigma, a exclusão social e as violações dos direitos humanos se somam ao problema. Os estudos epidemiológicos calculam que uma em cada

quatro pessoas sofrem de um ou mais transtornos mentais ou comportamentais durante a vida (RODRIGUES, 2010).

O propósito da estratégia de um plano de ação é o de fortalecer a resposta integrada do setor de saúde e dos demais setores relacionados por meio da implementação de ações apropriadas para a promoção da saúde mental.

Nos termos da administração, o planejamento é dividido em três grandes blocos: planejamento estratégico, tático e operacional. No planejamento estratégico são definidas as estratégias com foco no longo prazo de uma instituição. Nesta etapa é preciso ter uma visão holística sem entrar muito em detalhes. No planejamento tático o foco é no médio prazo e com um pouco menos de detalhes que o estratégico. No planejamento operacional, são pensados planos bem mais focados no curto prazo, com as definições de métodos, processos e sistemas a serem utilizados para que a instituição possa alcançar os objetivos globais. Estes são planos bem mais detalhados que as etapas anteriores, especificando as pessoas envolvidas, cada uma de suas responsabilidades, atividades, funções e divisão de tarefas além dos equipamentos e recursos financeiros necessários para colocar os planos em prática.

Como resultado da etapa de planejamento operacional geralmente obtém-se planos de ação e cronograma de atividades que precisam ser desenvolvidos dentro do período de tempo planejado. Uma ferramenta muito útil nesta etapa é o 5W2H que auxilia as instituições a montarem os planos de ações sem esquecer nenhum detalhe importante.

A ferramenta 5W2H foi criada por profissionais da indústria automobilística do Japão como uma ferramenta auxiliar na utilização do PDCA (*PLAN-DO-CHECK-ACT* ou *Adjust*), principalmente na fase de planejamento. Polacinski (2012) descreve que a ferramenta consiste num plano de ação para atividades pré-estabelecidas que precisem ser desenvolvidas com a maior clareza possível, além de funcionar como um mapeamento dessas atividades.

O objetivo central da ferramenta 5W2H é responder a sete questões e organizá-las. São elas:

Quadro 1 - Método dos 5W2H

Método dos 5W2H			
5W	What	O quê?	Que ação será executada?
	Who	Quem?	Quem irá executar/participar da ação?
	Where	Onde?	Onde será executada ação?
	When	Quando?	Quando a ação será executada?
	Why	Por quê?	Por que a ação será executada?
2H	How	Como?	Como será executada ação?
	How much	Quanto?	Quanto custa para executar a ação?

Fonte: Meira (2003).

Um plano de ação ajuda na tomada de decisões rápidas e eficazes. Este documento também serve para coordenar, manter e controlar as ações que deverão ser tomadas dentro de um prazo, em direção ao objetivo estipulado, favorecendo o planejamento para a solução de determinado problema ou meta que se deseja alcançar. Nesse sentido, utilizar-se-á desta ferramenta para a elaboração do produto final do trabalho.

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de pesquisa metodológica com abordagem qualitativa. Esta refere-se a investigações dos métodos de obtenção e organização de dados e condução de pesquisas rigorosas, complexas e sofisticadas. Aborda o desenvolvimento, a validação e a avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa (POLIT; BECK, 2011).

Na pesquisa metodológica o pesquisador objetiva elaborar um instrumento confiável e utilizável que possa ser empregado por outras pessoas. Esse tipo de estudo é considerado uma estratégia que utiliza de maneira sistemática os conhecimentos existentes para elaboração de uma nova intervenção ou melhora significativa de uma intervenção existente, ou ainda, elabora ou melhora um instrumento, um dispositivo ou um método de mediação (CONTANDRIOPOULOS, *et al*, 1997).

A abordagem qualitativa permite análises descritivas das opiniões dos juízes, chegando à validação do instrumento pela concordância das sugestões e valorização da importância e satisfação desse instrumento para o público-alvo. Ela parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, na qual o conhecimento não se reduz a um rol de dados isolados, conectados por uma teoria explicativa. Nesse âmbito, o sujeito-observador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos atribuindo-lhes um significado (NASCIMENTO, 2012).

Para Moscovici (2003) tudo o que é dito ou escrito é suscetível de ser submetido a uma análise de conteúdo. Esta parte de uma literatura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado: aquele que ultrapassa os significados manifestos. Optou-se pelo estudo metodológico por considerar adequado a proposta do trabalho.

O município escolhido para a realização desta pesquisa, Icapuí, está localizado no litoral leste do Ceará, na divisa com o estado do Rio Grande do Norte. É conhecido pela beleza das suas 14 praias, distribuídas em 64 km, e pela culinária, baseada em peixes e crustáceos, sobretudo por ser a pesca a principal atividade econômica do município.

Figura 1 - Localização da cidade de Icapuí – CE



Fonte: <https://upload.wikimedia.org>.

A história de Icapuí começa quando o município era apenas uma pequena vila, chamada Caiçara, que significa cerca de galhos, que protegia as tribos dos índios¹. Em 1943, passou a se chamar Icapuí, corruptela da palavra “Igarapuí” que significa coisa ligeira ou canoa veloz.

Em 1957, ocorreu a primeira tentativa de emancipação política do município, já que Icapuí era na época distrito de Aracati-CE, através dos líderes municipais Orlando Rebouças e Marcondes de Oliveira, o que não foi possível, devido às forças políticas conservadoras contrárias ao movimento.

Em 22 de janeiro de 1984, um grupo de icapuienses sob a liderança de José Airton Félix Cirilo da Silva e com o apoio da comunidade, conseguiu desmembrar Icapuí política e administrativamente de Aracati, por meio de um plebiscito. Logo após a resposta afirmativa, foi escolhido o representante do povo para administrar o município, sendo este o líder José Airton Félix Cirilo da Silva – 1986-1988 (PMDB/PT).

Em seguida vieram quatro gestões petistas: 1989-1992 (Francisco José Teixeira); 1993-1996 (José Airton Félix Cirilo da Silva); 1997-2000/2001-2004 (Francisco José Teixeira), período em que o município destacou-se nacionalmente e

¹ Fonte: biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/ceara/icapui.pdf.

foi premiado por seu desempenho nas áreas de educação, saúde, cultura, turismo, gestão pública e cidadania. Merece destaque também o pioneirismo dentre os municípios cearenses na implantação do Orçamento Participativo. Posteriormente, José Edilson da Silva do PSDB ficou à frente das gestões de 2005-2008/2009-2011, seguido de Jerônimo Felipe Reis de Souza do PT (2011-2012/2012-2016). Atualmente o chefe do poder executivo é do PMDB, Raimundo Lacerda Filho (2017-2021).

O município conta com uma população estimada em 2013 de 19.129 habitantes. A maior concentração populacional encontra-se na zona litorânea. A sede do município dispõe de abastecimento de água, fornecimento de energia elétrica, serviço telefônico, agência de correios e telégrafos, serviço bancário, hotéis e pousadas.

A economia local é baseada na agricultura: caju, coco, cana-de-açúcar, mandioca, milho e feijão. Pesca: lagosta. Existem ainda indústrias de produtos alimentares. O extrativismo vegetal do carvão; das matérias-primas obtidas da oiticica e carnaúba é outra atividade econômica. A mineração de areia, argila e diatomito para a fabricação de tijolos e telhas; de petróleo pela PETROBRAS na terras da Fazenda Belém.

O turismo também é uma das fontes de renda devido as belezas naturais ao longo da extensa faixa litorânea, como as praias: Retiro Grande, Ponta Grossa, Redonda, Peroba, Picos, Barreiras, Requenguela, Barra Grande, Quitérias, Tremembé, Melancias, Praia de Arrombado e Manibú.

A prefeitura municipal conta com dez secretarias, a saber: Secretaria de Administração e Finanças; Secretaria de Saúde; Secretaria de Esporte e Turismo; Secretaria de Educação; Secretaria de Desenvolvimento e Meio Ambiente; Secretaria de Infraestrutura e Saneamento; Secretaria de Ciência e Tecnologia; Secretaria de Cultura e Juventude; Secretaria de Assistência Social e Secretaria de Governo. Além disso, existem também algumas autarquias do município que recebem um financiamento da Prefeitura Municipal, tais como o Instituto de Previdência dos Servidores do Município de Icapuí – ICAPREV; o Serviço Autônomo de Água e Esgoto – SAAE; o Instituto Municipal de Fiscalização e Licenciamento Ambiental (IMFLA) e a Rádio FM Educativa 102,5. A Câmara Municipal dos Vereadores é composta por onze vereadores.

Na saúde Icapuí destacou-se por discutir com a população a criação do sistema de saúde, bem como por ter sido a primeira cidade do Ceará a elaborar um plano de saúde em 1986: “Saúde direitos de todos e dever do Estado” (CIRILO, 2002).

Sobre a saúde mental, sabe-se que as primeiras iniciativas de atenção nesta área em Icapuí datam de 1998 com a implantação de um projeto piloto (grupos terapêuticos) nas comunidades de Redonda e Barreiras, realizado pela Prefeitura Municipal de Icapuí em parceria com o Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC).

No entanto, em resposta à crescente demanda de pessoas com transtornos mentais em Icapuí e tendo em vista a inexistência de instituições de assistência na área, no ano de 2006 é implantado o CAPS I Pergentino Rebouças Maia. A unidade inaugura efetivamente a assistência em saúde mental no município, estabelecendo uma conexão com a reforma psiquiátrica por meio da oferta de um serviço alternativo ao hospitalocêntrico².

Articulam-se no município as oito UBS, o NASF e o Hospital Municipal Maria Idalina Rodrigues de Medeiros, compondo a rede de atenção à saúde local. Na assistência social, o município conta com o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS). Na educação pública são ofertados os ensinos fundamental e médio.

3.2 FASES DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em duas fases: 1) construção da tecnologia (plano de ação), tendo como suporte pesquisas na literatura acerca da temática em discussão, bem como a realização de oficinas com os sujeitos que contribuiriam com essa construção coletiva, a saber: trabalhadores, usuários, familiares e gestor da saúde mental. 2) validação da tecnologia por meio de oficinas com o público alvo da pesquisa.

² Antes da abertura do CAPS, os usuários da saúde mental do município geralmente eram encaminhados para o Hospital Municipal São Camilo de Lélis em Mossoró-RN.

3.2.1 Primeira fase: construção da tecnologia

Para a realização da primeira fase do estudo utilizou-se, inicialmente, de levantamento bibliográfico e documental, onde foi feita uma pesquisa das principais publicações acerca da organização dos serviços de saúde mental, buscando por experiências bem sucedidas e divulgadas por meio de trabalhos científicos.

Além destes, foram utilizados nesta etapa os documentos oficiais do Ministério da Saúde (leis, regulamentos, resoluções) sobre a assistência em saúde mental no Brasil, bem como materiais elaborados pela Prefeitura Municipal de Icapuí e os relatórios dos dois Fóruns de Saúde Mental realizados no município pela equipe multiprofissional de Residentes em Saúde da Família e Comunidade (2015 e 2016). O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Ceará (UECE) para, então, iniciarem os trabalhos de campo.

A pesquisa de campo constituiu-se na realização de quatro oficinas, já previstas no projeto de pesquisa, e uma entrevista semiestruturada com um profissional da Secretaria de Governo da Prefeitura Municipal de Icapuí. A necessidade da entrevista surgiu durante o processo da pesquisa de campo, com o objetivo de obter maiores informações sobre a participação das comunidades no planejamento das ações da prefeitura, que fora resgatado neste ano de 2017 com a nova gestão local.

Para as oficinas foram convidados a participar: todos os coordenadores da Atenção Primária em Saúde (9 profissionais), a equipe técnica de nível superior do CAPS (5 profissionais), o gestor local da saúde, uma representação de dez (10) usuários e dez (10) familiares. O número de participantes das oficinas foram diferentes do previsto no Quadro 1, como será descrito adiante.

Quadro 2 - Grupos de Representantes para o Estudo

GRUPO	REPRESENTAÇÃO	QTD
I	Trabalhadores da saúde mental e APS	14
	Gestor Local da Saúde	1
II	Usuários dos serviços	10
	Familiares	10
Total		35

Fonte: Meira (2003).

Como critérios de inclusão adotou-se para trabalhadores: fazer parte da equipe de Saúde da Família (UBS e NASF) ou do CAPS pelo menos há um ano (um representante de cada unidade da Atenção Primária em Saúde – APS, incluindo a coordenação da APS e toda equipe técnica do CAPS). Para o gestor: ser gestor atual da secretaria de saúde do município. Para os usuários: ter interlocução com a equipe saúde da família ou CAPS, estar no serviço há pelo menos 1 (um) ano, orientado, não estar sob efeito de substâncias psicoativas e mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo familiar. Para os familiares, o critério utilizado foi fazer parte da rede social do usuário e por ele indicado em suas relações a respeito do cuidado no domicílio, ser o acompanhante nos atendimentos dos serviços de saúde e aceitar participar da pesquisa.

Nesta primeira fase foram realizadas duas das quatro oficinas, uma com trabalhadores/gestor e outra com usuários/familiares. Nos dois primeiros encontros foram explicados aos participantes sobre os objetivos da pesquisa e distribuídas as atividades para realização de levantamento de necessidades que iriam compor o conteúdo do produto tecnológico (Plano de Ação).

Realizou-se a primeira oficina com trabalhadores em junho de 2017 na Escola de Ensino Fundamental Mizinha, com duração de duas horas, contando com 25 participantes. Inicialmente foi apresentado o projeto de pesquisa em questão e iniciada a discussão sobre o planejamento enquanto um processo contínuo, ao qual se insere em um processo que deve-se analisar o “onde estamos” e o “onde queremos chegar”. Resaltando a importância de olhar para a situação atual, o que já foi feito, identificando as forças e fraquezas, além de olhar o ambiente e o que pode trazer de oportunidades.

Discutiu-se que o ato de planejar é um exercício para pensar o futuro, determinando cursos de ação e estabelecendo prioridades. Dessa forma, planejar nos permite colocar metas, em um período de tempo, que atuam como lembretes e balizadores para que os objetivos maiores e funções da instituição não se percam nas demandas diárias, para que não se deixe em segundo plano o que é importante, em função de urgências (BRASIL, 2013). Posteriormente iniciou-se o levantamento de propostas para a construção do plano de ação e finalizou-se com um lanche.

Em momento posterior, no espaço do CAPS de Icapuí, foram reunidos 12 participantes entre usuários, cuidadores e/ou familiares para a continuação das

discussões em oficina que teve duas horas de duração. Foi utilizada a mesma metodologia da primeira.

Na oportunidade destes primeiros encontros, os sujeitos puderam colocar suas angústias em relação as problemáticas vivenciadas no cotidiano da saúde mental no município. Foram elencados dez pontos prioritários a serem trabalhados no Plano de Ação, a saber: atendimento ao usuário da saúde mental; relação dos profissionais com familiares e cuidadores; projeto terapêutico singular; grupos terapêuticos; atividades comunitárias; atenção a situações de crise; relação entre a rede de saúde mental (CAPS, Atenção Básica, Hospital e Gestão); relação entre a rede de saúde mental e demais políticas; educação permanente e valorização profissional; controle social.

Em momento posterior, organizou-se as demandas, de forma a contemplar etapas para sua materialização, para que, por fim, fosse apresentado aos sujeitos participantes da pesquisa no intuito de realizar a validação do produto.

3.2.2 Segunda fase: validação da tecnologia

A validação é um processo que busca examinar determinado instrumento ou inferência realizada.

Validar mais do que a demonstração do valor de um instrumento de medida é todo um processo de investigação. O processo de validação não se exaure, ao contrário, pressupõe continuidade e devem ser repetidas inúmeras vezes para o mesmo instrumento (RAYMUNDO, 2009, p. 87).

Validar um conteúdo refere-se à análise do conteúdo de um instrumento, com objetivo de verificar se o que está sendo proposto constitui uma amostra representativa do que se pretende medir. A avaliação da validade é a identificação em que o instrumento se mostra apropriado para mudar uma realidade.

Nesta pesquisa, foi utilizada a avaliação com o público alvo por meio de oficinas, na qual há o envolvimento do julgamento pelos sujeitos participantes (gestor, trabalhadores, usuários e familiares da saúde mental). Os critérios utilizados foram: ter participado da primeira fase da pesquisa e consentir em participar das oficinas de avaliação.

Então, após compiladas as propostas e organizada versão prévia do plano de ação, realizou-se mais duas oficinas, uma com gestor/trabalhadores e uma

com usuários/familiares, ambas no mês de agosto de 2017. A primeira oficina com trabalhadores foi realizada após a reunião mensal da equipe de saúde do município, no auditório da Secretaria Municipal de Educação, contando com 23 participantes. Posteriormente, no espaço do CAPS de Icapuí, foram reunidos mais 9 usuários e/ou familiares para a continuação das discussões. Assim, obteve-se um total de 32 pessoas envolvidas nesta fase.

Na oportunidade de ambos os momentos foi apresentado o plano de ação, organizado de acordo com as propostas levantadas na primeira fase da pesquisa de campo. Foi realizada discussão coletiva de todos os pontos colocados no documento e sua concomitante avaliação. Todos consideraram o produto adequado para utilização da equipe de saúde mental do município de Icapuí. Não houve sugestões para modificação ou adequação do conteúdo.

3.2.3 Instrumentos de coleta de dados

Para garantir a qualidade da elaboração do material, foram utilizados os pressupostos de Echer (2005) e com adaptações para esta investigação foi possível descrever as etapas do processo de construção de material: construção da tecnologia e sua validação.

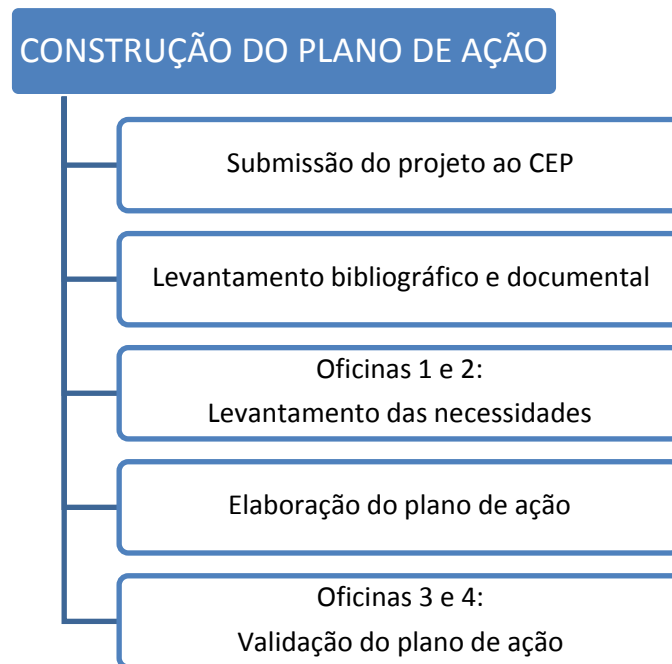
Para as duas etapas da pesquisa foi utilizada a técnica de oficinas. Considera-se que esta técnica proporciona espaços com potencial crítico de negociação de sentidos, permitindo a visibilidade de argumentos, posições e construções coletivas, promovendo o exercício ético e político.

Segundo Spink *et. al.* (2014) na oficina ao mesmo tempo em que geramos material para análises, criamos um espaço de trocas simbólicas que potencializam a discussão em grupo em relação a temática proposta, gerando conflitos construtivos com vistas ao engajamento político de transformação.

Foram realizadas quatro oficinas com os grupos de representantes convidados para participar do estudo, entre eles representantes de usuários, familiares, trabalhadores e gestor da saúde mental. Foi promovida a contribuição dos participantes da pesquisa ao longo de todo o processo, a fim de tornar o produto tecnológico proposto uma construção coletiva.

Nesse sentido, a construção do plano de ação para organização dos serviços de saúde mental do município de Icapuí estruturou-se da seguinte forma:

Figura 2 - Fluxograma das etapas de construção e validação do plano de ação



Fonte: Elaborado pela autora.

Procurou-se realizar a construção de um produto tecnológico a partir das necessidades das pessoas envolvidas diretamente na política de saúde mental do município. As oficinas foram gravadas e, posteriormente, transcritas para análise qualitativa dos dados. A coleta do material manteve os princípios éticos que norteiam o trabalho científico, guardando o anonimato e sigilo quanto à autoria das respostas dos observados e assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3.2.4 Interpretação e análise de dados

A análise da pesquisa foi feita por meio da metodologia de análise de conteúdo temática que atualmente é uma das técnicas mais comuns na investigação empírica realizada pelas ciências humanas e sociais (VALA, 1986, p. 101). Divide-se, segundo Bardin (2006), em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação.

A pré-análise foi a fase em que se organizou o material analisado com o objetivo de torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais. Tratou-se da organização propriamente dita por meio de quatro etapas: (a) leitura flutuante, que

foi o estabelecimento de contato com os documentos da coleta de dados, momento em que se começou a conhecer o texto; (b) escolha dos documentos, que consistiu na demarcação do que foi analisado; (c) formulação das hipóteses e dos objetivos; (d) referenciação dos índices e elaboração de indicadores, que envolveu a determinação de indicadores por meio de recortes de texto nos documentos de análise (BARDIN, 2006).

A exploração do material constitui a segunda fase, por meio da exploração dos dados com a definição de categorias (sistemas de codificação) e a identificação das unidades de registro e das unidades de contexto nos documentos. A exploração do material consistiu numa etapa importante, porque possibilitou ver a riqueza das interpretações e inferências. Esta foi a fase da descrição analítica, a qual diz respeito ao corpus (qualquer material textual coletado) submetido a um estudo aprofundado, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos. Dessa forma, a codificação, a classificação e a categorização foram básicas nesta fase (BARDIN, 2006).

A terceira fase, voltada ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação, destinou-se a organização dos resultados; onde ocorreu a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; foi o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica (BARDIN, 2006).

3.2.5 Aspectos éticos

O primeiro passo para a realização da pesquisa de campo foi a submissão do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UECE – CAAE: 67439417.0.0000.5534/Aprovado em 09 de maio de 2017 –, por se tratar de um estudo realizado com seres humanos, objetivando a defesa da integridade e dignidade dos mesmos, de acordo com a resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, além de ser requisito necessário ao desenvolvimento de projetos de pesquisa, para avaliação das questões éticas que envolve o processo de construção e validação junto aos participantes da pesquisa.

Enfatizou-se o compromisso com os participantes, a eles preservando o anonimato, realizando a pesquisa somente após sua autorização, por meio do Termo

de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa buscou defender os sujeitos em sua vulnerabilidade, ponderando riscos e benefícios, tanto atuais quanto potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos (BRASIL, 2012).

Considerando as condições física, psíquica, moral, social e cultural dos participantes da pesquisa destacou-se como riscos da pesquisa a possibilidade de constrangimento pela presença da pesquisadora no ambiente assistencial e possíveis relações de poder que se estabelecem na situação grupal. Caso estas situações fossem identificadas, a pesquisadora garantiu o interrompimento da coleta e resolubilidade da situação. Ressalta-se que não houve nenhuma intercorrência nesse sentido.

Como benefício direto para os usuários, familiares, trabalhadores e gestor foi promovida uma cultura participativa, resgatando os princípios de cidadania, protagonismo e assim, contribuindo para implementação de melhorias no serviço, a partir de discussões e participação na tomadas de decisões. Por fim, será feita a devolutiva dos achados ao serviço para trabalhadores, gestores, familiares, usuários e comunidade em geral.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 DESCRIÇÃO DO PRODUTO

O planejamento das ações e resultados esperados são propostas para serem seguidos pela equipe da saúde mental, prevendo alguns desafios a serem enfrentados a curto prazo. Elaborado com clareza e com a participação de trabalhadores, familiares e usuários da política e fundamentado na realidade e nas demandas locais, o Plano de Ação para melhoria dos serviços de saúde mental no município de Icapuí-CE consiste em um instrumento de trabalho dinâmico, com critérios de acompanhamento e avaliação pelo trabalho desenvolvido.

Nas duas primeiras oficinas, realizadas com o público alvo, foram elencados os seguintes pontos para discussão:

Quadro 3 - Levantamento de necessidades (Oficinas 1 e 2)

EIXO	TÍTULO	PONTOS
I	Atendimento ao usuário da saúde mental	Atendimento ao usuário da saúde mental;
		Relação dos profissionais com familiares e cuidadores;
		Projeto terapêutico singular;
		Grupos terapêuticos;
		Atividades comunitárias;
		Atenção a situações de crise;
II	Educação permanente, intersetorialidade e controle social	Relação entre a rede de saúde mental (CAPS, Atenção Básica, Hospital e Gestão);
		Relação entre a rede de saúde mental e demais políticas;
		Educação permanente e valorização profissional;
		Controle social.

Fonte: Meira (2003).

A partir das proposições agrupamos as dez (10) temáticas em dois (2) grandes eixos. O primeiro “Atendimento ao usuário da saúde mental”, engloba os seis (6) primeiros pontos. O segundo eixo “Educação permanente, intersetorialidade

e controle social” reúne os pontos sete (7), oito (8), nove (9) e dez (10), como demonstrado no Quadro 2.

4.1.1 Eixo 1: Atendimento ao usuário da saúde mental

A política de saúde mental transformou o cenário da atenção em saúde mental no Brasil nos últimos anos. Dentre as principais inovações, destacamos a adoção do território como conceito organizador da atenção, a expansão dos CAPS, a redução gradativa do número de leitos e de hospitais psiquiátricos, a criação do Programa de Volta para Casa, com o auxílio-reabilitação psicossocial (Lei nº 10.708/03) e a readequação da destinação dos recursos financeiros, anteriormente destinados majoritariamente à assistência hospitalar.

No ano de 2011 tivemos a promulgação do Decreto nº 7.508/11 que dispôs sobre “a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa” (BRASIL, 2011, p. 4) definindo, entre outros aspectos: a região de saúde como

[...] espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais [...] com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011, p. 4).

Define as Redes de Atenção à Saúde (RAS) como o “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” (BRASIL, 2011, p. 5).

Nesse sentido, definem-se duas novas referências para o desenvolvimento, a implantação e o financiamento do SUS: a região de saúde e as RAS. O Decreto nº 7.508/11 estabeleceu, também, um novo contexto institucional para a efetivação da atenção psicossocial ao exigir, no Artigo 5, que as ‘regiões de saúde’, para serem instituídas, devem conter, no mínimo, ações e serviços de: atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e vigilância em saúde (BRASIL, 2011, p. 6).

As ações de saúde mental passam a fazer parte do conjunto de exigências fundamentais para a instituição das regiões de saúde. Ao mesmo tempo, o Ministério da Saúde adotou a estratégia da organização do SUS a partir da criação das RAS, com sub-redes temáticas. Assim, a Portaria GM, 3.088, de dezembro de

2011, republicada em maio de 2013 (BRASIL, 2013), institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

O conceito de trabalho em rede, integrante histórico das proposições da reforma psiquiátrica, inseriu-se no novo cenário político-institucional da saúde. A RAPS é pautada pelos princípios do respeito aos direitos humanos; pela garantia de autonomia e liberdade; pela promoção da equidade, do exercício da cidadania e da inclusão social; e pelo enfrentamento de estigmas e preconceitos.

Dentre as diretrizes e os objetivos propostos destacam-se também: a garantia do acesso e da qualidade dos serviços e, no que se refere à problemática relacionada à dependência de álcool e drogas, a perspectiva de redução de danos, com cuidado territorial, humanizado, integral e multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar e intersetorial, com participação e controle social de usuários e de familiares.

É importante destacar o caráter territorial da rede, centrada nas necessidades concretas das pessoas, sendo responsável pelo cuidado continuado e pela promoção de reinserção social pelo trabalho, pela renda e pela moradia solidária (BRASIL, 2013).

Com esta perspectiva, compõem a RAPS sete componentes, com diversos pontos de atenção regulamentados por normativas específicas, a saber: atenção básica; atenção psicossocial; atenção de urgência e emergência; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar em hospitais gerais; estratégias de desinstitucionalização; e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2013).

A RAPS tem de constituir práticas efetivamente substitutivas ao modelo asilar, assegurando o “cuidado em liberdade” em serviços comunitários. Trata-se de assumir a responsabilidade pela saúde mental de um determinado território e desenvolver a RAPS de modo a desconstruir na prática a necessidade dos manicômios.

O compromisso ético e sanitário de buscar dialogar, interagir e responder à multidimensionalidade das necessidades das pessoas com a experiência da complexidade do sofrimento decorrente de transtornos mentais em seus contextos de vida, implica a contínua tessitura, nos territórios, de respostas concretas, coordenadas, integradas, abrangentes e plurais, o que exige necessariamente, a articulação intra e intersetorial.

Diante dess cenário, os participantes da pesquisa mencionam nós críticos no atendimento ao usuário da saúde mental e na relação dos profissionais com familiares e cuidadores:

Tem profissional nos postos que não conhece a saúde mental do paciente. Eles tem que olhar nosso prontuário. E tem também que ter um atendimento mais compreensivo, porque você sabe, a gente, paciente da saúde mental, é diferente. As vezes a gente não tá bem naquele dia e a gente quer ser entendido pelo pessoal do posto. E tem muitos deles que não entende (Usuário 1).

O usuário 2 coloca que “No hospital o atendimento é muito demorado. Os médicos também têm que dar preferência ao paciente da saúde mental”. Percebe-se nestas falas a necessidade de atendimento humanizado por parte de alguns profissionais, assim como de fortalecimento das ações em saúde mental.

Para Brasil (2017), a humanização na área saúde remete a uma proposta ética, estética e política. Ética por prever mudanças de atitude dos trabalhadores, dos usuários e dos gestores, todos como corresponsáveis pela qualidade das ações e dos serviços prestados em saúde. Estética, por abarcar o sistema de produção de saúde de pessoas vistas subjetivamente como autônomas e protagonistas desse processo, e política, por se tratar de uma organização social e institucional das práticas de atenção e gestão do SUS.

Este processo deve ser orientado por valores como autonomia, corresponsabilidade, protagonismo dos sujeitos envolvidos, solidariedade entre os vínculos estabelecidos, respeito aos direitos dos usuários e participação coletiva no processo de gestão. Uma proposta para avançar nessa questão seria a formação continuada, que será uma questão discutida no Eixo 2.

Colocam também que:

Tem muita gente da família que não cuida da pessoa que tá doente. Eu acho que o CAPS pode, assim, conversar mais com a família dessas pessoas pra elas cuidarem melhor. Procurar elas, também falar mais sobre o que o CAPS faz, as atividades que tem (Familiar 2).

Nesta fala percebe-se a necessidade de uma maior aproximação entre a equipe de saúde mental e familiares/cuidadores, para que os mesmos tornem-se cooperadores no cuidado e também recebam atenção necessária, pois as demandas físicas e emocionais envolvidas com o cuidado podem exaurir o cuidador. O mesmo pode ter também sua saúde mental comprometida. Por isso é importante

utilizar os recursos e ferramentas disponíveis para ajudá-lo no cuidado de seu familiar.

O Profissional 1 coloca que:

Há uma grande demanda de saúde mental no município. É preciso organizar o atendimento nas unidades básicas de saúde através do agendamento e criação de grupos de apoio e grupos terapêuticos.

Algumas unidades de saúde do município já inseriram um turno de atendimento semanal específico para a saúde mental. Assim, muitas questões são resolvidas na atenção básica, sem necessitar ir até o CAPS, como propõe a política. No entanto não é uma realidade de todas as unidades ainda.

Outro ponto levantado é a falta de transporte específico para o CAPS, o que dificulta a realização de muitas atividades, como, por exemplo, a visita domiciliar, que é realizada atualmente com o transporte das UBS ou de outras instituições do município.

É necessária a aquisição de um transporte próprio para o CAPS, pois precisamos realizar atendimentos domiciliares e comunitários. Isso iria oferecer melhor condição no atendimento ao usuário (Profissional 2).

O fortalecimento do atendimento domiciliar e comunitário é essencial para a manutenção da saúde do usuário, pois este passa a ser acolhido diretamente em contato com o meio social em que vive e sua família, favorecendo a colaboração de todos os envolvidos e estando conscientes das evoluções no tratamento.

Sobre os grupos terapêuticos, o Usuário 3 coloca que:

Ah, os grupos são tão bons. São poucas pessoas que participam mas é tão bom. Só tem que melhorar um pouquinho no acolhimento. Tem que ter um lanche pra gente, uma água.... (risos) e aumentar os encontros pra gente participar.

A terapia de grupo vem se tornando uma prática cada vez mais comum no atendimento dentro dos serviços de saúde mental, por se tratar de uma estratégia de baixo custo e que gera ótimos resultados. Sua aplicabilidade é compatível com diversas modalidades de grupos e patologias, podendo ser utilizada em diferentes contextos, o que geralmente traz uma boa aceitação por parte de profissionais e usuários (VALLADARES, 2003).

O grupo terapêutico potencializa as trocas e o compartilhamento de experiências e a melhoria na adaptação ao modo de vida individual e coletivo, onde

ocorre o debate sobre a necessidade de ajuda de todos, buscando alternativas de apoio e suporte emocional.

Para Benevides *et. al.* (2010), “quando o paciente tem melhor compreensão da própria subjetividade, sua autoimagem pode ser remodelada. Desse modo, ele pode obter uma melhor relação consigo mesmo e, conseqüentemente, com a sociedade”. E prossegue afirmando que aliado as consultas e medicação, o usuário necessita de espaços de convivência e criação onde possa expressar opiniões e escolhas. Nos grupos terapêuticos, ele desenvolve laços de cuidado consigo mesmo e compartilha experiências com os demais.

Nesse sentido, é relevante, para a efetividade da assistência em saúde mental, o desenvolvimento de ações e metodologias com enfoque terapêutico de grupo onde a instituição promova a reabilitação do indivíduo por meio de dispositivos como o acolhimento pelas equipes, o vínculo entre grupo, a autonomia e a coresponsabilidade de que ele próprio é responsável pela geração de mudanças (BENEVIDES *et. al.*, 2010).

As atividades comunitárias são colocadas pelos sujeitos como algo a ser fortalecido. “As vezes tem algum movimento. Eu acho que tem que aumentar, fazer encontro nas comunidades, fazer campanhas... Tem que fazer mais encontros, eu acho bom!” (Usuário 4).

No meu postinho é a coisa mais difícil do mundo ter alguma coisa de saúde mental, teve um tempo que um pessoal lá fez uns grupos mas agora tá muito parado. É mais aqui no CAPS que tem as coisas. Eu acho que lá no posto a gente tem que ter mais umas coisas pra nós, assim, pra gente participar. Porque lá só tem aquele dia de renovar a receita e pronto (Usuário 5).

O profissional 4 sugere a criação de um calendário fixo para as atividades.

Deve ter uma periodicidade, fixar uma data na agenda das unidades de saúde. Reunindo também as UBS, NASF, residentes e gestão. [...] O número de grupos educativos nas comunidades é bem reduzido. É preciso fortalecer a formação e a continuidade desses grupos em todas as áreas.

De acordo com Barreto (2005, p. 59):

A Terapia Comunitária é um instrumento que nos permite construir redes sociais solidárias de promoção da vida e mobilizar os recursos e as competências dos indivíduos, das famílias e das comunidades. Procura-se suscitar a dimensão terapêutica do próprio grupo valorizando a herança cultural dos nossos antepassados indígenas, africanos, orientais e

européus, bem como o saber produzido pela experiência de vida de cada um (BARRETO, 2005, p. 59).

Evidencia-se a importância da promoção de mudanças pelos indivíduos nos ambientes em que estão inseridos. Vasconcelos (2009) destaca que essa participação deve ser reconhecida como um processo condicionado pelo contexto sócio histórico e cultural da sociedade e das relações sociais dos sujeitos. Não deve ser tratada como um projeto de um modelo ideal, mas um desvelar de experiências criativas e flexíveis, em vários contextos da vida social, em uma perspectiva emancipatória.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é mencionado como um ponto importante também. Para o Profissional 4:

O PTS é feito com fragilidade. Os profissionais tem que ter capacitação sobre isso. Quando a gente tem algum caso mais grave, a gente vai e senta pra discutir como pode fazer pra resolver aquele problema. Mas não fazemos de forma a contemplar a todos que precisam, e os que fazemos também não é da forma que deveria ser feito, até porque, muitas vezes, nós temos dúvidas de como proceder da melhor forma (Profissional 4).

O PTS configura-se como uma discussão de caso em equipe, recolhendo a contribuição de várias especialidades e de profissões distintas. Deve ser elaborado levando em consideração as necessidades de saúde de cada usuário, seu modo de compreender a vida, suas subjetividades e singularidades. Por meio de interação horizontal de trabalhadores e usuários, deve ser baseado na tecnologia da relações, tais como acolhimento, escuta e vínculo, propondo novos modos de cuidado em saúde mental nos diferentes níveis de atenção. O PTS tem sua importância na transformação das práticas de cuidado e no fortalecimento do papel da equipe multiprofissional ao permitir a troca de saberes e promover uma atenção integral centralizada nas necessidades dos usuários em seu contexto social.

O PTS é um instrumento de potencial cuidado aos usuários da saúde mental, sendo organizado por meio de diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação, na qual se concretiza a gestão do PTS. Tudo isso em negociação com profissionais, usuários e familiares. Assim, possibilita a participação, reinserção e construção de autonomia para o usuário e a família, pois leva em consideração as necessidades individuais e peculiares de cada caso.

Uma outra questão levantada foi a atenção a situações de crise. O Familiar 1 coloca que: “A gente não entende de crises. A gente deve ser orientado

pela saúde. De vez em quando ter uma reunião com a gente. E também não faltar o remédio, que as vezes falta.”

A crise é permeada pela necessidade de um cuidado profissional imediato baseado em conhecimento teórico-prático e ligado a um modelo coerente com os processos transformadores que impactam a prática interdisciplinar profissional e coerente às atuais políticas públicas de saúde mental. Na experiência brasileira da reforma psiquiátrica, lidar com os momentos de crise tem sido ainda uma grande dificuldade no cotidiano dos serviços substitutivos de saúde mental.

Para Brasil (2015, p. 55)

A atenção às situações de crise/urgência em saúde mental explicita, na prática dos serviços de saúde, as contradições dos diferentes modelos vigentes e constitui-se em importante desafio para a consolidação das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. É urgente e necessário superar a fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado na direção de garantir o princípio da integralidade na atenção à saúde. Nesse sentido, a articulação entre os diferentes pontos e equipes da Rede de Atenção Psicossocial e da Rede de Urgências e Emergências é de fundamental importância. A construção dos consensos possíveis entre as lógicas da urgência e da crise evidencia a necessidade de superação do modelo biomédico, através da articulação de diferentes saberes e práticas e incorporação das múltiplas dimensões contidas nesses fenômenos.

Os profissionais mencionam, mais uma vez, a ausência de capacitação nessa área. Portanto, a formação, os processos de educação permanente em saúde mental, para os trabalhadores que vivenciam o cuidado de situações de crise, apresentam-se como estratégicos para essa articulação e demandam esforços conjuntos e continuados dos diferentes níveis de gestão.

Diante disso, para o Eixo 1, foram definidas as seguintes atividades:

Quadro 4 – Plano de Ação – Eixo 1

PLANO DE AÇÃO						
EIXO 1: Atendimento ao usuário da saúde mental.						
META: Melhorar o fluxo, dando melhores respostas as demandas.						
O quê	Quem	Onde	Quando	Por quê	Como	Quanto
Fortalecer atendimentos domiciliares	CAPS.	Nas comunidades .	Semanalment e (contínuo).	Atender a demanda reprimida de usuários que necessitam mas ainda não recebem assistência em SM.	Utilizar transporte das UBS, de acordo com a área do usuário.	R\$ 100,00/semana (combustível e material expediente).
Atendimento em saúde mental nas UBSF	UBS e NASF.	Nas UBS.	Um turno por semana.	Ampliar as possibilidades de atendimento em SM extra CAPS.	Inserção do atendimento em saúde mental no calendário, realizar agendamento e criação de grupos de apoio.	Sem custos.
Grupo de Terapia Comunitária	CAPS, NASF e Residen tes.	Espaços comunitários.	Mensal (contínuo).	Proporcionar um espaço de convivência e troca de experiência entre usuários da SM.	Utilizar transporte das UBS, de acordo com a área.	R\$ 300,00/mensal (combustível, lanche e material a ser utilizado no encontro).
Grupo de oficinas	CAPS.	CAPS.	Semanal.	Estimular o a criatividade e proporcionar geração de renda.	Realizar oficinas terapêuticas e produtivas no espaço do CAPS.	R\$ 50,00/semana (material).
Construção dos projetos terapêuticos singulares (PTS)	CAPS, NASF, UBS.	CAPS.	Primeiro semestre de 2018.	Avaliar a singularidade da necessidade de cada caso.	Diagnosticar, definir metas, dividir responsabilidades e reavaliar, em negociação com profissionais, usuários e familiares.	Sem custos.
Reuniões com toda a equipe de saúde	CAPS, UBS, NASF e Hospital	Auditório da Secretaria de educação.	Semestral.	Alinhar objetivos, metas e desafios da atenção em SM por parte da equipe de saúde.	Reuniões de avaliação e planejamento de atividades.	Sem custos.
Atendimento a crianças e adolescentes	CAPS.	CAPS.	Quinzenal.	Atender a demanda reprimida de SM para CA.	Acrescentar no calendário um horário para atender CA com necessidades em SM.	Sem custos.
Atendimento aos familiares/cuidadores	CAPS, NASF.	CAPS.	Mensal.	Oferecer suporte profissional aos familiares e cuidadores.	Criar um grupo com encontros mensais, onde familiares e cuidadores possam expor suas experiência e buscar melhoria nas relações.	Sem custos.

Fonte: Elaborado pela autora.

4.1.2 Eixo 2: Educação permanente, intersectorialidade e controle social

A política nacional de educação permanente em saúde (EPS) lançada pelo Ministério da Saúde através da Portaria 198, de fevereiro de 2004, possibilita a identificação das necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores do setor saúde e a construção de estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde, fortalecendo o controle social com o objetivo de produzir um impacto positivo sobre a saúde da população.

De acordo com Brasil (2009, p. 35):

Todo município deve formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando, quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando do seu financiamento.

A educação permanente em saúde visa melhorar o desempenho do pessoal em todos os níveis de atenção e funções do respectivo processo de produção, contribuir para o desenvolvimento de novas competências e servir de substrato para transformações culturais de acordo com as novas tendências. Os profissionais mencionam essa necessidade:

Precisamos de formação permanente para profissionais do CAPS e equipes de saúde da família. Poderiam ser feitas oficinas sobre os principais transtornos mentais e outros temas (Profissional 2).

Falta formação e atualização para os profissionais. É preciso realizar oficinas de educação permanente na área de saúde mental, atingindo o maior número de profissionais (Profissional 3).

Sabe-se que nem toda ação de capacitação implica um processo de educação permanente, pois nem sempre representam parte substantiva de uma estratégia de mudança institucional, essencial nos processos de educação permanente (BRASIL, 2009).

Tais processos perpassam a intersectorialidade. Os sujeitos da pesquisa colocam a necessidade do seu fortalecimento.

No município nós temos um grupo que se reúne quinzenalmente para discutir casos em comum na rede, com representantes do CAPS, CREAS, CRAS, NASF e Conselho Tutelar. É um momento ímpar, onde conseguimos discutir e realizar estudo de casos, dando encaminhamentos mais respaldados, pois ali estão reunidos diversos profissionais de várias áreas. Mas é importante expandir esse grupo, com os profissionais das unidades básicas de saúde, por exemplo (Profissional 6).

A portaria que institui a política nacional de educação permanente traz, entre outras questões, a proposição de políticas e estabelecimento de negociações interinstitucionais e intersetoriais orientadas pelas necessidades de formação e de desenvolvimento e pelos princípios e diretrizes do SUS, fortalecendo o controle social no setor na perspectiva de produzir impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva.

Ao falarmos em controle social, estamos falando em participação popular nas políticas públicas. Para Aguiar (2008), o controle social é a participação da sociedade civil nos processos de planejamento, acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações da gestão pública e na execução das políticas e programas públicos. Representa uma ação conjunta entre Estado e sociedade, em que o eixo central é o compartilhamento de responsabilidades, tendo em vista aumentar o nível da eficácia e efetividade das políticas e programas públicos. Noutras palavras:

[...] o controle social é uma forma de se estabelecer uma parceria eficaz e gerar a partir dela um compromisso entre poder público e população capaz de garantir a construção de saídas para o desenvolvimento econômico e social do país. [...] Por meio do controle social crescente será possível garantir serviços de qualidade, pois a partir do momento em que o Estado deixa de participar, passando apenas a promovê-los e gerenciá-los, buscará ao mesmo tempo, o controle social direto e a participação da sociedade (DROPA, 2003) (grifos nossos).

Dessa forma, como destaca Cunha (2003), o controle social objetiva, principalmente, verificar a correta aplicação de recursos; avaliar a qualidade dos serviços oferecidos pelo Estado; propor mudanças das políticas públicas, visando melhorias para a população; e publicizar os recursos recebidos.

Os profissionais participantes das oficinas mencionam fragilidade no controle social.

Aqui a gente tem dificuldade na construção do conselho municipal de saúde, assim como dos conselhos locais para propor e avaliar ações em saúde mental no município. É preciso empoderar, sensibilizar a comunidade para isto (Profissional 5).

Os profissionais ressaltam a importância da continuidade dos fóruns comunitários de saúde mental, bem como do fórum municipal, que fora realizado nos anos de 2015 e 2016 pela equipe de residentes em saúde da família.

Nós tivemos em 2015 e 2016 um marco bastante profícuo para a saúde mental em Icapuí que foi a atenção especial dada pelos residentes em saúde da família que na época realizaram algumas ações nesse sentido e

uma delas foi a criação do fórum municipal de saúde mental. Onde nós pudemos discutir sobre os rumos dessa política em Icapuí (Profissional 7).

Outro ponto levantado pelos profissionais é a busca pela formação de plenárias com familiares da saúde mental no espaço do CAPS. “Nós estamos tentando organizar um espaço para plenárias com familiares no CAPS. Seria uma oportunidade para nos aproximarmos mais. Estamos pensando em realizá-las mensalmente” (Profissional 2).

Os usuários e familiares demonstram desconhecimento sobre os canais de participação social, o que mostra fragilidade em seu envolvimento. O controle social pode ser concretizado de inúmeras formas por meio do *monitoramento legal*, que inclui instrumentos que têm legalmente o papel de controlar as funções públicas, e do *monitoramento autônomo*, que abrange os instrumentos que, na maioria das vezes, não surgiram com bases jurídicas legais para efetuar o controle social.

No monitoramento legal, estão incluídos os conselhos gestores de políticas públicas, o ministério público, o tribunal de contas, a ação civil pública, a defensoria pública, o legislativo, o orçamento participativo, a audiência pública, entre outros. E no monitoramento autônomo, estão acoplados os sindicatos, as organizações não-governamentais, as Universidades, os partidos políticos e as ouvidorias independentes.

Merecem destaque os conselhos gestores de políticas públicas, pois são instrumentos potencializadores da ampliação da democracia. Considerados como resultado de um processo de discussão pública que ocorre a partir dos anos 80 e que se consolida no final dessa década, sobretudo em relação às grandes áreas das políticas públicas: saúde, educação, assistência social, criança e adolescente.

Eles são, posteriormente, absorvidos pelo debate da Constituinte, que passa a incorporar na nova Constituição a participação comunitária na formulação, execução, fiscalização e controle das políticas públicas sociais, por meio de princípios constitucionais e sua posterior regulamentação legal, que institucionalizaram o princípio dos “Conselhos de Políticas Públicas”.

O ambiente político-cultural da legitimação dos conselhos pode ser caracterizado como tenso, marcado pela disputa entre orientações políticas diversas. A proposta das forças sociais progressistas reivindicava o comprometimento dos processos políticos com a construção e a gestão democrática das políticas públicas. Em contraposição, a proposta das forças sociais

conservadoras lutava para manter a unilateralidade dos processos decisórios, com interesse na parceria público-privado para a gestão das políticas públicas.

Sendo assim, os conselhos são canais importantes de participação coletiva, com novas relações políticas entre governo e cidadão. É um espaço de discussão e de possibilidades de luta pela publicização e democratização das políticas públicas e que variam em suas atribuições, composição, jurisdição territorial (federal, estadual e municipal) e cuja distinção principal encontra-se em seu caráter gestor, fiscalizador ou deliberativo.

Com a defesa dessa proposta de gestão democrática “dos negócios públicos” fazia-se uma importante aposta política nas atuações dos conselhos gestores de políticas públicas, no qual, via-se a possibilidade de esses conselhos funcionarem como mecanismos de ampliação da participação popular. A intenção é que, mediante essa participação, os conselhos gestores possam barrar as ações que pretendem desrespeitar os direitos sociais, em virtude da frágil condição de reconhecimento político e jurídico desses direitos para segmentos expressivos dessa sociedade.

Raichelis (2006) enfatiza que diante da tradição centralizadora da política brasileira, os conselhos de políticas públicas, com a proposta democratizadora, vem na contramão, o que dificulta a efetivação do controle social proposta pelos Conselhos.

Muitos dos desafios relacionam-se ao contexto adverso, decorrente da própria lógica de estruturação das políticas públicas na sociedade capitalista, como a setorização – os conselhos acompanham a lógica setorial, cada um deles voltados para ações específicas no seu campo de intervenção. Recorta o social em partes, sem comunicação e articulação, torna os problemas sociais autônomos em relação às causas estruturais, causando a fragmentação – que acarreta sérias consequências para a ação pública de implementação redistributiva.

Diante da fragmentação e a segmentação das políticas públicas, por meio dos conselhos, que dificulta a produção de propostas e a capacidade de produzir respostas satisfatórias em cada uma de suas áreas, Raichelis (*op. cit.*) fala na imposição de discutir novos mecanismos, tais como: a articulação entre os diferentes conselhos – mecanismo que possibilite viabilizar ações intersetoriais e o trânsito concreto dos usuários em diferentes programas nas diversas áreas.

Para isso, se faz necessário uma gestão intersetorial democrática e participativa, adotada pelos gestores governamentais, e também uma agenda de questões para orientação da participação da sociedade civil – uma agenda de articulação para promover debates intersetoriais entre governo e organizações da sociedade civil e entre instituições que prestam serviços similares. É fundamental que se criem canais que permitam o controle social sobre os atos e decisões de seus representantes, evitando-se, ainda, o risco à sua burocratização. A sociedade civil, em suas formas autônomas de organização, deve fiscalizar e exigir a implementação das deliberações dos conselhos e acompanhar a sua execução.

Os conselhos gestores de políticas públicas devem ser compreendidos como espaços públicos democráticos em que é garantida a disputa de diferenciados projetos políticos e onde os mais diversos segmentos sociais possam usufruir não só de igualdade formal de representação, mas onde a equidade esteja relacionada a igual oportunidade de poder de decisão, não distinguindo a participação de um representante de governo com a de qualquer civil.

Alguns autores diferenciam espaço público da esfera pública, como é o caso de Teixeira e Gohn. De acordo com esse último, a esfera pública seria resultante da luta da sociedade civil por uma maior participação na gestão das políticas públicas. Na mesma, os atores sociais criariam, desenvolveriam, decidiriam, executariam e controlariam junto aos gestores públicos – a sociedade política.

O Orçamento Participativo (OP) também merece destaque pela importância que teve para a participação social no município de Icapuí, sendo o primeiro do Estado do Ceará a aderi-lo, em 1997. Historicamente, Icapuí sempre foi referência em participação popular, desde seu processo inicial de emancipação política, fruto de muita luta para desmembrar-se de Aracati.

Nas primeiras gestões petistas, o município realizou o orçamento participativo, tornando-se uma referência nesse aspecto, onde o poder público possibilitou que a sociedade participasse da tomada de decisão da coisa pública, discutindo o orçamento público. Esse processo durou cerca de sete anos. As gestões seguintes, do PSBD e do PT, respectivamente, não deram continuidade.

No presente momento, a atual gestão do PMDB ela traz uma nova reflexão, do ponto de vista de pensar a cidade, de fazer um processo de reconstrução da cidade que está um pouco adormecida. Essa participação está um pouco intimidada porque não houve mais esse processo de provocação por parte dos governos, das gestões municipais. E essa gestão

atual tem buscado caminhos, instrumentos, meios de tentar fazer essa retomada da participação popular em Icapuí, dentre os quais, podemos citar a elaboração do plano diretor participativo. Sempre foi um sonho pra Icapuí, porque é uma cidade litorânea que pode ter o plano diretor. A obrigatoriedade é que tenha acima de 20 mil habitantes mas quando o município é litorâneo, ele pode fazer o seu plano diretor. E esse processo vem sendo pensado, discutido e construído com a participação das comunidades. Icapuí hoje tem 36 comunidades e o plano diretor desenvolveu o processo que chamou as comunidades para pensar “a cidade que temos” e depois pensar a “cidade que queremos”. Então esse plano diretor está proporcionando essa participação. Houveram 36 oficinas comunitárias. E o outro instrumento que a população participou foi do plano plurianual do quadriênio 2018-2021. Foram realizadas 3 plenárias regionais com a participação das 36 comunidades, e fizemos também um momento específico segmentado com todos os representantes dos conselhos de Icapuí, fazendo com que, também, esse processo de controle social fosse incluído dentro do processo de participação popular (Profissional da Secretaria de Governo).

Esses dois marcos do ano de 2017 são extremamente importantes para que se garanta a retomada da participação em Icapuí, inclusive com contribuições para o setor saúde. Os municípios têm novamente a oportunidade de sentirem-se protagonistas na história da cidade, reivindicando seus direitos, exercendo a cidadania.

Então eu acredito que essa gestão durante esses 4 anos estará protagonizando esse processo que Icapuí viveu de forma muito forte e profícua. Eu acho que isso facilita numa cidade como Icapuí porque tem um capital social e humano muito forte que está na sua base. As pessoas precisavam somente ser estimuladas, como estão sendo agora. Então nós da gestão acreditamos que Icapuí inicia um novo processo e, com certeza, essa semente dessa retomada gerará muitos bons frutos. A nossa pretensão também é de provocar um processo na juventude, incentivar a criação de novas lideranças comunitárias, sem ter aqueles vínculos de cooptação (Profissional da Secretaria de Governo).

Importante e necessário é esse diálogo com a gestão pública, isso favorece a construção políticas públicas participativas e compartilhadas, alcançando os anseios e demandas da população. Com isso, seguem as propostas para o Eixo 2:

Quadro 5 - Plano de Ação – Eixo 2

PLANO DE AÇÃO						
EIXO 2: Educação permanente, intersectorialidade e controle social						
META: Potencializar a educação permanente, a intersectorialidade e o controle social, buscando soluções mais eficientes para os casos atendidos, bem como a participação social na gestão compartilhada.						
O quê	Quem	Onde	Quando	Por quê	Como	Quanto
Encontros da rede intersectorial	CAPS, UBS, NASF, CRAS, CREAS, Conselho Tutelar e Educação.	Revezar entre as sedes das instituições envolvidas.	Quinzenal (contínuo).	Melhorar os encaminhamentos dos casos compartilhados na rede.	Potencializar encontros com a rede intersectorial para compartilhamento de casos, incluindo representantes das UBS e da Educação.	Sem custos.
Desenvolver o matriciamento em saúde mental	CAPS, NASF, UBS.	CAPS.	Primeiro semestre de 2018.	Criar uma melhor proposta de intervenção pedagógico-terapêutica.	Por meio da equipe multiprofissional do CAPS em trabalho colaborativo com a equipe NASF e saúde da família.	Sem custos.
Formação profissional continuada em saúde mental	Gestão.	CAPS.	Uma vez a cada semestre (iniciando no primeiro semestre de 2018).	Qualificar profissionais.	Realizar encontros de formação para os profissionais envolvidos na assistência.	R\$ 1.500/semestral (alimentação e material).
Fóruns de saúde mental	CAPS, juntamente com a toda equipe de saúde.	Nas comunidades (fóruns comunitários) e na sede (fórum municipal).	Primeiro semestre de 2018 (anual).	Escutar as demandas da comunidade.	Dar prosseguimento a realização anual dos fóruns comunitários e do fórum municipal de saúde mental para discussão da política de SM no município.	R\$ 2.300 (alimentação e material para fórum municipal).
Plenária com familiares/cuidadores	CAPS.	CAPS.	Mensal.	Ouvir as necessidades dos familiares e cuidadores.	Realizar encontros mensais, proporcionando um espaço de troca e melhoria de relações.	Sem custos.
Empoderar conselheiros de saúde	CAPS e equipe de saúde da família.	Auditório da secretaria de educação.	Primeiro semestre de 2018 (Repetir uma vez a cada mandato).	Qualificar conselheiros em saúde mental.	Realizar encontros formativos em saúde mental.	Sem custos.

Fonte: Elaborado pela autora.

4.2 VALIDAÇÃO DO PRODUTO

4.2.1 Análise da avaliação com o público alvo por meio de oficina

Os critérios tradicionais adotados para verificar a existência de validade em pesquisas têm suas raízes na tradição positivista, embora venham sendo adaptados e utilizados também na pesquisa qualitativa. Nestes casos, a concepção de validade assume formas distintas, pois a discussão sobre escalas de medição não se aplica a métodos qualitativos, sendo necessária a compreensão da validade em outra perspectiva (OLLAIK & ZILLER, 2012).

Para além de questões de formulação naquilo que pode ser compreendido como validade prévia, a validade busca indicar o que constitui uma pesquisa bem feita, confiável, merecedora de ser tornada pública para contribuir para o conhecimento, ou que tem valor, eficaz.

Nesse sentido, adaptando o conceito quantitativista para pesquisas qualitativas, verificar a validade de uma pesquisa seria determinar se ela de fato mede verdadeiramente o que o pesquisador propôs-se a medir, se seus processos metodológicos são coerentes e se seus resultados são consistentes.

Para tanto, a validação da pesquisa em questão se deu por meio de oficinas coletivas realizadas com os sujeitos participantes (gestor, trabalhadores, familiares e usuários da saúde mental). Após apresentação e discussão sobre o conteúdo do plano de ação, todos os presentes avaliaram o documento adequado para utilização da equipe de saúde mental do município de Icapuí.

Portanto, enquanto metodologia grupal, as oficinas permitiram que as representações cotidianas, que refletem convicções dos envolvidos, viessem à tona, contemplando a instrumentalização dos participantes nas investigações por meio de um processo pedagógico participativo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A política de saúde mental brasileira ganhou, nas últimas décadas, uma nova roupagem com a proposta da reforma psiquiátrica, buscando substituir o modelo hospitalocêntrico por serviços substitutivos que busquem potencializar a convivência comunitária e a consolidação da cidadania do sujeito com transtorno mental.

Nesse interim, profissionais e gestores devem buscar meios de contemplar estas mudanças. Dentre os diversos instrumentos importantes que estão à disposição destaca-se, aqui, o planejamento como ponte para a busca por inovações e organização de atividades compatíveis com as necessidades dos usuários.

O planejamento participativo em saúde mental, abrange os diversos atores envolvidos nessa política pública, permite a criação de um espaço rico de discussão e escolha de prioridades. Esses processos implicam transformar ideias em ação, orientando as equipes, apontando correções de rumos e avaliação constante de resultados obtidos. O planejamento deve ser vivo e dinâmico, levando em conta as constantes transformações sociais.

Com a finalização desta pesquisa retoma-se a questão central de buscar contribuir com o desenvolvimento das ações dos serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica no município de Icapuí-CE, por meio da melhoria dos processos de planejamento.

Demonstrou-se que é possível a construção de estratégias de intervenção baseada na participação de todos os envolvidos, não só gestores e profissionais, mas também trazer para a cena usuários e cuidadores, como protagonistas do cuidado. Seguir na busca da concretização de um modelo emancipador, alternativo se faz relevante. O município em questão avança a cada dia nesse processo. Pouco a pouco todos ganham vez e voz. O modelo local de gestão em curso contribui para isso, apesar dos muitos desafios ainda existentes.

Acredita-se que o objetivo proposto de construir e validar um plano de ação para organização dos serviços de saúde mental em Icapuí-CE foi alcançado, embora, tenha, como todo processo, falhas e lacunas que podem ser preenchidas com futuras intervenções. A participação dos sujeitos da pesquisa permitiu a criação

de um conteúdo democrático, calcado nos anseios dos que vivenciam a política de saúde mental no cotidiano.

Acredita-se que este estudo possibilitará interpretações críticas das novas dinâmicas sócio-políticas que reorganizam a saúde em Icapuí. A utilização dos resultados alcançados tornará possível aos gestores e demais profissionais locais a criação de novas estratégias de ação, que apontem novos modelos de planejamento e avaliação para a política do município, os quais sejam melhor desenvolvidos a partir das reais necessidades da população.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Aline. **O que é Controle Social?**. 2008. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/controle_social/o-que-e>. Acesso em: 21 fev. 2009.
- ALMEIDA, J. S. **A atuação das assistentes sociais nas unidades de saúde mental de Mossoró frente ao projeto ético-político do serviço social**. Mossoró: UERN, 2010. 89 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Natal, 2010.
- AMARANTE, P. D. C. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: edições 70, 2006.
- BARRETO, A. de P. **Terapia comunitária passo a passo**. Fortaleza: gráfica LCR, 2005.
- BENEVIDES, D. S. Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, [S.l.], v.14, n.32, p.127- 38, jan./mar. 2010.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.
- _____. **Metodologia para o plano de ação 2014**. Rio Grande do Sul: Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia - Campus Restinga, 2013. Disponível em: <http://www.restinga.ifrs.edu.br/site/midias/arquivos/2013420141063metodologia_pa_2014_-_campus_restinga.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2016.
- _____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em dados**. 7.ano, v.1, n.7. Informativo eletrônico. Brasília: junho de 2010. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/smdados.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2010.
- _____. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados**. 9.ano, VI, n.9, julho de 2011. Brasília, 2011. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 21p. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br> e www.saude.gov.br/bvs/saudemental>. Acesso em: 26 mar. 2012.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Conferência Regional de Reforma de Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: MS, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de

Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: MS, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011**. Brasília: MS, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: MS, 2009

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. **Programa de saúde da família**. Brasília: Âncora Comunicação, 1994. Brasil.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Atenção Básica. **Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família: análise por Estados**. Brasília: MS, 2000.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de novembro de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Republicada em 21 de maio de 2013. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **O que é o HumanizaSUS**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/233-sas-raiz/humanizasus/l3-humanizasus/8608-quem-somos>>. Acesso em: 18 set. 2017.

BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. In: MOTA. Ana Elizabete et all (orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS. OMS. MS, ABEPSS. Cortez, 2008.

CAMURI, D.; DIMENSTEIN, M. **Processos de Trabalho em Saúde: práticas de cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família**. Saúde Soc. São Paulo, v.19, n.4, p.803-813, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n4/08.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2016.

CAMPOS, G. W. S. et. al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface**, Botucatu, v.18, Supl 1, p.983-395, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/icse/v18s1/1807-5762-icse-18-1-0983.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2016.

CAMPOS, R. T. O. et. al. Avaliação da rede de centro de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. In: **Rev. Saúde Pública**, [S.l.], v.43, Supl.1, p.16-22, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s1/749.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

_____. FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e saúde mental: um instrumento metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial do Sistema Unico de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.5, p.1053-1062, 2006.

RIO GRANDE DO NORTE (Estado). **Cartilha de Orientações básicas aos Conselhos Municipais de Assistência Social**. Governo Estadual de Assistência Social. Natal: CEAS, 2017.

CIRILO, J. A. F. **Autonomia municipal: Icapuí uma experiência inspirada na Pólis**. Fortaleza: Expressão Gráfica, 2002.

CONTRADIOPOULOS, ANDRÉ-PIERRE; CHAMPAGNE, F; LOUISE DENIS, J; POTVIN, L.D. **Saber preparar uma pesquisa**. São Paulo: hucitec, 1997.

CUNHA, Sheila Santos. **O controle social e seus instrumentos**. 2003. Disponível em: <<http://www.adm.ufba.br/capitalsocial/Documentos%20para%20download/Controle%20Social%20e%20Seus%20Instrumentos.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2009.

DESLANDES, S. F. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu:SP, v.9, n.17, p.389-406, mar./ago. 2005.

DROPA, Romualdo Flávio. **Controle Social**. 2003. Disponível em: <<http://www.advogado.adv.br/artigos/2003/romualdoflaviodropa/controlesocial.htm>>. Acesso em: 21 fev. 2009.

GOES, A. R. M. **Cuidadores (as) de portadores de transtornos mentais e a família no contexto da desinstitucionalização**. 2007. 165 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Programa de Pós-Gaduação em Serviço Social e Política Social, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2007.

JESUS, WLA., et al. Planejamento em saúde no Brasil: configurações e tendências no sistema e nos serviços de saúde. In: JESUS, WLA., and ASSIS, MMA., orgs. **Desafios do planejamento na construção do SUS**. Salvador: EDUFBA, 2011, p. 61-77.

MACIEL, Carlos Alberto Batista. **Políticas Públicas e Controle Social: encontros e desencontros da experiência brasileira**. [s/d]. Disponível em: <<http://www.onda.eti.br/revistainterambio/conteudo/arquivos/1031.doc>>. Acesso em: 21 fev. 2009.

MEIRA, R. C. **As ferramentas para a melhoria da qualidade**. Porto Alegre: SEBRAE, 2003.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2002a. p.77-112.

_____. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p.305-314, 1999.

_____. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo; Hucitec. 2002b.

MOSCOVICI, S. **Les méthodes des sciences humaines**. Paris (Fr): Editora Presses Universitaires de France, 2003.

NASCIMENTO, Marcia Helena Machado. **Tecnologia para mediar o cuidar-educando no acolhimento de “familiares cangurus” em unidade neonatal: estudo de validação**. 2012. 173 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Mestrado Associado de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará, Universidade Federal do Amazonas, Belém, 2012.

OLLAIK, L. G.; ZILLER, H. M. Concepções de validade em pesquisas qualitativas. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.38, n.1, 229-241, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ep/v38n1/ep448.pdf>>. Acesso em: 29 nov. 2016.

OLIVEIRA, D. C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p.569-576, out./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v16n4/v16n4a19.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2017.

OLIVEIRA, F. B. **Construindo saberes e práticas em saúde mental**. João Pessoa: UFPB/Editora Universitária, 2002.

OLIVERIA, M. A.. *et. al.* Processos de avaliação de serviços de saúde mental: uma revisão integrativa. In: **Saúde e debate**. v. 38. n 101. p.368-378. abr./jun. 2014.

PAIM, J. S. Reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (orgs). **Epidemiologia & saúde**, Rio de Janeiro: Medsi, 2003 p.455-66.

PASSOS, E. *et. al.* Processo coletivo de construção de instrumentos de avaliação: aspectos teóricos e metodológicos sobre dispositivos e indicadores profissionais. In: CAMPOS, Rosana Onocko, *et. al.* **Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade**. São Paulo: Hucitec, 2008. p.375-397.

POLIT D. F; BECK C. T. **Fundamentos de Pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para as práticas da enfermagem**. 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 669p.

PONTE, H. M. S. **Do dispositivo ao instituído: o método da roda em Sobral-CE promove a co-gestão de coletivos?** 2013. 115 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2013.

PETROSKI, C. **Análise experimental de sistemas de climatização automotivo.**

Disponível em:

<http://www.biblioteca.pucpr.br/tede/tde_arquivos/6/TDE-2011-11-28T162828Z-1812/Publico/Carlos_Petroski.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2012.

RAICHELIS, Raquel. Articulação entre os conselhos de políticas públicas. In: **Serviço Social e Sociedade**, n.85. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. Democratizar a gestão das políticas sociais: um desafio a ser enfrentado pela sociedade civil. In: **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.** São Paulo: Cortez, 2006.

RAYMUNDO, V. P. Construção e validação de instrumentos: um desafio para a psicolinguística. **Letras de Hoje**, Porto Alegre, v.44, n.3, p.86-93, jul./set. 2009.

RODRIGUES, J. J. Estratégia e plano de ação sobre saúde mental para a região das Américas. In: **Rev. Brasileira de Psiquiatria**, [S.l.], v.32, n.4, 2010.

ROSA, L. C. S. **O nordeste no movimento da reforma psiquiátrica brasileira.**

2005. Disponível em:

<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/.../Lúcia_Cristina_dos_Santos_Rosa298.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2010.

SANTOS, M. G. Políticas Públicas: contribuições para o debate. In: FIEL FILHO et al. (org.). **Gestão Pública: planejamento, processos, sistemas de informação e pessoas.** São Paulo: Atlas, 2010.

SPINK, M. J. et. al. Oficinas como estratégia de pesquisa: articulações teórico-metodológicas e aplicações ético-políticas. **Rev. Psicologia e sociedade**, [S.l.], v.26, p.32-43. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v26n1/05.pdf>>. Acesso em: 24 jan. 2017.

VASCONCELOS, E. M. (org.). **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade.** 3.ed. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. **Abordagens psicossociais I: história, teoria e trabalho de campo.** 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2009.

VALLADARES, Ana Claudia Afonso et al. Reabilitação psicossocial através das oficinas terapêuticas e/ou cooperativas sociais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.5, n.1, p.4-9, fev./maio. 2003.

WETZEL, C. ; KANTORSKI, L. P. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. In: **Texto Contexto Enferm.**, Pelotas, [s.n.], 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM PLANO DE AÇÃO PARA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL EM ICAPUÍ-CE**. O objetivo deste estudo consistem em construir um plano de ação para organização dos serviços de saúde mental de Icapuí-CE e validá-lo. Caso você autorize irá participar de duas oficinas para discutir propostas para a saúde mental no município de Icapuí.

A sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, poderá desistir. Se você não aceitar participar, não trará prejuízos em sua relação com o pesquisador ou com a instituição em que trabalha/recebe atendimento. Caso aceite, pedimos também autorização para gravar suas falas, acrescentamos que estas **não** serão divulgadas de forma a possibilitar sua identificação. Não haverá remuneração pela participação.

Ressaltamos que tudo foi planejado para minimizar os riscos da sua participação, porém se sentir constrangimento, desconforto emocional, dificuldade ou desinteresse poderá interromper a participação e, se houver interesse, conversar com o pesquisador. Como benefício direto para o participante elencamos a promoção de uma cultura participativa, resgatando os princípios de cidadania, protagonismo e assim, contribuindo para implementação de melhorias no serviço. Para tanto nos comprometemos em fazer a devolutiva dos achados ao serviço para coordenadores, gestores, familiares, usuários e comunidade em geral.

Além disso, você está recebendo uma cópia deste termo onde consta o telefone da pesquisadora responsável, podendo tirar dúvidas agora ou a qualquer momento. Contatos com **Joice Silva de Almeida Sousa**, tel: (88) 99450-6183, email: joiceicapui@hotmail.com, sob a orientação da profa. Dra. Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos pelos telefones, (85) 988237643, email: mardenia.gomes@uece.br. O Comitê de Ética em Pesquisa da UECE encontra-se disponível de segunda à sexta-feira, de 13h às 17h, para esclarecimentos éticos pelo Tel./Fax: (085) 3101.9890. Endereço: Av. Dr. Silas Munguba, 1700 – Campus do Itaperi – Fortaleza – CE.

A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UECE que funciona na Av. Dr. Silas Munguba,

1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE, telefone (85)3101-9890, email cep@uece.br.

OBS: Se necessário, você poderá entrar em contato com esse Comitê o qual tem como objetivo assegurar a ética na realização das pesquisas com seres humanos.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE B – ROTEIRO DA OFICINA 1

- Breve apresentação do projeto e seus objetivos.
- Reflexão: Quem é o ator? Sujeito coletivo - planeja quem executa/executa quem planeja (Secretária de Saúde, Profissionais, Usuários, Familiares).
- Levantamento dos problemas. O que nos impede de conseguir o que queremos?
- Escolha dos problemas a serem enfrentados.
- Avaliar causas dos problemas e nós críticos.
 - Causa é tudo que explica o porquê do problema, o que está na sua raiz, ou o que gera o problema;
 - Nó crítico é a causa principal, aquela que, se atacada, resolve o problema ou tende a diminuí-lo.
- Estabelecer resultados desejados?
 - Resultado é o problema solucionado. Os resultados quantificam e qualificam o que deverá ser feito para resolvê-lo, com o devido cuidado para que não seja um resultado inatingível. Devem ser formulados no presente.
- Projeto do ator?
 - O projeto é um empreendimento com objetivos explícitos e delimitados: suas atividades, sua durabilidade e recursos necessários.
- Traçar plano de ação da saúde mental.
 - Ação;
 - Prazos;
 - Pessoas responsáveis;

- Indicadores de resultados;
 - Recursos necessários para chegar ao resultado.
- Analisar a viabilidade do plano.

APÊNDICE C – Reteiro da Oficina 2

- Apresentação do Plano de Ação elaborado a partir da Oficina 1.
- Validação do Plano de Ação.
- Encerramento.

APÊNDICE D – Registro de Participantes da Oficina

Pesquisa: Construção e validação de um plano de ação para organização dos serviços de saúde mental em Icapuí-CE.

Público-alvo: _____

Oficina nº: _____

Data: ____ / ____ / ____ **Local:** _____

Facilitador: _____

Anotador(es): _____

Horário de início: _____ **Horário de término:** _____

Nº	NOME
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	