



UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA (UNEB)
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS HUMANAS (DCH)
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO
MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS, GESTÃO DO
CONHECIMENTO E DESENVOLVIMENTO REGIONAL (PGDR)

FABIANA KUBIAK

AVALIAÇÃO EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO: um estudo
das ações de avaliação da Política de Saúde Mental do município de
Salvador/BA realizadas pela Associação Metamorfose Ambulante

SALVADOR
2012

FABIANA KUBIAK

AVALIAÇÃO EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO: um estudo das ações de avaliação da Política de Saúde Mental do município de Salvador/BA realizadas pela Associação Metamorfose Ambulante

Dissertação apresentada ao PGDR/ DCH-1 da Universidade do Estado da Bahia, como requisito final para obtenção do Título de Mestre em Políticas Públicas, Gestão do Conhecimento e Desenvolvimento Regional.

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Fátima Hanaque Campos

SALVADOR
2012

Ficha Catalográfica
Elaboração: Carla Ribeiro, Bibliotecária (CRB 5/1517)

K95a

Kubiak, Fabiana

Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: um estudo das ações de avaliação da política de saúde mental do município de Salvador/BA realizadas pela Associação Metamorfose Ambulante. [manuscrito]./ Fabiana Kubiak. - Salvador, 2012.
126 f.; Ilu.

Digitado (fotocópia).

Orientador: Prof.^a Dr^a . Maria de Fátima Hanaque Campos.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do estado da Bahia.
Departamento de Ciências Humanas, 2012.

1. Políticas públicas de saúde 2. Avaliação em saúde 3. Sistema Único de Saúde 4. Saúde mental 5. Usuários de serviços de saúde mental 6. Associação Metamorfose Ambulante (AMEA). I Campos, Maria de Fátima Hanaque (Orientador) II. Universidade do estado da Bahia. Departamento de Ciências Humanas III. Título

CDU 613.86(81)

FABIANA KUBIAK

AVALIAÇÃO EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO: um estudo
das ações de avaliação da Política de Saúde Mental do município de
Salvador/BA realizadas pela Associação Metamorfose Ambulante

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós Graduação da Universidade do Esta-
do da Bahia, para obtenção do Título de
Mestre em Políticas Públicas, Gestão do
Conhecimento e Desenvolvimento Regio-
nal.

Orientadora: Dra. Maria de Fátima Hanaque Campos
Doutora em História da Arte pela Universidade do Porto
Universidade do Estado da Bahia - UNEB

Avaliadora: Dra. Ana Maria Ferreira Menezes
Doutora em Administração Pública pela Universidade Federal da Bahia
Universidade do Estado da Bahia - UNEB

Avaliadora: Dra. Vlândia Jamile dos Santos Jucá
Doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia
Universidade Federal da Bahia

17 de abril de 2012

À minha família,
aos usuários de serviços de saúde mental, seus familiares e
aos colegas profissionais de saúde mental.

AGRADECIMENTOS

À querida orientadora, Dra. Maria de Fátima, com quem pude compartilhar as alegrias e as agruras da paixão pela saúde mental, e que me prestigiou com sua paciência e carinho desde o início desta jornada;

Aos componentes da banca, por terem me presenteado com sua sabedoria e experiência;

Aos funcionários e professores do Programa de Pós- Graduação, pela presteza, desvelo e disponibilidade em todas as solicitações;

Aos estimados colegas do Hospital Juliano Moreira, pelo companheirismo e paciência; à Carla, a bibliotecária mais eficiente que eu já conheci;

Aos colegas do Mestrado, pela companhia solidária, carinhosa e crítica;

Aos usuários e familiares da AMEA, que me ensinaram muito mais do que eu consegui expressar neste trabalho com seus exemplos de luta e perseverança, e aos apoiadores Ludimila, Monize, Renan, Felipe e Jamili, por se tornarem meus parceiros nesta empreitada;

Aos meus amados amigos, graças aos quais me sinto abençoada todos os dias, em especial: a Duda, por ser a irmã que o meu coração escolheu, Leilinha, por agregar muito mais que elegância e inteligência à minha vida, Juli por sua confiança inabalável em mim, Milla, por me ajudar a manter a disciplina necessária nos fins de semana e a Elias, irmão adotivo/marido posticho, pelo suporte inestimável, cuidado e carinho dispensados durante toda esta jornada.

Finalmente, à minha família: ao meu pai, Seu Sérgio, referência de responsabilidade, ao meu amado irmão Igor, pelo amor incondicional, à querida cunhada Débora pela tolerância e paciência, e em especial à minha mãe, D. Herleide, presente em todos os momentos, e que sempre me incentivou a não me contentar com o já conquistado.

“Seria ingênuo pensar que a avaliação é apenas um processo técnico. Ela é também uma questão política. Avaliar pode se constituir num exercício autoritário de poder de julgar, ou, ao contrário, pode se constituir num processo e num projeto em que avaliador e avaliando buscam e sofrem uma mudança qualitativa.” (GADOTTI, *apud* DEMO, 1999, p. X)

RESUMO

Apesar de ter completado 20 anos de existência, o Sistema Único de Saúde (SUS) ainda precisa reforçar suas políticas, consolidar o saber sistematizado, e a prática da avaliação surge como possibilidade metodológica importante. Considerando, portanto, a importância das práticas avaliativas na construção de uma política de saúde eficaz, e a necessidade da participação dos usuários nesse processo, com vistas à garantia de seus direitos e exercício da cidadania, o presente estudo teve como objetivo geral: analisar as experiências da AMEA na avaliação da Política de Saúde Mental em Salvador, durante o ano de 2010. Para tanto, objetivou especificamente: descrever o panorama da Política de Saúde Mental no SUS; relatar a formulação e a implementação da Política de Saúde Mental em Salvador; definir o conceito de avaliação em saúde na perspectiva do usuário; caracterizar a AMEA, levantando seu histórico e configuração atual; e finalmente, mapear as ações de avaliação desenvolvidas pela AMEA no ano de 2010. O estudo adotou a tipologia exploratória-descritiva; ao que tange à exposição do objeto enquadra-se como teórico-empírico; referente à abordagem a investigação é de ordem qualitativa, e os procedimentos utilizados para a coleta de dados foram: revisão bibliográfica, a análise documental e a realização de entrevistas semi-estruturadas. Conclui-se que a AMEA, em suas ações de avaliação, confirma que a Política de Saúde Mental tem contribuído para a autonomia e cidadania dos usuários, e que se constitui enquanto espaço de participação política e controle social, nos campos macro e micropolítico.

Palavras-chave: AMEA. Salvador. Avaliação em saúde. Usuário de serviços de saúde mental.

ABSTRACT

Despite having completed 20 years of existence, the National Health System (SUS) still needs to strengthen its policies; to consolidate the systematic knowledge and practice of evaluation arises as an important methodological possibility. Therefore, considering the importance of evaluation practices in the construction of an effective health policy, and the necessity of user participation in this process, with a view to ensuring their rights and citizenship, this study aimed to: analyze the AMEA experiences in the evaluation of Mental Health Policy in Salvador, during the year 2010. For this purpose, aimed specifically describe the outlook for Mental Health Policy in the SUS; report the formulation and implementation of the Mental Health Policy in Salvador, define the concept of health evaluation from the perspective of the user; characterize the AMEA by lifting its history and current configuration, and finally, map the evaluation actions undertaken by the AMEA in 2010. The study adopted a descriptive- exploratory typology; in respect to the exposure of the object, classifies itself as theoretical and empirical, on the research approach, is qualitative order, and the procedures used to collect data were the literature review, analysis of documents and conducting semi-structured interviews. It is concluded that the AMEA, in their actions of evaluation, confirms that the Mental Health Policy has contributed to users' autonomy and citizenship, and that constitutes as an area of political participation and social control, in macro and micropolitical fields.

Keywords: AMEA. Salvador. Health evaluation. Users of mental health services.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos serviços SUS de Salvador. Salvador, 2010.

Tabela 2 – Distribuição dos serviços da rede própria de Salvador (2010)

Tabela 3 – Distribuição dos CAPS de Salvador por Distrito Sanitário e Tipo de CAPS

Tabela 4 – Comparativo entre o planejado no Plano Municipal de Saúde Mental de Salvador 2005 e o alcançado em 2010.

Tabela 5 – Comparativo entre as atividades de monitoramento, avaliação formativa e avaliação somativa.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AA – Alcoólicos Anônimos

AATR – Associação dos Advogados de Trabalhadores Rurais do Estado da Bahia

AIS – Ações Integradas em Saúde

AMEA – Associação Metamorfose Ambulante.

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial.

CCZ – Centro de Controle de Zoonoses

CEAS – Centro de Estudos e Ação Social

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CEREST – Centro de Referência de Saúde do Trabalhador

CFP – Conselho Federal de Psicologia

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica

CNS – Conferência Nacional de Saúde

COAS – Centro de Orientação e Apoio Sorológico

COCAS – Comissão Civil de Acessibilidade de Salvador

CONASP – Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária

CRESS – Conselho Regional de Serviço Social

CRP – Conselho Regional de Psicologia.

CSM – Centro de Saúde Mental

DCH – Departamento de Ciências Humanas

DIRES – Diretoria Regional de Saúde

DS – Distrito Sanitário

FUNCEB – Fundação Cultural do Estado da Bahia

GTEA – Grupo de Trabalho Eduardo Araújo.

GPSMS - Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde

HCT – Hospital de Custódia e Tratamento

IAP – Instituto de Aposentadoria e Pensão

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

ISC – Instituto de Saúde Coletiva

MARES – Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano

MLA – Movimento da Luta Antimanicomial.

MPF – Ministério Público Federal

MST – Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra

NESM – Núcleo de Estudos pela Superação dos Manicômios

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

ONG – Organização Não- Governamental

PA – Unidade de Pronto- atendimento

PGDR – Programa de Pós Graduação/ Mestrado em Políticas Públicas, Gestão do Conhecimento e Desenvolvimento Regional.

PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento.

PNI – Programa Nacional de Imunizações.

RA – Região Administrativa

RENILA – Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial

SESAB – Secretaria Estadual de Saúde da Bahia

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UAO – Unidade de Atendimento Odontológico

UFBA – Universidade Federal da Bahia

UNEB – Universidade do Estado da Bahia

USF – Unidade de Saúde da Família

VISA – Unidade de Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE	19
1.1 O macro contexto das políticas públicas	19
1.2 Definições: Políticas públicas e Políticas de saúde	23
1.3 Políticas de saúde no Brasil: o SUS.	25
1.4 Controle social no SUS: os Conselhos e as Conferências	29
2 POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL	33
2.1 A loucura como uma questão para a saúde publica	33
2.2 A Reforma Psiquiátrica no Brasil	38
2.3 Política de Saúde Mental e os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)	41
2.4 O contexto de Salvador em 2010	43
3 AVALIAÇÃO E PARTICIPAÇÃO	52
3.1 Conceito de avaliação e a importância da prática avaliativa	52
3.2 Tipos de avaliação	56
3.3 Percurso histórico das pesquisas avaliativas	59
3.4 Pesquisa avaliativa em saúde	65
3.5 Avaliação na perspectiva do usuário	68
4 A ASSOCIAÇÃO METAMORFOSE AMBULANTE (AMEA)	76
4.1 Percurso metodológico	76
4.2 Caracterização da AMEA	79
4.3 Histórico da AMEA	81
4.4 Ações realizadas em 2010	83
4.4.1 AMEA e outros movimentos	90
4.4.2 AMEA e os profissionais e serviços de saúde mental	93
4.4.3 A AMEA e a auto- avaliação	96
4.4.4 A AMEA e o Poder Público	103
CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
REFERÊNCIAS	110
APÊNDICE A	123
APÊNDICE B	125

INTRODUÇÃO

A prática da avaliação está presente em diversos campos da pesquisa social, e assume diferentes sentidos, sendo aqueles referentes à definição de avaliação de programas sociais os que encontram maior concordância entre os autores (SILVA, 2005).

Em saúde é cada vez mais reforçada a necessidade de se incorporar a prática da avaliação no cotidiano dos serviços, gestão e controle social (MEDINA *et al*, 2005; PINHEIRO e MARTINS, 2009). Considerando que usuários dos serviços, profissionais e gestores têm percepções e objetivos diferentes, decorre que a lógica do usuário não poderá ser apreendida a partir do lugar do planejador. (MARTINS, 2008).

Ao constituir-se em processo de reconhecimento dos atores sociais e seus aspectos políticos inerentes ao campo em que está inserida, a prática avaliativa pode tornar-se ferramenta de empoderamento dos cidadãos na afirmação de seus direitos, tornando imperativo que:

Para garantir direito no Estado Moderno, torna-se necessário criar e ampliar espaços públicos, nos quais as regras de sociabilidade sejam fundamentadas na democracia e suas instituições sejam permeáveis aos valores democráticos (PINHEIRO E MARTINS, 2009b, p. 23)

Vasconcelos (2001) define empoderamento como “o aumento do poder pessoal e coletivo de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão e dominação social.” (2001, p. 05).

Gutierrez (*apud* BERNSTEIN ET. AL., 1994) aponta que o significado central do empoderamento está no “ganho de poder”, traduzindo a ideia de poder como sendo a habilidade de agir e criar mudanças dentro de uma desejada direção. Para que seja possível empoderar-se, faz-se necessário que se entenda a dinâmica do poder dentro de um relacionamento social, no qual os atores possam usar os recursos pessoais, sociais e políticos, a fim de construir mudanças.

Entende-se comumente o empoderamento como a possibilidade de compartilhamento do poder, de modo que grupos desprivilegiados tenham a oportunidade de mudar sua condição (BERNSTEIN ET AL, 1994, p. 283)

A política de saúde prevê a participação dos usuários em instâncias deliberativas e de controle social, nos Conselhos e Conferências de Saúde, previstas na Lei 8142/90 (BRASIL, 1990), mas o pleno funcionamento destes órgãos, e a garantia do exercício da cidadania permanecem emperrados por obstáculos que vão desde a dificuldade no relacionamento com gestores à falta de cultura política dos seus membros (LABRA, 2009; VASCONCELOS, 2009).

Uma vez que os Conselhos e Conferências têm se dedicado a temas ligados à gestão e planejamento de políticas de saúde, os movimentos sociais continuaram a investir em ações de criação de práticas voltadas às suas necessidades em saúde de forma solidária (VASCONCELOS, 2009).

A participação dos usuários de serviços de saúde mental em forma de movimento social se iniciou a partir das novas experiências assistenciais, quando:

Nesse novo cotidiano, os sujeitos, não mais colocados no lugar de coisas, não mais reificados, não mais simplesmente rotulados, emergem com toda a sua riqueza de vida: esse contingente de novos sujeitos sociais, desejantes, reivindicativos... (SILVA, 2003, p. 96)

Em Salvador, o movimento dos usuários, inicialmente a partir de indivíduos isolados¹, toma corpo e agrega participantes ao longo dos anos, tendo se constituído em uma Associação que iniciou formalmente suas atividades em maio de 2007, a Associação Metamorfose Ambulante (AMEA).

Considerando, portanto, a importância das práticas avaliativas na construção de uma política de saúde eficaz e a necessidade da participação dos usuários nesse processo, com vistas à garantia de seus direitos e exercício da cidadania, tornou-se oportuno apontar como problema desta investigação: De que forma a AMEA realiza ações de avaliação da Política de Saúde Mental?

O presente estudo teve como objetivo geral: analisar as experiências da AMEA na avaliação da Política de Saúde Mental em Salvador, durante o ano de 2010. Para tanto, objetivou especificamente: descrever o panorama da Política de Saúde Mental no SUS; relatar a formulação e a implementação da Política de Saúde Mental em Salvador; definir o conceito de avaliação em saúde na perspectiva do usuário; caracterizar a AMEA, levantando seu histórico e configuração atual; e finalmente, mapear as ações de avaliação desenvolvidas pela AMEA no ano de 2010.

¹ Aqui vale uma menção ao saudoso Eduardo Araújo, que sonhava com a Metamorfose Ambulante da saúde mental e lançou a semente da participação dos usuários na Bahia.

A experiência profissional e a militância em Saúde Mental da autora levaram ao interesse pelo presente estudo, que se justifica pelo seu ineditismo e possibilidade de contribuição para o avanço científico. Além disso, como afirma Silva (2005):

A avaliação pode produzir informação tanto para a melhoria das intervenções em saúde como para o julgamento acerca de sua cobertura, acesso, equidade, qualidade técnica, efetividade, eficiência e percepção dos usuários a seu respeito (SILVA, 2005, p. 30).

Como exposto, apesar de ter completado 20 anos de existência, o SUS ainda precisa reforçar suas políticas, consolidar o saber sistematizado, e qualificar ainda mais a assistência, tornando a prática da avaliação uma possibilidade metodológica importante. O estudo poderá propiciar maior apropriação a respeito do tema, contribuindo para a construção de uma cultura avaliativa dos serviços, das políticas e da participação popular. Destaca-se ainda que a centralidade avaliativa no usuário persiste como uma prática iniciante (PINHEIRO, 2009), de forma que o estudo poderá contribuir com o desenvolvimento da metodologia emergente.

O cuidado, neste caso, deverá se deter nos esquemas conceituais anteriores, pois, como discorre Oliveira (2000), estes funcionam como um prisma através do qual observamos a realidade, provocando nesta um processo de refração que está presente em qualquer campo de conhecimento, tornando impossível a objetividade total. Além disso, o próprio objeto, “sobre o qual dirigimos nosso olhar, já foi previamente alterado pelo próprio modo de visualizá-lo” (OLIVEIRA, 2000, p. 19).

A presente pesquisa de abordagem qualitativa define-se, quanto à tipologia, como exploratória- descritiva, e, quanto à natureza do objeto, teórico- empírica. Foi realizada com a AMEA, a associação de usuários de serviços de saúde mental e familiares do município de Salvador, que possui uma diretoria composta por seis usuários de diferentes CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) de Salvador, e tem por objetivo representar os usuários e seus familiares, em todo o estado da Bahia. Conta com o apoio do NESM (Núcleo de Estudos pela Superação dos Manicômios) e do GTEA (Grupo de Trabalho Eduardo Araújo). Todas estas instituições fazem parte do Coletivo de Entidades da Luta Antimanicomial da Bahia, integrante do MLA (Movimento da Luta Antimanicomial).

A coleta de dados foi realizada no período de março a agosto de 2010, com a participação dos membros da Associação. A eleição do ano de 2010 para a coleta de dados se deu pela proximidade neste período da pesquisadora junto à Associação.

Foi realizada a análise de documentos, e revisão bibliográfica, além de entrevistas semi- estruturadas.

Os documentos dos arquivos da instituição foram sistematizados e analisados de forma a estruturar um histórico da entidade e o levantamento das ações realizadas. Estão incluídos como documentos: atas de reuniões, cartas de intenção, ofícios, projetos e o estatuto da AMEA.

Na revisão bibliográfica, levantou-se produção científica referente aos temas: políticas sociais e de saúde, reforma psiquiátrica e avaliação em saúde, de forma a orientar a interpretação dos dados coletados.

Com relação as atividades da AMEA, os dados foram agrupados por categorias e por ordem cronológica, quando possível, depois revisados de forma a levantar temas e padrões. As entrevistas foram transcritas e analisadas textualmente. Foram omitidas as identidades dos entrevistados, atribuindo um número a cada um deles. Nas atas, os nomes dos atores sociais foram reduzidos à inicial de seu nome, de forma a preservar sua identidade.

Na análise das categorias, buscou-se o entendimento do processo de avaliação da Política de Saúde Mental em Salvador, e a dinâmica de funcionamento da Associação, ressaltando-se seu papel na conjuntura política do município em que está instalada.

O presente trabalho constitui-se de quatro capítulos, além desta introdução e das considerações finais. O primeiro versa sobre o histórico das políticas públicas de saúde, apontando para a mudança de paradigma que orienta a assistência, e focando a participação política inerente ao exposto pela lei 8142 de 1990. O segundo capítulo aborda a política de saúde mental, fazendo um percurso histórico desde quando a loucura passa a ser um problema de saúde pública, até o contexto de Salvador em 2010.

O terceiro capítulo define avaliação, destacando sua importância, impacto na organização dos serviços e na política, os tipos de pesquisas avaliativas, como se constituíram historicamente, para focar na avaliação em saúde e na perspectiva do usuário.

No quarto capítulo, delinea-se a pesquisa em sua metodologia, e aborda a AMEA, seu histórico, estrutura, e papel enquanto instância de controle social, rede de solidariedade e possibilidade de inserção democrática, além de sua relação com outros movimentos, profissionais, serviços de saúde e o poder público.

Nas Considerações Finais, conclui-se que a AMEA realiza ações de avaliação nos campos macro e micropolítico, ao confirmar-se enquanto órgão de controle social frente à instâncias de gestão, e ao produzir efeitos de participação social dentro do grupo. Estes resultados confirmam que a Política de Saúde Mental tem contribuído para a autonomia e cidadania dos usuários. Novas investigações poderão ser realizadas para articular uma avaliação da Política de saúde mental e dos serviços implantados de forma a utilizar a perspectiva do usuário em seu método.

1. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Para compreender como se delineou historicamente a formação das políticas públicas de saúde mental e embasar a análise da atual conjuntura em Salvador, faz-se necessário percorrer o caminho de construção que perpassa a definição de políticas públicas, mantendo o foco nas políticas de saúde.

Delinear-se-á a construção do Sistema Único de Saúde brasileiro, e suas instâncias de controle social: Conselhos e Conferências.

1.1 O macro contexto das políticas públicas

Com o objetivo de distinguir o conceito de política pública, delineou-se sua principal finalidade: o desenvolvimento social e a construção da cidadania, que tem sido enfatizada nas últimas décadas. O conceito de políticas públicas fica mais claro a partir da realidade brasileira, que convive com a desigualdade de recursos e de acesso a serviços básicos, como a educação e a saúde.

Esta disparidade, no entanto, também ocorre em países chamados desenvolvidos. Pode-se afirmar que o século XX convive com a discrepância entre o avanço expressivo da tecnologia e problemas sociais decorrentes da pobreza. Dentre outras, a definição deste fenômeno torna-se fundamental para o debate sobre as políticas públicas, já que estas buscam diminuir as consequências sociais da pobreza. Grande parte da literatura parece preferir restringir a pobreza a uma questão de insuficiência de renda, da forma como Barros, Henriques e Mendonça (2001) preferem conceituá-la:

A pobreza, evidentemente, não pode ser definida de forma única e universal, contudo, podemos afirmar que a pobreza refere-se a situações de carência em que os indivíduos não conseguem manter um padrão mínimo de vida condizente com as referências socialmente estabelecidas em cada contexto histórico. (BARROS, HENRIQUES, MENDONÇA, 2001, p.2)

No entanto, faz-se necessária a ampliação desta concepção de pobreza para o da exclusão social, uma vez que, desta forma, torna-se possível discutir a emancipação e a equidade sem as restrições impostas pelo debate econômico. Dentro de

um Estado de direitos, a gestão passa a buscar a construção de cidadania, produzindo um deslocamento da discussão para as esferas locais de governo.

Os conceitos de desigualdade e exclusão foram objeto de diferentes autores. Paugam (1996, *apud* DEMO, 2002, p. 31) elogia a noção da exclusão social por apontar para o fracasso da coesão social. A pobreza material significaria, além da falta de acesso aos produtos e serviços necessários à sobrevivência de alguém, a incapacidade de reagir a esta situação e do sentimento de não pertença. Os indivíduos segundo Demo (2002, p. 23), podem se sentir desta forma não só por não terem uma inserção laboral ou residencial, mas principalmente por serem assistidos, e considerando que o sentimento de impotência é diferente da desistência definitiva de reagir.

A necessidade de se sentir incluído pode levar à utilização da assistência de forma parasitária (sem procurar saídas para a pobreza), como Demo (2002, p. 23) assinala:

O fato comum de que os indivíduos excluídos podem se sentir desmoralizados, não só por terem perdido a inserção laboral ou residencial, mas igualmente por estarem desassistidos, não autoriza a ver nisso algo similar a um movimento quase masoquista de autoexclusão. O próprio sentimento de impotência não poderia se confundir com a desistência definitiva de reagir (p.23).

Neste debate, a questão do desenvolvimento é crucial: a necessidade da garantia do crescimento econômico se contrapõe à desigualdade que este pode provocar se desacompanhada de políticas públicas sociais voltadas para o fortalecimento do exercício democrático.

Segundo Sen (2000, p. 185), o desenvolvimento tem o sistema democrático como peça fundamental, pelo seu valor intrínseco, suas contribuições instrumentais e seu papel construtivo na criação de normas e valores, apontando para a emancipação do controle social na formulação, implantação e avaliação das políticas públicas.

Nesta perspectiva, Sen (2000, p.17) apresenta o conceito de desenvolvimento como um processo de expansão das liberdades reais que toda pessoa deve desfrutar: aumento das rendas pessoais, industrialização, avanço tecnológico ou modernização social; serviços de educação e saúde, além de empoderamento sócio-político:

O desenvolvimento requer que se removam as principais fontes de privação da liberdade: pobreza e tirania; carência de oportunidades econômicas e destituição social sistemática; negligência dos serviços públicos e intolerância ou interferência excessiva dos Estados repressivos (SEN, 2000, p. 18).

Conforme o autor, não se pode pensar somente a partir da ideia de desenvolvimento econômico, mas sobretudo compreender que tal conceito vai além do aspecto quantitativo, perpassando por aspectos qualitativos, uma vez que a dimensão econômica da sociedade passa a englobar todas as demais.

Concordando com Sen, Sachs (2008) discorre a respeito do que chama “desenvolvimento incluyente”, salientando a necessidade da oferta de oportunidades igualitárias, acesso a serviços básicos e ao lazer:

O desenvolvimento pretende habilitar cada ser humano a manifestar potencialidades, talentos e imaginação, na procura da auto-realização, e da felicidade, mediante empreendimentos individuais e coletivos, numa combinação de trabalho autônomo e heterônomo e de tempo dedicado a atividades não-produtivas. (SACHS, 2008, p. 35)

Para o autor, a exclusão social não ocorre apenas pela falta de trabalho, haja vista que há quem trabalhe em condições injustas, que não correspondem ao modelo ideal de desenvolvimento apontado. Não totalmente excluída da esfera econômica, a maioria pobre estaria excluída do processo de desenvolvimento, desapropriada da totalidade dos direitos humanos (SACHS, 2008, p.38)

Sachs (2008, p.46) defende que o universo do trabalho seja exaustivamente explorado para garantir o crescimento econômico, a partir do investimento nos trabalhadores. O desenvolvimento econômico passa a depender de fatores que envolvem investimentos em capital humano e social.

Souza (1996, p. 5) corrobora, afirmando que o conceito de desenvolvimento pressupõe mudança, transformação – e uma transformação positiva, desejada ou desejável, embora esta mudança só tenha sentido como possibilidade de valor social.

Esta distinção, Sen (2002, p.334) assinala, tem impacto profundo na proposição de políticas públicas, uma vez que, havendo impacto na prestação de serviços de saúde, educação, segurança, e outros, a produtividade, a renda pessoal e consequentemente, no desenvolvimento econômico de uma nação. Acrescenta que esta função deve ser suplementada, já que o ser humano não é parte do processo, mas a sua finalidade:

Devemos ir *além* da noção de capital humano, depois de ter reconhecido sua relevância e seu alcance. A ampliação necessária é adicional e inclusiva, e não, em nenhum sentido, uma *alternativa* à perspectiva do ‘capital humano’. (SEN, 2002, p. 335)²

2 Grifos do autor.

Capital humano, para Amartya Sen (2002, p. 332), diz respeito à atuação dos homens no aumento da produção, conceito antagônico ao de capacidade humana, que seria o potencial das pessoas de melhorar as suas escolhas e a liberdade de valorizar a vida que levam.

A abordagem do capital humano restringe a capacidade de um indivíduo, sem levar em consideração as implicações indiretas de sua formação. As duas perspectivas estão relacionadas, porém são distintas.

Já em relação ao capital social, aqui compreendido como uma “característica da organização social, como confiança, normas e sistemas que contribuam para aumentar a eficiência da sociedade” (PUTNAM, 2007, p. 177), podemos dizer que ele favorece a cooperação espontânea, segundo Putnam (2007), e que se multiplica com o uso, e desgasta-se com o desuso. Baseado na confiança, o capital social depende da reciprocidade para que o intercâmbio entre os agentes seja profícuo.

Putnam (2007, p. 183) também assinala que os sistemas de participação cívica são uma forma essencial de capital social, que possuem poderosos efeitos secundários, como o aumento dos riscos de perda para agentes transgressores, promoção de regras de reciprocidade, melhoria no fluxo de informações sobre a confiança entre os indivíduos, e materialização do êxito alcançado em colaborações anteriores, contribuindo para a construção de um modelo para futuras cooperações.

Ainda: “se os sistemas horizontais de participação cívica ajudam os participantes a solucionar os dilemas da ação coletiva, então quanto mais horizontalizada for a estrutura de uma organização, mais ela favorecerá o desempenho institucional na comunidade em geral.” (PUTNAM, 2007, p. 185)

Em concordância com os autores, para a implantação de uma política pública, precisa-se levar em consideração, em primeiro lugar, a relevância direta para o bem-estar e a liberdade das pessoas, seguido do seu papel indireto na mudança social e na influência para a produção econômica. (SEN, 2002, p. 335). Além disso, o investimento em relações horizontais nas instituições parecem contribuir para o crescimento da produtividade.

A relação entre o capital social e humano pode ainda ser estudada pela análise neoinstitucional, que pressupõe que as dimensões culturais e cognitivas das instituições sociais são imprescindíveis para a compreensão da vida econômica. Centrada no agente, a corrente do neoinstitucionalismo da escolha racional supõe que os

indivíduos agem por interesse pessoal, e que não lutarão por um bem público a menos que haja coerção, ou um incentivo externo (MENEZES, FONSECA, 2010).

1.2 Definições: Políticas públicas e Políticas de saúde

Segundo Souza (2007, p. 68), não existe uma única nem melhor definição de política pública. Diversos autores concordam que o foco encontra-se no governo e na forma como ele se organiza, mas diferenciam-se pela ênfase que colocam no papel das políticas enquanto solução de problemas, ou nas relações entre os atores sociais responsáveis pela sua formulação e implantação.

Cunha e Cunha (2002, p. 12) definem política pública como a resposta do Estado frente à demanda que emerge da sociedade, como expressão de comprometimento a longo prazo, assinalando que o termo ‘público’ diz respeito não ao Estado, mas à coisa pública, ou seja, a uma comunidade de interesses.

A noção de política pública se transforma junto com a organização social. Até a crise de 1929, enquanto predominava a ideia de um Estado mínimo, que garantia a ordem e a propriedade privada, as leis de mercado eram as responsáveis pela mediação das relações sociais. Com a intensificação dos problemas sociais, o modo de produção capitalista encontrou um limite para o crescimento econômico desenfreado, admitindo que o Estado pudesse regular tanto o mercado quanto as relações entre as instituições. (CUNHA, CUNHA, 2002, p 11)

Um exemplo claro de como o interesse capitalista se transforma em política social é o caso da saúde. As primeiras iniciativas de oferta de assistência no Brasil foram formuladas para os trabalhadores das primeiras indústrias, cuja saúde determinava a produtividade das unidades industriais. A preocupação com a saúde dos trabalhadores (no sentido de mantê-los produtivos) orientou a organização do modelo assistencial até o final da década de 80, com o estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para Paim (2003, p. 588), política de saúde é a ação ou a omissão do Estado enquanto resposta social diante dos problemas de saúde e os seus determinantes, bem como da produção, distribuição e regulação de bens, serviços e ambientes que afetam a saúde dos indivíduos e da coletividade.

Esta definição possibilita diversos focos de análise: o processo de normatização dos protocolos ligados aos serviços de saúde, a relação entre o papel do Estado e a responsabilidade da sociedade civil, a identificação dos atores e seus interesses na formulação e implementação de programas, entre outros.

Em se tratando de política de saúde, por se constituir em uma política social, além de visar à oferta de serviços públicos e o desenvolvimento da cidadania da população afetada, percebe-se a participação de inúmeros interessados, e todos contribuem através de mobilização política.

Rua (1998, p. 02) nomeou a demanda social como *inputs* de suporte ou apoio, e que podem ocorrer de forma ativa (participando de manifestações, elaborando propostas de ações) ou passivas (obedecendo as leis ou pagando impostos). Também contribuem os atores que se encontram dentro das instituições públicas, os interesses internacionais, a mídia, os empresários.

Se a tarefa de identificar estes atores se apresenta árdua, considere-se a análise de suas relações e interesses. Percebe-se que trabalhar com políticas públicas corresponde a lidar também com contextos multidisciplinares e com relações sociais que evidenciam hierarquias e interesses pessoais, que, não raro (senão sempre), são econômicos e políticos.

Como as questões sociais não se resolvem pelo simples crescimento econômico e acumulação de capital, necessitam da intervenção estatal, observando-se historicamente que a constituição de políticas sociais não se voltava para a eliminação dos problemas sociais, mas para a diminuição de seus efeitos na sociedade, como forma de legitimar a lógica do capitalismo (SANTOS, 2005, p. 05).

A necessidade da formulação e implantação de políticas significativas para o desenvolvimento social se torna ainda mais evidente. Estas podem se caracterizar como ações afirmativas, de redistribuição, ou como ações de dinamização comunitária. As primeiras, buscando diminuir as desigualdades (econômicas, culturais, educacionais ou outras) entre os diversos setores da população, enquanto as segundas buscam fortalecer os vínculos sociais, com vistas à sustentabilidade e autonomia dos sujeitos a que se destinam.

Esta foi uma das principais preocupações durante a formulação das políticas atuais de saúde no Brasil – a de garantir a participação política dos usuários, fortalecendo seus direitos sociais e promovendo a cidadania, como veremos a seguir.

1.3 Políticas de saúde no Brasil: o SUS.

A Constituição Federal de 1988, ou Constituição Cidadã, como ficou conhecida, foi o produto de uma convergência de fatores, incluindo a Reforma do Estado, que apontava para a redemocratização política. No Brasil, até a crise capitalista do final da década de 70, o Estado intervinha no processo de acumulação, mantendo as demandas por direitos sociais em espera. É necessário frisar que neste período, o país passava pela ditadura militar, que reprimiu as demandas sociais em favor das intervenções visando ao crescimento econômico.

As intervenções no campo social, que asseguravam os chamados “direitos mínimos”, garantiam a reprodução da força de trabalho e a legitimação do modelo para as camadas populares. Neste aspecto, a mobilização social trouxe para a agenda de discussões os questionamentos na base do modelo, reivindicando serviços públicos universais e de qualidade. (SILVA, 1998, p.36; GONÇALVES, sd, p.3).

No final dos anos 70, o declínio do modelo ditatorial da gestão militar foi propício para o avanço das discussões sobre os direitos sociais, entre eles o da saúde, formando o tecido social que buscava um modelo de governo democrático e um Estado de Direito.

Até então, a assistência à saúde estava restrita aos atendimentos particulares e aos que contribuíam para a Previdência Social, ou seja, quem mantinha um emprego formal. O INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), criado em 1966, unificou os IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões), que se responsabilizavam pelos fundos de pensão de cada categoria e pelo acompanhamento médico de seus associados. Destarte, o INPS também se responsabilizou pelo sistema de saúde de todos os trabalhadores formais do país. (PAIM, 2003, p.591)

Dá-se início então a um período de desoneração de serviços – uma vez que o INPS não contava com a estrutura ou recursos humanos necessários para a realização de tal empreendimento, preferiu contratar serviços de particulares, caracterizando-se o que se chamou de “mercantilização da saúde” (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2003, p.37).

Em 1975, na V Conferência Nacional de Saúde, o debate foi caracterizado pela ineficiência e ineficácia dos serviços destinados à população, tendo sido apresen-

tado nessa ocasião um projeto de lei no qual o governo apresentava o Sistema Nacional de Saúde (através da Lei 6229, de 17 de julho de 1975), que definia as atribuições dos diversos Ministérios que compartilhavam responsabilidades com o setor saúde, assim como a União, os Estados e os Municípios. (PAIM, 2003, p.592).

No entanto, os interesses da iniciativa privada impediram a lei de ser cumprida como proposta, tendo sido implantados em seu lugar diversos programas verticalizados de assistência, como o Programa Nacional de Saúde Materno- Infantil, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), o Programa Nacional de Imunizações (PNI), e a Campanha da Meningite (PAIM, 2003, p.592).

Esse modelo curativo refletiu-se igualmente na assistência à saúde mental praticamente abolindo o tratamento ambulatorial, privilegiando-se a internação em Hospitais Psiquiátricos, além de favorecer o setor privado através da compra de leitos, levando à estagnação dos serviços públicos (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2003, p.38).

A insatisfação da população quanto à qualidade da assistência à saúde encontrou reforços nos próprios trabalhadores dos serviços, nos intelectuais ligados às Universidades, e aos militantes políticos. Paim (2008) identifica o CEBES (Centro Brasileiro de Estudos sobre a Saúde) como o “intelectual coletivo” (p. 79) da Reforma Sanitária, responsável por denúncias da precariedade da assistência prestada e militante por uma democratização econômico-social, que previsse uma racionalização no planejamento das ações em saúde. Para o autor, o CEBES articulou o debate político às propostas técnicas, e caracterizava-se por não ser corporativista (agregando diversas categorias profissionais) ou partidário.

Criado em 1976, na 32ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, em Brasília, O CEBES ajudou a delinear as principais propostas do movimento da Reforma Sanitária através de sua principal publicação, a Revista Saúde em Debate. Logo no seu segundo número³, apontava que a saúde é um direito de todos, insistindo igualmente na importância da participação popular, da qualidade da atenção, além da organização dos serviços.

Aglutinando em uma mobilização conjunta diversos atores sociais, como trabalhadores, estudantes, operários e população leiga, o papel do CEBES junto à Re-

3 Revista Saúde em Debate, nº2. EDITORIAL, 1977, p. 33-34.

forma Sanitária é um exemplo de que uma “*ideia* pode desencadear *movimento* capaz de apresentar *proposta* que se torna *projeto* e *processo*.”⁴ (PAIM, 2008, p. 82).

Em 1986, é realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a primeira com ampla participação popular, contando com o protagonismo dos trabalhadores do setor saúde. Foi estruturada sobre três eixos: o direito à saúde, a reformulação do sistema nacional e o financiamento da saúde. Textos acadêmicos foram encomendados a especialistas para embasar as discussões. (PAIM, 2008, p. 99).

No primeiro eixo, foram discutidas questões sobre a cidadania no Brasil, a determinação social do adoecimento, a importância da promoção à saúde, das políticas públicas intersetoriais, além da noção de um sistema de saúde nacional. (PAIM, 2008, p. 108).

No segundo eixo, foram analisados aspectos estruturais da sociedade brasileira, enfatizando a participação popular e a descentralização para estados e municípios, enquanto que o terceiro eixo debruçou-se sobre o debate entre igualdade e equidade, ressaltando as diferenças regionais do país, os problemas tributários que o país, enfrentava (que se mantém até hoje), e os limites do financiamento de políticas sociais (PAIM, 2008, p. 110).

Mais de 4.000 pessoas participaram da Conferência, 1.000 delas como delegadas. Aprovaram 49 proposições nos três eixos delineados anteriormente. Paim (2008, p. 125) destaca como principais elementos constitutivos da Reforma Sanitária, estabelecida pela 8ª Conferência:

- A ampliação do conceito de saúde;
- Reconhecimento da Saúde como direito de todos e dever do Estado;
- Criação do SUS;
- Participação popular;
- Constituição e ampliação do orçamento social.

Em 1987, é criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que serviu como sistema intermediário ao Sistema Único de Saúde (SUS). Paim assinala que o SUDS nunca foi o projeto final da Reforma Sanitária, mas este traduzia a negação do sistema anteriormente vigente, como um embrião do novo sistema proposto pelo movimento. (PAIM, 2008, p. 137).

4 Grifo do autor.

A construção deste novo modelo deveria passar pela Assembleia Constituinte a ser formada em 1987, e que se basearia nas proposições da 8ª Conferência na definição do novo sistema nacional de saúde do país. Apesar da fragilidade política do movimento, a Constituinte aprovou a mudança estrutural no sistema, criando o SUS. (PAIM, 2008, p. 148)

Estabelecendo que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988, Título VII, Capítulo II, Seção II), o SUS garante para todos os brasileiros a assistência à saúde, sem que seja necessária a contribuição previdenciária, ou qualquer outra condição.

Regulamentado pela lei de nº 8080 (de 19 de setembro de 1990), o SUS tem como diretrizes principais:

- A universalidade do acesso – toda e qualquer pessoa pode e deve fazer uso de seus serviços.
- Integralidade na assistência – as ações de saúde devem ser articuladas de forma a atender todos os casos, desde os mais simples aos mais complexos.
- Controle social – fiscalizando e acompanhando as ações e serviços de saúde. Regulamentado pela Lei 8142, de 1990.

A organização dos serviços segue os princípios: da regionalização (distribuição e organização em determinada área, com população definida), hierarquização (otimização dos serviços – a depender da necessidade do caso, o atendimento pode ser feito em postos de saúde, ambulatorios ou hospitais especializados), para alcançar resolutividade e otimização de gastos públicos, além da descentralização político-administrativa, de forma a que a União, os Estados e os Municípios tenham responsabilidades bem definidas. (BRASIL, 1990a, capítulo 2, art. 7º).

A mudança no modelo de saúde provocou um “laboratório” de práticas, segundo Teixeira (2006, p. 21), introduzindo inovações na assistência e na relação entre os serviços e a população. A autora defende que a discussão sobre este modelo pode ajudar a orientar as opções acerca de outros problemas enfrentados, como o financiamento do sistema e o desenvolvimento dos recursos humanos. (p.23).

Processos de trabalho que contem com a participação dos trabalhadores da saúde e dos usuários do sistema tendem a valorizar a humanização da assistência, a orientação para os determinantes sociais da saúde e a dimensão pedagógica da relação de cuidado. Para Teixeira (2006, p. 35), ainda são necessárias mudanças no

modelo atual, exigindo mudanças “macro” (formulação e implementação de políticas) e “micro” (processos político-gerenciais, organização das unidades em rede, práticas assistenciais), buscando o equilíbrio entre a oferta de ações e serviços e as demandas da população.

Ter instituído o SUS não pode ser considerado suficiente, uma vez que as mudanças que propôs são de ordem não só política, como também econômica (pela forma de financiamento das ações de saúde), e cultural (pela mudança de ótica a ser construída com e pelos usuários do sistema).

As reivindicações na área da saúde, portanto, culminaram na legitimação da participação popular através da instituição de órgãos colegiados deliberativos com a participação paritária de gestores, prestadores de serviço e usuários.

1.4 Controle social no SUS: os Conselhos e as Conferências

A noção de Rancière (1996, p.53) de política identifica o desentendimento, o dissenso, mais do que o conflito, como uma de suas características primordiais. O desentendimento pressupõe uma comunicação “defeituosa”, em que um dos interlocutores não compartilha da visão do outro. Segundo o autor, “a política não é feita de relações de poder, mas de relações de mundos” (p.54). A participação política popular, nesse entendimento, forma-se a partir da constituição de um lugar no debate legislativo para o ator social a quem as leis se dirigem.

O povo, para Rancière (1996, p. 23), é a massa formada por aqueles que não possuem riqueza, ou virtude, mas compartilham da liberdade dos que as possuem. É com essa liberdade que o povo se identifica, e a partir desse litígio (entre os que possuem e os que não possuem), que o povo existe enquanto comunidade política. Política para o autor diz respeito ao um modo que se opõe a outro, um conflito em torno de uma existência comum.

Habermas (*apud* JACOBI, 2002, p. 445) aponta para a ideia de que a esfera pública é o local onde se encontram e disputam-se as divergências. Os movimentos sociais se constituiriam nos agentes que apresentam uma reação à reificação e burocratização, defendendo a restauração das formas de solidariedade postas em risco pela racionalização sistêmica.

O problema da burocratização decorrente da racionalização administrativa, segundo Habermas (*apud* LARANGEIRA, 1996), poderia ser compensado através da concomitante racionalização da comunicação, sendo que, para tanto, a ação dos movimentos sociais tornar-se-ia fundamental como instância mediadora entre Estado e sociedade.

Esta mediação tornaria possível um avanço na participação cidadã, tornando positivo o conflito entre burocracia e participação (HABERMAS, *apud* AZEVEDO E AVRITZER, 1994:4-5). Acredita-se, portanto, na possibilidade de superação dos limites da democracia representativa, através de estratégias que ampliem a mobilização da sociedade civil em diferentes dimensões da vida social, aumentando a participação sistemática dos cidadãos organizados em movimentos sociais.

Importante ainda salientar que estes movimentos devem ser movidos por princípios não somente corporativos, mas ainda integrando espaços de discussão e de negociação capazes de manifestarem-se na definição de demandas, sua problematização e acompanhamento (HABERMAS, *apud* LARANGEIRA, 1996).

No Brasil, a participação do povo na esfera política da saúde está previsto na Constituição Federal do Brasil, e regulamentado pela Lei 8142/1990, constituindo-se um direito adquirido e exercido através dos Conselhos e Conferências de Saúde. As Conferências de Saúde são realizadas em âmbito nacional, estadual e municipal, e são entendidas como uma forma de direcionar as políticas públicas de saúde, o que demonstra a importância destes dispositivos para o aprimoramento do sistema. (GONÇALVES, sd, p.33).

O Conselho de Saúde normatiza as relações entre Estado e Sociedade, sendo analisado não mais como instrumento de controle do Estado, mas como integrante do próprio Estado (CARVALHO, 1997, p. 99). O modelo de participação através dos Conselhos inspirou outros setores sociais na reconstrução das políticas da educação, da assistência social, entre outros, embora em nenhum desses setores se conseguisse alcançar a mobilização e a articulação obtidas pelo setor de saúde, como afirma Vasconcelos (2009, p. 271).

Na configuração das relações entre a população e o Estado, este pode se configurar como um prestador de serviços, enquanto o controle social se dedica à fiscalização da qualidade de suas ações, como afirma Valla (1998, p. 08).

Desde sua constituição legislativa, os Conselhos têm se dedicado na formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas e/ou serviços básicos

na área social, exigindo conhecimento técnico e dos meandros institucionais, exigindo dos atores dedicação ao aprendizado e dificultando a participação de outros, que ainda não tenham acumulado estes conhecimentos. (VASCONCELOS, 2009, p.272)

Além disso, por deterem-se em discussões essencialmente voltadas para questões de planejamento e gestão, os Conselhos falham em responder às demandas imediatas da população que representa e que procura se organizar em espaços autônomos, solidários e essencialmente populares, não se restringindo ao atendimento fornecido pelos serviços públicos.

Vasconcelos (2009, p.278) aponta que, dentro de movimentos sociais amplos, já se encontram iniciativas de assistência à saúde próprias, como no Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). Uma parte da população também procura assistência nas Igrejas que frequentam, em organizações não- governamentais (ONG) e movimentos sociais mais antigos, como os Alcoólicos Anônimos (AA).

A diferença entre “movimento social” de “participação social” é esboçada por Adorno (1992, p.111), que associa o primeiro a qualquer tipo de mobilização coletiva, enquanto o segundo incorporou durante a década de 70 uma conotação de cooptação institucional. Segundo o autor,

A discussão estruturalista nos anos 60 e 70 difundiu a rejeição das "práticas institucionais" fosse pela crítica ao "sistema capitalista", fosse pela crítica cultural às "práticas sociais" como práticas de controle. O termo "movimento social" ganhou o caráter de protesto, rejeição às formas dominantes da sociedade, aderindo, conseqüentemente, à crítica cultural do conhecimento, das formas de sociabilidade e de poder. (ADORNO, 1992, p. 112)

Desta forma, para que a participação seja parte do exercício democrático, seria necessário estabelecer canais institucionais para o levantamento das demandas da população, e seu desempenho seria medido através da capacidade de prever áreas de possíveis conflitos:

Nessa perspectiva, os "movimentos sociais" e as formas de ação coletiva restringir-se-iam a instrumentos de pressão para se obter maiores recursos - econômicos ou políticos - para os grupos neles envolvidos (ADORNO, 1992, p. 113).

Os movimentos sociais se caracterizam pela desburocratização de seu funcionamento e pelo papel de pressão política, enquanto instrumentos de participação política em canais institucionalizados, como os Conselhos e Conferências. Segundo Côrtes (2009, p. 124), as Conferências têm sido menos estudadas que os Conselhos, estimando que estudos futuros a respeito das relações entre os atores estatais e societários poderão esclarecer a formação de decisões na área de saúde.

2. POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Com o intuito de compreender o contexto da participação política dos usuários de serviços de saúde mental no Brasil e, mais especificamente, no município de Salvador, se faz necessário compreender a questão mais ampla a respeito da mudança de mentalidade construída socialmente a respeito da loucura.

Revisitar a História da Psiquiatria permitirá conhecer como o tratamento dispensado a estes sujeitos determina igualmente sua potencialidade enquanto cidadãos. Este capítulo percorrerá este caminho, situando historicamente a questão da saúde mental como objeto de políticas públicas no mundo, contextualizando a Reforma Psiquiátrica no Brasil e a formação da Política Nacional de Saúde Mental, até o contexto de Salvador e do movimento social da Luta Antimanicomial.

2.1 A loucura como uma questão para a saúde pública

A noção dos transtornos mentais como um problema de saúde não está presente desde sempre na história das culturas. Na verdade, graças aos estudos de diversos teóricos (FOUCAULT, 2004; CASTEL, 1978; ROSEN, 1994), está consolidada hoje a percepção de que os transtornos são construções histórico-sociais, bem como as estratégias para lidar com eles.

A loucura sempre se constituiu através de uma alteridade radical das estruturas sociais: o louco não reconhece os signos e condutas contratados socialmente, comportando-se de forma a negar a existência destes. Esta mesma alteridade pressiona a sociedade para o reconhecimento e estabelecimento de práticas que possam mediar esta intercessão (SILVA, 1995, p. 41). Desse modo, culturas diferentes tendem a lidar com a loucura estabelecendo estratégias diversas, tais como: interpretando os fenômenos como o diálogo com os deuses, ou a posse de um espírito, ou ainda, como punição por um ser divino.

No final da Idade Média, após o extermínio populacional provocado pela Peste Negra, a sociedade ocidental substituiu o tema da morte pelo da loucura em suas produções artísticas e nas preocupações sociais. Para Foucault (2004, p.16), trata-

se de uma variação sobre o mesmo tema: o vazio da existência, ou a existência como vazio, prenúncio do fim dos tempos e da morte derradeira.

A loucura fascina o homem pela sua estranheza e pela ligação com o prazer, a liberdade de ação, constituindo-se aí um campo moral, e estabelecendo, portanto a necessidade de códigos morais que encerrem a loucura em um espaço apropriado, tanto geográfico quanto imaginário. Para Foucault (2004, p.8), a loucura herda da lepra o contexto social e médico da necessidade da exclusão, do modo de internamento e o campo moral da segregação.

Os primeiros grandes hospitais foram criados no séc. XVI, na França, com a tarefa de “impedir a mendicância, a ociosidade, bem como as fontes de todas as desordens” (FOUCAULT, 2004, p. 64). A medicalização do Hospital ocorreu durante um processo longo, sob influência da Revolução Francesa. Os médicos passam a atuar dentro destas instituições com o objetivo de humanizá-las. (AMARANTE, 2007, p. 25). Esta ascensão promoveu o desenvolvimento da ciência médica, pela facilidade na observação e manejo das enfermidades, como também possibilitou a reprodução do saber médico, sendo espaço educativo e de pesquisas.

A presença do médico e o desenvolvimento de práticas de saúde não foram suficientes para a renúncia total das ações disciplinares e morais, mas agregou novos procedimentos com o intuito de sanar comportamentos através de intervenções biológicas: o uso de sangrias, laxantes e outras substâncias.

Tendo o Hospital como único local de tratamento, o modelo médico passa a implicar “uma relação com a doença enquanto objeto abstrato e natural, e não com o sujeito da experiência da doença.” (AMARANTE, 2007, p. 27). O médico francês Pinel (1745-1826), autor de obras como “Nosografia Filosófica” (1798) e “Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou mania” (1801) (ARAÚJO, 2002, p.04), promete uma terapêutica que restituirá o louco à sociedade, isolando-o do mundo exterior que o adoeceu, ou seja, o hospital seria uma ferramenta de tratamento.

Resende (2001, p. 36) afirma que a psiquiatria sempre trabalhou com a noção da exclusão como principal argumento para o tratamento dos chamados loucos, configurando a internação involuntária como uma indicação clínica e o trabalho como uma imposição terapêutica, além de justificar a quantidade de internos de uma determinada classe social ou grupo étnico a partir de hipóteses hereditárias ou como uma tendência natural destes grupos no desenvolvimento destes transtornos.

A ideia de Reforma, no entanto, sempre marcou presença nos discursos a respeito do tratamento dos transtornos mentais. Tenório (2001, p. 15) lembra que foram os Reformadores da Revolução Francesa que delegaram a Pinel a tarefa de traduzir os ideais de igualdade, fraternidade e solidariedade aos asilados. Através da “libertação” dos alienados, a psiquiatria já nasceu sob o signo da Reforma.

Em seus trabalhos, Pinel já afirmava a necessidade de derrubar preconceitos para uma melhor assistência ao chamado alienado, como afirma em seu *“A treatise on Insanity”* (1806): *“Few subjects in medicine are so intimately connected with the history and philosophy of the human mind as insanity. There are still fewer, where there are so many error to rectify, and so many prejudices to remove”*⁵.

Pinel ficou conhecido por ser o “libertador dos loucos”, ao soltar as suas algemas e promover a substituição das amarras pela disciplina. Resende (2001, p.26) critica este posicionamento, assinalando que a violência contra o louco apenas havia mudado de formato, sem deixar de existir, e assumindo uma postura velada, expressa através de ameaças e privações.

Esquirol (*apud* FOUCAULT, 2004), um dos discípulos de Pinel, descreve em suas primeiras impressões sobre o hospital psiquiátrico, a forma como eram tratados seus pacientes: de forma indigna, sem condições de higiene ou alimentação adequada:

Vi-os nus, cobertos de trapos, tendo apenas um pouco de palha para abrigarem-se da fria umidade do chão sobre o qual se estendiam. Vi-os mal alimentados, sem ar para respirar, sem água para matar a sede e sem as coisas mais necessárias à vida. Vi-os entregues a verdadeiros carcereiros, abandonados à sua brutal vigilância. Vi-os em locais estreitos, sujos, infectos, sem ar, sem luz, fechados em antros onde se hesitaria em fechar os animais ferozes, e que o luxo dos governos mantém com grandes despesas nas capitais. (ESQUIROL *apud* FOUCAULT, 2004, p. 49)

Depois de Pinel, os movimentos reformistas, alarmados com as condições de higiene e de funcionamento dos hospitais psiquiátricos, clamaram por melhorias de suas estruturas físicas e pelo aprimoramento profissional de seus técnicos. Esquirol, em seu *Des maladies mentales* (1838), defendeu que a própria estrutura física do Hospital Psiquiátrico deveria ser responsabilidade do alienista, uma vez que o hospital era considerado uma ferramenta terapêutica. Também fez diversas críticas ao

⁵ “Poucos assuntos em medicina são tão intimamente ligados à história e filosofia da mente humana como a loucura. Há ainda menos [assuntos], onde há tantos erros para corrigir, e tantos preconceitos para remover” (tradução da autora).

modelo de tratamento implantado em Hospitais Gerais, principalmente referentes ao relacionamento entre os enfermeiros e os internos.

No entanto, apesar dos cuidados referidos por Pinel e Esquirol, os manicômios tiveram que lidar com os problemas da superpopulação e do alto custo de manutenção desde muito cedo, estes problemas se reproduziram em todas as unidades de tratamento, nos diversos países.

A França teve expressiva influência na formação dos médicos no Brasil, como demonstrado pelas pesquisas de Rocha (2002; 2004), que apontaram que autores franceses tiveram mais citações que de outros países nas Teses da Faculdade de Medicina da Bahia no século XIX. Na Biblioteca Pública do Estado da Bahia, que apresenta 1500 títulos de psicologia datados do século XIX, cerca de 20% dos exemplares são franceses.

Esta influência científica se estende para o planejamento da assistência, na medida em que os alienistas brasileiros passam a reivindicar a existência de asilos a serem construídos nos moldes franceses, culminando na inauguração do Hospício D. Pedro II, no Rio de Janeiro, em 1852.

Resende (2001, p.30) afirma que as ideias importadas terão apenas importância secundária, uma vez que serão “mutiladas e tropicalizadas”, sendo o tratamento moral reproduzido em apenas alguns aspectos nesta instituição que substituiu as Santas Casas de Misericórdia.

Isolado do centro do Rio de Janeiro, já reproduzia a noção do isolamento como recurso terapêutico. Com capacidade para 350 internos, em sua inauguração já contava com 144 pessoas em tratamento, atingindo a lotação completa pouco depois de completar um ano. (RESENDE, 2001, p. 37).

No Brasil, a criação de colônias de alienados se constituiu em uma tentativa de melhorar a assistência nos asilos, através do trabalho agrícola. Dezenas de colônias foram implantadas por todo o país, mas logo se percebeu que os mesmos problemas dos asilos as atingiam: superlotação, maus tratos, cronificação dos quadros (AMARANTE, 2007, p. 40).

Não obstante as dificuldades encontradas, a maioria dos estados brasileiros construiu colônias agrícolas para o tratamento dos alienados, algumas apresentando programas de reinserção ao mercado de trabalho, como foi o caso do Hospício Juqueri, em São Paulo. (RESENDE, 2001, p. 47).

Com o aumento progressivo de internos, a solução encontrada foi a expansão dos serviços, ou a construção de novos, inviabilizando cada vez mais a individualização do tratamento e mesmo a humanização deste. Segundo Lopes Rodrigues (1960⁶, *apud* RESENDE, 2001), na ocasião de sua nomeação para a direção do Instituto Raul Soares, já em 1929:

Da maioria dos quartos, funcionando como prisões, partiam os gritos dos insanos, trancados, atados e imobilizados. Os esgares ecoavam pelos corredores, em cujos lajedos outros tantos pacientes jaziam com os punhos amarrados (...), cordas, correias, tiras, manchões, argolas, lonas e coleiras formavam o arsenal patético... os braços livres que restavam, fora dos manquitos célebres, eram para atirar montões de fezes pelas paredes, que iam até os tetos. (RESENDE, 2001, p.53)

Pode-se perceber que as críticas ao modelo hospitalocêntrico acompanharam a trajetória dos hospitais psiquiátricos, sem almejar a ruptura com o próprio modelo, e principalmente sem encontrar soluções que garantissem as boas condições de permanência, cuidado e tratamento aos que estavam sujeitos às intervenções psiquiátricas.

Foi somente em meados do século XX que as primeiras nações se voltam para a crítica da própria psiquiatria, com vistas à cidadania do louco (TENÓRIO, 2001, p. 16), transformando estas ideias em propostas concretas de reforma na assistência psiquiátrica.

Criticando a institucionalização, estigmatização e a des-historicização provocada pelas instituições psiquiátricas, Franco Basaglia estabeleceu as primeiras bases de uma assistência extra-hospitalar. Basaglia iniciou seu trabalho como diretor do Hospital de Gorizia, na Itália, formulando um pensamento e uma prática voltados para a superação do modelo hospitalocêntrico para o tratamento das enfermidades mentais.

Amarante (2007, p. 42) aponta que Basaglia criticava não apenas a instituição, mas principalmente a lógica da psiquiatria construída historicamente que justificava o isolamento e a transformação de experiências subjetivas em patologias. Em suas palavras:

O problema será como organizar uma comunidade que não deve ser determinada ou comandada, mas apenas dirigida por um poder que saiba limitar-se a encaminhá-la e coordenar-lhe as forças. É para este ponto que convergem as experiências daqueles que se colocam nesta dimensão, quando, recusando-se a objetivar com força o doente a eles confiado, tampouco desejam mantê-lo à mesma distância por meio do sentimento de devotamento e

6 LOPES RODRIGUES. A doença mental no Brasil. Revista Brasileira de Saúde Mental, vol. 5, 1960.

compaixão, que o anularia, objetivado pela piedade. (BASAGLIA, 2005, p.58)

Basaglia acreditava na necessidade de desmonte do estigma da periculosidade e no convívio com a loucura de forma a não controlá-la impositivamente, mas coordenar seus impulsos e protegê-los, de forma que sejam consideradas a necessidade e a liberdade de cada um. (BASAGLIA, 2005, p. 58).

2.2 A Reforma Psiquiátrica no Brasil

No Brasil, foi necessário que houvesse uma ampla mudança política para que a discussão a respeito da assistência em saúde mental fosse contemplada. Em paralelo às mudanças políticas do Estado Brasileiro nas décadas de 70 e 80, a população começa a se articular com os profissionais e estudantes da área da saúde na discussão de como a assistência pública em saúde deveria se organizar no país. Este movimento, chamado de Reforma Sanitária, englobou diversos aspectos da saúde, como a psiquiatria.

Movimento social que buscou mudanças profundas na concepção de saúde, e, conseqüentemente, na organização da assistência em saúde no Brasil, a Reforma Sanitária apontou a ineficácia das ações em saúde vigentes até a década de 70. A saúde pública até aquele momento se caracterizava por se basear nas ações da polícia médica e nas campanhas a doenças infecciosas. (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008, p. 135).

A preocupação se voltava para o saneamento urbano, e as ações dirigidas aos trabalhadores, de forma a garantir a continuidade da produção industrial (MERHY, QUEIROZ, 1993; MENDES, 1995; MERHY, 1997). Este modelo se mostra ineficaz em relação à resolução dos problemas de saúde da população brasileira, uma vez que contava com uma baixa cobertura assistencial, não dar conta das diferenças culturais, sociais e econômicas envolvidas no processo de saúde-doença em cada região do país (ZAMBENEDETTI, SILVA, 2008, p. 135).

Desde 1963, a partir da 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), coloca-se o problema em relação à concentração política, administrativa e geográfica dos serviços de saúde, causando desassistência a grande parte da população. Sugere-se em

seu relatório final a extensão da cobertura assistencial através da criação de uma rede básica de serviços. (ZAMBENEDETTI, SILVA, 2008, p. 136).

Os autores distinguem no relatório o fato de os problemas serem considerados “problemas médicos”, sendo que o nome utilizado para os serviços (unidades médico-sanitárias) expressa o caráter médico- higienista relacionado aos problemas de saúde. Tentava-se, no entanto, reverter a lógica campanhista para a estruturação de uma rede de saúde, composta por serviços de saúde permanentes, constituídos de maneira descentralizada (tanto geográfica quanto administrativamente). A ideia de rede de assistência abrangia a saúde mental, na medida em que se sugeria a constituição de serviços ambulatoriais e praxiterápicos em psiquiatria.

Em 1964, com o início da ditadura militar, vive-se um retrocesso nas discussões, já que a prioridade passa a ser a compra de leitos em hospitais privados, o que contrariava as propostas da 3ª Conferência Nacional de Saúde.

A partir desse período, Mendes (1995) considera que se tornou hegemônico o chamado “modelo médico assistencial privatista”, que tem entre algumas de suas características: a cobertura da assistência previdenciária; privilégio da prática curativa, médica, individual, especializada e assistencialista; o padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde e a criação de um complexo médico-industrial.

Um dos efeitos desta política, pode-se apontar, foi a produção de uma “indústria da loucura”, na qual o sofrimento psíquico é transformado em mercadoria, e produzem-se: a precarização dos serviços públicos de assistência, a proliferação de hospitais psiquiátricos regionais, a cronificação da clientela internada, entre outros (AMARANTE, 1995; RESENDE, 2001).

Um projeto de reforma sanitária começa a ganhar força, no entanto, a partir da década de 70, baseado nas limitações desse modelo de assistência. Nesta mesma época, surgem experiências localizadas visando à expansão da cobertura com baixo custo. Essas intenções são evidenciadas na 5ª e na 6ª Conferências Nacionais de Saúde, realizadas em 1975 e 1977. (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008, p. 137). Em 1975, é sancionada a lei 6.229 que organiza o Sistema Nacional de Saúde (SNS) e estabelece seus princípios de organização e funcionamento, colocados em discussão na 5ª CNS (BRASIL, 1975).

O movimento pela transformação da assistência psiquiátrica também teve início de forma embrionária a partir da década de 70: o Movimento dos Trabalhadores

de Saúde Mental (MTSM) organiza um evento em 1979 no qual estiveram presentes Franco Basaglia e Robert Castel, e no qual os profissionais presentes tiveram o primeiro contato com a Reforma Psiquiátrica Italiana (KYRILLOS NETO, 2003, p. 73). O MTSM adota o discurso em defesa dos pacientes em regime de internação, alcançando grande repercussão e mobilização, construindo ao longo dos anos um movimento social bem delineado e de caráter antimanicomial.

Este primeiro momento do movimento dedica-se à denúncias contra a chamada “indústria da loucura”, as violências asilares, as péssimas condições de trabalho dentro das instituições psiquiátricas. As reivindicações do MTSM são comuns ao movimento sanitário, de forma que são incorporadas. (AMARANTE, 1995).

As políticas de saúde mental desse período (até meados da década de 1980) estão presentes no projeto de reforma sanitária e são acoplados aos planos CO-NASP (Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária) e das AIS (Ações Integradas em Saúde), ambas conquistas do movimento sanitário. (ZAMBENEDETTI, SILVA, 2008, p. 137).

A partir de 1987, o MTSM passa a agregar outros movimentos sociais, segundo Amarante (1995), constituindo-se como Movimento da Luta Antimanicomial (MLA). Fortemente influenciado pelo movimento de psiquiatria democrático italiano, que prega a ruptura em relação ao discurso psiquiátrico vigente até o momento. A ruptura que o modelo italiano propõe constitui um novo paradigma de atenção, que deixa de ser baseado na dinâmica médico- biologicista e passa a seguir o paradigma biopsicossocial.

O objeto nesta proposta não é mais a doença, mas o indivíduo em sofrimento psíquico em relação à sociedade em que vive, da mesma forma que não se busca mais a remissão completa dos sintomas, mas a possibilidade de produção social apesar deles. A nova concepção de saúde, que deixa de ser entendida como ausência de doença, pode se expressar no sujeito atravessado pela psicose. Estas ideias desdobram-se nas propostas assistenciais, passando-se a defender a extinção do hospital psiquiátrico e sua substituição por uma “rede de atenção em saúde mental”, ou “rede substitutiva” (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008, p. 143).

Rotelli (1994) descreve a proposta italiana: um dos dispositivos desta rede é o Centro de Saúde Mental, que se caracteriza por serviços dispostos de forma territorializada, com população adscrita para atendimento de qualquer situação relacionada a sofrimento psíquico, durante 24 horas, nos 7 dias da semana. Esta rede deveria

ainda articular possibilidades de trabalho, moradia, circulação pela cidade, lazer, cultura, de forma intersetorial. Conforme Zambenedetti e Silva (2008), esta rede deveria corresponder à complexificação do sujeito. Para os autores,

Uma rede só se torna efetivamente substitutiva – e não apenas complementar ao hospital psiquiátrico – se os CAPS puderem se articular a uma rede diversificada de serviços e ações com caráter intra e intersetorial, capaz de responder a complexificação do sujeito, tal como proposto pelo movimento de desinstitucionalização (ZAMBENEDETTI, SILVA, 2008, p. 146).

Na análise de Kyrillos Neto (2003, p.73), no momento atual a opinião pública se torna um novo destinatário para os discursos contra a exclusão, de forma que a crítica da clausura seja expandida para além dos muros dos hospitais e a promessa da desinstitucionalização alcance a expressão na cultura.

Ainda que este objetivo não tenha sido alcançado até o momento, o primeiro passo para a mudança ocorre na esfera técnica profissional, sendo necessário, para tanto, conquistas legislativas na organização dos serviços, e da participação popular através da Política Nacional de Saúde Mental.

2.3 Política de Saúde Mental e os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)

Outorgada mais de dez anos depois da Lei 8142/90, a política de saúde mental incorporou as diretrizes da participação popular, associadas aos ideais da Reforma Psiquiátrica a partir de 2001, na Lei 10.216 (BRASIL, 2001), que dispõe sobre a assistência em saúde mental no Brasil, garantindo aos usuários dos serviços especializados o acesso a tratamentos comunitários e territoriais, sigilo, acesso às informações sobre seu tratamento, entre outros direitos.

Direcionada para a inserção social da pessoa com transtorno mental, a política de saúde mental brasileira coloca a internação como última opção de tratamento, instituindo como principais serviços de tratamento os dispositivos comunitários, que seriam criados pela Portaria GM nº 336 de 2002 (BRASIL, 2004a, p.125), os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial).

Os CAPS constituem, portanto, a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica. Caracterizam-se por serem serviços de saúde mental abertos e comunitários, e por serem referência no tratamento para pessoas que sofrem com transtor-

nos mentais severos e persistentes. (BRASIL, 2004b, p.12). Faz parte dos objetivos do CAPS, além de oferecer tratamento aos seus usuários, promover a cidadania e a autonomia da pessoa com sofrimento psíquico, focando a desmistificação da loucura no plano social.

São previstos alguns tipos de CAPS, que se diferenciam pelo tamanho e público-alvo. Assim, o CAPS I destina-se ao atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, com equipe mínima de um médico com formação em saúde mental, um enfermeiro, três profissionais de nível superior e quatro profissionais de nível médio (BRASIL, 2004b, p.19).

O CAPS II, que poderá funcionar em um turno extra (até 21 horas), destina-se ao atendimento em municípios de 70.000 a 200.000 habitantes, com equipe mínima de um médico psiquiatra, um enfermeiro com formação em saúde mental, 4 profissionais de nível superior e 6 profissionais de nível médio (BRASIL, 2004b, p.19).

Já o CAPS III, para municípios com mais de 200.000 habitantes, deve funcionar 24 horas por dia, os sete dias por semana, contando com leitos de observação, nos quais os usuários podem permanecer acolhidos por no máximo sete dias corridos ou dez intercalados em um período de 30 dias, e possui como equipe mínima: dois médicos psiquiatras, 1 enfermeiro com formação em saúde mental, 5 profissionais de nível superior e 8 profissionais de nível médio (BRASIL, 2004b, p.19).

Os CAPS devem fornecer alimentação para os usuários que precisem ficar mais de um turno no serviço, e se articular com outros serviços do território que gerencia. Os atendimentos prestados devem priorizar os trabalhos em grupo, as oficinas terapêuticas, mas também são oferecidos os atendimentos individuais, visitas domiciliares e dispensação de medicações no próprio serviço. (BRASIL, 2004b, p.19).

Para o atendimento de crianças e adolescentes com sofrimento psíquico, estabelece-se o CAPSia para municípios com cerca de 200.000 habitantes e equipe de mesmo tamanho que a de um CAPS II, sendo que o psiquiatra pode ser substituído por um pediatra ou um neurologista com formação em saúde mental.

O atendimento para transtornos relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas está agora centralizado no CAPSad, também em municípios com cerca de 200.000 e com equipe de mesmo porte de um CAPS II, com o acréscimo de um médico clínico e a disponibilização de dois a quatro leitos para desintoxicação e repouso, sem acolhimento noturno. (BRASIL, 2004a, p.133).

O planejamento da implantação dos serviços deve-se fundamentar na organização territorial, distribuição populacional e estudos epidemiológicos. O financiamento destas ações conta com incentivo do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a, p.135).

2.4 O contexto de Salvador em 2010

Salvador é a capital do Estado da Bahia, pertencente à 1ª Diretoria Regional de Saúde (DIRES). Está organizada em 18 Regiões Administrativas (RA) e 12 Distritos Sanitários (DS). Cada DS constitui um espaço geográfico que comporta uma população com características epidemiológicas e sociais específicas, e deve compreender recursos sanitários suficientes para atender suas necessidades. (MENDES et al, 1995, p. 94).

Estima-se que Salvador possua por volta de 2.675.656⁷ habitantes, sendo 1.248.897 homens (46,68%) e 1.426.759 mulheres (53,32%). Caracteriza-se como a cidade mais populosa do Nordeste e a terceira mais populosa do Brasil. A superfície do município é de 693,292 km², e a densidade demográfica é de 3.859,35 hab/km².

Em 2006, o município de Salvador foi habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde (GPSMS), tendo assinado o Pacto pela Saúde em 2007, assumindo então responsabilidades sanitárias no campo da atenção especializada e hospitalar (PMS, 2010, p.60).

No Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), estão registrados 2.565 estabelecimentos de saúde em Salvador, dos quais 452 (17, 6%) são vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), e distribuídos em rede própria, estaduais, federais, filantrópicos e da rede complementar (PMS, 2010, p.59).

Os serviços da rede complementar são estabelecimentos privados, com fins lucrativos, contratados pela gestão municipal para prestação de serviços à comunidade. A distribuição dos serviços SUS do município, de acordo com sua relação com a Prefeitura Municipal de Salvador encontra-se na Tabela abaixo:

7 Fonte: IBGE - <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=29&dados=1>. Estimativa 2010.

TABELA 1 – Distribuição dos serviços SUS de Salvador.

Serviços	Nº
Rede Própria	153
Rede Estadual	37
Rede Federal	09
Filantrópicos ou sem fins lucrativos	25
Privados (rede complementar)	228

Fonte: PMS, 2010.

No município de Salvador, a rede complementar responde pela maioria dos serviços especializados de alta complexidade, enquanto que à rede própria correspondem os serviços de atenção básica, de saúde mental, odontológicos, de controle de zoonoses, central de regulação, entre outros

TABELA 2 – Distribuição dos serviços da rede própria de Salvador (2010)

Serviços da rede própria	Nº
Unidades Básicas de Saúde	48
Unidades de Saúde da Família (USF)	56
Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)	02
Centros de Saúde Mental (CSM)	03
Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	19
Pronto – atendimento (PA)	09
Unidades de Atendimento Odontológico (UAO)	02
Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)	05
Centro de Atenção Especializada	01
Centro de Especialidades Cardiológicas	01
Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS)	01
Unidade de Vigilância Sanitária (VISA)	01
Centro de Controle de Zoonoses (CCZ)	01
Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST)	01
Central de Regulação	01

Fonte: PMS, 2010.

O município conta ainda com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) com 17 bases, 04 ambulâncias avançadas, 54 ambulâncias básicas e 29 motolâncias⁸, além de 07 Farmácias Populares. (PMS, 2010, p. 59)

TABELA 3 – Distribuição dos CAPS de Salvador por Distrito Sanitário e Tipo de CAPS

Distrito Sanitário	CAPS	TIPO
Centro histórico	DR. A.R. Pelegrino	II
Itapagipe	Adilson Sampaio	II
Liberdade	Liberdade	II
	Liberdade	IA
Brotas	Aristides Novis	II
Boca do rio	Rosa Garcia	II
Itapuã	Franco Basaglia	II
São Caetano / Valéria	São Caetano	II
	Gey Espinheira	III AD IA
Barra / Rio vermelho	Oswaldo Camargo	II
	Garcia	II
	Luiz Meira Lessa	IA
Pau da lima	Pau da Lima	II
Cabula / Beirú	Eduardo Saback	II
	Pernambués	AD
Cajazeiras	Águas Claras	II
	Cajazeiras	II
Subúrbio ferroviário	Célia Rocha	II
	Nzinga	II

Fonte: Dados da Secretaria Municipal de Saúde – 2010.

Em relação aos CAPS, 19 unidades estão em funcionamento, embora só 12 estejam cadastrados no CNES. Os CSM funcionam ao lado de três CAPS, oferecendo atendimento individual especializado e distribuindo medicação controlada. Pa-

⁸ Motocicletas utilizadas no atendimento e socorro às vítimas com patologias graves, especialmente naqueles casos em que o tempo é essencial para diminuir as sequelas Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/faq/faqcategoria.cfm?idcat=194&idquest=2308>. Acesso em 12 dez 2010.

ra o atendimento ambulatorial, o município conta ainda com os dois ambulatórios ligados aos Hospitais Psiquiátricos Juliano Moreira e Mário Leal, ambos estaduais.

Para atendimentos de emergência, foi inaugurado em 2009⁹ um pronto-atendimento com funcionamento de 24 horas, 11 leitos disponíveis para observação, e uma equipe composta por médicos psiquiatras, enfermeiras, assistentes sociais e técnicos de enfermagem. As atividades desta unidade estão suspensas, de forma que continuam sendo utilizados apenas os serviços dos Hospitais Psiquiátricos Estaduais para atendimentos de emergência.

Os pacientes egressos de internações psiquiátricas de longa duração são acompanhados em Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), e Salvador possui sete SRTs em setembro de 2010¹⁰. As residências terapêuticas são casas localizadas na comunidade que abrigam no máximo oito pessoas, portadoras de sofrimento psíquico grave, que estiveram internadas por muitos anos e, por isso, perderam os laços familiares e comunitários. (BRASIL, 2004c, p. 06). O município ainda conta com duas equipes para consultoria de rua e uma equipe de psiquiatria na regulação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu)¹¹.

Os CAPS possuem equipe multidisciplinar, composta por psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e enfermeiras, além de profissionais de nível médio, como técnicas de enfermagem, auxiliares de limpeza, oficineiros, e vigilantes. Algumas unidades contam com profissionais diversificados, como musicoterapeuta, educador físico, psicopedagoga.

O número de profissionais nos CAPS é bastante divergente de uma unidade para outra. Os vínculos empregatícios dos profissionais também são diferentes dentro de uma mesma unidade, podendo haver funcionários efetivos, contratados por prestação de serviço e REDA (Regime Especial de Direito Administrativo).

Para a elaboração do Plano Municipal de Saúde Mental, em 2005, e no Plano Municipal de Saúde 2010-2013, foram levantados dados para o diagnóstico da situa-

9 Conforme noticiado pela Prefeitura Municipal de Salvador, em http://www.saude.salvador.ba.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=59:sms-inaug. Acesso em 12 dez 2010.

10 Conforme noticiado pela Prefeitura Municipal de Salvador, em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=493%3Aresidencia-terapeutica-do-municipio-recebe-pacientes-do-hospital-de-custodia-e-tratamento&catid=39%3Anoticias&Itemid=1. Acesso em 12 dez 2010.

11 Conforme noticiado pela Prefeitura Municipal de Salvador, em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=464%3Asalvador-tera-o-primeiro-caps-ad-iii-do-estado-&catid=39%3Anoticias&Itemid=1. Acesso em 12 dez 2010.

ção da assistência no município, e estabelecidas metas para a intervenção na gestão, na infraestrutura dos serviços e na qualificação da assistência.

Nos dois documentos, chega-se à conclusão da insuficiência de serviços em Salvador, indicando-se a implantação de novas unidades assistenciais, além de maior integração entre as diversas áreas de cuidado em saúde.

No Plano de 2005, foi prevista a implantação de 17 CAPS em diferentes distritos - 9 CAPS II, 2 CAPS III, 4 CAPSia e 2 CAPSad, além de 10 SRTs. Compara-se o planejado em 2005 com o que foi construído até 2010 na Tabela 4.

TABELA 4 – Comparativo entre o planejado no Plano Municipal de Saúde Mental de Salvador 2005 e o alcançado em 2010.

Distrito Sanitário	Plano Municipal de Saúde Mental 2005	Alcançado em 2010
Centro histórico	01 CAPS ad	01 CAPS II (DR. A.R. Pelegrino)
Itapagipe	-	-
Liberdade	01 CAPS II	01 CAPS II (Liberdade)
Brotas	-	-
Boca do rio	01 CAPS II	01 CAPS II (Rosa Garcia)
Itapuã	02 CAPS II	01 CAPS II (Franco Basaglia)
São Caetano / Valéria	01 CAPS II e 01 CAPS III	01 CAPS II (São Caetano) e 01 CAPS III ad ia (Gey Espinheira)
Barra / Rio vermelho	01 CAPSia	01 CAPS II (Garcia) e 01 CAPS ia (Luiz Meira Lessa)
Pau da lima	01 CAPS II e 01 CAPS ia	01 CAPS II (Pau da Lima)
Cabula / Beirú	01 CAPS II e 01 CAPS ia	01 CAPS II (Eduardo Saback)
Cajazeiras	01 CAPS II	01 CAPS II (Cajazeiras)
Subúrbio ferroviário	01 CAPS ad, 01 CAPS III e 01 CAPSia	01 CAPS II (Célia Rocha)

Fontes: PMS, 2005 e Dados da Rede de Serviços 2010.¹²

12 Rede de serviços disponibilizada pela equipe do Serviço de Emergência, Triagem e Acolhimento (SE-TA) do Hospital Juliano Moreira (HJM) em março de 2010. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/portalsesab/hjm/images/stories/PDF/CAPSBahia.pdf>. Acesso em 12 dez 2010.

Também no Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013 (PMS, 2010, p.94), uma das metas construídas foi a de implantar mais unidades de CAPS e SRTs, de forma adequada ao território dos distritos e do município. Em notícia divulgada em 5 de janeiro de 2011, a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador anuncia a inauguração de mais 4 CAPS, a ser realizada ainda durante este ano, embora a reportagem não indique o local de implantação destas unidades.¹³

Em muitos casos, conforme assinalado na Tabela 4, os serviços implantados até 2010 foram diferentes do que se havia planejado em 2005. Pelo comparativo, percebe-se que ainda faltam: 01 CAPSad no DS Centro Histórico, 01 CAPS II no DS Itapuã, 01 CAPS III para adultos portadores de sofrimento psíquico grave no DS São Caetano/ Valéria, 01 CAPS ia no DS Pau da Lima, outro no DS Cabula/ Beirú, e, por fim, 01 CAPS III, 01 CAPS ad e 01 CAPS ia no DS Subúrbio Ferroviário. Dos 10 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) planejados, só foram implantados 7 até o momento.

O Plano Municipal de Saúde Mental também levanta a dificuldade na formação das equipes, principalmente em relação ao psiquiatra, uma vez que estes profissionais não demonstram interesse em compor as equipes no município, por causa do valor da remuneração. (PMS, 2005, p. 09).

Com relação à formação dos profissionais, não há dados nos Planos a respeito, embora esteja contemplado em ambos o planejamento de capacitação destes, além de apontarem para a insuficiência de pessoal e a má distribuição dos recursos humanos. (PMS, 2010, p. 57; PMS, 2005, p.13).

No Plano Municipal de Saúde Mental, um dos objetivos construídos foi o de incluir nos cuidados em saúde mental algumas terapêuticas alternativas, introduzindo a meta da realização de concurso público para diversas categorias profissionais, inclusive acupunturistas, homeopatas, musicoterapeuta, o que não ocorreu com a publicação do edital nº01/2011¹⁴. Outra meta era a de manutenção de supervisão periódica, por parte da equipe central de Saúde Mental e coordenadores dos DS, sobre o funcionamento dos ambulatórios, CAPS e SRTs;

O Plano também previa a implementação e capacitação do Conselho Municipal de Saúde Mental, além do incentivo à criação de Comissões Distritais e Locais

¹³ Disponível em:

http://www.saude.salvador.ba.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=591:sms-inau. Acesso em 6 jan 2011.

¹⁴ Disponível em <http://www.cesgranrio.org.br/concursos/evento.aspx?id=seplag0111>. Acesso em 4 jul 2011.

de Saúde Mental, articuladas a Comissões Distritais e Locais de Saúde, em cada DS.

Apesar de não haver dados disponíveis sobre estas Comissões, durante a preparação da II Conferência Municipal de Saúde Mental, ocorrida em 13 e 14 de abril de 2010, diversas reuniões foram realizadas nos distritos com as lideranças locais, para discussão das pautas a serem levadas para a Assembleia.

Desta forma, o objetivo de promover a participação social dos usuários do sistema e capacitá-los para o exercício do controle social tem sido perseguido pelos gestores. Esta participação é fundamental não somente para a formulação e implantação das políticas de saúde mental, mas especialmente para a formação de uma cultura de avaliação das mesmas.

Neste sentido, o Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) foi imprescindível para a defesa da participação política dos usuários e familiares nas instâncias institucionais de controle social e na construção dos novos modelos assistenciais.

O MLA tem expressão significativa no cenário político de Salvador, sendo responsável por diversas manifestações e reivindicações relacionadas à qualidade da assistência prestada no município. Vinculado à Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA), atuou veementemente na formação de uma Associação de usuários na Bahia.

A RENILA se formou em dezembro de 2003, nascida do Movimento da Luta Antimanicomial, mantendo a luta pela mudança na lógica assistencial à saúde mental e centralizando as discussões na defesa da cidadania da pessoa com transtorno mental (TOMAZ, 2009, p.13).

Suas ações contemplam o acompanhamento e apuração de denúncias de violação de direitos humanos que afetam os portadores de transtorno mental, a apresentação de reivindicações relativas a políticas públicas, a defesa da criação e do aprimoramento de legislações que assegurem aos portadores de transtorno mental a plena condição de sujeitos de direitos, com o objetivo de abolir as figuras da discriminação e do preconceito;

A RENILA também é responsável pela publicação das contribuições dos usuários na IV Conferência de Saúde Mental, em parceria com o Conselho Federal de Psicologia (CFP). A publicação conta com as pautas encaminhadas pelos usuários durante a Marcha dos Usuários pela Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, realizada em setembro de 2009 em Brasília, para Ministérios e Presidência da República.

Kyrillos Neto (2003, p. 75) questiona o Movimento da Luta Antimanicomial por considerar que esta define o usuário do serviço de saúde mental pela exclusão social e não pelo seu quadro clínico:

Compensando as insuficiências apontadas por Basaglia, estaríamos incluindo socialmente o paciente? Partimos da premissa que a inclusão oferecida por meio da mera concessão de benefícios institucionais traz consigo a marca das privações e insuficiência, sendo terapeuticamente inócua. O usuário do programa de saúde mental é incluído socialmente através de sua condição de paciente psiquiátrico (p.75)

Para o autor, o movimento da luta antimanicomial é inspirado no desejo de uma prática ética dos trabalhadores, e considera que a reforma psiquiátrica não propõe uma nova forma de entender a loucura. (Kyrillos Neto, 2003, p.75).

Avaliando a questão pela ótica dos próprios usuários, é consenso que a participação nos processos decisórios e na avaliação dos serviços prestados pelo Estado se constitui num dos caminhos para a garantia de uma “vida digna, livre e independente para os portadores de transtorno mental, com o respeito às suas escolhas”¹⁵.

Os registros de Associações de usuários são muito escassos, e existem muitas dificuldades em localizá-las (VASCONCELOS, 2010, p. 01). Em pesquisa realizada de 2004 a 2007, o perfil mais encontrado foi o de Associações ligadas e dependentes de CAPS ou de profissionais técnicos.

Vasconcelos (2010, p. 02) explica que este fenômeno pode ser compreendido através da observação de que a maioria dos usuários têm pouca instrução formal, contando com poucos recursos financeiros e quase nenhum acesso à cultura.

Além disso, as Associações são formadas através da provocação e sustentação de movimentos de reforma psiquiátrica e antimanicomial, diminuindo a autonomia e liberdade de ação dos usuários e familiares, que se inclinam a corresponder às expectativas destes profissionais.

Para Vasconcelos (2010, p. 02), “um dos problemas principais das associações de usuários e familiares e do próprio movimento antimanicomial está em suas bases de sustentação econômica, organizacional e política”. As associações de uma forma geral sustentam suas atividades com a ajuda das coordenações de saúde mental municipais, estaduais e nacional comprometidas com a Reforma, ou utilizam os Conselhos profissionais de algumas categorias ligadas à saúde mental.

A fragilidade nas bases do movimento dos usuários pode significar vulnerabilidade a diferentes visões a respeito da organização da assistência, como aponta

15 Observatório de Saúde Mental e Direitos Humanos: <http://osm.org.br/>

Vasconcelos (2010, p. 03) em relação à apropriação de atores políticos contrários à estratégia de desinstitucionalização dos movimentos da reforma psiquiátrica e anti-manicomiais.

No entanto, as associações de usuários mantêm ações voltadas para a avaliação constante da implantação da política de saúde mental, e para o aperfeiçoamento da sua dinâmica interna, como é o caso da Associação Metamorfose Ambulante, que busca representar familiares e usuários dos serviços de saúde mental da Bahia.

3 AVALIAÇÃO E PARTICIPAÇÃO

Em diversos momentos do cotidiano, as pessoas são levadas a realizar atos avaliativos, seja em seu trabalho, ou em sua vida pessoal. Considerando a definição do dicionário¹⁶, discutir-se-á neste capítulo o ato de avaliar, ou seja, calcular ou determinar o valor, o preço ou o merecimento de um objeto, uma situação ou uma ação.

Embora o verbete pareça claro e definitivo, diversos teóricos divergem não apenas a respeito da definição de avaliação, mas de seus propósitos, objetivos e aplicações. Para cada uma das diferentes concepções, construir-se-ão metodologias avaliativas distintas.

Será necessário, portanto, estabelecer uma concepção a ser adotada neste trabalho e delinear a importância da avaliação, pelo impacto que pode oferecer na qualidade dos serviços e na formulação e implantação de políticas públicas.

Também consta deste capítulo o percurso histórico das pesquisas avaliativas, a forma como esta se tipificam, detendo-se especificamente nas pesquisas de avaliação em saúde, para apresentar a discussão sobre a avaliação na perspectiva do usuário.

3.1 Conceito de avaliação e a importância da prática avaliativa

Pretende-se aqui delinear as principais concepções a respeito da prática avaliativa, e os conceitos mais utilizados teoricamente em sua análise, a fim de estabelecer uma concepção a ser adotada neste trabalho.

Para Worthen, avaliação é “identificação, esclarecimento e aplicação de critérios defensáveis para determinar o valor (valor ou mérito), a qualidade, a utilidade, a eficácia ou a importância do objeto avaliado em relação a esses critérios” (WORTHEN, 2004, p.35). Tem por objetivo a determinação deste mérito, de forma

16 Michaelis - Moderno Dicionário da Língua Portuguesa. Melhoramentos, 1998.

que, em sua definição, o autor já implica a necessidade metodológica intrínseca na prática avaliativa, pelo estabelecimento de critérios, ou indicadores.

Esta definição é propositalmente geral, podendo ser aplicada em diferentes áreas, de forma que o objeto da avaliação pode ser diferente, possibilitando que esta seja utilizada para planejar melhoras, embasar decisões administrativas, controlar processos, ou mesmo empoderar os agentes participantes.

Para Costa e Castanhar (2003), é na discussão do estabelecimento dos indicadores que se encontra o verdadeiro emaranhado conceitual da matéria, uma vez que se encontra uma grande variedade de formas de definir e utilizar essa medida, dependendo da área e do propósito da avaliação.

Considerando a dificuldade de apreender situações complexas de forma integral, a utilização de indicadores torna possível uma maior aproximação com a realidade que se pretende avaliar. (ALMEIDA; ESCOREL, 2001). No entanto, mesmo que se utilize o maior número de indicadores possível, não estará garantida a total compreensão de um conceito, uma vez que estes atuam como mediadores entre a realidade e o conhecimento adquirido sobre esta, como representações quantificáveis e qualificáveis, como Aguilar e Ander-Egg (1994) assim os definem:

O indicador é, simplesmente, uma forma de nos aproximarmos do conhecimento de algo que não podemos captar diretamente. (...) medidas específicas (explícitas) e objetivamente qualificáveis das mudanças ou resultados de uma atividade" (AGUILAR E ANDER-EGG, 1994, p. 123-124)

Schwartzman (1994) define três tipos de indicadores: os simples, que são definidos por termos absolutos, (ex. quantidade de profissionais, número de consultas realizadas), os de desempenho, que implicam em um comparativo entre termos absolutos (ex. número de profissionais/nº de usuários, custo por usuário), e os indicadores gerais, construídos fora da instituição avaliada ou do programa, tendo por bases estatísticas gerais ou opiniões de especialistas (ex.: a avaliação dos programas de pós-graduação realizada pela Capes).

Uma tentativa de classificar indicadores sociais foi construída por Rob Vos (1996, p.2). O autor identificou em seu trabalho três categorias de indicadores sociais: os de resultado; de insumo e os de acesso.

Os indicadores de resultado se referem à satisfação de necessidades básicas, como o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), o de mortalidade infantil, entre outros. Os de insumos dizem respeito aos recursos necessários para se alcançarem os indicadores de resultado. Para o IDH, que depende do nível de educação, os

recursos para este campo poderiam ser a quantidade de escolas e de professores, por exemplo.

Já os indicadores de acesso identificam os determinantes que permitem tornar efetiva (e em que grau) a utilização dos recursos disponíveis para atender as necessidades básicas. Estes indicadores destacam a discrepância entre a existência de serviços e a disponibilidade para o público a que se destina.

Outros conceitos se interpõem na análise do processo avaliativo. De acordo com a UNICEF (1990), por exemplo, em se tratando da avaliação de um programa ou de uma política, deve-se examinar o seu desempenho, implementação e resultados, a fim de determinar:

- Sua eficiência, ou seja, o quanto a relação custo/ benefício possibilitou que os objetivos fossem alcançados com o mínimo de recursos possíveis.
- Sua eficácia, ou o quanto dos objetivos almejados foram efetivamente alcançados,
- O impacto que obteve no meio em que foi implantado, se foram causados efeitos positivos e negativos no ambiente externo à realidade analisada;
- Sua capacidade de se sustentar, ou a capacidade de manutenção dos efeitos benéficos alcançados;

Patton (2008, p.173), por sua vez, enfatiza a utilização da avaliação para a construção de sua definição, considerando a coleta dos dados para investigação inicial e de seus resultados, além da construção dos julgamentos que irão subsidiar as decisões para futuras programações.

Estes julgamentos podem ser considerados, segundo Silva (2005, p. 16), de forma quantitativa ou qualitativa, ou ainda como uma análise sobre o significado do fenômeno. Em termos de programas sociais, seria possível julgar: qual a porcentagem de usuários-alvo foi alcançada, se trouxe benefícios à população assistida, ou ainda, a análise do processo de empoderamento dos usuários do programa.

Importante ressaltar a distinção entre avaliação e monitoramento. Para a UNICEF (1990, p.3), a prática da avaliação é pontual, em contraposição à do monitoramento, que busca o acompanhamento periódico e regular das ações realizadas e das características de um serviço. A avaliação, realizada episodicamente, provê um julgamento a partir de um determinado momento. (SILVA, 2005, p. 16). Sob esta

ótica, a prática avaliativa ganha espaço como uma ferramenta de gestão, aperfeiçoando o planejamento de novas ações.

O monitoramento pode, portanto, contribuir com o levantamento das informações necessárias para a avaliação, mas esta só será possível a partir de um objetivo, a formulação de uma questão que oriente a organização destes dados e sua interpretação. Este levantamento de informações, realizado cotidianamente, requer o exercício institucionalizado do registro (HARTZ, 1999, p.240).

Com relação à sua importância na vida humana, Scriven (1991, *apud* WORTHEN, 2004), observa:

O processo de avaliação disciplinada permeia todas as áreas do pensamento e da prática (...). Encontra-se em resenhas de livros acadêmicos, nos procedimentos de controle de qualidade de engenharia, nos diálogos socráticos, na crítica social e moral, na matemática e nas opiniões dadas pelos tribunais de apelação. É o processo cujo dever é a determinação sistemática e objetiva de mérito, propriedade ou valor. Sem esse processo, não há como distinguir o que tem valor do que não tem.” (p. 56)

No entanto, Worthen (2004) alerta para o fato de que a avaliação apresenta limitações, na medida em que não é a única responsável pela correção de problemas, dependendo para isso de quem for utilizá-la. Esta concepção aponta para a parcialidade no processo avaliatório, além da impossível neutralidade de quem o coloca em prática.

Esta independência no tratamento dos dados recolhidos para a avaliação se faz ainda mais necessária quando o que se quer julgar faz parte da realidade do investigador, conforme ressaltado por Arretche (1999): “o uso adequado dos instrumentos de análise e avaliação são fundamentais para que não se confundam opções pessoais com resultados de pesquisa” (ARRETCHÉ, 1999, p. 30).

Aguilar e Ander-Egg (1994) justificam o uso da avaliação por uma organização pelo interesse em conhecer “provas objetivas, sistemáticas e completas do grau em que foram atingidos os fins do programa e do grau em que gerou outras consequências imprevistas” (AGUILAR, ANDER-EGG, 1994, p. 61-62). Estas provas podem auxiliar na tomada de decisões administrativas e estratégicas, como uma retroalimentação de processos.

Para além do impacto nas decisões administrativas, Almeida (2006) ressalta o impacto nos atores que participam do processo:

Esse impacto precisa ser avaliado para além da quantificação das pessoas atendidas, dos benefícios distribuídos ou da abrangência da intervenção. O impacto aqui deveria surgir como a revelação do que foi alterado na capacidade dos sujeitos participantes de: implicarem-se com as situações que lhe

causam prejuízos (materiais e subjetivos), responsabilizarem-se, pelo menos, por parte dessas situações e construir formas de alterá-las. Estamos falando então em um processo que revele, ainda que parcialmente, qual a contribuição de um programa social para que tanto o público alvo quanto gestores reconstruam representações e alterem atitudes. (ALMEIDA, 2006, p. 2)

A avaliação poderá, portanto, transcender uma função somativa para alcançar uma função formativa, segundo a classificação utilizada por Furtado (2001, p. 36). Uma avaliação somativa julga o processo avaliativo, especificando os objetivos alcançados, enquanto que a formativa buscará informação que superem as dificuldades apresentadas no programa ou serviço avaliado.

A importância do processo avaliativo também pode ser considerada a partir do seu mérito, que Scriven (*apud* AGUILAR, ANDER-EGG, 1994) distingue do conceito de valor. O valor depende do grau de necessidade de realizar a ação, ou seja: quanto mais necessário é fazer algo, tanto maior o seu valor. Em contrapartida, o mérito guarda relação com a realização satisfatória de uma atividade proposta, de forma independente do seu valor, seja eficiente. Pode-se concluir que para ter valor, um programa precisa ter mérito, mas que para ter mérito, ele não precisa ter valor.

3.2 Tipos de avaliação

Tipificar a prática avaliativa diz respeito à organização dos estudos publicados a respeito, tentando dar uma forma ao arcabouço teórico disponível, não deixando de ser uma forma de “avaliar” o processo historicamente, e diversos autores se dedicaram a esta análise.

Worthen (2004, p. 125) propõe uma classificação das abordagens avaliativas em seis categorias, caracterizadas a partir do enfoque dado a algum ator em particular:

- Abordagens centradas na administração, que têm por objetivo principal coletar informações para fundamentar as decisões dos gestores;
- Abordagens centradas nos consumidores, com o objetivo de fornecer informações que influenciem a escolha de consumidores por um determinado produto;

- Abordagens centradas nos especialistas, em que conhecimentos específicos são utilizados na avaliação das atividades propostas;
- Abordagens centradas no adversário, em que é dada ênfase aos “prós e contras” de determinado processo, ao delimitarem oposições planejadas, num esforço para gerar pontos de vista antagônicos na avaliação, de forma a minimizar as incongruências e deficiências do processo avaliativo.
- Abordagens centradas nos participantes, em que a participação de todos os atores envolvidos é fundamental na realização da avaliação.

Além de Worthen, outros autores contribuíram com a discussão construindo outras formas de classificar os tipos de avaliação. Aguilar e Ander-Egg (1994) propõem uma classificação a partir de quem a realiza. De acordo com estes autores, haveria quatro tipos de avaliação: o primeiro tipo seria caracterizado pelas avaliações realizadas por pesquisadores externos, sem vínculos com o serviço, o segundo contaria com avaliadores que fazem parte da instituição que promove o processo, enquanto que o terceiro tipo seria um misto de participantes internos e externos. No quarto tipo de avaliação, os executores da ação a ser avaliada seriam os próprios avaliadores, ou seja, realizariam uma auto-avaliação.

Outras classificações aparecem na literatura, como a construída por Faria (2009), que organizou os estudos sobre avaliação em quatro categorias, determinadas pelo momento em que a avaliação ocorreria dentro do processo a ser avaliado.

A primeira, chamada **ex-ante**, é composta por estudos que visam ao levantamento de informações que fundamentem a implantação de programas, como a definição dos seus objetivos, o ambiente em que serão aplicados, delimitação de público-alvo e das suas necessidades.

A segunda categoria, de **acompanhamento e monitoração**, permite realizar intervenções durante o processo a ser avaliado, de forma a facilitar o alcance dos objetivos propostos. A mudança nesse caso é considerada apenas no conteúdo do programa, modificando cenários jurídicos, administrativos, ou mesmo requalificando os recursos humanos disponíveis. (FARIA, 2009, p. 44)

Na terceira categoria, identificada com as avaliações com funções **formativas**, tem por objetivo alcançar a eficácia dos programas. As intervenções podem atingir os aspectos intrínsecos aos programas, diagnosticando as falhas nos instrumentos, métodos, além de adequar o público-alvo.

O quarto conjunto de estudos se identifica com as avaliações de função **somativa**, ou **ex-post**. Consistem em estudos comparativos entre programas antagônicos, avaliando sua efetividade nos diversos métodos empregados. Permite a escolha da “melhor” estratégia para alcançar metas de médio e longo prazo. (FARIA, 2009, p. 45).

Faria (2009) construiu um quadro comparativo para demarcar as diferenças entre as pesquisas avaliativas de monitoramento, as de função somativa e formativa, reproduzido na Tabela 5.

TABELA 5 – Comparativo entre as atividades de monitoramento, avaliação formativa e avaliação somativa.

Dimensão	Monitoramento	Avaliação Formativa	Avaliação Somativa
Caracterização	Acompanhamento de ações e tarefas referentes ao plano de execução	Acompanhamento de ações e tarefas referentes ao conteúdo, método e instrumentos do programa	Exame e análise de objetivos, impacto e resultados.
Momento/tempo	Processo contínuo durante a execução	Acompanhamento do processo com coleta de dados e registros de observações específicas para avaliação	Tomadas pontuais antes, durante e depois para avaliar o impacto.
Objetivo	Identificar o progresso com respeito ao plano de trabalho	Identificar os aspectos do programa que devem ser aprimorados	Analisar as relações entre processo, resultados e impacto, comparando diferentes programas.
Atitude	Gerencial	Descritiva, clínica, corretiva	Analítica, normativa, prescritiva
Recomendações	Ajuste do plano, das condições operacionais e correção dos rumos	Aprimoramento do conteúdo, objetivos, foco e metodologia do programa	Revisão de ações, recursos e metas.

Fonte: FARIA, 2009, p. 46.

Independente do tipo de avaliação escolhida para um determinado programa, o que não se pode deixar de considerar é o objetivo principal de todas essas iniciativas: aprimorar a qualidade da atenção prestada aos seus beneficiários. Como coloca Halcolm: “*measuring something does not assure it gets done, anymore than*

counting how many times you cast a fishing line assures that you can catch a fish."¹⁷
(HALCOLM, *apud* PATTON, 2008, p. 173).

3.3 Percurso histórico das pesquisas avaliativas

Worthen (2004) localiza a primeira evidência de uma prática avaliativa em 2000 AC, quando os funcionários públicos chineses eram submetidos à provas que estimavam seu desempenho. Lembra igualmente de Sócrates, que durante seus diálogos submetia seus discípulos a avaliações verbais.

A avaliação de programas e políticas sociais converge historicamente para o final da 2ª Guerra Mundial, quando os Estados Unidos começam a delinear suas primeiras experiências na formulação e implementação de políticas públicas. Até então regulados pelo mercado, serviços de saúde, educação e de emprego passam a contar com a intervenção estatal, que precisava garantir sua eficácia. As atividades de avaliação tinham uma função *"per se"*, independente do planejamento e da implantação de programas (PATTON, 2008; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2000).

Patton (2008) afirma que a avaliação de programas nasce de duas constatações: a de que o dinheiro disponível não seria suficiente para resolver os problemas propostos, e a de que, mesmo se houvesse dinheiro, seria necessário determinar antes quais seriam as prioridades, e de que forma o dinheiro seria gasto. (PATTON, 2008, p. 16).

No Brasil e na América Latina, conforme conclui Stenzel (1996, p.208), não há literatura expressiva sobre a prática avaliativa, comparada à produção anglo-saxônica, e pouca experiência institucional na execução da avaliação. A autora aponta para duas possíveis explicações para este fenômeno: primeiro, a postura tradicionalmente autoritária e clientelista do Estado brasileiro, em oposição à falta de organização da sociedade civil, sem tradição no exercício da cidadania.

A segunda explicação se detém na influência do pensamento marxista nas Ciências Sociais latino-americanas, em sua vertente mais ortodoxa, que durante certo tempo adotou uma postura cética em relação às políticas de bem-estar social, de-

¹⁷ Medir algo não garante que seja realizado, não mais do que contar quantas vezes uma linha de pescar é lançada garante que o peixe seja pescado. (tradução da autora)

corrente da análise do Estado como instrumento da burguesia (STENZEL, 1996, p. 209).

Esta análise pressupõe que, para o exercício da prática avaliativa, se faz necessário que haja uma mudança cultural, baseada na organização da sociedade civil, no pleno exercício da cidadania e a adoção de uma postura imparcial diante das políticas sociais.

Ao refletirem sobre o contexto histórico, e a produção de cada período, Guba e Lincoln (1989) dividiram a avaliação em quatro gerações, sintetizando os propósitos das práticas de cada época: a primeira, ou a da **mensuração**, a segunda, ou da **descrição**, a terceira geração, do **julgamento**, e a 4ª geração, **construtivista**.

Entre as primeiras influências na avaliação, estão as mensurações do conhecimento de escolares. O objetivo da escola era ensinar às crianças o que era conhecido como verdade de forma factual, e as crianças demonstravam o conhecimento sobre os fatos reproduzindo-os através de testes de memória.

Furtado (2001) pondera que dois fatores proporcionaram o desenvolvimento desta primeira geração: a ascensão das ciências sociais aderidas ao paradigma das ciências físicas, e o surgimento do gerenciamento científico nas indústrias. (FURTADO, 2001, p. 33)

O papel do avaliador nesta geração era de um técnico que tinha que saber construir e usar os instrumentos, de modo que qualquer variável a ser investigada pudesse ser medida. É muito importante notar que esta primeira geração continua influenciando a prática até os dias atuais, como é evidenciado pela frequente prática de realizar testes como requisito para a graduação ou procedimentos de admissão. (WETZEL, 2005, p. 53).

Na área da saúde, esta geração se traduz nas avaliações que medem o número de atendimentos realizados por períodos de tempo, a média de dias de internação psiquiátrica, entre outros.

Surgida da necessidade que os Estados Unidos passam a ter de saber como funcionam os currículos escolares, a segunda geração se deteve a descrever o processo de funcionamento dos programas e identificar se seus objetivos foram alcançados, e não apenas medir resultados, como na anterior. (FURTADO, 2001, p. 34).

As primeiras avaliações de programas nascem nesta geração, e o papel do avaliador passa a ser o de um descritor. A medição não era mais tratada como equi-

valente à avaliação, mas redefinida como um instrumento que poderia ser usado a seu serviço. (WETZEL, 2005, p. 54).

A abordagem descritiva orientada para os objetivos da segunda geração apresentou sérias dificuldades, quando seus estudos se mostraram inadequados na avaliação da responsabilidade do governo federal nas supostas deficiências da educação americana. Outra crítica se dirige à negligência quanto a outra face da avaliação: o julgamento. Estabelecer méritos no ato de avaliar marca o surgimento da terceira geração, na qual avaliadores eram caracterizados por seus esforços em realizar julgamentos, retendo ainda as funções técnicas e descritivas anteriores. (FURTADO, 2001, p. 34 e WETZEL, 2005, p. 54).

Apesar dos avanços nas pesquisas e na tradição avaliativa, Guba e Lincoln (1989) identificam três limitações importantes nas três gerações já explicitadas:

- Apresentam uma tendência ao predomínio do ponto de vista gerencial nos processos avaliativos: sendo o contratante do processo avaliativo, o gestor não participa diretamente da avaliação, mas pode determinar como deverá ocorrer a coleta de dados e a divulgação dos resultados, além de dificultar ou mesmo impossibilitar a participação efetiva dos beneficiários durante o processo.
- Demonstram incapacidade em acomodar o pluralismo nos valores dos diversos atores envolvidos: o próprio termo “avaliação” tem uma raiz linguística nos valores, mas as primeiras gerações esbarram em explicar como os diferentes valores entre os atores poderiam ser negociados, ou quais dominariam o estudo. O argumento utilizado, da imparcialidade da ciência, é altamente questionável atualmente. Como afirmam Guba e Lincoln (1989):

Se a ciência não é livre de valores, então não apenas os achados são submetidos a diferentes interpretações, como também os próprios fatos são determinados em interação com o sistema de valores que o avaliador carrega. Então, todo o ato de avaliar torna-se um ato político. (GUBA E LINCOLN, 1989, p. 35)¹⁸

- Hegemonia do paradigma positivista: a dependência dos métodos positivistas provocou a desconsideração com o contexto, a grande dependência de medições quantitativas. O uso do método científico das ciências

¹⁸ Tradução da autora

naturais pode eliminar caminhos alternativos de conhecimento, caracterizando-os como não- científicos.

Para os autores, a aderência ao paradigma científico exige o avaliador de qualquer responsabilidade moral sobre as suas ações, ou seja, nenhuma das três primeiras gerações torna o avaliador moralmente responsável pelo que emerge da avaliação ou pelo uso dos seus resultados. (GUBA E LINCOLN, 1989, p.36)

Como alternativa às três gerações anteriores, Guba e Lincoln (1989) desenvolvem um novo tipo de avaliação, baseada em pressupostos construtivistas. O método da Avaliação da Quarta Geração, adaptado por Wetzel (2005), enfatiza a participação dos grupos de interesse, suas reivindicações e interesses. Enquanto modelos tradicionais os parâmetros são definidos *a priori*, nesta proposta estes mesmos parâmetros são definidos de forma responsiva (GUBA E LINCOLN, 1989, p. 38-39):

*The term **responsive** is used to designate a different way of **focusing** an evaluation, that is, deciding on what we have been calling its parameters and boundaries. In the models included in the first three generations, parameters and boundaries have been established a priori; their specification, usually accomplished through negotiations between client and evaluator, is part of the design process.” (GUBA E LINCOLN, 1989, p.38).¹⁹*

Furtado (2001,p. 38) levanta vários estudos que discutem a participação dos grupos de interesse no processo avaliativo. Internacionalmente chamados de *stakeholders*, o autor traduziu o termo para “grupos de interesse” ou “grupos implicados”. Definidos como organizações, grupos ou indivíduos potencialmente vítimas ou beneficiários do processo avaliativo. Nesses grupos, os indivíduos compartilham características comuns, com interesse na avaliação, seja pelo seu impacto, produto ou desempenho. (FURTADO, 2001, p. 38)

Guba e Lincoln (1989) identificaram diferentes grupos de interesse, e classificaram em três: os técnicos responsáveis pela implantação do projeto(o que incluiria os gestores), os beneficiários, e as vítimas, que seriam as pessoas que são afetadas negativamente pelo projeto. (GUBA E LINCOLN, 1989, p. 202).

A avaliação responsiva, segundo os autores, tem quatro fases, que podem se sobrepor: na primeira fase, são identificados os grupos de interesse, suas questões, preocupações e reivindicações, de forma conjunta. Na segunda fase, estas questões são introduzidas para outros grupos, para que possam refutar, concordar

19 Grifos do autor: “O termo **responsivo** é usado para designar uma forma diferente de **foco** numa avaliação, ou seja, de decidir sobre o que estamos chamando seus parâmetros e limites. Nos modelos incluídos nas primeiras três gerações, parâmetros e limites têm sido estabelecidos a priori, e a sua especificação, tradicionalmente realizadas através de negociações entre o cliente e o avaliador, como parte do processo” (tradução da autora).

ou comentar de uma forma geral. Na terceira fase, as questões que não encontraram solução na segunda fase se tornam os indicadores para a coleta de dados do avaliador. Os dados a serem colhidos podem ser qualitativos ou quantitativos. (GUBA E LINCOLN, 1989, p. 42).

Na quarta fase, acontece a negociação entre os grupos de interesse, a partir da intervenção do avaliador e utilizando as informações que foram coletadas, num esforço para atingir o consenso em cada item discutido. Nem todos serão resolvidos, alguns seguirão como o cerne de novas avaliações quando o tempo, os recursos e o interesse permitirem. (GUBA E LINCOLN, 1989, p. 42).

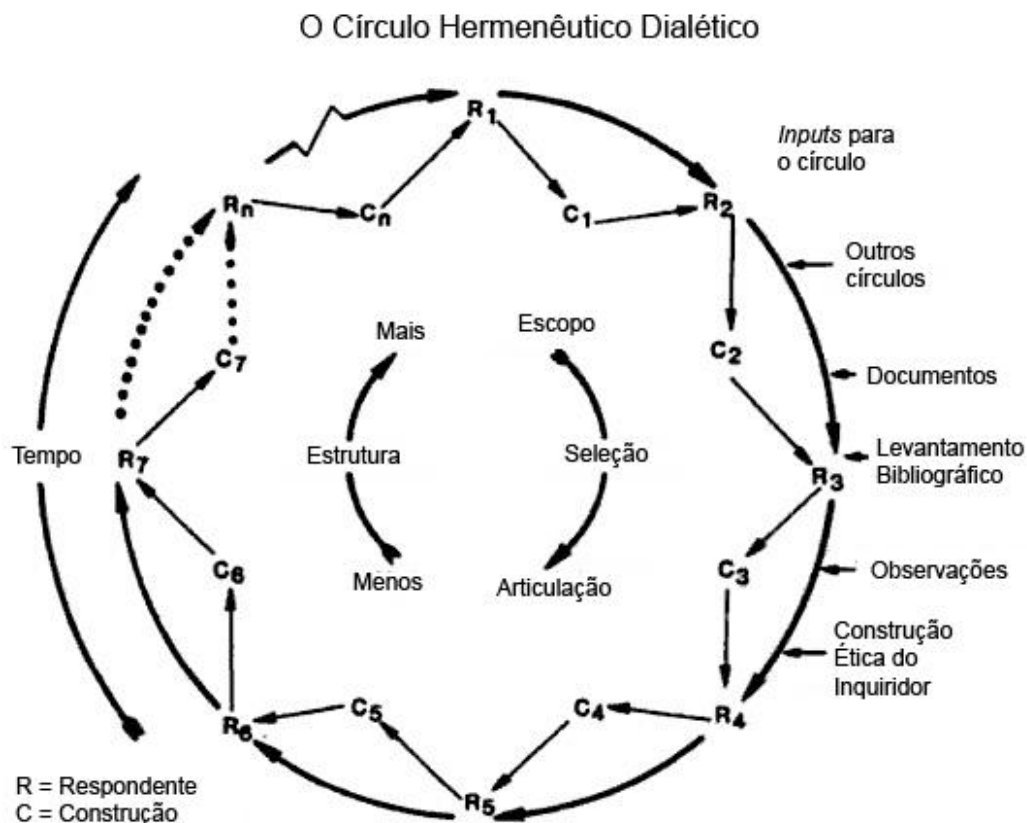
Percebe-se a intenção dos autores em destacar como objetivo do processo avaliativo a capacitação e o *empowerment* dos envolvidos, além da criação de espaços de negociação para mudanças significativas.

Denominam este processo como “hermenêutico dialético”, pelo caráter de interpretação e pela comparação e contraste de diferentes pontos de vista, com uma conclusão sintética. (GUBA E LINCOLN, 1989, p. 149). Para garantir este processo, são necessárias algumas condições pré- estabelecidas:

- Compromisso com a integridade;
- Que os envolvidos tenham um mínimo de competência para comunicarem-se;
- Que os envolvidos demonstrem um mínimo de disposição para “compartilhar o poder”;
- Que os envolvidos demonstrem um mínimo de disposição para mudar sua opinião e alguns de seus valores a partir da persuasão de outros;
- Que os envolvidos demonstrem disposição de tempo para dedicarem-se à avaliação. (GUBA E LINCOLN, 1989, p. 150).

Para representar os ciclos de discussões entre os grupos de implicados, os autores construíram um modelo esquemático, apresentado a seguir:

Figura nº 01: O círculo hermenêutico dialético de Guba e Lincoln (1989)



Fonte: Guba e Lincoln, 1989, p. 152.²⁰

R1 representa o primeiro grupo de interesse, que vai colocar suas preocupações e iniciar o círculo. É escolhido pela posição estratégica que ocupa em relação ao objeto da avaliação e, a partir dos seus relatos são feitas as primeiras construções a respeito do tema (C1), que servirão como subsídios para o trabalho do segundo grupo, e assim por diante. O avaliador deve indicar proposições se perceber que os envolvidos as evitam. (GUBA E LINCOLN, 1989, p. 152).

O ciclo pode ser refeito mais uma vez, como forma de dar oportunidade ao primeiro grupo de responderem questões surgidas durante o desenvolvimento do processo a partir das colocações dos outros grupos ou de contribuições externas como documentos e/ ou observações do avaliador. Furtado (2001, p. 49) aponta que há pouca ênfase dos autores na contribuição de fatores externos ao círculo.

Este segundo círculo funcionaria como uma espiral, já que, mesmo trabalhando com os mesmos grupos, a discussão tomaria lugar em outro nível, configu-

²⁰ Tradução da autora.

rando a capacitação e desenvolvimento que o processo deve propiciar aos seus participantes (GUBA E LINCOLN, 1989, p. 153).

Pelo caráter construtivista e de capacitação, este método torna-se adequado e desejado para a avaliação de serviços de saúde, em que todos os atores poderiam contribuir para a elaboração e implantação de inovações no processo de trabalho. Para tanto, faz-se necessário que todos assumam o compromisso na realização da pesquisa avaliativa, superando as dificuldades de diálogo entre os grupos de interesse em prol de um trabalho coletivo.

3.4 Pesquisa avaliativa em saúde

O campo da saúde contém peculiaridades em relação a outros: as relações de cuidado e de autonomia profissional ostentam sutilezas que devem receber atenção no momento do delineamento da pesquisa. Podem-se destacar diferentes níveis dentro deste objeto, conforme Silva (2005, p. 21):

- Ações: desenvolvidas por agentes de forma individual;
- Serviços: grupo de agentes organizados de forma mais complexa para realização de ações específicas. Por exemplo, um serviço de atenção à saúde mental.
- Estabelecimentos: unidades de saúde, em qualquer nível de assistência, sejam um hospital ou um ambulatório;
- Sistema: apresenta maior complexidade de organização das práticas, envolve todos os outros níveis e os coordena. Exemplos: sistema municipal, estadual ou nacional.

A avaliação em saúde pode se debruçar tanto sobre a política envolvendo qualquer destes níveis, ou analisá-los em sua singularidade (SILVA, 2005, p. 22). Uma pesquisa avaliativa em saúde deve delinear anteriormente seu objeto e sua estratégia metodológica, que pode ter diversos perfis, a depender da construção do foco e do objeto da avaliação.

Valorizada como instrumento de planejamento assistencial e financeiro, a avaliação passa a ser um dos dispositivos que, junto com a educação continuada,

pode interferir no progresso de serviços e programas (FURTADO, 2001, p. 45), desenvolvendo e capacitando os envolvidos.

Segundo Medina *et al* (2005, p. 59), uma vez que as intervenções em saúde são de natureza transformadora, a prática de avaliá-las deve ser igualmente flexível, assim como o sujeito do avaliador, que deve ser capaz de lidar com as inovações que surgirem. Da mesma forma, deve-se ter em mente que a saúde é um fenômeno multicausal, não sendo possível responsabilizar unicamente os serviços pelo estado de saúde de uma população.

Furtado (2001, p. 55) alerta para a massificação de pesquisas focadas apenas na eficiência dos programas de saúde, pela hegemonia dos aspectos financeiros nas análises das intervenções. A construção de alternativas que instaurem processos participativos, na opinião deste autor, parece minimizar os efeitos negativos dos processos avaliativos. Nesse sentido, a pesquisa que se realizou junto a AMEA buscou alcançar processos participativos e alternativos de avaliação.

As pesquisas avaliativas em saúde abrangem diversos enfoques, segundo Silva e Formigli (1994, p. 80), como a avaliação de serviços, programas, estudos de utilização, qualidade e operacionalização de serviços, outros focados na avaliação de processos de descentralização das ações de saúde, na implementação de políticas públicas, entre outros.

Por outro lado, alguns autores (MEDINA *ET AL*, 2005, PINHEIRO; MARTINS, 2009, STENZEL, 1996, WETZEL, 2005, FURTADO, 2001, SILVA e FORMIGLI, 1994) concordam que a avaliação em saúde é um campo ainda incipiente, uma prática não estabelecida nos programas e serviços. Em suma, não há uma cultura de avaliação em saúde entre seus profissionais e serviços.

Para Silva e Formigli (1994, p.87), pesquisas avaliativas simples já poderiam auxiliar nos processos decisórios. Segundo as autoras, informações já disponíveis, como o número de consultas por ação de saúde e os custos poderiam auxiliar na avaliação da cobertura e da eficiência, por exemplo. Em outro exemplo, as autoras apontam que registrar as primeiras consultas e o cálculo dos custos dos procedimentos poderia aperfeiçoar os indicadores a serem construídos em próximas avaliações. (SILVA e FORMIGLI, 1994, p. 88).

Um dos aspectos mais discutidos em avaliação em saúde, para Silva e Formigli (1994, p. 81), é a qualidade, cuja definição passa por uma conjunção de características do objeto estudado: efetividade, eficiência, adequação e qualidade técnico-

científica. Para as autoras, a qualidade poderia ser entendida como a intervenção capaz de alcançar o melhor balanço entre benefícios e riscos.

Silva e Formigli acreditam que a melhor classificação de abordagens possíveis para a avaliação em saúde foi realizada por Donabedian (1980, *apud* SILVA e FORMIGLI, 1994, p. 83), que, a partir do referencial teórico- sistêmico, construiu a tríade “estrutura- processo- resultados”, com o objetivo de aferir a qualidade do cuidado médico.

A ideia de “estrutura” nesta tríade está ligada às características estáveis dos provedores de cuidado em saúde, como as condições físicas e organizacionais. O “processo” seria o conjunto de ações articuladas na relação entre profissionais e usuários do serviço, enquanto que os “resultados” seriam as mudanças no estado de saúde dos usuários, no seu nível de conhecimento, em seus comportamentos ou mesmo sua satisfação em relação ao cuidado prestado. (DONABEDIAN, 1980, *apud* SILVA e FORMIGLI, 1994, p. 83).

A avaliação destes resultados poderia servir como indicador indireto da qualidade, da estrutura e do processo. Considerando as limitações que o estudo isolado de cada um destes constructos, Donabedian (1992, *apud* SILVA e FORMIGLI, 1994, p. 83) conclui que a melhor estratégia seria a combinação de indicadores de cada uma das três abordagens. Importante perceber que o autor não inclui em sua análise a relação entre custo e resultado, além de considerar uma linearidade entre as três abordagens que não se percebe no cotidiano.

Em um serviço de saúde, nem sempre percebemos a influência da estrutura física na qualidade do serviço prestado, ou uma relação direta entre esta e a satisfação do usuário. Decorre desta percepção que qualquer tentativa de compreensão do real deve levar em consideração a polissemia²¹ dos fenômenos, a disfunionalidade no relacionamento da tríade que observamos na prática assistencial.

A inadequação da transposição do modelo fica ainda mais evidente quando deslocadas para níveis mais complexos de análise de organização de práticas, como o de sistemas de saúde, por exemplo. (SILVA; FORMIGLI, 1994, p. 84). Seria necessário salientar a contextualização e a historicidade dos fenômenos, minimizando o risco da universalização indiscriminada.

21 Polissemia: Possibilidade que o item léxico tem de variar de sentido, dependendo dos diferentes contextos em que ele venha ocorrer.

A especificação dos termos é igualmente importante, sendo necessário delinear previamente quais estruturas, processos e resultados se pretende estudar, e o que se entende por cada um destes constructos, uma vez que podem haver sobreposições de entendimento em cada um deles:

O modelo assistencial pode ser considerado tanto como estrutura como processo. Já um sistema de referência e contra-referência tanto pode ser considerado como estrutura, por fazer parte da organização administrativa, como pode ser considerado como processo e, mesmo, como produto ou resultado. Ou seja, as noções de estrutura/processo e resultados podem de fato referir-se a todos esses aspectos envolvidos com as práticas de saúde e sua organização social, a depender do nível da hierarquia do sistema considerado. (SILVA e FORMIGLI, 1994, p.84)

A despeito das dificuldades no delineamento das pesquisas, é consensual a necessidade da implementação da prática da avaliação no cotidiano dos serviços e dos programas, como forma de aprimoramento do cuidado e monitoramento das atividades realizadas.

Avaliar não significa necessariamente obter resultados positivos, o que implica o aceite anterior dos possíveis resultados, e a determinação em incorporar mudanças. Este esforço deve ocorrer em conjunto, entre profissionais, pesquisadores, gestores e usuários.

Medina *et al* (2005, p. 59) lembra que os atores possuem perspectivas divergentes em relação aos mesmos fenômenos, priorizando aspectos igualmente divergentes durante o processo avaliatório. Considerando a importância da participação popular no SUS e nos serviços, torna-se impositiva a construção de metodologias de avaliação que apreendam a perspectiva do usuário.

A análise do funcionamento interno da AMEA, bem como sua atuação frente aos serviços e a política de saúde mental em Salvador pode apontar para seu papel no fortalecimento da cidadania dos usuários, e do seu posicionamento ao seu processo de tratamento. Além disso, pode levantar considerações sobre as fragilidades do sistema de saúde mental, no sentido de não ter alcançado de forma completa a mudança de paradigma proposta no início da Reforma Psiquiátrica.

3.5 Avaliação na perspectiva do usuário.

As abordagens participativas têm por objetivo a capacitação e o desenvolvimento dos atores envolvidos, além de evitar ou minimizar os efeitos negativos da

avaliação sobre os mesmos. Baseando-se no paradigma holístico, indutivo e construtivista, são criticadas pela imprecisão e subjetividade, enfocando prioritariamente a utilidade social da pesquisa. (FURTADO, 2001, p. 38).

No entanto, esta perspectiva tornou-se imprescindível a partir da mudança causada pelo surgimento de novos serviços, consequência da Reforma Psiquiátrica. Tecnologias diferentes pedem por novos instrumentos avaliativos, uma vez que os indicadores clássicos têm menor abrangência de fatores, quase sempre minimizando a importância da participação social.

As avaliações realizadas pelo Ministério da Saúde²² abordam dados exclusivamente quantitativos, tais como: número de admissões e saídas hospitalares, número de leitos, índice de giro, intervalo de substituição, taxa de reinternação, tempo médio de permanência hospitalar e número de consultas por especialidades.

Segundo Carvalho e Amarante (1996, p. 76), ao realizarem a crítica ao modelo asilares pelas práticas de exclusão operadas neles, os indicadores clássicos não conseguiram revelar outros instrumentos cronificadores. Desta maneira, o modelo assistencial do hospital humanizado e ambatório eficiente se afirmou como substitutivo, mas continuou a produzir os mesmos resultados anteriores.

Os autores criticam estudos de avaliação sob forma de fotografia, que através de uma abordagem estritamente quantitativa apenas mapeiam uma situação estática e restrita do serviço, ressaltando que avaliar as novas práticas de saúde mental tem que significar mais do que discutir a relação custo/benefício, contemplando a mudança nas práticas profissionais.

A proposta de incluir a perspectiva do usuário nas pesquisas de avaliação ainda é muito incipiente, não havendo literatura significativa sobre o assunto. (PINHEIRO e SILVA JÚNIOR, 2009, 38.). Se a prática da avaliação ainda não é parte da cultura organizacional em saúde, a inclusão dos usuários neste processo é ainda mais rara.

Como Silva e Formigli (1994, p.56) ressaltam, o estudo da satisfação do usuário requer a incorporação, durante o desenho da pesquisa, de adaptações, uma vez que a qualidade técnico-científica, a equidade, o acesso e a satisfação do usuário são atributos, em si, com um valor social que os atravessa continuamente. Desse

²² Programa de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/programa_avaliacao_qualificacao_SUS_versao3.pdf. Acesso em 10 jun 2011.

modo, “avaliar a cobertura de um determinado serviço e a existência de equidade no acesso, ao mesmo, corresponde a verificar o cumprimento do preceito constitucional do direito à saúde”. (SILVA e FORMIGLI, 1994, p. 88).

Decorre daí que as avaliações centradas no usuário precisam de delineamentos necessariamente pluridimensionais (PINHEIRO e SILVA JÚNIOR, 2009, 38.), uma vez que em última instância o que está sendo avaliado realmente é o direito à saúde do cidadão brasileiro. Para os autores, o desafio da efetivação deste direito nas redes assistenciais tem exigido o desenvolvimento de novas competências e novos arranjos técnico- políticos. Estas competências não são exercitadas de forma individual; antes, fazem parte de inter-relações entre os atores no seu cotidiano.

Em geral, a participação do usuário se restringe à forma representativa, ou seja, um representante eleito participa das reuniões de instâncias institucionais (conselhos de saúde municipais, estaduais ou nacional). Pinheiro e Silva Júnior (2009, p.42) discutem a hegemonia tecnoprofissional destes espaços, que constroem um discurso distanciado da realidade destes usuários. Vasconcelos (2010, p. 02) problematiza a organização destes espaços com a participação de usuários que muitas vezes não tiveram acesso à instrução formal ou a informações técnicas de forma a garantirem sua participação nestes espaços igualitariamente.

Por outro lado, a institucionalização desta participação vem forçando a redefinição destas práticas. Pinheiro e Silva Júnior (2009, p.43) destacam três pontos:

- As intervenções não devem ser apenas feitas por especialistas; antes, devem englobar o diálogo entre os diversos saberes e práticas;
- Sendo dever de todos, a saúde deve ser promovida por todos os setores sociais;
- Soluções criativas e locais devem ser construídas pela negociação dos atores, mantendo a flexibilidade diante de contingências e imprevistos.

A singularidade das trajetórias de cuidado deve ser preservada na programação do cuidado em rede, do que resulta que as intervenções em saúde devem ser planejadas dentro de uma realidade específica, possível de ser realizada pelos próprios atores (PINHEIRO e SILVA JÚNIOR, 2009, p.43).

Martins (2009, p.72) também defende que a interação com as redes sociais e comunitárias podem ser recursos importantes na definição de novos indicadores, que teriam mais efeito por integrarem aspectos micro e macrossociológicos a respeito do cotidiano dos atores e da lógica do sistema.

Propor uma avaliação centrada no usuário requer portanto a adoção de uma perspectiva interdisciplinar, que se aproprie do conhecimento acumulado pelas ciências sociais, a fim de facilitar a articulação entre o pensar e o fazer, na produção do cuidado (PINHEIRO e SILVA JÚNIOR, 2009, p.49).

A necessidade da incorporação da avaliação no cotidiano dos serviços é reforçada por Pinheiro e Silva Júnior (2009, p.49), que ressaltam que a participação do usuário durante o processo pode transformar a prática dos gestores e dos profissionais, construindo respostas mais próximas da realidade e das demandas sociais, além de substanciar a responsabilização de todos sobre o nível de saúde de uma população.

A centralidade do usuário parece colocar em destaque a possibilidade da construção e da valorização de um saber que pode não se enquadrar nos paradigmas da ciência positivista, mas nem por isso ilegítimo. É possível que, através da constatação desta legitimidade, e do valor da utilização desta metodologia, a participação do usuário nas avaliações dos serviços de saúde seja capaz de reafirmar a necessidade do desenvolvimento da autonomia e da cidadania destes sujeitos.

Faz-se necessário especificar o que se quer dizer com os termos “centralidade no usuário” e “perspectiva do usuário”. Tradicionalmente, a inclusão deste ator se fazia mediante o levantamento de sua satisfação, utilizando-se parâmetros e indicadores construídos pelos gestores e técnicos.

Na abordagem adotada neste trabalho, a adoção da perspectiva do usuário remete à real centralidade deste sujeito tanto no delineamento da pesquisa, através das categorias selecionadas para análise (relação da AMEA com os serviços, profissionais e poder público, reflexões sobre o funcionamento interno), quanto no objetivo desta, de buscar o empoderamento, a autonomia e o desenvolvimento da cidadania destes sujeitos, além de partir do pressuposto que a AMEA realiza avaliações.

A partir desta colocação, percebe-se a singularidade da realização de avaliações em saúde mental, uma vez que os usuários deste serviço, antes de lidar com a dificuldade em apreender termos técnicos e com a burocracia do serviço público, precisam reafirmar sua capacidade de simplesmente se comunicar, ou de compreender seu próprio adoecer.

Silveira *et al* (2009, p. 101) consideram que, apesar das mudanças organizacionais no cuidado ao sujeito com sofrimento psíquico, as práticas psiquiátricas

ainda o consideram como um objeto, de forma isolada de seu ambiente social e esquecendo que o sofrimento faz parte da condição humana.

No entanto, dar o lugar de protagonista ao usuário de serviços de saúde mental nas práticas avaliativas deste setor não é o suficiente para garantir sua cidadania em outros espaços. Birman (1992, p. 86), ao criticar o movimento Antimanicomial, entende que a experiência italiana de Basaglia não teria rompido com a concepção de cidadania moderna. Assim, a loucura, mesmo inserida no campo político, ainda não seria reconhecida como verdade.

Para o autor, a cidadania da pessoa com sofrimento psíquico só poderá ser reconhecida numa sociedade não dominada pela razão instrumental, e que tenha superado as expectativas irreais de tratamento da loucura como forma de ampliação dos ideais capitalistas. Em suas palavras:

A reforma psiquiátrica e o reconhecimento efetivo da cidadania para os loucos implicam na constatação de que estes não têm qualquer dívida para com a nossa razão científica e tecnológica, de que não existe absolutamente nos loucos nenhuma falta a ser preenchida para se transformarem em sujeitos da razão e da vontade (BIRMAN, 1992, p. 88).

Garantir o exercício da cidadania é uma tarefa complexa, principalmente se considerarmos as especificidades individuais de cada usuário. Tenório (2001, p.24) traz a questão da cidadania do sujeito com sofrimento psíquico para o campo individual e singular, valorizando o aspecto clínico do trabalho, e ressaltando que este acompanhamento deve ser estendido para outros espaços, que não o dos serviços:

O desafio da cidadania do louco exige, tanto quanto a intervenção e o questionamento cultural e social mais amplos, o enfrentamento artesanal de cada situação, da particularidade de cada sujeito e de cada momento de sua trajetória. Essa prática singular junto ao paciente é a clínica, mesmo que consista em uma intervenção mais ampla, acompanhando o sujeito para além dos espaços tradicionalmente descritos como clínicos (TENÓRIO, 2001, p.24).

Quanto à discussão acerca dos direitos de cidadania no campo da saúde mental, Vasconcelos (2000, p. 41) primeiramente diz que se trata da "reinvenção da cidadania" e que o reconhecimento desta perpassa os direitos civis, políticos e sociais:

Em última instância, trata-se de uma cidadania a ser reinventada marcada pela diferença colocada pela experiência da loucura e da desrazão, e que, portanto não pode ser identificada com a concepção convencional associada ao indivíduo racional, livre e autônomo. (2000, p. 41)

O autor lembra que Foucault foi o primeiro a apontar o paradoxo entre a conquista de direitos sociais e a perda dos direitos civis. Seus direitos sociais foram

alcançados por meio do oferecimento de serviços médico- assistenciais pelo Estado através do tratamento moral, perdendo por outro lado direitos civis e políticos.

A cidadania do louco é, portanto, marcada por um paradoxo que sustenta que o reconhecimento do estatuto social de enfermidade dos transtornos mentais levou à legitimidade científica para sua exclusão social e à destituição de seus direitos civis e políticos.

Valoriza-se, desse modo, o exercício da cidadania em outros espaços que não apenas o político, como o espaço doméstico e do trabalho, por exemplo, onde se poderiam criar uma relação horizontal com a loucura.

A metodologia desenvolvida por Martins (2009) baseia-se em dois pontos principais: o enaltecimento das formas sociais – rede – e o conteúdo sociopolítico – os movimentos sociais. De base qualitativa, a MARES (Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano) busca resgatar a complexidade simbólica das práticas sociais que articulam a co- responsabilidade na esfera pública (MARTINS, 2009, p. 62).

O cotidiano, que o senso comum traduz como o dia- a- dia, é entendido tradicionalmente como a busca pelo controle de recursos em benefício pessoal, uma vez que as relações, analisadas superficialmente, se articulariam a partir de uma causalidade funcional (MARTINS, 2009, p. 67).

Martins (2009) se debruça sobre a complexidade sistêmica do fenômeno cotidiano para focar a polissemia dos discursos e dos olhares sobre as experiências diárias dos sujeitos. Para o autor,

Tais experiências são decisivas para se conceber políticas que favoreçam o sentimento comunitário plural e democrático, evitando intervenções que desorganizam memórias, pertencimentos e vínculos, como se observa tradicionalmente no desenvolvimento de políticas públicas (MARTINS, 2009, p. 67-8).

Na metodologia MARES, o usuário torna-se o ator central. Considera-se como usuário participante aquele que participa de modo criativo das esferas locais, revertendo as intervenções disciplinadoras do Estado (MARTINS, 2009, p. 69). As trocas, feitas por indivíduos isolados (redes de usuários) ou por organizações (conselhos de saúde, por exemplo), exigem a participação de todos os envolvidos na reprodução e manutenção da rede social.

Martins (2009, p. 75) estabelece alguns princípios para a eleição do usuário como ponto de partida na avaliação em saúde. No primeiro princípio, estabelece que a dimensão macrossociológica dos determinantes sociais precisa dialogar com a di-

menção microsociológica, das interações sociais e do aspecto subjetivo da ação humana.

O segundo princípio estabelece que as redes sociais dos usuários se constroem nos espaços públicos situados entre o sistema e as experiências, ou seja, as tensões entre o espaço estatal e as interações sociais. Importante ressaltar que estas tensões podem ser percebidas pelos atores ou não, e esta percepção interfere no seu posicionamento dentro da rede, se passivo ou ativo (MARTINS, 2009, p. 76).

O terceiro princípio se fundamenta na articulação nas redes de relacionamentos, indicando que esta ocorre através de mediadores humanos e não-humanos. Podem se constituir em indivíduos, grupos, organizações, ou até mesmo símbolos, como, por exemplo, ícones (MARTINS, 2009, p. 76).

Estes mediadores podem ser inibidores, quando reproduzem conflitos, ou colaboradores, caso sejam acionados para mediar estes conflitos, administrar alianças, ou produzir novas situações sociais (MARTINS, 2009, p. 76). Além disso, podem ser internos ou externos à rede.

O quarto princípio pressupõe que as redes interativas podem contribuir com a construção de novos critérios avaliativos de políticas públicas, de forma mais efetiva que os tradicionais determinantes epidemiológicos. Para serem mapeadas, estas redes devem ser acessadas a partir de técnicas de observação da rede em ação, como entrevistas em profundidade, pesquisas participantes e grupos focais (MARTINS, 2009, p. 77).

Ainda delimitando a metodologia apresentada, Martins (2009, p. 77) apresenta alguns desafios para a sua prática:

- Superar o entendimento funcionalista das redes, que privilegia os aspectos externos dela, como o tamanho, a estrutura e a conectividade;
- Entender o caráter relacional das redes, ou seja, as trocas simbólicas e materiais que ocorrem dentro dela;
- Qualificar a rede de usuários como um sistema diferente da rede de cidadãos, entendendo que o usuário não é necessariamente cidadão no sentido de poder se colocar de forma passiva ou ativa diante das políticas do sistema formal.
- Entender que a rede de usuários é diferente daquela de rede social no sentido amplo, por se constituir no espaço intermediário entre Estado, sociedade civil e redes informais (MARTINS, 2009, p. 78-80);

Importante perceber por estas colocações que a participação do usuário não implica necessariamente na inserção de espaços instituídos, como os conselhos e conferências. A partir deste ponto de vista, reconhecer a importância de outros espaços de circulação do usuário pode orientar as ações comunitárias de um serviço.

Como colocam Surjus e Campos (2008, p. 370), a pequena circulação e acesso a outras políticas que não as da saúde para os usuários de serviços de saúde mental parecem indicar um caminho para a efetivação de novas redes. Ou, como colocam as autoras, “uma imensa disposição de seus usuários em se lançar na construção de um mundo melhor. O retorno ao social, tendo na bagagem uma ética de solidariedade para ofertar” (SURJUS e CAMPOS, 2008, p. 370).

No campo da saúde mental, busca-se, portanto, alcançar uma tarefa dupla: compreender os discursos e construir novas práticas, de forma a dar novas respostas às transformações observadas no campo da saúde mental, demarcando a passagem da figura do “paciente” (objeto) para a do “usuário” (sujeito).

4 A ASSOCIAÇÃO METAMORFOSE AMBULANTE (AMEA)

A AMEA (Associação Metamorfose Ambulante) nasceu de um ideal de participação política dos usuários de serviços de saúde mental. Sujeitos que, desde a primeira crise, ou o início do seu tratamento psiquiátrico, vivenciaram a exclusão social destinada àqueles que, segundo Kinoshita (1996), perderam seu poder de contratualidade, ou seja, o poder de realizar trocas materiais e afetivas nos espaços familiares, laborais e sociais.

A Associação surge, portanto, com a responsabilidade de promover um espaço onde seus membros têm de volta esta contratualidade entre si inicialmente, e reivindicam a mudança mais ampla, de forma a buscar uma igualdade de condições em todas as esferas sociais, inclusive perante os serviços que estes usuários frequentam.

Neste capítulo, será abordada primeiramente a metodologia utilizada na aproximação à Associação, seguida de sua caracterização e historicidade. Seguir-se-ão as apresentações dos tópicos levantados na pesquisa, considerados relevantes para o entendimento de como as ações da AMEA se delinearam no ano de 2010.

4.1 Percurso metodológico

Uma vez que a centralidade avaliativa no usuário persiste como uma prática iniciante (PINHEIRO, MARTINS, 2009, p.37), esta pesquisa definiu-se, quanto à tipologia, exploratória- descritiva, uma vez que levantou informações a respeito do campo a ser explorado, e, quanto à natureza do objeto, teórico- empírica, por ter combinado a revisão bibliográfica com a pesquisa de campo. Por dar preferência ao caráter representativo- sistemático das informações, os estudos exploratório-descritivos têm procedimentos de amostragem flexíveis.

Esta investigação definiu-se pela abordagem qualitativa, por ter se debruçado em questões referentes aos significados e intencionalidades do sujeito participante, que “se recusa peremptoriamente a se revelar apenas nos números ou a se igualar com sua própria aparência” (MINAYO, 1999, p. 36).

Justifica-se a escolha pela abordagem qualitativa em concordância com Demo (1999), que considera que a avaliação tem uma qualidade política, por tratar das relações entre os homens, no interior do fenômeno do poder, além de mensurar o envolvimento dos sujeitos: “Na qualidade, não vale o maior, mas o melhor; não o extenso, mas o intenso; não o violento, mas o envolvente; não a pressão, mas a impregnação” (DEMO, 1999, p. 24).

No entanto, como discorre Oliveira (2000, p.19), os esquemas conceituais e o conhecimento anterior funcionam como um prisma através do qual observamos a realidade, provocando nesta um processo de refração que está presente em qualquer campo de conhecimento, tornando impossível a objetividade total. Além disso, o próprio objeto, “sobre o qual dirigimos nosso olhar, já foi previamente alterado pelo próprio modo de visualizá-lo” (OLIVEIRA, 2000, p. 19).

A pesquisa foi realizada com a AMEA (Associação Metamorfose Ambulante), uma associação de usuários de serviços de saúde mental e seus familiares, sediada no município de Salvador, que possui uma diretoria composta por seis usuários de diferentes CAPS de Salvador, e tem por objetivo representar os usuários de todo o estado da Bahia.

Seus integrantes reúnem-se às quartas-feiras, na sede do Conselho Regional de Psicologia (CRP), pois não possuem sede própria no momento. No entanto, as ações da AMEA ocorrem em locais variados, como os CAPS, Hospitais Psiquiátricos, na Câmara de Vereadores, entre outros.

A pesquisa teve por objetivos específicos: descrever o panorama da Política de Saúde Mental no SUS; relatar a formulação e a implementação da Política de Saúde Mental em Salvador; definir o conceito de avaliação em saúde na perspectiva do usuário; caracterizar a AMEA, levantando seu histórico e configuração atual; e finalmente, mapear as ações de avaliação desenvolvidas pela AMEA no ano de 2010.

Por se dedicar ao estudo de uma associação formada por uma população considerada vulnerável (portadores de transtorno mental), torna-se imprescindível delinear os procedimentos que garantem a ética da pesquisa realizada. Conforme a Resolução 196/96 (BRASIL, 2002), do Conselho Nacional de Saúde, as pesquisas devem ser desenvolvidas preferencialmente em indivíduos com autonomia plena, a não ser que a investigação possa trazer benefícios diretos aos participantes vulneráveis.

Considerando as conquistas das lutas políticas dos usuários de serviços de saúde mental pela sua autonomia e pela desmistificação da loucura, e de que a própria pesquisa tem por objeto a participação destes na implantação da política de saúde mental no município, entendeu-se que havia a necessidade de que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) fosse dirigido para e assinado pelos próprios membros da Associação. (APÊNDICE A)

Na primeira reunião com a AMEA, os membros presentes foram informados a respeito da pesquisa, tendo sido elaborado um documento em que a instituição concordou com a realização da pesquisa.

Foram utilizadas estratégias de coleta de dados compatíveis com a metodologia escolhida, tais como análise de documentos e entrevistas, além da revisão bibliográfica. As entrevistas foram semi-estruturadas, e realizadas de acordo com a disponibilidade dos participantes. Os dados foram recolhidos no período de março a agosto de 2010. A eleição do ano de 2010 para a coleta de dados se deu pela proximidade neste período da pesquisadora junto à Associação.

A avaliação do processo de coleta se deu de forma processual, no contato frequente com os participantes das reuniões. Como assinala Vila e outros (2007, p. 242):

É importante admitir que a qualidade das informações obtidas depende da habilidade do pesquisador, que deve ser capaz de reconhecer, durante a interação com o participante da pesquisa, aspectos que devem ser esclarecidos e aprofundados, visando a atingir o objetivo do estudo. Não há como padronizar a interação entre o pesquisador e o sujeito de pesquisa, assim não se pode [sic] prever todas as questões (VILA ET AL, 2007, p.242).

Os documentos dos arquivos da instituição foram sistematizados e analisados de forma a estruturar um histórico da entidade e as ações realizadas, além de seus impactos. Estão incluídos como documentos: atas de reuniões, cartas de intenção, ofícios, projetos e o estatuto da AMEA.

As entrevistas foram semi-estruturadas, e realizadas de acordo com a disponibilidade dos entrevistados, que tiveram assegurada a possibilidade de desistência em qualquer momento da pesquisa. Minayo (1999), explica que as entrevistas semi-estruturadas e as não-estruturadas diferem apenas em grau, haja vista ser impossível uma entrevista totalmente aberta. Um roteiro de questões foi previamente estruturado (APÊNDICE B), e abrangeu as informações que o pesquisador quis abordar no campo, perseguindo, de acordo com Minayo, três objetivos: a descrição do caso

de forma individual, a compreensão das especificidades dos grupos e a comparabilidade dos diversos casos (MINAYO, 1999).

Na revisão bibliográfica, levantou-se a produção científica referente aos temas: políticas sociais e de saúde, reforma psiquiátrica e avaliação em saúde, de forma a garantir o embasamento teórico para a realização da interpretação dos dados coletados.

Lakatos e Marconi (2009, p. 169) assinalam a distinção entre análise e interpretação de dados, considerando a primeira como a tentativa de evidenciar relação existente entre o fenômeno estudado e as hipóteses construídas. A análise se destina, portanto, a confirmá-las ou refutá-las. Já a segunda, é definida pelas autoras como a atividade intelectual que busca relacionar os dados com um conhecimento mais amplo, expondo o verdadeiro significado do material (LAKATOS E MARCONI, 2009, p. 170).

As entrevistas foram transcritas, e os dados foram organizados por ordem cronológica quando possível, depois revisados de forma a levantar temas e padrões, transformados em categorias de análise. Para a construção destas categorias, levou-se em consideração os princípios da metodologia MARES, de inter-relação entre as dimensões macro e microsociológicas, apontando para as tensões com outros atores da rede e dentro da própria Associação.

As categorias levantadas foram: atividades de avaliação realizadas pela AMEA, relação com outros movimentos sociais, relação com profissionais e serviços de saúde mental, atividades de auto-avaliação, relação com o Poder Público.

O material científico construído a partir destes dados será divulgado em meio acadêmico, preservando o sigilo dos participantes, visando à contribuição da área de investigação. Uma cópia da produção final será entregue à AMEA, para fazer parte de seus arquivos. Além disso, está prevista a apresentação da pesquisa em seu formato final em reunião da Associação.

4.2 Caracterização da AMEA

Atuando como principal dispositivo de mobilização social de usuários e familiares do sistema de saúde mental da Bahia, a Associação Metamorfose Ambulante

(AMEA) possui, em sua estrutura gerencial, 6 membros da diretoria, além de cerca de 30 usuários e familiares que circulam com regularidade às reuniões que promovem. Os usuários participantes realizam seu tratamento em instituições diversas, e as reuniões contam com o apoio de profissionais e estudantes.

A entidade tem por missão a promoção da inclusão social de pessoas em sofrimento mental através da afirmação dos seus direitos humanos. Em suas ações, busca reivindicar a efetivação dos direitos dessas pessoas, a garantia do acesso aos diversos serviços de saúde mental e a qualificação da assistência no SUS. Propõe-se representar os usuários e familiares do estado da Bahia, e procura articulações com diversas entidades de promoção dos direitos humanos.

Sua atuação vem se constituindo por participações em eventos ligados à área da saúde mental, manifestações públicas em defesa da melhoria de serviços, visitas técnicas a instituições de cuidado, além de prestar assistência solidária a usuários em situação de crise ou vulnerabilidade social.

Conta com o apoio do GTEA (Grupo de Trabalho Eduardo Araújo), inclusive durante suas reuniões. O apoio acontece com a presença de alunos participantes do GT, que auxiliam as discussões, e atuam como secretários nas ações desenvolvidas: fazem atas, controlam o dinheiro e os materiais, com o cuidado para que um membro da AMEA esteja sempre presente nestes momentos.

A presença de apoiadores do GT nas reuniões da AMEA foi intensamente discutida no ano de 2010, uma vez que os membros se sentiram controlados por estes, e queriam garantir que sua autonomia seria preservada. As atribuições destes foram determinadas em uma reunião especial, e limitadas ao acompanhamento e secretariado. Da mesma forma, a influência de outros movimentos também foi discutida, demonstrando o zelo que a AMEA preserva na manutenção do protagonismo em suas ações.

Outros parceiros e colaboradores da AMEA em 2010 foram: a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB); o Conselho Regional de Psicologia (CRP); o Núcleo de Estudos pela Superação dos Manicômios (NESM); o Ministério Público da Bahia; a Universidade Federal da Bahia (UFBA); a Universidade do Estado da Bahia (UNEB) e a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB).

Como órgão de controle social, a AMEA tem estado presente nos espaços institucionalizados, como Conselhos e Conferências de Saúde e de Saúde Mental, e

em espaços informais, como reuniões de profissionais, eventos sócio- culturais e científicos.

Entre seus planos, está o aprofundamento no contato com os usuários dos serviços e nos dispositivos do interior do Estado, ainda muito incipiente, de acordo com os relatos colhidos.

A Associação também buscou sua formalização, com a inscrição do seu CNPJ, a abertura de uma conta bancária, e a busca por um espaço a ser destinado à sua sede própria, já que suas reuniões ocorrem no Conselho Regional de Psicologia, localizado na Rua Aristides Novis, nº 27, no bairro da Federação, no município de Salvador, Bahia.

4.3 Histórico da AMEA

A AMEA – Associação Metamorfose Ambulante de Usuários e Familiares do Sistema de Saúde Mental do Estado da Bahia é uma organização da sociedade civil, sem fins lucrativos, fundada em 17 de maio de 2007. A AMEA iniciou sua história por meio da organização dos usuários dos serviços de saúde mental da capital e de algumas cidades do interior, presentes no I Encontro de Usuários e Familiares de Serviços de Saúde Mental do Estado da Bahia, realizado no dia 27 de novembro de 2006, na sede da OAB-BA.

Este evento foi organizado por alguns usuários, representantes do NESM e do GTEA. No momento, uma comissão formada iniciou as reuniões semanais, com o objetivo de elaborar um estatuto para a Associação. A comissão também produziu um boletim a respeito de suas primeiras ações, além de iniciar a mobilização nos serviços de saúde mental.

No dia 17 de maio de 2007, no II Encontro de Usuários e Familiares de Serviços de Saúde Mental do Estado da Bahia, realizado Espaço Cultural da Universidade Católica do Salvador, a AMEA foi finalmente constituída em Assembleia. O II Encontro também contou com a presença de representantes da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB e do Ministério Público.

Não se pode deixar de assinalar a importância de usuários que, antes que esta movimentação fosse possível, sonharam com a possibilidade da existência da As-

sociação, e já articulavam as primeiras ações em defesa dos direitos dos usuários dos serviços de saúde mental em Salvador, como Eduardo Araújo, falecido em 2004, que tinha por hábito frequentar eventos científicos e faculdades, com o objetivo de levar o discurso do protagonismo social dos usuários nestes espaços.

Desde a sua fundação, a AMEA participa de grupos de trabalho da SESAB, o que resultou na elaboração do Plano Estadual de Saúde - PES e Plano Plurianual - PPA 2008 – 2011. Além disso, participou de diversos eventos para a avaliação de políticas públicas em saúde mental, como o II Encontro Estadual de Saúde Mental do Estado da Bahia (2007); o Encontro de Comemoração dos 20 anos da Luta Anti-manicomial (2007); diversos Fóruns de Saúde Mental da UNEB (2006/2007).

Em 2010, a AMEA teve por parceiros: o Grupo de Trabalho Eduardo Araújo (GTEA); o Núcleo de Estudos pela Superação dos Manicômios (NESM); o Conselho Regional de Psicologia (CRP), o Conselho Regional de Serviço Social (CRESS); a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB); a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (SMS); a Universidade Federal da Bahia (UFBA); e a Universidade do Estado da Bahia (UNEB), entre outros.

Cadastrada como Associação que realiza atividades de defesa dos direitos sociais, com CNPJ em 18 de janeiro de 2010, a AMEA vem se estruturando formalmente com Regimento Interno, conta bancária, e assumindo rotinas administrativas que exigem dos seus membros uma capacitação cada vez maior nestes conhecimentos.

Em 2009, apresentou projeto para concorrer ao financiamento da Fundo Brasil de Direitos Humanos (FBDH), tendo sido aprovado, o que desencadeou as ações intituladas “Loucura Cidadã”, que se propôs construir com os usuários da rede da Região Metropolitana um guia de direitos²³ que servisse como cartilha informativa, auxiliando também na divulgação dos serviços já existentes.

Este projeto foi reformulado e expandido em 2010, com o título “Cidadania e Loucura - Circulando Direitos: contra os preconceitos e pela inclusão social”, objetivando:

- Construção e consolidação de um espaço de referência para orientação, encaminhamento e acompanhamento de casos de violação de direitos dos usuários e familiares junto aos órgãos competentes;

23 Disponível em http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/guia_dh_loucuracidada.pdf. Acesso em 29 fev 2012.

- Impressão e divulgação do Guia de Direitos Humanos dos Usuários e Familiares dos Serviços de Saúde Mental em encontros nos diversos serviços localizados em Salvador e em outros municípios do Estado da Bahia
- Criação de instrumento de comunicação permanente para a AMEA (boletim, blog, outros) para divulgação das suas ações.

Além das atividades programadas pelo projeto “Loucura Cidadã”, durante o ano de 2010 a Associação realizou diversas ações de controle social, palestras, além de eventos culturais, relatados a seguir.

4.4 Ações realizadas em 2010

O ano de 2010 na AMEA começou com a elaboração de um diagnóstico situacional, realizado em conjunto com o grupo “Nós Podemos!”, composto por usuários, familiares e técnicos de vários CAPS de Salvador. A assembleia para a discussão e levantamento do diagnóstico foi realizada em 31 de janeiro de 2010, em decorrência da suspensão do fornecimento de alimentação para os usuários pela Prefeitura. Uma segunda assembleia foi realizada em 07 de fevereiro do mesmo ano, com o objetivo de ratificar os problemas observados, e redigir documento a ser apresentado ao Ministério Público Federal (MPF).

Para a Associação, destas assembleias foi redigido um ofício dirigido ao MPF, no qual expõe os problemas assinalados pelo grupo, além de exigir resolutividade na solução destes. Importante assinalar o domínio a respeito da legislação de saúde mental expresso na redação do documento, além da preocupação em deixar claro quem a Associação de fato responsabilizava pelos problemas: a Prefeitura, e não os profissionais.

Além disso, o documento evidencia a preocupação primária da AMEA: o processo terapêutico dos usuários que representa, afirmando:

A interrupção do tratamento interfere no vínculo terapêutico, comprometendo a estabilização dos usuários, predispondo-o a crise. O caos instalado nos serviços de saúde mental cria uma situação de vulnerabilidade para todos os envolvidos, inclusive, familiares e técnicos. Queremos que as autoridades responsáveis intervenham na situação, para que seja sanada a crise e as

pessoas em sofrimento psíquico possam voltar a receber o atendimento de que necessitam. (Ofício ao Ministério Público Federal de 10 fev 2010, p.01)

Este tipo de denúncia é realizada com frequência pela Associação. A situação dos CAPS pôde ser observada *in loco* pelos membros da Associação, uma vez que a Associação estava desenvolvendo o Projeto Loucura Cidadã desde agosto de 2009. O projeto teve como objetivo principal a promoção da cidadania e capacitação em direitos humanos das pessoas com sofrimento mental para os usuários e familiares dos serviços de saúde mental do Estado da Bahia.

Para alcançá-lo, foram realizadas oficinas em diversos dispositivos de cuidado (CAPS, Hospitais Psiquiátricos e o Hospital de Custódia e Tratamento – HCT), e depois criado um Guia de Direitos, publicado e distribuído em toda a rede. As oficinas do projeto serviram, destarte, para a elaboração de um diagnóstico do momento pelo qual os serviços estariam passando:

Que se faça um levantamento das dificuldades que alguns CAPS estão enfrentando e das distorções de funcionamento em relação a lei que regula a implantação dos CAPS no país. Estes dados poderão guiar as ações locais da AMEA em relação aos serviços de atendimento em saúde mental. (ATA DA REUNIÃO DE 15 DE JAN. 2010).

Uma vez que, durante o desenvolvimento do projeto Loucura Cidadã, a AMEA visitou diversos CAPS do município, foi decidido que o que fosse apurado nas oficinas em forma de queixa seria repassado para a Defensoria Pública da União, para que as providências cabíveis a cada caso pudessem ser tomadas.

Outra situação que demandou ação denunciatória da AMEA foi a desocupação do CAPS ad Pernambués, comunicada através de uma Carta aberta confeccionada pelos técnicos deste serviço em 22 de janeiro. O CAPS ad havia sido implantado pelo Governo do Estado em 2005, passando para a responsabilidade do município em julho de 2009. No entanto, a Prefeitura de Salvador não renovou contrato da casa onde o dispositivo estava instalado, provocando a desocupação imediata e sem planejamento:

Conforme a lei 10.216/2001 que estabelece a mudança do modelo de Atenção a Saúde Mental e criação da rede de serviços substitutivos, definindo, portanto, as condições para o seu funcionamento, vimos ressaltar que uma mudança provisória do CAPS ad para uma casa residencial, sem uma mínima adaptação as necessidades básicas de funcionamento, nos torna vulneráveis a cometer ações contrárias aos princípios que regem a saúde exigidos pelo próprio Ministério da Saúde, a exemplo das exigências para montagem de uma enfermaria, guarda de medicamentos, equipamentos, salas para atendimentos individual e em grupo, entre outros, além de outros princípios contrários ao Código de Ética e postura de cada categoria profissional. (CARTA ABERTA DO CAPS AD DE 22 JAN. 2010).

Em 28 de janeiro, foi realizada uma reunião entre os técnicos do CAPS ad, usuários, familiares, técnicos de outros serviços e a AMEA, quando foi decidido que se faria um abaixo assinado solicitando providências ao Ministério Público. A AMEA participou ativamente no recolhimento de assinaturas através de seus membros. O CAPS ad foi realocado para uma nova casa no mesmo ano.

Consideram-se estas ações como avaliação em saúde, no sentido de ratificarem o conhecimento da AMEA a respeito de como a legislação opera nas ações executivas, e de posicionamento frente a estas ações. Um posicionamento crítico, de fiscalização e controle social. Considera-se o exercício do controle social como uma forma de prática avaliativa, uma vez que possui todas as características dessas.

Outra forma de exercer controle social também pode ser através de proposições de mudança. Uma ação perpetrada pela Associação nesse sentido pode ser observada na articulação para o estabelecimento do passe livre no município de Salvador. Considerado fundamental, o passe livre garantiria, segundo a Associação, a garantia de outros direitos, como à saúde, à educação, ao trabalho, ao lazer. O passe livre diz respeito à gratuidade no transporte coletivo, e se constituiria em uma ação de afirmação de direitos.

Há atualmente uma lei federal que garante o passe livre de um estado para outro do Brasil; mas cada estado e município devem criar leis específicas. A legislação de Salvador só garante a gratuidade para pessoas com deficiências física, mental, auditiva, visual e múltipla, comprovadas por perito médico, e, com comprovação de carência econômica²⁴, excluindo as pessoas com transtornos mentais.

A reivindicação do passe livre pretende assegurar o deslocamento dos usuários para os serviços, e a continuidade do tratamento nos casos de dificuldades econômicas no trajeto constante. A AMEA organizou abaixo- assinado, e presta orientações para aqueles que desejam abrir processos judiciais. O pleito coletivo não encontrou eco na Câmara dos Vereadores até o momento.

Este e outras demandas puderam ser expressas durante as discussões da IV Conferência de Saúde Mental Intersetorial, em 2010, durante a qual a AMEA participou intensa-

24 SALVADOR. **Lei Nº 7.201 de 16 de janeiro de 2007**. Disciplina o acesso nos transportes coletivos. revoga a Lei nº 6.119/2002 e dá outras providências. Disponível em: <http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.setps.com.br%2Fgratuidades%2Fleis%2F12.doc&ei=qbdCT8fRA-W42wWV072cCA&usq=AFOjCNH1YlmJtsdj3OqhceboAX2EUphuKQ&sig2=oE8iSDg40dEcMK4pu3JusA>. Acesso em 20 fev 2012.

mente nas etapas municipal e estadual, enviando também delegados para a etapa federal. Além da Conferência de Salvador, a AMEA esteve presente nas Conferências de Camaçari (nos dias 6 e 7 de abril) e Lauro de Freitas (nos dias 9 e 10 de abril).

A Conferência de Salvador ocorreu após encontros preparatórios, que contavam sempre com um representante da AMEA. Além disso, a Associação recebeu o convite da Coordenação Municipal de Saúde Mental para que um representante participasse de uma das mesas- redondas na Conferência, que ocorreu nos dias 13 e 14 de abril de 2010. Nas reuniões preparatórias, destaca-se o direcionamento que os seus representantes deveriam observar na preparação dos participantes:

Informes a respeito da pré- conferência que aconteceu na manhã desta quarta, sobre o eixo II, referente ao “Modelo biopsicossocial de cuidado e do fortalecimento dos movimentos sociais”, com a condução de Ana Pitta, além de Josuéilton e Sérgio (como representantes da AMEA), preparando usuários, gestores e trabalhadores, para a II Conferência Municipal de Saúde Mental de Salvador (ATA DA REUNIÃO DE 24 DE MAR. 2010)

Em outro encontro preparatório (07/04/2010), o presidente da AMEA participou da discussão sobre “Direitos Humanos e Cidadania: um desafio ético e intersetorial”, em conjunto com Edna Amado (coordenadora do Centro de Convivência de Narandiba e referência no Movimento Antimanicomial Nacional) e a Dra. Mônica Nunes (docente do Instituto de Saúde Coletiva).

Em relação à etapa estadual, a AMEA atuou como integrante na Comissão Organizadora, tendo alguns de seus membros eleitos como delegados nas etapas municipais. Uma das propostas apresentadas pelo grupo foi acolhida, e levada para a etapa federal, constando finalmente no Relatório final, o que foi comemorado em reunião:

Primeiramente, se fez referência à Comissão Estadual de Saúde Mental - uma proposta vitoriosa dos usuários na IV Conferência – mesmo que seja um lugar de efetivação do “Controle Social” proposto pelo SUS, ainda precisa ser viabilizada pelo estado e “COBRADA” pelo Movimento Social. (ATA DA REUNIÃO DE 10 DE NOV. 2010).

Pode-se considerar o momento das Conferências como primordial para um processo avaliativo da Política de Saúde Mental, se for considerado que todos os atores sociais envolvidos encontram-se presentes (trabalhadores, gestores, usuários) para elencar as dificuldades, registrar e fortalecer os pontos positivos e delinear as prioridades de mudanças. Além disso, no que tange à perspectiva dos usuários, este é um espaço institucionalizado de controle social, e, apesar de todas as dificuldades para a participação de leigos (desco-

nhecimento dos trâmites e da linguagem técnica), deve ser ocupado como forma inclusive de retroalimentação do processo.

Em relação às Conferências de Saúde Mental, isto se torna ainda mais explícito, já que o direcionamento desta Política tem sido, desde a sua reformulação, o re-estabelecimento do *status* de sujeito para a pessoa com sofrimento psíquico, e o desenvolvimento da cidadania de seus usuários. Percebe-se que a AMEA ocupa este espaço de forma qualificada, já que é inclusive convidada a participar das Conferências, desde a sua organização, até a eleição de delegados para as etapas posteriores. Além disso, demonstra seu papel de formadora de opinião ao qualificar a participação de outros usuários e de trabalhadores da rede de assistência.

Importante assinalar igualmente sua participação em Conferências de outros municípios: Lauro de Freitas e Camaçari. Apesar de pretender representar os usuários do Estado, a AMEA não tem alcançado abrangência fora de Salvador e Região Metropolitana no papel de controle social. Resta saber se esta questão se deve à falta de recursos financeiros e/ou humanos, e, ainda, se a sua divulgação em outros municípios não tem sido eficaz.

Terminadas as Conferências, a Associação continuou com suas atividades de monitoramento em relação aos dispositivos de Salvador. Um dos posicionamentos que gerou polêmica entre os membros diz respeito à contratação de gerentes para os CAPS, que atuariam em conjunto com os coordenadores, e seriam responsáveis pela administração das unidades. No entanto, o grupo não tomou nenhuma providência a este respeito²⁵ (ATA DA REUNIÃO DE 05 ABR 2010).

Considerando que a maioria de seus membros é acompanhada por um destes serviços, é de se esperar que a Associação mantenha as informações a respeito do funcionamento dos CAPS atualizadas. É usual que nas reuniões um de seus membros realize denúncias do dispositivo que frequenta, cobrando providências:

1²⁶, por sua vez, informou que vem procurando atuar mais dentro do CAPS que frequenta (Adilson Sampaio²⁷) por sentir que, no momento, há uma necessidade maior de se trabalhar pelas questões mais pontuais e de maior urgência que é a qualidade do serviço oferecido na unidade. (ATA DA REUNIÃO DE 03 DE MAR. 2010).

Um primeiro momento foi destacado para o relato de 2, que falou da falta de assistência no CAPS Garcia, “onde não existe a escuta, nem se dá credibili-

25 No momento (2012), cada CAPS de Salvador conta com um coordenador técnico e um gerente administrativo. Este último não é necessariamente um técnico de saúde mental, mas em alguns serviços passou a ser um dos técnicos que saiu da assistência e assumiu as responsabilidades administrativas.

26 A cada usuário foi atribuído um número aleatório, para que suas identidades fossem preservadas.

27 CAPS Adilson Sampaio, localizado no DS Itapagipe.

dade ao usuário”. A pede alguma ação da AMEA, no sentido de promover “assembleias” (ATA DA REUNIÃO DE 10 DE NOV. 2010).

Compreende-se a partir disso que a participação na Associação e o exercício da avaliação em nível municipal têm por consequência a mudança de postura dos usuários dentro dos serviços, que analisam a assistência a que se submetem com um olhar crítico e atitude reivindicativa. Pode-se pensar que esta mudança subjetiva provoca a necessidade de profissionais capazes de lidar com um público ativo, questionador, o que denota o caráter avaliativo dos membros da Associação.

Encontra-se também este discurso nas entrevistas, questionando o fornecimento de materiais e a estrutura física, e salientando que a participação na AMEA potencializa o poder de reivindicação:

Sobre alimentação, que às vezes nós, eles suspendem a alimentação, aí eu falo coisa. A AMEA é um grupo onde a minha palavra só pode valer e no do CAPS lá só, mas como AMEA são vários grupos com o mesmo objetivo, eu acho que tenho força e tenho poder. (ENTREVISTA COM A²⁸)

As avaliações não são realizadas apenas nos CAPS, haja vista que, mesmo com a mudança no paradigma assistencial e a inauguração dos diversos CAPS, alguns municípios ainda contam com dispositivos dentro do modelo asilar. Alguns destes foram objetos de visitas de órgãos de defesa dos direitos humanos e de denúncias ao Ministério Público, o que resultou no seu fechamento.

O primeiro deles foi a instituição chamada “Tio Paulinho”, que, em dezembro de 2009²⁹, foi fechada, e teve seu proprietário preso pela polícia. Localizado em Simões Filho e financiado com verba pública, o abrigo “Tio Paulinho” mantinha cerca de 65 idosos em cárcere privado e sob maus tratos.

Estes idosos foram realocados para um abrigo em Salvador, a Casa de Repouso Bom Jesus, que também recebe verba pública, mas que, de acordo com os registros da Associação, não tinha condições de acolhê-los.

A AMEA seguiu realizando vistorias na Casa de Repouso, em conjunto com o CRP e equipes de alguns CAPS, que foram responsabilizados pelo tratamento dos abrigados que estivessem em sofrimento psíquico. Um relatório foi construído, a partir de março, com colaborações da AMEA e do CRP, denunciando as más condições do abrigo no atendimento a esta população.

²⁸ Aos entrevistados, foram atribuídos letras aleatórias, para preservar suas identidades.

²⁹ Notícia disponível em: <http://www.atarde.com.br/cidades/noticia.jsf?id=1313273>. Acesso em 21 fev. 2012.

A terceira instituição inspecionada foi o Centro de Recuperação Valentes de Gideão, localizada em Simões Filho e que mantém 121 homens com transtornos mentais e dependentes químicos. A visita foi realizada em 12 de março³⁰, com a presença do CRP, do CRESS, o NESM, o GTEA, além da AMEA.

A Associação se prontificou a participar da elaboração do documento que denunciaria as péssimas condições sanitárias da instituição, mantida com o apoio do Governo do Estado e gerenciada pelo Sargento Isidoro. Não há registros sobre as consequências desta ação. Além das inspeções a abrigos, a AMEA se ocupou de inspeções a Hospitais Psiquiátricos que registraram óbitos entre seus pacientes, como o Hospital Especializado Juliano Moreira e o Sanatório São Paulo.

Exposto isso, importa salientar a posição de defesa do novo paradigma de assistência e dos novos dispositivos. A Associação discute até que ponto devem ser feitas críticas aos CAPS já instalados, por receio de que estas prejudiquem o Movimento da Luta Antimanicomial, fornecendo subsídios para os opositores da Política de Saúde Mental e defensores da internação como melhor meio de assistência. Esta preocupação é visível no seguinte trecho:

3 mostrou preocupação em relação ao que deve e pode ser passado para os associados, pois acredita que nem tudo pode ser falado em qualquer lugar e a qualquer hora, dando como exemplo os questionamentos que vem sendo feito pelos usuários em relação aos CAPS. 3 falou sobre a importância de se ter cuidado ao falar sobre o funcionamento do CAPS, uma vez que isso pode reforçar a ideia de que os manicômios é que são eficazes. 4 falou que isso pode acontecer, mas que o questionamento das práticas dos CAPS é importante para se reconhecer as necessidades e a partir daí poder intervir. 3 manteve a opinião quanto ao cuidado no que se transmitir e ressaltou a importância do grupo aprender primeiro os momentos de falar, escutar e avaliar onde e quando suas impressões podem ser expostas. (ATA DA REUNIÃO DE 24 DE MAR. 2010).

Este discurso revela um posicionamento que, em última instância, pode comprometer a imparcialidade buscada pela Associação e o processo avaliativo da Política em implantação. Para comprovar a eficácia e a eficiência de uma determinada política, importa conhecer sua realidade, seus resultados, e suas deficiências, o que só pode ser colhido com o esforço da neutralidade.

Para além do posicionamento frente às instâncias macropolíticas, foi possível colher relatos de situações em que se reflete o exercício da cidadania em nível micropolítico, como situações em que os membros da AMEA transferem a crítica para seus próprios tratamentos:

30 Notícia disponível em: <http://www.atarde.com.br/cidades/noticia.jsf?id=1095700>. Acesso em 21 fev 2012.

(...) e eu, assim, digo: não, vou ter que sentar com essa médica e conversar. Foi quando eu já tava aqui na AMEA, já tinha um esclarecimento de muitas coisas, eu cheguei pra ela e disse: Ôi, doutora N³¹, eu preciso conversar com a senhora porque, assim, eu não tô me sentindo bem com a... com o tratamento. (ENTREVISTA COM B)

Esta mudança pessoal é atribuída à mudança na forma de tratamento, e não a si mesmo ou à experiência na Associação. Acredita-se que a busca pela reafirmação da importância de implantação e qualificação dos dispositivos tenha influência nesse discurso, ou seja, é tão importante que se mantenham os serviços substitutivos, que qualquer melhora no quadro clínico deve ser atribuída a eles, e não a um esforço pessoal no próprio processo de tratamento:

Não fui eu que mudei, foi as pessoas que aprenderam a trabalhar, num tratando a gente através de eletro choque, aquele trabalho maldito, como animais, não era como um ser humano. Uma vida que eu tenho hoje, agradeço a Deus e o sistema substitutivo e principalmente as faculdade que tão, está numa inclusão social, que tanto a gente pede, que graças a Deus aos pouquinhos tá acontecendo. A visão que a sociedade, que a gente foi criado, que o louco é louco, e o lugar de louco é no “manicômio”, e onde eu acredito que doente, qualquer doente tem que ser cuidado. (ENTREVISTA COM A)

Não se pretende desprezar a importância da mudança cultural na sociedade, que, segundo o relato acima, vem mudando a forma de lidar com a loucura, e contribuindo para a inclusão de pessoas com sofrimento psíquico sem a intenção de moldá-las a um padrão de normalidade que não existe. Apenas salienta-se que a mudança cultural não é a única faceta desta inclusão, e sublinhar a importância da construção da autonomia do usuário no seu próprio tratamento, o que pode igualmente ser reconhecido como uma ação de avaliação no campo micropolítico.

4.4.1 A AMEA e outros movimentos

Durante o ano de 2010, a AMEA realizou ações com diversos grupos relacionados com a temática da saúde mental, como o GT Eduardo Araújo, o Coletivo de entidades da Luta Antimanicomial (daqui por diante chamado apenas de Coletivo), o NESM, e as Coordenações municipal e estadual de Saúde mental. Além destes parceiros, também manteve contato com a RENILA (Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial e movimentos intersetoriais, de defesa dos direitos das pessoas

31 O nome da profissional foi omitido pela autora.

com deficiência, das políticas de enfrentamento à violência contra a mulher, de combate ao racismo, entre outros.

Parceiro mais presente pela afinidade de objetivos, o Coletivo junta-se à AMEA para organizar a Semana da Luta Antimanicomial. No dia 18 de maio, comemora-se o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, e todos os municípios organizam uma programação que envolve usuários, familiares, técnicos, gestores e estudantes, com eventos culturais e científicos, além da Parada do Orgulho Louco em Salvador.

A data foi escolhida há 20 anos, após a I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada nesta data em 1987, cujo documento final expunha a proposta de reformulação do modelo assistencial e reorganização dos serviços, defendendo o atendimento extra-hospitalar e a atenção multiprofissional. Neste encontro, lançou-se o slogan: “Por uma sociedade sem manicômios”, mote do movimento até os dias atuais.

A Parada do Orgulho Louco acontece no sábado da Semana da Luta Antimanicomial desde 2008, caracterizando-se por uma caminhada com música e manifestações dos presentes, que portam faixas e se fantasiam. O evento é aberto para a população, e tem como objetivo chamar a atenção da população leiga para a luta pelos direitos das pessoas com sofrimento psíquico, e desmistificar o conceito de loucura.

O contato da AMEA com o Coletivo é frequente, já que em todas as reuniões do grupo sempre há um representante da Associação. Este é responsável por trazer as informações para os demais membros, quando é decidido o posicionamento do grupo, como podemos ver no trecho: “Em relação às reuniões do Coletivo, foi votado pelo grupo que a cada reunião da AMEA, uma pessoa ficará responsável por acompanhar a reunião do coletivo na semana seguinte e levar as informações para a reunião da associação” (ATA DA REUNIÃO DE 03 MAR 2010).

Há, por vezes, conflito entre o que o Coletivo espera da AMEA e o desejo de independência desta, tendo sido realizado alguns encontros e discussões para contorná-los:

3 informou que esteve com algumas pessoas do coletivo e que já fez a proposta sugerida, ou seja, que o coletivo participe da reunião da AMEA e assim esclarecer as dúvidas. Ficou acordado que será combinada uma data para que o encontro AMEA/ Coletivo ocorra. (ATA DA REUNIÃO DE 10 MAR 2010)

Apesar das diferenças (ou a partir destas), os dois grupos mantêm o diálogo, e as ações em conjunto, de forma que a AMEA sempre participou da organização da Semana da Luta Antimanicomial. Uma de suas atribuições durante a Semana é a articulação dos serviços e usuários para a realização de uma feirinha para exposição e venda de materiais produzidos nos CAPS ou de forma autônoma por usuários e familiares do sistema de saúde mental do estado.

Outro vínculo da AMEA ao Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) é através do credenciamento na Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial³² (RENILA), formado em sua origem por 13 núcleos da luta antimanicomial de todo o país. Durante o ano de 2010, a AMEA estudou o histórico da RENILA, e discutiu internamente para averiguar se os membros tinham interesse no credenciamento no movimento nacional, como núcleo da luta antimanicomial, como podemos ver no trecho: “Josuéilton elaborou uma carta de filiação da AMEA à RENILA que será lida em uma reunião previamente agendada. Após sua leitura, a AMEA votará se assinará a adesão ou não.” (ATA DA REUNIÃO DE 05 MAI 2010).

A AMEA não estabelece contato apenas com grupos dedicados à saúde mental, mas com outras entidades de defesa de direitos humanos, como é o caso da COCAS (Comissão Civil de Acessibilidade de Salvador), que convidou a AMEA para se filiar a instituição. A Associação enviou um representante para participar das assembleias da Comissão, mas decidiu por não se filiar, mantendo-se em contato para eventos de reivindicação do passe livre.

Com relação à Comissão dos Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU, um dos membros da AMEA tem se ocupado participando das reuniões e promovendo uma “interseção entre as linhas paralelas do transtorno mental e da deficiência” (ATA DA REUNIÃO DE 10 NOV 2010). A Associação espera conseguir maior respaldo para suas manifestações que visam ao estabelecimento do passe livre para pessoas com sofrimento psíquico em Salvador.

A campanha AFIRME-SE também contou com o apoio da AMEA. Com o objetivo de planejar, produzir e executar uma ação nacional de mídia em defesa das políticas de ação afirmativa no Brasil, o AFIRME-SE realizou ações para arrecadação de verba, com a participação de representante da AMEA.

32 Disponível em <http://osm.org.br/osm/sobre/>. Acesso em 21 fev 2012.

A associação também tem representantes no Movimento de Políticas para Mulheres (chamado também de Coletivo de Mulheres), se beneficiando também das ações promovidas por este movimento:

5 esteve na superintendência de Políticas para Mulheres e conversou com E³³. Lá são oferecidos alguns cursos gratuitos e E pediu para enviar um e-mail para cadastrar a AMEA e assim a associação ficar recebendo os informes sobre os cursos e eventos organizados pela instituição. (ATA DA REUNIÃO DE 10 MAR 2010)

As representantes da Associação no movimento participam da formulação de cartilhas e das ações promovidas, como pesquisas e eventos culturais. Por outro lado, o Coletivo de Mulheres se faz presente em eventos promovidos pela AMEA, como ocorreu na Sessão Especial da Câmara de Vereadores no dia 20 de maio, em comemoração ao dia nacional da luta antimanicomial.

Nos relatos dos membros da Associação, percebe-se um desejo de maior articulação no campo da defesa dos direitos humanos, de forma a transbordar a temática da saúde mental, e ao mesmo tempo um cuidado para que a Associação não assuma responsabilidades que ainda não tenha condições de arcar. A necessidade de mais usuários e familiares ativos na Associação aparece como uma possível solução, já que as responsabilidades poderiam ser compartilhadas.

4.4.2 A AMEA e os profissionais e serviços de saúde mental

Pelo potencial agregador da AMEA, diversos profissionais a procuram para desenvolver pesquisas, atuar junto à formação de novos profissionais e outras atividades no campo da saúde mental. A associação entende que aceitar estes convites contribui para o combate do preconceito à pessoa em sofrimento psíquico, e se esforça para atendê-los a contento.

Alguns destes convites proporcionaram novas frentes de atuação, como foi o caso do Projeto “Em Cena Insanidade³⁴”, proposto pela psicóloga e atriz Renata Berenstein. Financiado pela Fundação Cultural do Estado da Bahia (FUNCEB), o projeto se destina a promover oficina teatral a usuários e familiares vinculados à AMEA ou

³³ O nome da profissional foi omitido pela autora.

³⁴ Mais sobre o Projeto pode ser encontrado em: <http://emcenainsanidade.blogspot.com>. Acesso em 21 fev 2012.

em tratamento em CAPS de Salvador. Ao final das oficinas, estava prevista a criação coletiva de um espetáculo teatral a ser encenado pelos participantes.

As oficinas foram iniciadas em 22 de fevereiro de 2010, com apresentações finais programadas para maio e junho. Cerca de 20 usuários participaram das atividades, que tiveram, além das apresentações, outros frutos, como: um blog, outras temporadas, e o planejamento de novo espetáculo, com a formação de um grupo de teatro chamado “Os Insênicos”.

A própria realização do presente estudo foi em decorrência de uma destas solicitações. Apresentada pela autora, a proposta foi lida e discutida pela Associação:

Em seguida o grupo falou sobre o projeto de Fabiana. Ainda não foi dada uma resposta a Fabiana sobre o projeto apresentado e ela precisa apresentar o projeto ao comitê de ética. Ficou acordado que todos devem chegar às 13:00h na próxima reunião para fazer uma leitura em conjunto a fim de destacar dúvidas e fazer recomendações sobre algo que o grupo não concorde, 3 ficou de informar Fabiana sobre esta decisão. (ATA DA REUNIÃO DE 03 MAR 2010)

Além disso, o grupo acompanhou todo o processo de pesquisa, demonstrando, com frequência, o interesse no produto final da pesquisa. Conforme definido em reunião com a autora, foi definido que deveria haver uma contrapartida, no caso, a organização e sistematização dos documentos da AMEA, que ainda está em andamento.

Outra proposta que surgiu em 2010 foi a de um psicólogo, atuante em gestão social, que se colocou à disposição para colaborar com a AMEA em suas atividades: na organização das reuniões e em uma proposta futura de inclusão social pela geração de renda. Sua parceria seria por meio de voluntariado, e o grupo solicitou que os ajudassem a reformular seu Regimento Interno. No entanto, acredita-se que a parceria nunca tenha se concretizado, uma vez que não há relatos posteriores desta atividade.

Segundo a AMEA, isso ocorre com frequência: diversos profissionais fazem solicitações de pesquisa, palestras e acesso aos documentos, sem que haja um retorno das ações para o grupo, o que tem provocado uma maior resistência da Associação em permiti-los, e o estabelecimento de parcerias com contrapartida, a fim de haver algum ganho para a Associação.

O mesmo ocorre com estudantes e Faculdades: os convites são triados, para averiguar se a AMEA tem condições e interesse em atendê-los, e é cobrada uma contrapartida, que pode ser em relação a transporte, ajuda em Campanhas da Asso-

ciação, ou parcerias acadêmicas. Algumas ações realizadas com a presença da AMEA em Faculdades:

- Fundação Bahiana para o Desenvolvimento das Ciências – aula na Faculdade de enfermagem sobre os CAPS (09/02/2010);
- Faculdade Ruy Barbosa – Especialização em Saúde Mental Coletiva – palestra sobre a AMEA (09/02/2010);
- Faculdade de Medicina da UFBA – aula sobre política pública de saúde mental; (24/03/2010);
- Universidade Estadual de Santa Cruz – Simpósio de saúde mental (24/03/2010)
- Faculdade Social da Bahia – palestra sobre “Os avanços e os desafios da luta antimanicomial”. (05/05/2010)
- Faculdade Metropolitana de Camaçari – palestra sobre a AMEA e o movimento de usuários. (14/05/2010);
- Instituto de Psicologia da UFBA – convite para assistir a uma palestra em que seriam expostos resultados de uma pesquisa desenvolvida na AMEA sobre “Território e Saúde Mental”. (10/11/2010).

Outros eventos científicos foram realizados fora de Salvador, em Jequié, Camaçari, Ilhéus e até mesmo Maceió. Atender a estas demandas se torna importante para a AMEA no momento em que o grupo deseja participar da formação de profissionais numa perspectiva antimanicomial. O discurso da Associação se dirige para a desmistificação da loucura, e do lugar do sujeito em sofrimento psíquico na sociedade. Vale dizer que apenas a presença dos usuários, e a demonstração de conhecimento político, já causam um efeito de surpresa e de revisão de preconceito por parte dos estudantes.

É o que se supõe pela sequência de convites dos estudantes que se seguem a estes eventos: os membros são solicitados a responderem a entrevistas, a participarem de novos eventos, e um número cada vez maior de estudantes participa das reuniões da AMEA, da Parada do Orgulho Louco e de outros eventos.

Mesmo satisfeitos com a procura, o cuidado com a demanda recebida permanece, como se observa neste trecho:

3 informou ao grupo que uma equipe de estudantes de jornalismo da UFBA o procurou para uma entrevista. 5 disse que o mesmo grupo já havia procurado ela fazendo o mesmo pedido. 3 pediu aos alunos que entrassem em contato com os associados em um dos encontros semanais para esclarecer

melhor o objetivo da entrevista e verificar quem será entrevistado. (ATA DA REUNIÃO DE 31 MAR 2010)

Além disso, ao verificarem uma boa recepção dos professores e estudantes, a AMEA propõe novas situações para expandir o Movimento Antimanicomial, seja com estudantes ou com profissionais de áreas cuja atuação se aproxima do campo da saúde mental, como as Unidades de Emergência ou a Polícia Militar:

6 falou sobre a experiência com o grupo de estudantes da Escola de Medicina da UFBA e disse que pode utilizar o espaço para falar sobre o Movimento Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica. (ATA DA REUNIÃO DE 31 MAR 2010)

Outras questões foram levantadas, e surgiram algumas sugestões como a de 5 de formar um grupo e ir até o comando da Polícia Militar e SAMU falar sobre saúde mental. (ATA DA REUNIÃO DE 15 JAN 2010)

O desejo de expandir o conhecimento sobre saúde mental também atinge outros campos, como o da mídia. A AMEA pretende alcançar espaço em programas educativos para transmitir suas ideias e atuar na formação de opinião do grande público:

Também foi citada a necessidade de inclusão da “Semana da Luta Antimanicomial” em editais de cultura, para a “garantia duma verba” destinada à produção do evento, além da possibilidade de inserção da pauta “saúde mental” nos programas TVE Debate e Perfil, da mesma emissora baiana.³⁵ (ATA DA REUNIÃO DE 10 NOV 2010).

Manter contato intenso com profissionais e instituições, estabelecendo relações horizontais, reforça a construção da autonomia e protagonismo dos sujeitos em sofrimento psíquico, além de contribuir com a formação de novos profissionais. A mudança na sociedade só pode ocorrer através das pessoas, e este tipo de ação reforça a intenção da AMEA em discutir o estigma da loucura.

Suas ações acabam por transpassar o ato em si, alcançando o antes impossível: a loucura indicando o caminho a ser percorrido por aqueles que se consideram “normais”. Pode-se questionar se as atividades realizadas de forma intersetorial conseguem ser replicadas internamente; em outras palavras, se no funcionamento da Associação, no seu dia-a-dia, os membros conseguem produzir conhecimento entre si e realizar autoavaliações do seu trabalho.

4.4.3 A AMEA e a auto- avaliação

³⁵ Aspas do original.

Observa-se que uma das preocupações constantes no trabalho da AMEA é a realização do seu trabalho de forma satisfatória. Isto se reflete tanto nas discussões a respeito da dinâmica do trabalho quanto às frequentes deliberações a respeito do seu papel na sociedade, no Movimento da Luta Antimanicomial e na importância de manter atividades de cuidado entre os membros e com a comunidade acadêmica.

Avaliar-se passa a ser, destarte, papel importante na Associação, que encontra na diversidade de opiniões entre os membros a sua própria razão de ser: garantir a inclusão dos considerados diferentes pela sociedade em geral. Um dos momentos em que a autoavaliação pôde ser desempenhada com maior afinco foi durante a submissão de novo projeto para a FBDH:

7 contextualizou o desenvolvimento da AMEA e falou sobre o amadurecimento da associação, tanto em relação às pessoas, quanto em relação a instituição em si. 8 fez o fechamento fazendo o levantamento dos objetivos do projeto resumindo o que todos haviam falado e pontuando vários detalhes que ainda não haviam sido citados. De modo geral, os pontos mais citados foram em relação ao amadurecimento e empoderamento do grupo e da AMEA enquanto organização, a ampliação das ações da AMEA, os limites enfrentados, os embates com algumas instituições, o posicionamento político e as ações de controle social que a associação vem tendo, além da expectativa de dar continuidade ao projeto “Loucura Cidadã” (ATA DA REUNIÃO DE 03 FEV 2010).

Este momento foi significativo para que as dificuldades apontadas fossem direcionadas para a reorganização da Associação, e para o planejamento de mudanças, cumprindo o papel avaliativo do processo.

Um dos produtos desta autoavaliação foi a discussão a respeito do papel dos apoiadores, uma vez que estes estavam sendo identificados como atores de controle, direcionando a opinião dos membros e prejudicando a autonomia da AMEA. Para tanto, foi realizada uma reunião com a presença apenas dos membros, onde puderam ser elencadas as situações em que isso ocorria, e definido o papel esperado pela Associação destes parceiros.

Alguns questionamentos extrapolam a questão dos apoiadores e demonstram a real preocupação dos membros da AMEA, como na fala de um dos membros presentes nesta reunião: “J traz alguns esclarecimentos: Quem tem condição de organizar o outro? Quem tem o poder de formatar a reunião? Cadastramento? Regimento interno? Eleição com prazo? (ATA DA REUNIÃO DE 28 ABR 2010)

Quando é formulada a questão: “quem tem condição de organizar o outro?”, fica evidente o transbordamento da questão com os apoiadores e a preocupação maior de garantir que o usuário do sistema de saúde mental tenha igual direito à voz e ao poder de decisão, além de reafirmar a relação horizontal que deve haver entre os membros da Associação. Considerando que estes são os objetivos da AMEA, faz sentido que seja garantido que isso ocorra primeiramente dentro da própria Associação.

As relações pessoais estabelecidas com os apoiadores não pode ser confundida com seu papel dentro da Associação, como fica claro nestes trechos, presentes na Ata da Reunião de 28 de abril de 2010:

5 fala do seu carinho por 9, mas que não aceita essa postura de “guarda de trânsito” de ninguém e diz que já saiu dessa posição de teleguiada a muito tempo.

3 afirma ter, que em cada etapa de sua vida, precisado de apoiadores e que a AMEA caminhará sozinha independente de apoiadores e outros.

7 falou da postura que se deve ter frente a um projeto e das nossas fragilidades interferindo e muito na sua execução. E também falou da necessidade de obter informações específicas e que é aí onde entra o apoiador, o assessor etc...

10 propõe que qualquer pessoa da equipe seja mediadora durante as reuniões. 7 explica que o mediador pode atuar em outras funções também. (ATA DA REUNIÃO DE 28 ABR 2010)

A Associação, nesta reunião, estabeleceu um conjunto de pontos norteadores para a atuação dos apoiadores, de forma a mantê-los nas reuniões, mas tentando garantir sua neutralidade nas decisões dos membros.

O discurso de vários de seus membros parece, portanto, indicar que a Associação contribui para a desmistificação da loucura tanto em suas ações – palestras em faculdades, atividades culturais e participação em eventos científicos e políticos – como através da própria existência da AMEA.

Nas atas de reunião analisadas, isso esteve presente de forma significativa. Encontra-se referência, por exemplo, a normas de funcionamento das reuniões, como no dia 10 de março de 2010, em que o presidente propõe regras a serem seguidas para garantir que todos possam expressar suas ideias, sem, no entanto, comprometer a produtividade das discussões:

Josuéilton deu início à reunião pedindo ao grupo que elegeisse três pontos que funcionasse como regra da reunião do dia. Foi sugerido que houvesse respeito à fala; respeito às diferenças e que se desse o devido seguimento a pauta estabelecida. (ATA DA REUNIÃO 10 MAR 2010)

Outras determinações destinaram-se para a reorganização do processo de trabalho, como a gestão do fundo de caixa da Associação, os critérios para repasse de verba para transporte dos membros, a segurança dos documentos e o empréstimo dos materiais de registro (ATAS DAS REUNIÕES DE 24 FEV, 03 E 10 MAR, E 07 ABR DE 2010).

Ainda houve a necessidade de discutir a respeito da quantidade de convites recebidos por faculdades, uma vez que a Associação não dispunha de tempo ou recursos humanos para atender a todos. Percebe-se o desejo de atender a todas as demandas de forma satisfatória, apesar das dificuldades. Uma das soluções apontadas, como já afirmado anteriormente, seria a divulgação maciça da Associação nos serviços, e o cadastramento de novos membros, ação que a Associação ainda não conseguiu realizar.

Os convites dirigidos à AMEA podem ser realizados de maneira coletiva ou individual, a segunda ocorrendo a partir do conhecimento dos membros mais atuantes, mas a Associação definiu que qualquer convite deve ser direcionado para a reunião geral, e definido em conjunto se deve ser aceito, e que membro deverá se dirigir à instituição que emitiu o convite.

Para que este processo seja efetivo, concorda-se que as informações devam ser socializadas com responsabilidade e presteza, o que vem demandando um esforço de todos os membros em termos de objetividade:

O grupo ficou discutindo a importância de socializar as informações para que se possa falar de situações concretas que atinja a outros usuários e não fique restrito aos aspectos e impressões das pessoas daqueles que participam das reuniões da AMEA, além de favorecer a unificação e a construção de um discurso político e embasado com dados da realidade. (ATA DA REUNIÃO DE 31 MAR 2010)

A defesa pela coesão do grupo já demonstrou sua necessidade, no momento em que duas pessoas se auto-denominaram membros da AMEA, enviando e-mails em nome da Associação. No momento em que receberam a notícia de que isso estava ocorrendo, a AMEA enviou e-mails a todos os parceiros elucidando a situação, e alertando para o fato de que e-mails pessoais não refletem o posicionamento da Associação, somente correspondências com o endereço coletivo. (ATA DA REUNIÃO DE 28 MAI 2010)

Apesar deste ocorrido, a AMEA se preocupa constantemente em manter a postura de acolhimento a qualquer pessoa que chegue às reuniões, sempre reservando um momento para apresentação de todos os presentes, e um breve relato da

programação do dia. Os recém- chegados são convidados a participarem dos debates e das programações de eventos e visitas deliberados naquele momento. Há claramente a intenção de que estes indivíduos se integrem ao grupo, participando ativamente das ações planejadas, como no trecho abaixo:

Antes de dar prosseguimento a reunião, foi pedido a 11, representante do CAPS Garcia, para se apresentar aos associados da AMEA e falar um pouco sobre a sua participação na reunião. 11 foi à reunião para saber informações sobre as oficinas de teatro do projeto “Em Cena Insanidade”. 6 explicou do que se tratava o projeto e sobre a organização definida até então para a seleção dos interessados. 4 deu mais algumas informações e confirmou o retorno no dia vinte de janeiro do ano corrente para acertar os detalhes em relação aos dias e horários das oficinas. (ATA DA REUNIÃO DE 13 JAN 2010)

Como em qualquer grupo organizado, e apesar do esforço em manter o ambiente acolhedor, é esperado que haja dificuldades no relacionamento entre os membros. Durante as discussões, em alguns momentos, os associados entram em conflito, suspendem a objetividade, causando situações de desgaste pessoal e profissional, como quando uma das associadas se queixou “sobre o uso de palavras de baixo calão dirigidas a ela” por outro usuário (ATA DA REUNIÃO DE 05 MAI 2010).

A AMEA iniciou um acompanhamento institucional sob forma de um grupo operativo, conduzido por uma psicóloga que não participava de suas reuniões, com o objetivo de melhorar a comunicação interna e auxiliar no redirecionamento das discussões. (ATAS DAS REUNIÕES DE 27 JAN, 03 E 24 MAR 2010). Além disso, quando este tipo de situação ocorreu, a Associação tentou promover o diálogo entre as partes envolvidas, de forma que as discussões pudessem transcorrer novamente, de forma produtiva:

6 se retratou com 5 e com o grupo pelas suas atitudes. (...) C comentou a atitude de 6 e pôde falar um pouco sobre o que pensa sobre ele e sobre a sua importância na associação, ressaltando que sua ausência fará falta ao grupo. (ATA DA REUNIÃO DE 10 MAR 2010)

Neste trecho, demonstra-se que, apesar das dificuldades nos relacionamentos, cada membro é valorizado por aquilo com que pode contribuir ao grupo, de forma que nenhum é dispensável. Considerando inclusive a necessidade de participações em palestras e em Conferências, pode-se levantar como questão a competência de pessoas com sofrimento psíquico (e, em muitos casos, com baixa escolaridade) nestas situações, mas, novamente, considera-se que a reafirmação da potencialidade do usuário deve se iniciar dentro da Associação, para que se possa reivindicá-la em outros lugares, como o campo do trabalho:

4 questionou sua importância, enquanto membro da associação, na participação em eventos, sentindo-se incapaz de se articular, mas, foi rebatido por 5. Esta falou que todos têm capacidade de participar, dentro das suas possibilidades (ATA DA REUNIÃO DE 24 MAR 2010)

Uma das interpretações possíveis para este posicionamento é a de uma ação solidária. Como afirmou Vasconcelos (2009), as associações tendem a formar redes solidárias de ajuda e suporte mútuo, e a AMEA não é uma exceção. Diversas atividades foram realizadas no sentido de prover cuidado a membros. Encontram-se nesta categoria: a organização de eventos para levantamento de fundos (como o churrasco para que um dos familiares desse continuidade aos seus estudos), a realização de visitas a usuários internados (como no caso de uma usuária que estava sob eletroconvulsoterapia), o cuidado no acompanhamento de membros ausentes, como nos trechos observados a seguir:

8 falou sobre a ausência de alguns associados a fim de saber notícias sobre os mesmos. Dentre os que estão ausentes estão 4, que não está muito bem, 2, que precisou viajar pois o pai está doente, A. 12, que também viajou para um interior, 10, que de acordo com o último contato, feito por 7, aparenta estar bem e 13, que embora não esteja totalmente recuperado, está andando e atualmente está no interior com a família. (ATA DA REUNIÃO DE 03 FEV 2010)

8, 4 e 10 saíram logo após o início da reunião para dar apoio a 2 no enterro de seu pai. (ATA DA REUNIÃO DE 03 MAR 2010)

14 informou que está querendo realizar um evento para arrecadar dinheiro e contribuir com a matrícula de 8 na faculdade, ela pediu ajuda para organizar o evento. (ATA DA REUNIÃO DE 10 MAR 2010)

5 fala da sua angustia por 15 estar internada no Hospital das Clínicas recebendo eletro choque e que ela está reagindo (ATA DA REUNIÃO DE 05 MAI 2010)

2 colocou que soube da melhora de 16, dizendo que ele já está falando bem. (ATA DA REUNIÃO DE 10 NOV 2010)

Outra forma, mais comum, de constituir uma rede solidária se dá através de rituais de confraternização e ajuda mútua, de forma a extrapolar o relacionamento dentro do campo da saúde mental e estabelecer um laço social. Seja com festas para os aniversariantes do mês ou comemorações de fim de ano, os membros da AMEA estabelecem entre si vínculos de amizade, alargando o seu convívio que muitas vezes ficava restrito aos familiares e os colegas de CAPS.

Torna-se pertinente destacar que a política de saúde mental tem como um de seus pilares a ressocialização dos usuários do sistema, compreendendo que as relações afetivas e comunitárias contribuem não apenas para a maior adesão ao tratamento, mas igualmente para a melhora de alguns quadros psiquiátricos. Dmons-

tra-se, portanto, que a participação na Associação também pode concorrer para o benefício do estado psíquico de um indivíduo:

É também um instrumento de cura porque, é... contribuiu pra minha cura também, entendeu? E tem contribuído pra muita gente. Eu tenho visto muita gente que chegou aqui muito debilitada e hoje tem superado independente de tá de CAPS ou não. (ENTREVISTA COM B)

A existência desta rede solidária é valorizada por aqueles que foram foco de atenção, e para aqueles que prestaram auxílio, como exprimem alguns dos entrevistados:

Tem gente me apoiando, eu tô seguro. Não é pelo fato de eu não ter familiares próximo. Eu tenho um irmão só, trabalha muito e de vez em quando aparece, eu fico seguro e agradeço (ENTREVISTA COM A)

Alguma coisa que eu queria dizer é que eu gostei muito de saber que tem um órgão assim que a gente pode contar, porque quando eu entrei, eu pensei que não pudesse contar, né? (ENTREVISTA COM C)

Apesar das diversas atividades apresentadas, a AMEA só conseguiu sua formalização em 18 de janeiro de 2010, após muitas dificuldades burocráticas. Mesmo antes de ter o Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), a Associação já tinha um Regimento Interno para reger seu funcionamento, construído com uma assessoria jurídica voluntária.

No Regimento, estão previstas eleições periódicas da diretoria, e durante o início do ano a Associação realizou diversas discussões a respeito da necessidade de novas eleições, o que gerou um debate intenso sobre as funções de cada membro, o perfil dos diretores, e o desejo de cada um de exercer este papel. Percebe-se a dificuldade no envolvimento dos membros e a insegurança em assumir um cargo de liderança de alguns, o que pode indicar a necessidade de amadurecimento dos membros e de preparo para estes cargos.

Um dos objetivos atuais da Associação passa a ser o levantamento de recursos e/ou a doação de um espaço para a sede definitiva da AMEA. Mesmo que o CRP disponibilize a estrutura física e auxílio nos materiais de consumo, entende-se que é crucial ter um local próprio, independente da agenda do Conselho.

É interessante perceber o exercício da prática avaliativa no cotidiano da Associação: a exigência de esforço para suplantar as diferenças individuais, os conflitos, as divergências de opinião. No entanto, o objetivo maior da superação do preconceito da sociedade e o empenho em demonstrar o próprio valor parecem dar maior sentido às ações do dia-a-dia para os membros da AMEA. A máxima que diz:

“em casa de ferreiro, o espeto é de pau” aparenta não conseguir ser aplicada nesse caso.

4.4.4 – A AMEA e o Poder Público

Além de parceiros ligados à Academia, e a movimentos sociais, a AMEA mantém relação com órgãos e atores ligados ao governo, nas esferas municipais e estaduais, seja para receber auxílio, ou na participação de eventos políticos. Estes relacionamentos são marcados pelo cuidado para estes vínculos não denotem uma filiação partidária, como se pode observar neste trecho:

2 informou que entrou em contato com Alice Portugal³⁶ para tentar um apoio da mesma ao projeto. Ela combinou de fazer uma apresentação do projeto, bem como de representantes da AMEA para Alice e outros possíveis colaboradores. A ação foi discutida pelo grupo no sentido de tentar entender como seria esta parceria. Foi lembrado que a AMEA, embora possa receber apoio de políticos, não pode ter vínculos partidários com estes. 8 sugeriu que se faça uma parceria institucional, por uma questão de segurança e para que os acordos feitos possam ser mantidos independente da reeleição ou não do candidato. (ATA DA REUNIÃO DE 09 DEZ 2009)

Ainda assim, a busca por ajuda permeia o contato com políticos, como é o caso do relacionamento com a vereadora Aladilce, que forneceu apoio na formação de cadastro de usuários dos serviços de saúde mental do município. (ATA DA REUNIÃO DE 24 MAR 2010).

Algumas parcerias são inevitáveis, como é o caso com a Prefeitura Municipal de Salvador (PMS), uma vez que a Associação desejava participar ativamente do Conselho Municipal de Saúde de Salvador como Sociedade Civil Organizada, como forma de exercer o controle social de forma institucionalizada e ampliar as ações de saúde mental para esferas mais amplas de assistência.

A parceria com esferas governamentais ou instituições públicas tem por objetivo obter ajuda em capacitações, captação de material de consumo, ou ajuda na realização de eventos. Um exemplo de situação como essa ocorreu com o INSS, que ofereceu espaço para ministrar cursos (ATA DA REUNIÃO DE 15 JAN 2010). Contatos foram realizados também com o Ministério Público Federal e com o Ministério

36 Deputada estadual pelo PC do B.

Público do Trabalho, mas não há registros de que tenha sido feito algum acordo durante o ano de 2010.

Interessa ressaltar que, apesar de solicitar auxílio em diversas ocasiões, a Associação se orgulha em permanecer neutra politicamente, por entender que somente assim poderá atuar na defesa dos interesses dos usuários, independente de quem esteja ocupando os cargos do Poder Executivo no município de Salvador ou no estado da Bahia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo pretendeu analisar as experiências da AMEA na avaliação da Política de Saúde Mental em Salvador, durante o ano de 2010, e, para tanto, discorreu inicialmente a respeito do conceito de políticas públicas, para chegar ao panorama atual da Saúde Mental em Salvador, definiu o conceito do método da avaliação na perspectiva do usuário. Estudou-se a AMEA, caracterizando-a, trazendo seu histórico e configuração atual, para finalmente mapear suas ações de avaliação no ano de 2010.

Além dos objetivos iniciais, o presente trabalho analisou a relação da Associação com outros movimentos sociais, com o Poder Público, com os serviços da rede e os profissionais destes, e de que forma realiza o exercício da auto-avaliação em seu funcionamento cotidiano.

Para tanto, foi realizado inicialmente um levantamento bibliográfico sobre políticas públicas, saúde mental e avaliação de políticas públicas. Feito o levantamento bibliográfico, a coleta de dados ocorreu junto à AMEA no seu local de reuniões, reunindo a documentação proposta inicialmente, ou seja: atas de reunião, ofícios, projetos e estatuto.

Também foram realizadas entrevistas semi-estruturadas que seguiram um roteiro inicial, com 5 (cinco) membros da Associação, que foram transcritas e analisadas textualmente. No agrupamento por categorias, buscou-se obedecer parcialmente os princípios apontados pela metodologia MARES, proposta por Martins (2009). O método escolhido demonstrou ser adequado para responder ao problema proposto, visto ter alcançado os objetivos.

Observa-se que a centralidade no usuário para a realização de pesquisas avaliativas em saúde mental aponta para novas perspectivas, coerentes com a mudança de paradigma proposta pela Reforma Psiquiátrica, no sentido de contribuir para o desenvolvimento da autonomia dos usuários e promover o exercício da cidadania destes sujeitos.

A avaliação na perspectiva do usuário, neste campo, pode ser um método válido na consolidação deste paradigma, contribuindo para a mudança da sociedade, desmistificando a loucura e aproximando a Política de Saúde Mental de seus beneficiários. Considerando que em seus pressupostos básicos esta Política propõe a par-

ticipação ativa dos usuários, torna-se coerente utilizar este tipo de pesquisa avaliativa.

Considerando-se a classificação proposta por Furtado (2001), que aponta para as funções somativa e formativa da pesquisa avaliativa, e as ações realizadas pela AMEA em 2010, compreende-se que a Associação contribui para a melhoria dos serviços de saúde em uma avaliação formativa, não tendo alcançado até o momento uma função somativa. A preocupação primária da AMEA é a melhoria da assistência prestada aos beneficiários dos serviços de saúde mental, mais do que a atenção ao processo avaliativo.

Em relação a este objetivo, a Associação demonstra estar realizando ações pertinentes, no sentido de fiscalizar os serviços e a qualidade do cuidado prestado, além de atuar pelo fortalecimento da cidadania dos usuários, convocando-os continuamente a participar de suas atividades.

A participação em eventos científicos e nos Conselhos e Conferências também refletem o quanto a presença da AMEA tem sido valorizada, seu discurso legitimado por profissionais e gestores. Destarte, configura-se como órgão de controle social, ratificado pela presença inclusive nas visitas de fiscalização de serviços públicos.

Ressalta-se sua participação em eventos de outros municípios, localizados na Região Metropolitana de Salvador, e comprova-se a dificuldade em atingir os municípios mais distantes do Estado, de forma que usuários de outras localidades realizem ações de avaliação da política de forma sistemática. Apesar de ser um dos objetivos para a Associação, esta ainda não conseguiu atingi-lo satisfatoriamente.

No entanto, em suas atividades em Salvador, a AMEA demonstrou conhecimento íntimo da legislação vigente, além do funcionamento burocrático das instâncias gestoras. Apresentou posicionamento crítico frente às questões políticas do período estudado, assumindo a defesa dos interesses dos usuários de serviços de saúde mental em Salvador.

Na participação da Conferência de Saúde Mental, além de contribuir com sua organização, seus membros participaram na elaboração de propostas que seguiram as etapas municipais e estaduais, elegendo inclusive delegados, com poder de voto nas Assembleias.

A presença significativa nas Conferências e em outras atividades de fiscalização e controle social fortalece o empoderamento dos membros da Associação, que

relataram como a participação na AMEA contribuiu para uma mudança de postura individual inclusive nos serviços que frequentam, sob a forma de análise crítica e a adoção de uma postura avaliativa contínua.

Compreende-se a partir destas afirmações o quanto o exercício da avaliação no cotidiano atua de forma a retroalimentar o processo, e a capacitar seus atores, desenvolvendo cidadania e autonomia. Assim, reforça-se a análise de que sua atuação, para além do posicionamento frente às instâncias macropolíticas (dos órgãos gestores, referentes à política de saúde mental), reflete-se no exercício da cidadania em nível micropolítico (das relações interpessoais).

No entanto, pelo comprometimento com a Reforma Psiquiátrica e a proposta dos novos serviços (os CAPS), a AMEA corre o risco de comprometer sua imparcialidade na avaliação da Política de Saúde Mental. Diante da preocupação em não criticar duramente as fragilidades do sistema de saúde mental do município para não correr o risco de fortalecer o discurso da Contra- Reforma, a Associação demonstra ainda a necessidade de amadurecimento no exercício da avaliação de políticas públicas. Para uma avaliação eficaz, é imprescindível que se aponte não só as vantagens e seus pontos positivos, mas igualmente suas deficiências e dificuldades, de forma a contribuir para a proposição de mudanças e reformulações necessárias.

No desejo de mudanças, inclui-se o envolvimento com outros movimentos sociais, que demarca o caráter intersetorial da militância em saúde mental. Apesar de não se constituir *per se* uma ação de avaliação, contribui para a desmistificação da loucura, e para o crescimento da Associação enquanto órgão representativo dos usuários e seus familiares. Ainda uma tarefa hercúlea, tanto pelo início dos trabalhos, quanto pela quantidade de pessoas envolvidas.

Da mesma forma pode-se analisar a participação da AMEA em eventos científicos: participar da formação de profissionais pode contribuir para um tratamento mais qualificado para eles próprios. O estabelecimento de relações horizontais reforça a autonomia e a cidadania dos usuários do sistema de saúde mental que participam destes eventos, e contribui para a mudança de posicionamento dos estudantes frente à loucura.

O exercício da cidadania em espaços externos à Associação se reflete nas discussões internas: os membros parecem transportar o debate avaliador da política de saúde mental para avaliar o próprio funcionamento da Associação. Discutir a dinâmica das reuniões, conflitos existentes entre os membros, ou mesmo a estratégia

a ser utilizada em algumas das ações pode ser interpretado como um processo de auto-avaliação, e, como tal, importa assinalá-lo para compreender a seriedade e o compromisso dos membros para que a AMEA represente de fato o interesse dos usuários e familiares dos serviços de saúde mental.

Durante as discussões, por exemplo, do papel dos apoiadores, fica claro o desejo de autonomia dentro da Associação, mesmo que ainda se perceba o receio da independência de um terceiro, com a responsabilidade de guiar ou de – como o próprio nome diz – apoiar as atividades da AMEA. Parece que, ainda que receosos, os membros caminharam em direção a esta independência, ao estabelecerem as ações que eles queriam que os apoiadores realizassem, reorganizando as relações internas da Associação.

Uma outra ação importante para a AMEA é a articulação de uma rede solidária entre seus membros. Esta rede, acionada para a organização de eventos comemorativos, culturais, ou para o apoio durante o tratamento, constitui-se em cuidado, promovendo maior adesão ao tratamento, fortalecendo os laços sociais e a vinculação dos membros em relação à Associação.

Por fim, exposto o observado nas atas e documentos da AMEA, pode-se considerar, a respeito do seu papel enquanto órgão representativo dos usuários e familiares no Estado da Bahia, que estabelece uma relação de avaliação com a Política de Saúde Mental. Esta Política, quando formulada e implantada, tem como um de seus objetivos, conforme já exposto, o desenvolvimento da cidadania e a promoção da autonomia de uma população que, historicamente, foi negligenciada em sua subjetividade e em seus direitos de dignidade e de vida plena.

Ao examinar as ações da Associação, fica claro que a forma de tratamento utilizada na nova Política cumpre este papel, proporcionando espaço de interlocução política e valorizando a voz e as ações do sujeito em sofrimento psíquico em situações ainda impensadas pela maioria da sociedade, como Conferências, Conselhos e no ambiente acadêmico, auxiliando na formação de profissionais que não compartilhem com o preconceito ainda vigente.

Também é claro que a Associação cumpre seu papel de controle social em suas participações, e que se utiliza das estratégias avaliativas não apenas as atividades externas à AMEA, como também em suas discussões internas, exercitando a avaliação política nos campos macro e micropolítico.

Confirma-se, portanto, a metodologia da perspectiva do usuário como importante para a realização de pesquisas avaliativas, sendo pertinente sua utilização em novas pesquisas, além da utilização no cotidiano para avaliação de serviços, programas e políticas.

REFERÊNCIAS

Fontes Documentais AMEA:

Atas das reuniões da AMEA em 2010.

Carta Aberta do CAPSad de Pernambués, de 22 de janeiro de 2010.

Ofício ao Ministério Público Federal, de 10 de fevereiro de 2010.

Síntese concisa das ações da AMEA (dezembro 2009).

Relatório Situacional dos Centros de Atenção Psicossocial do município de Salvador, de 07 de fevereiro de 2010.

Loucura cidadã: Afirmação de Direitos e Inclusão Social. Projeto apresentado ao Fundo Brasil de Direitos Humanos em 2009.

Cidadania e Loucura: Circulando Direitos. Projeto apresentado ao Fundo Brasil de Direitos Humanos em 2010.

Guia de direitos humanos Loucura Cidadã. Cartilha produzida pela AMEA através do Projeto Loucura Cidadã.

Estatuto social da AMEA - Associação Metamorfose Ambulante de Usuários e Familiares do Sistema de Saúde Mental do Estado da Bahia, de 17 de maio de 2007.

Bibliografia

ADORNO, Rubens de C. F. Movimento social e participação: a saúde na esfera pública. **Revista Saúde e Sociedade**, n. 1, v. 2, p. 111-124. 1992.

AGUILAR, Maria José e ANDER-EGG, Ezequiel. **Avaliação de serviços e programas sociais**. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

ALMEIDA, Patty Fidelis de; ESCOREL, Sarah. Da avaliação em saúde à avaliação em Saúde Mental: gênese, aproximações teóricas e questões atuais. **Saúde em Debate**: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p.35-47, 2001.

ALMEIDA, Vicente de Paulo. Avaliação de Programas Sociais: de mensuração de resultados para uma abordagem construtivista. Rev. **Pesquisas e Práticas Psicosociais**, v. 1, n. 2, São João del-Rei, dez. 2006. Disponível em: <http://www.ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/revistalapip/VicenteAlmeida.pdf>. Acesso em 10 jan 2011.

AMARANTE, Paulo. (Org.). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

_____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ARAÚJO, Daniela Nunes. Pinel e Tuke. **Ciente.fico**, Salvador, v. I, n. II, p.01-05, 01 ago. 2002. Anual. Disponível em: <http://www.frb.br/ciente/Textos%20CienteFico%202002.2/PSciologia/Epistemologia/Temas%20Livres/Foucault/Pinel%20e%20Tuke.pdf>. Acesso em: 13 out. 2010.

ARRETCHE, M. Tendências no estudo sobre avaliação. In: RICO, E. M. (org). **Avaliação de políticas sociais**: uma questão em debate. São Paulo: Cortez, 1999.

AVALIAR In: WEISZFLOG, Walter (Comp.). **Moderno Dicionário da Língua Portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos, 2007. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=avaliar>. Acesso em: 25 jan. 2011.

AZEVEDO, S, AVRITZER, L. **A política do 'Orçamento Participativo'**: formas de relacionamento entre o Estado e Sociedade. Paper apresentado na ANPOCS - Caxambú, de 23 a 27 de novembro de 1994.

BARROS, Ricardo Paes de, HENRIQUES, Ricardo e MENDONÇA, Rosane. **A estabilidade inaceitável**: desigualdade e pobreza no Brasil. Texto para discussão nº 800. Rio de Janeiro: IPEA, 2001

BASAGLIA, Franco. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Org. Paulo Amarante. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BERNSTEIN, E., WALLESTEIN, N., BRAITHWAITE, B., GUTIERREZ, L. LABONTE, R., & ZIMMERMAN, M. Empowerment Forum: A dialogue between guest editorial board members. In: **Health Education Quarterly**. v. 21, nº 3, p. 281-294, 1994.

BIRMAN, Joel. A cidadania tresloucada : notas introdutórias sobre a cidadania dos

doentes mentais. In: BEZERRA JUNIOR, B. ; AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria sem hospício** : contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 71-90.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm . Acesso em 10 jan 2011.

_____. Presidência da República. **Lei 8080, de 19 de Setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>. Acesso em 10 jan 2011.a

_____. Presidência da República. **Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm. Acesso em 30 set 2010. b

_____. Presidência da República. **Lei 10216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em 30 set 2010.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 196, de 10 de outubro de 1996**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório final da V Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1975. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/5conf_nac_rel.pdf. Acesso em 29 set. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Legislação em Saúde Mental: 1994-2004. 5 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção**

psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. **Residências terapêuticas**: o que são, para que servem. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

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

CAMPOS, Rosana Onocko et al. **Pesquisa avaliativa em saúde mental**: desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Aderaldo e Rothschild, 2008. 428 p.

CARVALHO, Antonio Ivo de. Conselhos de Saude, Responsabilidade Publica e Cidadania: A Reforma Sanitária como Reforma do Estado. In: FLEURY, Sônia (org.). **Saude e Democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos, 1997.

CARVALHO, A.L. L.; AMARANTE, P. Avaliação de qualidade dos novos serviços de saúde mental: em busca de novos parâmetros. **Saúde em Debate**, v. 52, p.74-82, 1996.

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

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Por uma IV Conferência Antimanicomial**: contribuições dos usuários. Brasília: CFP, 2010.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo (org). **Avaliação em Saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. Cap. 2. p. 29-48.

CÔRTEZ, Soraya Vargas. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In: CÔRTEZ, Soraya Vargas (Org.). **Participação e saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. 208 p.

COSTA, F.L. e CASTANHAR, J.C. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. **Revista Brasileira de Administração Pública**, Rio de Janeiro, n. 37, v. 5, p. 969-992, 2003.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CUNHA, Edite da Penha e CUNHA, Eleonora Schettini M. Políticas públicas sociais. In CARVALHO, Alysson *et al* (org). **Políticas públicas**. Belo Horizonte: UFMG, 2002.

DEMO, Pedro. **Avaliação qualitativa**. 6. ed. Campinas, SP: Autores Associados, 1999.

_____. **Charme da exclusão social**. 2. ed. Campinas: Autores Associados, 2002.

DELEUZE, G. e GUATTARI, F. **Mil platôs, capitalismo e esquizofrenia**. São Paulo: Editora 34, 2000

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Textos de apoio em saúde mental**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 242 p.

ESQUIROL, E. **Des maladies mentales**: considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal. Tome premier. Londres, J-B Baillière, 1838.

FALEIROS, V. P. et al. **A construção do SUS**: histórias da Reforma sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FARIA, Regina M. Avaliação de programas sociais: evoluções e tendências. In RICO, Elizabeth Melo (org). **Avaliação de políticas sociais**: uma questão em debate. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

FLEURY, Sônia. Democracia e socialismo: o lugar do sujeito. In: FLEURY, Sônia; e LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2009. p. 24-45.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. 7ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2004.

FURTADO, Juarez Pereira. **Avaliação como dispositivo**. 2001. 282 f. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

_____. Avaliação de programas e serviços. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al (orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006.

GIL, A. C.. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

GONÇALVES, Emerson. **A reforma do estado e a política de saúde**: repensando o Estado. Disponível em:
<http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/artigos/Reforma%20do%20Estado%20e%20Pol%EDtica%20de%20Sa%FAde%20Repensando%20o%20Estado.pdf>. Acesso em: 28 set. 2010.

GUBA, Egon G.; LINCOLN, Yvonna S. **Effective evaluation**. San Francisco: Jossey-Bass Publishers. 1988. 423p.

_____. **Fourth Generation Evaluation**. Newbury Park: Sage Publications. 1989. 294 p.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. Institutionalizing the evaluation of health programs and policies in France: *cuisine internationale* over fast food and *sur mesure* over ready – made. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 15(2):229-259, abr-jun, 1999

JACOBI, Pedro R. Políticas sociais locais e os desafios da participação cidadina. **Ciência & Saúde Coletiva**, nº7, v. 3, p. 443 - 454, 2002.

KANTORSKI, L.P. et al. Avaliação de quarta geração – contribuições metodológicas para avaliação de serviços de saúde mental. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, 2009.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, Ana (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. pp. 55-59. (Série SAÚDELOUCURA).

KYRILLOS NETO, Fuad. Reforma psiquiátrica e conceito de esclarecimento: reflexões críticas. **Mental**. Barbacena, Minas Gerais. Ano 1, n. 1, p. 71-82, dez. 2003.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; SILVA, Lígia Maria Vieira da (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: Edufba, 2005.

LABRA, Maria Eliana. Política Nacional de Participação na Saúde: entre a utopia democrática do controle social e a prática predatória do clientelismo empresarial. In: FLEURY, Sônia; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 176-203.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos da metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

LARANJEIRA, SÔNIA M. G. Gestão pública e participação: a experiência do orçamento participativo em Porto Alegre. **Revista São Paulo em perspectiva**, nº 10, v. 3, 1996.

LUBISCO, Nídia Maria Lienert; VIEIRA, Sônia Chagas. **Manual de estilo acadêmico: monografias, dissertações e teses**. 2. ed. Salvador: Edufba, 2003.

MARTINS, Paulo Henrique. Usuários, redes de mediadores e associações híbridas da saúde. In: MARTINS, Paulo Henrique e MATTOS, Ruben. **Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2008. p. 20-31.

_____. MARES (Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano): aspectos conceituais e operacionais. In: PINHEIRO, Roseni e MARTINS, Paulo Henrique Novaes. **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ, 2009.

MEDINA, Maria Guadalupe et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; SILVA, Lígia Maria Vieira da. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA, 2005. p. 41-64.

MENDES, E. V. et al. (Org.). **Distritos sanitários: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1995.

MERHY, E. E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In E. E. Merhy & R. Onocko (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997, pp.197-228.

MERHY, E. E. & QUEIROZ, M. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n. 2, 1993, p. 177-184.

MENDONÇA, Gismália Marcelino. **Manual de normalização para apresentação de trabalhos acadêmicos**. Salvador: UNIFACS, 2009.

MENEZES, Ana Maria Ferreira & FONSECA, Manoel Justiniano Melo. Institucionalismo e sua análise das organizações. In: SEPULVEDA, Osmar Gonçalves (org). **Reflexões de economistas baianos 2010**. Salvador: CORECON- BA, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 1999.

OLIVEIRA, Roberto Cardoso de. **O trabalho do antropólogo**. São Paulo: Unesp, 2000. p. 17-35.

PAIM, J. S. Políticas de Saúde no Brasil. In: Maria Zélia Rouquayrol; Naomar de Almeida Filho. (Org.). **Epidemiologia & Saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

_____. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA, 2008.

PATTON, Michael Quinn. **Qualitative research and evaluation methods**. 3. ed. New Delhi: Sage Publications, 2001.

_____, Michael Quinn. **Utilization- focused evaluation**. 4 ed. California: SAGE Publications, 2008.

PEREIRA, Denise Bermudez et al. Cidadania em saúde mental e a participação popular. **Cogitare Enfermagem**, 2009. p. 764-8

PESSOTTI, Isaías. **O século dos manicômios**. São Paulo: 34, 1996

PINEL, Philippe. **A treatise on insanity**. London: W. Todd, 1806.

PINHEIRO, Roseni e MARTINS, Paulo Henrique Novaes. Elementos teóricos e metodológicos da pesquisa multicêntrica. In: PINHEIRO, Roseni; MARTINS, Paulo

Henrique Novaes. **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário:** abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: CEPESC/ IMS-UERJ, 2009a. p. 15-26.

PINHEIRO, Roseni; SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes da. A centralidade do usuário na avaliação em saúde: outras abordagens. In: PINHEIRO, Roseni; MARTINS, Paulo Henrique Novaes. **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário:** abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: Cepesc/ims-uerj, 2009b. p. 37-52.

PITTA, Ana. Cuidados com o cuidar em saúde mental: estratégias de avaliação. **Cadernos Ipub**, Rio de Janeiro, n. 3, p.15-25, 1997.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. Salvador: PMS, 2010.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de Saúde Mental para Salvador**. Salvador: PMS, 2005.

RANCIÈRE, Jacques. **O desentendimento:** política e filosofia. São Paulo: Editora 34, 1996.

PUTNAM, Robert D. **Comunidade e democracia:** a experiência da Itália moderna. Trad. Luiz Alberto Monjardim. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

RANCIÈRE, Jacques. **O desentendimento:** política e filosofia. São Paulo: Ed. 34, 1996

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, Silvério Almeida & COSTA, Nilson do Rosário (org). **Cidadania e loucura:** políticas de saúde mental no Brasil. 7ª ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 2001, p. 16- 73.

ROCHA, N. M. D. A Faculdade de Medicina da Bahia e a preocupação com questões de ordem psicológica durante os oitocentos. In MASSIMI, Marina e GUEDES, Maria do Carmo (org). **História da Psicologia no Brasil:** novos estudos. São Paulo: Cortez, 2004.

_____. A Psicologia oitocentista no acervo da Biblioteca Pública do Estado da Bahia: alguns exemplos. Memorandum, 3, 14-49, 2002. Disponível em: <<http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/artigos03/rocha01.htm>>. Acesso em 12 out 2010.

ROCHA, N. M. D, TRANQUILLI, Alessandra Graciosa e LEPIKSON, Bianca Becker. A Faculdade de Medicina da Bahia no Século XIX: a preocupação com aspectos de saúde mental. **Gazeta Médica da Bahia**; n.74, v. 2. : 2004

ROCHE, Chris. **Avaliação de impacto dos trabalhos de ONGs**: aprendendo a valorizar as mudanças. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2002.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Hucitec, Editora da UNESP; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.

ROTELLI, F. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. (pp. 149-170).

RUA, Maria das Graças. Análise de Políticas Públicas: conceitos básicos. In: **O estudo da política**: tópicos selecionados. Brasília: Paralelo 15, 1998.

SACHS, Ignacy. **Desenvolvimento**: incluyente, sustentável, sustentado. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **A reinvenção solidária e participativa do Estado**. Palestra proferida no Seminário Internacional "Sociedade e Reforma do Estado". 2005. Disponível em:
<<http://formacaoredefale.pbworks.com/f/A+Reinven%C3%A7%C3%A3o+Solid%C3%A1ria+e+Participativa+do+Estado.pdf>>. Acesso em 13 jun 2011.

SCANDELA, Aline Linares de Oliveira. **Evolução da intervenção da saúde mental no Brasil**. Disponível em:
<<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/2165/2344>>. Acesso em: 01 out. 2010.

SCHWARTZMAN, Jacques. **Um sistema de indicadores para as universidades brasileiras**. São Paulo: Nupes/USP, 1994. (Documento de trabalho 5/94).

SEN, A. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SILVA, Ilse Gomes. Os desafios da participação popular no contexto da reforma do Estado brasileiro. **Lutas Sociais** (PUCSP). São Paulo, v. 5, p. 35-45, 1998.

SILVA, Ligia Maria V. e FORMIGLI, Vera Lúcia A. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v.10 , n. 1, p. 80-91, 1994

SILVA, Ligia Maria Vieira da. Conceitos, abordagens, e estratégias para a avaliação em saúde. In Hartz, Zulmira Maria de Araújo e SILVA, Ligia Maria Vieira da. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática da avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA, 2005.

SILVA, Marcus Vinicius de Oliveira. **Do pré-psiquiátrico o pós-psicanalítico: cursos e percursos da trajetória da cultura psicológica na Bahia**. Dissertação de mestrado ISC/ UFBA. 1995.

_____. O movimento da Luta Antimanicomial e o movimento dos usuários e familiares. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Loucura, ética e política: escritos militantes**. Brasília: Casa do Psicólogo, 2003. p. 84-111.

SILVEIRA, Rodrigo *et al.* Desinstitucionalização e modelos assistenciais em saúde mental: avaliação na perspectiva da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MARTINS, Paulo Henrique Novaes. **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: Cepesc/ims-uerj, 2009.

SOARES, Sandra Regina Rosolen e SAEKI, Toyoko. O Centro de Atenção Psicossocial sob a ótica dos usuários. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, 2006, p. 14-16.

SOUZA, Celina. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In HOCHMAN, Gilberto (org). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

SOUZA, M. L. A teoria sobre o desenvolvimento em uma época de fadiga teórica, ou: sobre a necessidade de uma “teoria aberta” do desenvolvimento socioespacial. **Revista Território**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 5-22, jul./ dez. 1996.

STENZEL, Ana Cecília Bastos. **A temática da avaliação no campo da saúde coletiva: uma bibliografia comentada**. 1996. 251f. Dissertação (Mestrado em saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

SURJUS, Luciana Togni de Lima e Silva, e CAMPOS, Rosana Onocko. Usuários e familiares: co- autoria no processo avaliativo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). In: CAMPOS, Rosana Onocko et al (org). **Pesquisa avaliativa em saúde**

mental: desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: HUCITEC, 2008.

TEIXEIRA, Carmem Fontes. **Modelo de atenção à saúde:** promoção, vigilância e saúde da família. Salvador: EDUFBA, 2006.

TENÓRIO, Fernando. **A Psicanálise e a clínica da Reforma Psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

TOMAZ, Cristiane Silva. **A cidadania do louco:** um debate necessário para a compreensão da dimensão teórico- política da Luta Antimanicomial. 2009. 199 f. Dissertação (Mestre) - UFJF, Juiz de Fora, 2009.

UNICEF. **Guide for monitoring and evaluation.** New York: UNICEF, 1990.

VALLA, Victor Vincent. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 02, n. 14, p.7-18, 1998.

VASCONCELOS, E. M. (Org.). **Saúde mental e serviço social :** o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo : Cortez, 2000.

_____. A proposta de empowerment e sua complexidade: uma revisão histórica na perspectiva do Serviço Social e da saúde mental” In: **Revista Serviço Social & Sociedade:** seguridade social e cidadania. Ano XXII; nº 65, p. 05-53, 2001.

_____. **Abordagens psicossociais**, vol II: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares. São Paulo, Hucitec, 2008.

_____. Para além do controle social:: a insistência dos movimentos sociais em investir na redefinição das práticas de saúde. In: FLEURY, Sonia; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. **Participação, democracia e saúde.** Rio de Janeiro: CEBES, 2009, p. 270-288.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão e RODRIGUES, Jeferson. **Organização de usuários e familiares em saúde mental no Brasil:** uma contribuição para a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Texto de apoio escrito a convite da Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental. 2010.

VENTURA, Magda Maria. O Estudo de Caso como Modalidade de Pesquisa. **Rev. Socerj**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 20, p. 383-386, 2007.

VILA, Vanessa da Silva Carvalho et al. Pesquisa Etnográfica em Saúde: Sua apreciação por Comitês de Ética em Pesquisa. **Rev Socerj**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 20, p.240-242, 2007.

VOS, Rob. **Hacia un sistema de indicadores sociales**. Series Documentos de Trabajo I-2. Washington: BID/Indes, 1996. Disponível em: <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=2218420>. Acesso em 27 abr 2011.

WETZEL, Christine. **Avaliação de serviço em saúde mental**: a construção de um processo participativo. Tese de doutorado (Doutorado em enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2005.

WEISS. Carol. H. Toward the future on stakeholder approaches in evaluation. **New Directions for Profram Evaluation**, n. 17: p. 83-96, 1983.

WORTHEN, Blaine R. **Avaliação de programas**: concepções e práticas. São Paulo: Gente, 2004.

ZAMBENEDETTI, Gustavo & SILVA, Rosane Azevedo Neves. A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 131-150, 2008.

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO
MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS, GESTÃO DO CONHECI-
MENTO E DESENVOLVIMENTO REGIONAL**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: AVALIAÇÃO EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO: um estudo de caso da Associação Metamorfose Ambulante em Salvador/BA

Pesquisadora Responsável :Fabiana Kubiak

Telefone para contato (inclusive ligações a cobrar): (71) 8768-3562 - (71) 3192-9849

Nesta pesquisa nós estamos buscando examinar a participação dos usuários na avaliação dos processos de cuidado em Saúde Mental em Salvador, e para isso buscamos sua participação. Serão realizadas entrevistas, em que estará livre para responder ou não qualquer das perguntas formuladas. Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais, pois somente a pesquisadora e a orientadora terão conhecimento dos dados. As entrevistas serão gravadas em áudio, e após a transcrição das gravações para a pesquisa elas serão desgravadas.

A participação nesta pesquisa não traz complicações legais. Você não estará correndo risco de prejuízo físico, mas poderá sentir-se desconfortável ao responder algumas perguntas, e poderá recusar-se a responder quando isso ocorrer. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.

Ao participar desta pesquisa o (a) sr(a) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes sobre a participação polí-

tica dos usuários de serviços de saúde mental de Salvador, de forma que o conhecimento que será

construído a partir desta pesquisa possa contribuir a implantação da política de saúde mental em Salvador. O pesquisador se compromete a divulgar os resultados obtidos, e disponibilizá-lo para a comunidade científica e para os participantes.

O (a) sr (a) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “AVALIAÇÃO EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO: um estudo de caso da Associação Metamorfose Ambulante em Salvador/BA”, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Fabiana Kubiak sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade.

Salvador, _____ de _____ de 20__

Participante da pesquisa

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

APÊNDICE B – Roteiro para entrevista de participante

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO
MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS, GESTÃO DO
CONHECIMENTO E DESENVOLVIMENTO REGIONAL**

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

IDENTIFICAÇÃO

Nome –

Idade –

Cargo na AMEA –

Serviço que frequenta -

QUESTÕES

1. Há quanto tempo faz tratamento em saúde mental?
2. Onde faz seu tratamento atualmente?
3. Onde fazia antes?
4. Pode apresentar diferenças entre os dois serviços? Quais?
5. De que atividades participa no serviço que frequenta?
6. De que forma estas atividades contribuem para seu tratamento?
7. Em que situações procura o serviço?
8. Que benefícios espera obter no serviço?
9. Como avalia o serviço que frequenta?
10. Quando começou a participar da Associação Metamorfose Ambulante (AMEA)? Por quê?
11. Que atividades desempenha na AMEA?
12. Que resultados espera obter com a AMEA?
13. Sua participação na AMEA influencia o seu serviço? Como?
14. O trabalho da AMEA influencia a política de saúde mental de Salvador? Como?
15. Como avalia o trabalho da AMEA?