

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**



**Tese**

**Avaliação dos Processos de Gestão de uma Rede de Atenção Psicossocial  
à Luz da Teoria da Ação Comunicativa**

**Maria Carolina Pinheiro Meirelles**

**Pelotas, 2016**

**Maria Carolina Pinheiro Meirelles**

**Avaliação dos Processos de Gestão de uma Rede de Atenção Psicossocial à  
Luz da Teoria da Ação Comunicativa**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde.

Linha de Pesquisa: Saúde mental e coletiva, processo do trabalho, gestão e educação em enfermagem e saúde.

Orientadora: Dra. Luciane Prado Kantorski

**Pelotas, 2016.**

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas  
Catalogação na Publicação

M479a Meirelles, Maria Carolina Pinheiro

Avaliação dos processos de gestão de uma rede de atenção psicossocial à luz da teoria da ação comunicativa /  
Maria Carolina Pinheiro Meirelles ; Luciane Prado Kantorski,  
orientadora. — Pelotas, 2016.

250 f.

Tese (Doutorado) — Programa de Pós-Graduação em  
Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade  
Federal de Pelotas, 2016.

1. Avaliação em saúde. 2. Gestão em saúde. 3.  
Serviços de saúde mental. 4. Pesquisa qualitativa. I.  
Kantorski, Luciane Prado, orient. II. Título.

CDD : 610.73

Elaborada por Aline Herbstrith Batista CRB: 10/1737

## Folha de Aprovação

Autora: Maria Carolina Pinheiro Meirelles

Título: Avaliação dos Processos de Gestão de uma Rede de Atenção Psicossocial à Luz da Teoria da Ação Comunicativa

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Saúde mental e coletiva, processo do trabalho, gestão e educação em enfermagem e saúde da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em: 16/12/2016

Banca de Examinadora:

Luciane Kantorski

Pr<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Luciane Prado Kantorski (Orientadora)

Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo

Eduardo Hernández

Pr. Dr. Eduardo Hernández Ibarra

Doutor em Ciencias de la Salud Pública pela Universidad de Guadalajara

er

Pr<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Christine Wetzel

Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo

Christine Wetzel

Pr<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Paula Müller de Andrade

Doutora em Ciências Humanas pela Universidade Federal de Santa Catarina

Vanda Jardim

Pr<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Vanda Maria da Rosa Jardim

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina

Janaína Willrich

Pr<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Janaína Quinzen Willrich (1<sup>a</sup> suplente)

Doutora em Ciências pela Universidade Federal de Pelotas

Valéria Coimbra

Pr<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Valéria Cristina Christelo Coimbra (2<sup>a</sup> suplente)

Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo

Michele Mandagará

Pr<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Michele Mandagará de Oliveira (3<sup>a</sup> suplente)

Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo

Dedico esta tese aos trabalhadores da gestão e da atenção à saúde mental, pela loucura cotidiana de viver no “olho do furacão” da produção do cuidado em saúde em liberdade; e todo o dia acordar e seguir em frente, meio Dom Quixote, mas também meio Nise, um tanto de Basaglia ou pura e simplesmente Josés, Marias, Joãos, Anas, Pedros, qualquer um, em luta, em ato de amor e trabalho pelo humano e por nós, todos e todas, loucos e loucas pela vida.

## **Agradecimentos**

A Deus pela certeza de nunca estar só, pela luz em meus caminhos, em minhas escolhas e por me fazer sujeito da minha vida;

À minha **mãe**, por esta vida, por muitos dos meus valores, e em especial pela coragem e força ensinadas em todos os dias de nossa existência;

À minha amada **filha Cláudia Meirelles** pela criticidade, pela paciência e até a impaciência com uma mãe tão intensa, e, às vezes, tão ausente pela implicação com o pensar e o fazer; pela inestimável ajuda com a língua portuguesa e a inglesa, com o raciocínio claro e a objetividade necessários a uma boa escrita;

Ao meu amado **Alexandre** pela incansável paciência em suportar tantos afastamentos necessários à dedicação a este estudo, pelo apoio e o amor que me fizeram suportar os momentos mais difíceis;

À minha orientadora **Luciane Kantorski** pela confiança, pelos incentivos, pelos abraços, pelas orientações competentes, amorosas e desafiadoras que conduziram minha trajetória de estudo, e a quem admiro por seus posicionamentos diante da vida, do ensino e do exercício da cidadania;

Ao professor **Luis Eduardo Hernández Ibarra** pelo ensino e apoio durante o Doutorado Sanduiche, pela contínua orientação nos estudos de revisão, nas escritas dos artigos, e especialmente pelo carinho e acolhida em solo Mexicano;

Ao professor **Francisco Javier Mercado-Martinez** pelo carinho, pelos ensinamentos e pelos constantes desafios colocados, exigindo estudo e superação;

Aos **professores da Banca Examinadora** pelas valiosas críticas e sugestões que muito me auxiliaram na finalização da tese.

Aos **professores e alunos da Faculdade de Enfermagem da UASLP** pela acolhida e pelo compartilhamento de experiências acadêmicas e culturais inestimáveis, em especial à **Maria Teresa Guerrero**, meu porto seguro em São Luis, minha guerrilheira do coração, e à **Maribel Cruz**, toda minha admiração e afeto;

À **Graziela Vasques e ao Arilson Cardoso** pelo apoio na realização deste estudo, aos demais participantes da pesquisa e a todos os **trabalhadores da saúde mental de São Lourenço do Sul**, meu respeito, meu carinho, minha admiração;

Às companheiras **Károl Cabral, Sandra Fagundes, e às Marias do Alegrete** pelo incentivo, apoio e o exemplo de bravas guerreiras na luta por políticas públicas que garantam um mundo mais justo e a gestão de um sistema de saúde de qualidade para todos e todas;

Aos colegas, amigos e a todos que, de algum modo, me apoiaram, incentivaram e contribuíram para a concretização deste feito.

*Ensaios Fotográficos*  
**COMPORTAMENTO**

*Não quero saber como as coisas se comportam  
Quero inventar comportamento para as coisas.  
Li uma vez que uma das tarefas mais lídima da poesia é a  
De equivocar os sentidos das palavras  
Não havendo nenhum descomportamento nisso  
Se não que alguma experiência linguística.  
Noto que às vezes sou desvirtuado a pássaros, que  
sou desvirtuado em árvores, que sou desvirtuado para pedras.  
Mas que essa mudanças de comportamento gental para animal vegetal ou pedral  
É apenas um descomportamento semântico.  
Se eu digo que grota é uma palavra apropriada para ventar nas pedras,  
apenas faço o desvio da finalidade da grota que não é a de ventar nas pedras.  
Se digo que os passarinhos faziam paisagem na minha infância,  
É apenas um desvio das tarefas dos passarinhos que não é a de fazer paisagem.  
Mas é isso é apenas um descomportamento linguístico  
que não ofende a natureza dos passarinhos nem das grotas.  
Mudo apenas os verbos e às vezes nem mudo.  
Mudo os substantivos e às vezes nem mudo.  
Se digo ainda que é mais feliz quem descobre o que não presta do que  
quem descobre ouro – penso que ainda sim não serei atingido pela bobagem.  
Apenas eu não tenho polimentos de ancião.  
(BARROS, 2103, p.61-62)*

## Resumo

MEIRELLES, Maria Carolina Pinheiro. **Avaliação dos Processos de Gestão de uma Rede de Atenção Psicossocial à Luz da Teoria da Ação Comunicativa**, 2016. Tese (Doutorado em Ciências) - Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

Na presente tese avaliaram-se os processos de gestão de uma rede de atenção psicossocial (RAPS) à luz da Teoria da Ação Comunicativa. Estudo de avaliação qualitativa, realizado em um município da Região Sul do Rio Grande do Sul. A coleta de dados incluiu 19 entrevistas individuais semiestruturadas com participantes do Colegiado Gestor e 20 horas de observação participante em oito reuniões do colegiado, de maio a setembro de 2015. A análise foi de abordagem hermenêutica-dialética com auxílio do Ethnograph V6. Os resultados apontaram uma complexa rede de atenção psicossocial, com vários pontos de atenção e equipes multiprofissionais de diversas formações. Identificaram-se ações de planejamento e avaliação de estruturas, práticas e políticas de saúde mental, em reuniões de equipe, do colegiado e Seminários, que auxiliam tomadas de decisão; ações de produção de cuidado em rede que promovem integração, articulação da rede, e compartilhamento do cuidado, destacando-se o Apoio Matricial da Atenção Básica; e ações de Educação Permanente em Saúde — seminários, eventos culturais, reuniões de equipe, colegiados, matriciamento, cursos de residência multiprofissional e de psiquiatria — e o percurso formativo de redes. Nas categorias de análise apontou-se relação com o agir instrumental nas discussões sobre a utilização rígida de fluxos, normas e protocolos, as ações prescritivas sem negociação coletiva e sem inclusão do usuário, e a medicalização baseada apenas em critérios técnicos. Quanto ao agir comunicativo observou-se predominância sobre o agir instrumental, apontando pactuação de fluxos, discussões e encaminhamento de casos, pactuações com o judiciário, e ênfase nas deliberações do colegiado sobre questões da gestão ou da singularidade dos casos, próprias do mundo da vida, que não se resolvem somente com o tecnicismo. Destaca-se a relevância de manter e fortalecer os espaços de comunicação e de encontro entre os sujeitos que operam a rede — as reuniões de equipe, os seminários e principalmente as reuniões semanais do colegiado —, ampliando a participação da rede intersetorial e de usuários. Os processos de gestão da RAPS lourençiana são possivelmente produtores de cuidado em rede, coordenando e promovendo a integração de diversos pontos de atenção, à medida que operam de modo participativo e democrático mediante ação comunicativa linguisticamente mediada, buscando um poder criativo, protagonista e emancipatório dos sujeitos e da produção do trabalho em saúde. Processos de gestão de uma Rede de Atenção Psicossocial são ações do mundo da vida, orientados por um agir comunicativo, e ainda que pautados também pelo mundo do sistema, requerem a superação de um agir capturado por ações estratégicas ou instrumentais.

**Palavras-Chave:** Avaliação em Saúde; Gestão em Saúde; Serviços de Saúde Mental; Pesquisa Qualitativa.

## Abstract

MEIRELLES, Maria Carolina Pinheiro. **Evaluation of the Management Processes of a Network of Psychosocial Care in the Light of Communicative Action Theory**, 2016. Thesis (Doctorate in Sciences) - Postgraduate Program of the Nursing Faculty of the Federal University of Pelotas, Pelotas, 2016.

The aim of this thesis was to evaluate the management processes of a psychosocial care network (RAPS) in the light of the Theory of Communicative Action. A qualitative evaluation study was carried out in a municipality in the Southern Region of Rio Grande do Sul. Data collection included 19 individual semi-structured interviews with participants from the Colegiado Gestor and 20 hours of participant observation at 8 meetings of the collegiate from May to September 2015. The analysis was hermeneutic-dialectical with the help of the Ethnograph V6. The results pointed to a complex network of psychosocial attention, with several points of attention and multiprofessional teams of diverse formations. It was identified actions of planning and evaluation of structures, practices and mental health policies in team meetings, collegiate and Seminars, that help in decision making; Actions for the production of care in a network that promote integration, network articulation, and sharing of care, highlighting the Matrix Support of Primary Care; And actions of Permanent Education in Health, such as seminars, cultural events, team meetings, collegiate, matriciamento, multiprofessional and psychiatry residency courses and the formative course of networks. In the categories of analysis, it was pointed out a relation with the instrumental action in the discussions on the rigid use of flows, norms and protocols, prescriptive actions without collective negotiations and without inclusion of the user, and medicalization based only on technical criteria. As far as communicative action was concerned, it was observed a predominance of the instrumental act, pointing to the agreement of flows, discussions and referrals of cases, agreements with the judiciary, and emphasis on the deliberations of the collegiate on management issues or the uniqueness of cases, specific to the world of life, Which are not only solved with technicality. It is important to maintain and strengthen the communication and meeting spaces between the individuals who operate the network, such as team meetings, seminars and especially the weekly meetings of the collegiate, increasing the participation of the intersectoral network and users. The management processes of RAPS Lourençiana are possibly network care producers, coordinating and promoting the integration of several points of attention, as they operate in a participatory and democratic way through a linguistically mediated communicative action, seeking a creative power, protagonist and Emancipation of the subjects and the production of health work. Management processes of a Psychosocial Attention Network are actions of the world of life, guided by a communicative action, and although also guided by the system world, require the overcoming of an action captured by strategic or instrumental actions.

**Keywords:** Health Assessment; Health Management; Mental Health Services; Qualitative research.

## Resumen

MEIRELLES, Maria Carolina Pinheiro. **Evaluación del Proceso de gestión de la Red de Atención Psicosocial en la luz de la teoría de la acción comunicativa**, 2016. Tesis (Doctorado en Ciencias) - Programa de Pó Grado de la Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

Esta tesis objetivo evaluar los procesos de gestión de una red de atención psicosocial (RAPS) a la Teoría de la acción comunicativa. Estudio de evaluación cualitativa llevada a cabo en una ciudad en el sur de Rio Grande do Sul. La recolección de datos incluye 19 entrevistas individuales semi-estructuradas con los participantes del Consejo de Administración y 20 horas de observación en 08 reuniones colegiadas de 05-09 2015. Análisis de enfoque hermenéutico-dialéctico con la ayuda de Ethnograph V6. Los resultados mostraron una compleja red de atención psicosocial, con múltiples puntos de atención y los equipos multidisciplinarios de diversos orígenes. Se identificaron las estructuras de planificación y evaluación de la acción, las prácticas y las políticas de salud mental en las reuniones del equipo, el Comité Conjunto y seminarios que ayudan en la toma de decisiones; cuidar acciones de la red de producción que promueven la integración, la red conjunta y el intercambio de la atención, destacando la Matriz de compatibilidad de atención primaria; y las acciones de educación permanente en salud, tales como seminarios, eventos culturales, reuniones de equipo, juntas, cursos de residência multiplas y de psiquiatría y trayectoria de formación. En las categorías de análisis, que apuntaba hacia arriba relación con el acto instrumental en las discusiones sobre los rígidos patrones de uso, normas y protocolos, acciones preceptivas y sin negociación colectiva y sin la inclusión del usuario, y sólo basa en criterios técnicos medicalización. A medida que la acción comunicativa hubo un predominio sobre el acto instrumental que señala el pacto de los flujos, la discusión y la derivación de los casos, los pactos con el poder judicial, y el énfasis en las deliberaciones colegiadas en temas de gestión y la singularidad de los casos, los dueños del mundo de la vida que no se pueden resolver sólo con el detalle técnico. Se destaca la importancia de mantener y fortalecer las áreas de comunicación y encuentro entre los sujetos que operan en la red, tales como reuniones de personal, seminarios y especialmente las reuniones semanales del comité conjunto, el aumento de la participación de la red intersectorial y de los usuarios. Los procesos de gestión de RAPS lourençiana se preocupan posiblemente productores de red, coordinar y promover la integración de los diferentes puntos de atención, ya que operan de manera participativa y democrática a través de una acción comunicativa mediada lingüísticamente, la búsqueda de un poder creador, protagonista y sujetos emancipatorios y la producción del trabajo en salud. Procesos de gestión de la red de atención psicosocial son las acciones del mundo de la vida, guiados por un acto comunicativo, y incluso guiados también por el sistema, requieren la superación de un acto capturado por las acciones estratégicas o instrumentales.

**Palabras clave:** Evaluación de la Salud; Gestión de la Salud; Servicios de Salud Mental; Investigación cualitativa.

## **Lista de Figuras**

Figura 1 - Região Sul .....	24
Figura 2 - Processo de seleção dos estudos .....	45
Figura 3 - Distribuição dos artigos, segundo o ano de publicação. ....	46
Figura 4 - Distribuição de artigos, segundo o país do local do estudo. ....	47
Figura 5 - Modos de agir de acordo com a Teoria da Ação Comunicativa .....	93
Figura 6 - Processo de Análise Hermenêutica-Dialética .....	112
Figura 7 - A Pérola da Lagoa .....	118
Figura 8 - Fluxos entre pontos de atenção da RAPS de São Lourenço do Sul.....	150
Figura 9 - Mesa de Abertura do 11º Mental Tchê.....	179

## **Lista de Quadros**

Quadro 1 - Estudos avaliativos, conforme o local e os aspectos metodológicos ....	51
Quadro 2 - Estudos sobre redes de saúde mental, conforme local e aspectos metodológicos.....	59

## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIR	Comissão Intergestora Regional
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
CT	Comunidade Terapêutica
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
MS	Ministério da saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOBS	Norma Operacional Básica em Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SM	Saúde Mental
SUS	Sistema Único de Saúde
TAC	Teoria da Ação Comunicativa
UA	Unidade de Acolhimento
UBS	Unidade Básica de Saúde
UDELAR	Universidad de La República
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>Apresentação</b> .....	16
<b>1 Introdução</b> .....	22
<b>2 Construindo o Objeto de Estudo</b> .....	38
2.1 Revisando Estudos Qualitativos sobre Serviços de Saúde Mental .....	41
<b>2.2 Costurando os Conceitos Balizadores</b> .....	69
2.2.1 Redes de Saúde.....	69
2.2.2 Processos de Gestão em Saúde.....	74
2.2.3 Teoria da Ação Comunicativa .....	80
<b>3 Referencial Teórico e Metodológico</b> .....	87
3.1 Habermas e a Teoria da Ação Comunicativa .....	87
3.2 Os atos de Fala e Ação Comunicativa .....	93
3.3 O Caminho Metodológico .....	99
3.3.1 Características do Estudo .....	99
3.3.2 Local do Estudo.....	101
3.3.3 Sujeitos do Estudo .....	101
3.3.4 Coleta de Dados.....	104
3.3.5 Análise de Dados e o uso do Software Ethnograph V6.....	107
3.3.6 Aspectos Éticos.....	112
<b>4 O Cenário e os Sujeitos: histórias de vida e trabalho</b> .....	117
4.1 A Pérola da Lagoa.....	118
4.2 A Rede de Atenção Psicossocial.....	125

4.2.1 Construções Históricas.....	125
4.2.2 Os Pontos de Atenção da Rede de Atenção Psicossocial .....	127
4.2.3 Aspectos Estruturais da RAPS .....	138
4.2.4 Grupo Condutor Local: o colegiado gestor .....	142
4.2.5 Os Fluxos da Rede.....	148
4.2.6 Modos de Comunicação.....	152
4.3 Quem fala? Quem atua? .....	156
<b>5 Os Processos de Gestão da RAPS .....</b>	<b>163</b>
5.1 Ações de Planejamento e Avaliação .....	163
5.2 Ações de Produção de Cuidado em Rede .....	168
5.3 Ações de Educação Permanente em Saúde.....	176
<b>6 A Teoria da Ação Comunicativa na Rede de Atenção Psicossocial Lourençiana .....</b>	<b>182</b>
6.1 Agir Estratégico ou Instrumental .....	183
6.2 Agir Comunicativo .....	187
<b>7 Considerações Finais .....</b>	<b>196</b>
<b>Referências .....</b>	<b>207</b>
<b>Apêndices .....</b>	<b>221</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>246</b>

## **Apresentação**

Na presente tese pretende-se dar luz a questões do cotidiano da gestão em saúde, em especial na área de saúde mental, considerando-se a implicação da pesquisadora com o tema e a incessante busca pela construção do conhecimento. Portanto, intenta-se contribuir para o pensar e o fazer em saúde, sem a pretensão de encontrar um caminho único e absoluto, mas um dos caminhos possíveis para a compreensão e o desenvolvimento de uma perspectiva na avaliação de processos de gestão de redes em saúde com base no agir comunicativo.

Em minha trajetória acadêmica e profissional pautei-me pela militância em defesa do Sistema Único de Saúde, na luta de trabalhadores, atuando em movimentos estudantis e como representante regional da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN); e do Sindicato dos Enfermeiros do Rio Grande do Sul (SERGS), além do comprometimento em estudar e qualificar o processo de trabalho no qual se encontra inserida.

Nesses últimos anos, a partir do Mestrado em Enfermagem e Práticas Sociais em Saúde, cresceu ainda mais o meu desejo de aprender, aprofundar e produzir conhecimentos que pudessem me auxiliar no desenvolvimento de tecnologias facilitadoras e qualificadoras dos processos de trabalho no Sistema Único de Saúde, e em especial os da gestão na área de saúde mental.

Há quinze anos atuando na gestão em saúde, na condição de servidora da Secretaria Estadual de Saúde (SES-RS) e coordenando a política de saúde mental da 3<sup>a</sup> Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), vivi diferentes momentos da Reforma Psiquiátrica e da implantação de Políticas de Saúde Mental, emergindo, daí algumas preocupações, ideias e discussões que fundamentam e justificam o desenvolvimento desta pesquisa.

Nessa experiência de coordenação regional da Política de Saúde Mental, a cada implantação de um novo serviço de saúde mental foi possível aprender o quanto é importante investir nas tecnologias de produção do cuidado, na gestão em saúde e na defesa da atenção à saúde mental pautada pelo cuidado em liberdade.

Em meu trabalho, ocupo-me, continuamente, da orientação dos projetos terapêuticos, com subsídio técnico e cuidado com as equipes que requerem apoio e implicação afetiva, valorizando e cuidando de cada trabalhador ou gestor, através da disponibilidade de escuta e prontidão em atender suas necessidades. Além das negociações, pactuações, definições de fluxos e a regulação de acesso como importante ferramenta da qualificação da gestão, comprehendo que há necessidade permanente de monitorar e avaliar essa rede que, aos poucos, foi se conformando, e atualmente está formalizada pelo Plano de Ação Regional de Atenção Psicossocial 2016-2019.

O processo de trabalho dessa coordenação regional tem sido, em especial, um quase “viver junto”, com as equipes, com um contato o mais próximo possível, considerando o lugar, o papel e as limitações da gestão regional de 22 municípios. Isso é realizado através de conversas e orientações por telefone, reuniões na CRS, reuniões e oficinas de processo de trabalho nos serviços, de visitas técnicas de vistorias, de discussões nos Fóruns, conferências de saúde mental, audiências públicas, reuniões com promotores e juízes, entre outros. Na maioria das vezes, procurando auxiliar em intervenções de casos concretos, na situação de usuários ou da gestão local.

Nessa trajetória foi possível observar que, ainda que não houvesse consensos e existindo forças contrárias — e ainda existem —, houve um importante momento de luta no Rio Grande do Sul para romper os muros dos manicômios, exigindo intensa ação política e social de transformação da sociedade e dos próprios trabalhadores de saúde para aceitar que era possível cuidar em liberdade.

Esse movimento, que culminou no início da abertura de serviços substitutivos, contava com “atores” — trabalhadores, gestores e os próprios usuários e seus familiares — já engajados e que haviam se apropriado desse novo modo de cuidar e com imensa disposição para o trabalho coletivo e interdisciplinar. Contudo, ao longo do período de ampliação dos serviços e da constituição dessa Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), atualmente definida pela Portaria n. 3.088/2011, destaco o consequente aumento no número de trabalhadores, possivelmente não tão implicados com a luta antimanicomial e a reforma psiquiátrica, os quais se revelam um pouco ou totalmente “despreparado” para atuar sob a lógica do cuidado na atenção psicossocial. Observo essa questão como um significativo desafio para a

gestão do trabalho em saúde mental, exigindo novas práticas de coordenação e educação permanente dos diversos atores das redes de saúde.

A experiência obtida na condição de supervisora clínico-institucional de um CAPS da região, durante um ano, me permitiu maior aproximação ao processo de trabalho da equipe, podendo compartilhar tecnologias de trabalho e de estudo, como territorialização, discussão de casos, reuniões de equipe, oficinas de escrita, entre outras, e, principalmente, observar as dificuldades e as potencialidades do cotidiano de trabalho do serviço.

Ao desenvolver a pesquisa de mestrado intitulada “Educação Permanente no Processo de Trabalho de um CAPS” foi possível aprofundar conhecimentos sobre a transversalidade da educação em saúde nos processos de trabalho e reconhecer práticas educativas no cotidiano dos fazeres coletivos de um serviço de saúde, os quais contribuem para a produção do cuidado em saúde mental.

Durante o mestrado tive a oportunidade de conhecer e utilizar a avaliação de quarta geração, considerada extremamente apropriada para responder muitas questões de pesquisa da área da saúde. Além disso, essa avaliação instiga novas dúvidas a partir de uma metodologia responsiva, construtivista e participativa que permite dar voz e empoderamento aos sujeitos que participam da avaliação, possibilitando intervenções durante o processo de investigação ou no curto prazo.

O produto desse estudo de Mestrado incluiu evidências de práticas ou experiências pedagógicas entre as atividades coletivas dos CAPS — reuniões de equipe, oficinas, assembleias e atividades comunitárias —, que garantem os princípios básicos de educação permanente em saúde, identificados, naquele estudo, como diversidade de atores, horizontalidade das relações, problematização e resolução dos problemas.

Para além desses resultados permanecem as contribuições que acompanham o cotidiano de trabalho da gestão regional em saúde mental, com a utilização das ferramentas da Educação Permanente em Saúde — realização de Oficinas de Saberes e Fazeres no Processo de Trabalho de CAPS —; nas reuniões e encontros; e em tantas outras ações da gestão carregadas de afeto e implicação com a saúde mental e a educação em saúde.

Ainda, considerando a Educação Permanente em Saúde (EPS), como aposta em um apoio contínuo para dar conta das necessidades do cuidar nos tempos atuais, frente a tantas vulnerabilidades trazidas pelo território, foi importante minha

participação, na qualidade de aluna e tutora do Curso Educação Permanente em Saúde em Movimento da UFRGS, no período de 2014 a 2015. E também a conclusão da Especialização em Formação Integrada Multiprofissional em Educação Permanente em Saúde da mesma universidade.

As vivências, na condição de pesquisadora desde o mestrado, geraram-me inquietação e preocupação com a produção de conhecimento, para além do cotidiano das práticas, mas também em dar visibilidade, publicação e reconhecimento desses conhecimentos produzidos pelo trabalho de tantos atores, que nem sempre estão suficientemente próximos da produção acadêmica e/ou das instituições pesquisadoras.

Para tanto, percebo imprescindível aprimorar os conhecimentos acerca da epistemologia, das metodologias de pesquisa e dos modos de socialização dos conhecimentos produzidos; fazer de cada dia um novo aprendizado que leve a busca de “saberes e fazeres” capazes de ressignificar, transformar ou fortalecer práticas que produzam vida no cotidiano dos processos de trabalho, em especial os da gestão em saúde, o que veio ao encontro deste processo de doutoramento.

Doutorado este que provoca pensar e repensar, ler e escrever, e, acima de tudo, perguntar e buscar possíveis respostas, em meio a um intenso cotidiano de trabalho que coloca teoria e prática em relação permanente. Alguns momentos difíceis foram atravessados pelo peso de tantas atividades e excessivas inquietações. No entanto, muitos outros foram estimulantes e revigorantes pelas leituras enriquecedoras, pelo aprendizado em disciplinas do Programa de Pós-Graduação e/ou complementares, como o Curso de Avaliação Qualitativa em Saúde na UDELAR (Universidade De La República – Montevidéu - Uruguai), somado à convivência com colegas e professores de outros países.

No terceiro ano desse percurso destaco a importância das Visitas Técnicas realizadas em Portugal, Espanha e Itália, que efetivamente contribuíram para reflexões críticas a respeito de diferentes sistemas de saúde, políticas, planos e redes de saúde mental, ampliando o conhecimento sobre o tema. Principalmente pelas experiências e pela relação estabelecida com outros pesquisadores, trabalhadores e pessoas que vivem em outros contextos culturais, sociais, políticos e econômicos.

Ainda no final de 2015, logo após a coleta dos dados, a realização do Doutorado Sanduíche na Universidade de San Luís Potosí (UASLP) no México,

(Financiamento CAPES), possibilitou-me o tempo e o afastamento necessários para dedicação aos estudos, permitindo avançar no desenvolvimento da tese. Também me proporcionou a realização de atividades no programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da UASLP, incluindo: Curso de Ethnograph; Jornadas de Psiquiatria; Jornadas de Bioética; Semana de Ciência e Tecnologia; e a possibilidade de poder contribuir para a elaboração de um Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Enfermagem da UASLP.

Destaco, nessa experiência do Doutorado Sanduiche, as orientações do professor Eduardo Hernández-Ibarra para revisão de estudos qualitativos em saúde mental, sobre metodologias de avaliação qualitativa em saúde, uso de softwares na organização e sistematização dos dados e escrita de artigos.

Ao final desta Tese apresento os relatórios das Visitas Técnicas e do Doutorado Sanduiche, respectivamente como Apêndices A e B.

Ao longo desse percurso, foi preciso reconhecer o imenso desafio que me afetou e me afeta para realização do presente estudo, na qual me encontro imersa e totalmente implicada com o contexto, com os sujeitos e os processos a serem avaliados, o que me exige permanente reflexividade. Porém, considero que os limites desse desafio foram também os responsáveis por impulsionar a superação dessas dificuldades e fortaleceram a seriedade e o comprometimento com os valores éticos e humanos com que me dedico ao trabalho e à produção de um conhecimento que não tem a pretensão de representar uma verdade absoluta, que nunca foi solitário, e, por isso, não é exclusivo de uma única autoria, e sim de um coletivo, a quem respeito e espero poder “expressar suas vozes” através desta produção científica e textual.

Assim, a presente tese foi desenvolvida em sete capítulos. No primeiro faço a introdução da temática de maneira contextualizada, justificando a relevância do estudo.

No segundo apresento a construção do objeto de estudo, a partir de uma revisão de estudos qualitativos em saúde mental, com o intuito de buscar os antecedentes a esta investigação, seguida da apresentação dos conceitos balizadores sobre redes de saúde, processos de gestão em saúde, além da necessária aproximação com a Teoria da Ação Comunicativa; um “estado da arte” contributivo para a formulação do pressuposto, questões e objetivos deste estudo de Tese.

No terceiro capítulo insiro os referenciais teórico e metodológico adotados para fundamentar este estudo de avaliação de processos de gestão de uma rede de atenção psicossocial, com os principais conceitos que permitem o olhar investigativo através da Teoria da Ação Comunicativa de Jürgen Habermas, e a descrição dos caminhos metodológicos da pesquisa, de base hermenêutica e dialética. Incluo os aspectos operacionais — as características do estudo, local, sujeitos, métodos de coleta e análise com descrição do uso do Software Ethnograph.

Nos capítulos seguintes trato dos resultados e discussões. Assim, no quarto capítulo apresento o cenário e os sujeitos da pesquisa, buscando apreender os aspectos contextuais sobre a história do território e dos sujeitos, as dimensões estruturais e relacionais, fluxos e modos de comunicação, enriquecidas por percepções e significados; no quinto discuto os processos de gestão divididos em temáticas emergentes, como ações de planejamento e avaliação, de produção de cuidado em rede e de educação permanente em saúde; e no sexto capítulo discorro sobre o agir instrumental e o agir comunicativo na rede de atenção psicossocial de São Lourenço do Sul, como categorias analíticas propostas no estudo.

Finalmente, o sétimo capítulo contém as considerações finais e conclusões sobre a compreensão e a avaliação do objeto de estudo, com base no pressuposto do estudo, suas contribuições, limitações e questões para futuras investigações.

No encerramento de cada capítulo, procurei brindar o leitor com um breve descanso através da leveza dos ditos de Manoel de Barros, com seu potencial inventivo, sua habilidade de dizer, de usar as palavras de outro jeito, seu neologismo, e a capacidade de “poder misturar todos os sentidos”. Acredito que a tessitura de uma boa escrita e o descobrir de respostas às inquietudes humanas também precisam ser livres e poéticos.

## 1 Introdução

O Sistema de Saúde brasileiro vem, ao longo de quase três décadas, avançando na garantia de uma atenção à saúde universal, integral, equânime e com controle social, constituindo-se em modelo de política pública para outros países. Contudo, apesar dos avanços desde a promulgação das Leis 8.080 e 8.142, de 1990, ainda são muitos os desafios enfrentados pela Reforma Sanitária brasileira.

Uma série de normas operacionais<sup>1</sup> buscou garantir maior direcionamento para a implantação e a implementação de políticas públicas em saúde, decorrentes da gestão nos três níveis de governo, e, em especial, dos movimentos sociais, referendadas nas diversas Conferências de Saúde, desde a VIII, em 1986, até a recente, XV Conferência, em 2015. Mesmo com permanentes problemas de financiamento para o setor, há, hoje, uma ampla cobertura de serviços e ações em saúde, com o relevante desafio da garantia de acesso com qualidade e resolutividade que ainda precisa ser superado.

Recentemente, o arcabouço legal do Sistema Único de Saúde (SUS) foi atualizado e regulamentado pelo Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011, que dispõe sobre a organização, o planejamento, a assistência e a articulação interfederativa do SUS. Nesse decreto, entre outras, são definidas as Regiões de Saúde, as Portas de Entrada, que incluem a atenção psicossocial, e as Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2011).

Conforme a Portaria MS/GM nº 4.279/2010, Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

Na área de Saúde Mental, desde o final do século XX ocorreram profundas mudanças no cenário nacional e internacional, as quais se devem aos movimentos de reforma sanitária e psiquiátrica que determinaram o surgimento de novas práticas de cuidado em saúde mental.

---

<sup>4</sup> NOBS 91, 93, 96; NOAS 2001, 2002; Pacto pela Saúde, 2006.

Em alguns países, a saúde mental tornou-se um campo de conhecimentos e práticas sobre os preceitos da desinstitucionalização e transformação de um modelo de atenção hospitalocêntrico para um modelo de atenção comunitária, o qual vem se consolidando através de políticas públicas de saúde baseadas em reformas do ponto de vista conceitual, legal, ético-político e da clínica (AMARANTE, 2001; BOURAS e HOLT, 2010).

As políticas e planos de saúde mental, implementados no contexto de diferentes sistemas de saúde, são orientados, desde a década de 1990, por diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS); da Declaração dos Direitos Humanos, e pela Declaração de Caracas. Esta última defende a proteção dos direitos humanos e de cidadania de pessoas com transtornos mentais, e que há necessidade de serem construídas redes de serviços substitutivos aos hospitalares psiquiátricos, contribuindo para a expansão significativa de ações e serviços em saúde mental em âmbito comunitário (OMS, 1990).

O Plano de Ação relativo à Saúde Mental (2013-2020) da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2013) contém princípios transversais para embasar as políticas nacionais de saúde mental, entre os quais: desenvolvimento de ações de prevenção e promoção à saúde baseadas em evidências e/ou em práticas de excelência; emancipação e participação das pessoas com transtornos mentais e incapacidades psicossociais na formulação da legislação e das políticas, na promoção, planejamento, prestação de serviços, acompanhamento, pesquisa e avaliação em saúde mental.

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica, regulamentada pela Lei n. 10.216, de 2001, considerou a implantação gradual dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como serviços estratégicos na articulação da rede de atenção à saúde mental, buscando a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial. Portanto, diz Queiroz (2011), a Reforma Psiquiátrica faz parte de um processo aberto, em construção, logo, a avaliação de serviços públicos específicos, envolvendo suas conexões com a rede de cuidado em saúde é fundamental para o desenvolvimento do sistema de saúde e de seu controle pela sociedade.

No Rio Grande do Sul, desde o processo de implementação da Reforma Psiquiátrica no estado, regulamentado pela Lei Estadual n. 9.716, de 1992, a 3<sup>a</sup> Coordenadoria Regional de Saúde/SES/RS, com 22 municípios e cerca de 850 mil

habitantes que constituem a 21ª Região de Saúde do Estado — a Região Sul (Figura1) —, vem passando por muitas transformações.

Tais transformações incluem a implantação da Nossa Casa, como segundo CAPS do Brasil, em 1988, em São Lourenço do Sul, e no final da década de 1990, o fechamento de celas fortes em Hospitais Psiquiátricos (HP). Esse momento emblemático, caracterizado como ponto alto da materialização das lutas pró Reforma Psiquiátrica e disparador de uma sequência de ações, deixou inequívoca a luta por uma política de saúde mental baseada no cuidado em liberdade e em defesa dos direitos humanos.

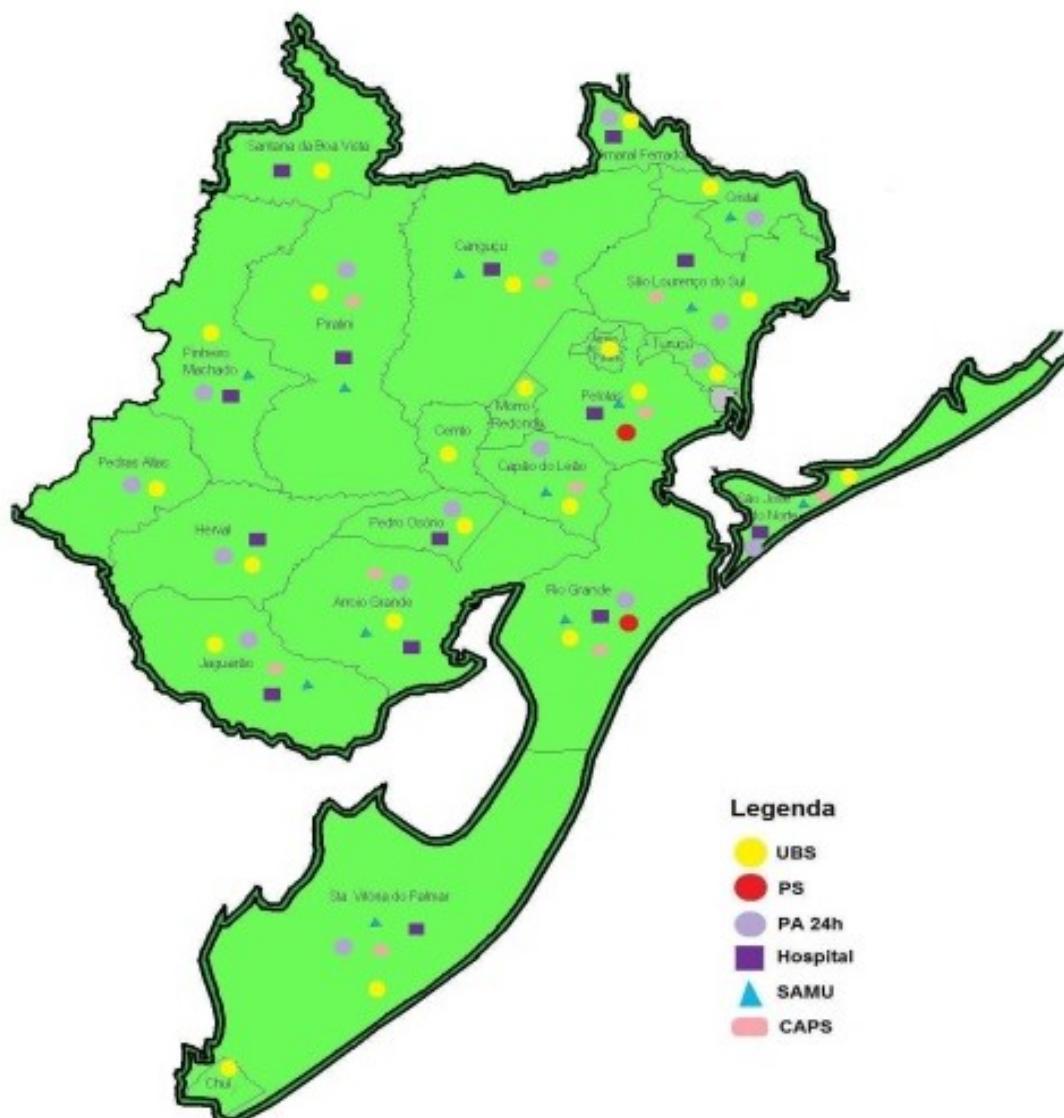


Figura 1 - Região Sul  
Fonte: Rio Grande do Sul (2016)

A intervenção que culminou com o fechamento das celas fortes foi marcada principalmente pelo enfrentamento do poder médico psiquiátrico, em uma região de instituições formadoras da psiquiatria tradicional, e que ainda hoje mantém forte resistência a mudanças de um modelo de cuidado centrado nos manicômios para um modelo de atenção psicossocial. Esses tensionamentos que polarizam o cuidado em saúde mental em hospital psiquiátrico ou em serviços substitutivos, ainda se constituem em nós críticos para consolidação de uma rede de atenção psicossocial mais ampla e includente. Também é a tensão existente na sociedade, presente nas equipes de saúde, revelando resistência em sair do modelo manicomial para um modelo de atenção psicossocial que garanta cuidado em liberdade com responsabilidades compartilhadas entre diferentes atores não só do SUS, mas da assistência social, da educação, da segurança, da cultura e outros, que exige necessariamente efetivas ações intra e intersetoriais.

Nos últimos 15 anos ocorreram várias mudanças no cenário regional, tanto em espaços micro quanto macropolíticos: os próprios serviços com seus processos de trabalho constituídos até então, ou da gestão local de saúde e de outros setores, ou, ainda, da assistência social, da educação, e do controle social, incluindo-se, nesse rol, o Ministério Público, os Conselhos de Saúde, e o Poder Judiciário.

No período de 2001 a 2010, tais mudanças, na Região Sul, foram marcadas pela expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) mediante a Portaria nº 336/2002, e a redução de leitos nos Hospitais Psiquiátricos, de acordo com o Programa Nacional de Avaliação dos serviços Hospitalares (PNASH) instituído pela Portaria nº 251/2002. Houve a ampliação do número de CAPS de cinco para 20 serviços habilitados, e a redução de 500 para 260 leitos em Hospitais Psiquiátricos (HP).

Essas alterações na rede de serviços da região incluíram a implantação de outras estratégias de cuidado — equipes de redução de danos e oficinas terapêuticas —, além da oferta de leitos de atenção integral em saúde mental nos Hospitais Gerais, subsidiados por recursos financeiros estaduais.

Nesse período, em 2007, destaca-se o início da regulação das internações de saúde mental nos hospitais da região pela 3<sup>a</sup> CRS/SES/RS. Conforme informações do setor de regulação dessa coordenadoria (RIO GRANDE DO SUL, 2016), se comparado ao período anterior, após a regulação houve significativa redução das internações nos municípios da região em hospitais psiquiátricos, com exceção dos

dois municípios-sede de Hospitais Psiquiátricos. Assim, ao final de 2015 houve expressiva queda na ocupação dos leitos nos hospitais psiquiátricos, em torno de 40%, e a ocupação dos leitos em hospitais gerais foi menor que 80%. Contudo, acredita-se que, além da implantação do mecanismo regulatório, essa redução das internações deveu-se à relevante expansão dos serviços extra-hospitalares.

Em 2011, após a regulamentação do SUS pelo Decreto n. 7.508/2011, a Política Nacional de Saúde Mental foi reorientada pela Portaria/MS n. 3.088/2011 que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2011).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) constitui-se dos seguintes componentes e seus respectivos pontos de atenção:

- I. na Atenção Básica em Saúde: Unidades Básicas de Saúde, Equipes de Consultório na Rua, Centros de Convivência;
- II. na Atenção Especializada: Centros de Atenção Psicossocial;
- III. na Atenção de Urgência e Emergência: SAMU, UPA, Pronto Socorro, CAPS e UBS;
- IV. na Atenção de Caráter Residencial Transitório: Unidades de Acolhimento Transitório (UA) e comunidades terapêuticas (CT);
- V. na Atenção Hospitalar: Serviço Hospitalar de referência em hospitais Gerais;
- VI. nas Estratégias de Desinstitucionalização: Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e Programa de Volta para Casa;
- VII. na Reabilitação Psicossocial: iniciativas de geração de renda, empreendimentos solidários, e cooperativas sociais.

Definidos os pontos de atenção para cada componente da RAPS, também foram necessários, visando à operacionalização e a implantação dessa rede, o desenho de uma matriz diagnóstica, contratualização, pactuação de pontos de atenção, monitoramento, avaliação e qualificação dos componentes. Essas ações exigem da gestão, em diferentes níveis de governo, uma série de práticas a serem coordenadas por um Grupo Condutor Nacional, Estadual, Regional e Local (município) e os respectivos Planos de Ação da Atenção Psicossocial, considerando-se haver uma RAPS para cada território, onde os planos se conectam pela

necessidade de atenção integral e equânime da cobertura populacional (BRASIL, 2011).

Com base na Portaria n. 3.088/2011, os grupos condutores municipais (GCM) devem ser constituídos conforme a realidade local, a partir do encontro dos principais atores responsáveis pela integração dos pontos de atenção da RAPS e de outros setores imprescindíveis para constituir uma rede de relações que garanta a integralidade do cuidado em saúde mental. Esses grupos podem variar em sua composição: com a coordenação municipal de saúde mental, responsável pela constituição e condução desse grupo, agregando coordenação de CAPS, representante da equipe de saúde mental do HG, da Atenção Básica, e ainda da Assistência Social, Educação, Conselho Tutelar, Ministério Público, do Controle Social, entre outros. Esses grupos devem desenvolver ações, entre as quais:

- I - propor, acompanhar, revisar e reelaborar o Plano Municipal de Atenção Psicossocial;
- II – articular os entes gestores e executores das ações relativas à RAPS;
- III – assessorar os envolvidos diretamente na estruturação e organização da RAPS;
- IV – propor as correções necessárias para a permanente adequação da Política de Atenção Integral à Saúde Mental, dentro das diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira;
- V – avaliar e pactuar as diretrizes de ações prioritárias na RAPS;
- VII – participar das atividades regionais de Educação Permanente em Saúde Mental;
- VIII – realizar reuniões, no mínimo mensais, para discussões e encaminhamentos de casos/situação;

Ainda é importante destacar que, de acordo com a Portaria n. 3.088/2011(BRASIL, 20011), em seu Artigo 2º, são diretrizes da RAPS:

- I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- III - combate a estigmas e preconceitos;

- IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- VI - diversificação das estratégias de cuidado;
- VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- XI - promoção de estratégias de educação permanente; e
- XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

Assim, conforme reza o Art. 3º, são objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial:

- I - ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;
- II - promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, e suas famílias aos pontos de atenção; e
- III - garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento<sup>2</sup>, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

---

<sup>2</sup> Tecnologia de cuidado em saúde que vai desde a reorganização dos serviços de saúde, a partir do processo de trabalho, até a constituição de dispositivos autoanalíticos e autogestores, passando por um processo de mudanças estruturais na forma de gestão da Unidade de Saúde, respeitando os seguintes princípios: atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo-lhes a acessibilidade universal; reorganizar o processo de trabalho a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento –, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde; e qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve ocorrer por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Esses apontamentos sobre normativas de funcionamento da RAPS e modos de gestão colegiada ainda são incipientes e pouco observados nas gestões locais. Desde 2012 há diferentes movimentos dos municípios visando ampliar os serviços de saúde mental e constituir um trabalho em rede apoiado por grupos condutores. Alguns municípios compõem e recompõem os grupos e enfrentam dificuldades de operar a gestão da rede de atenção psicossocial incluindo outros atores, além das coordenações de saúde mental.

Viabilizar as diretrizes e os objetivos acima mencionados implica mover esforços para que instrumentos de gestão e tecnologias de cuidado se encontrem a partir de planejamento, execução e avaliação das ações, os quais somente podem ser definidos em cada território, conforme suas necessidades e capacidade instalada de serviços de saúde. Isso, entendendo-se que os grupos condutores possuem importante papel na coordenação desses processos de gestão.

A RAPS hoje é uma expressão da Reforma Psiquiátrica Brasileira para o fortalecimento do SUS como política de Estado. Continuamos o trabalho para avançar na implementação e qualificação da RAPS, na reabilitação psicossocial e no protagonismo de usuárias (os) e de seus familiares, fomentando processos de cuidado mais integrados e democráticos. Nesse sentido a participação dos (as) trabalhadores (as) é decisiva para o projeto coletivo da Reforma Psiquiátrica. Entendemos que a expansão e qualificação da RAPS não se limitam a boas técnicas, devemos seguir o preceito de que Qualidade em Saúde Mental está diretamente ligada à garantia e promoção de Direitos Humanos para todos (BRASIL, 2015. p.5).

Ao analisar os desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira Bezerra Jr. (2007) parte da concepção de que essa Reforma já deixou de ser apenas uma “proposta alternativa”, e é, hoje, marco fundamental da Política de Saúde Mental oficial, influenciando o ideário no campo social, jurídico e da formação profissional. O aumento significativo de CAPS substituindo o modelo hospitalocêntrico e manicomial, com o fortalecimento dos princípios do SUS — universalidade, equidade e integralidade, somados à desinstitucionalização — é uma realidade da assistência à saúde mental no Brasil, ainda que haja a necessidade de superar as diferenças geográficas, políticas e sociais.

Ainda para Bezerra Jr., a Reforma Psiquiátrica no Brasil não se restringe a mais uma proposta assistencial; é uma mudança de paradigma que passa por desafios no plano assistencial, na esfera clínica, na formação dos recursos humanos, no plano jurídico e no plano sociocultural. Também requer modelos de

cuidado e intervenções adequados aos novos dispositivos, diferentes dos hospitais e ambulatórios tradicionais, em diferentes territórios, com pequena ou grande densidade populacional; precisa avançar em direção à clínica ampliada e interdisciplinar e à consolidação do poder de indução que os órgãos de coordenação da atenção à saúde mental precisam exercer para estimular as transformações nas práticas assistenciais, entre as quais a construção de redes territoriais (BEZERRA JR, 2007).

No período de 2011 a 2014, a Política Estadual de Saúde Mental, no Rio Grande do Sul, incentivou o fortalecimento da rede territorial através da Linha de Cuidado “O Cuidado que eu preciso”, complementando o financiamento federal e ampliando-o para outras estratégias de cuidado, em especial na atenção primária à saúde, mediante: composições de redução de danos, oficinas terapêuticas na atenção básica e núcleos de apoio à atenção básica. Também criou o incentivo financeiro para Acompanhantes Terapêuticos, fortalecendo e garantindo o desenvolvimento de projetos de desinstitucionalização (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

Outras ações da gestão estadual nesse período também foram importantes para o fortalecimento da RAPS: criação de apoio institucional temático e georreferenciado por macrorregião de saúde com as CRS; criação de grupos condutores de saúde mental intersetoriais; fortalecimento e descentralização das Residências Integradas em Saúde, Multiprofissional e de Psiquiatria. Ações estas pautadas pela compreensão de que, mais do que marco legal, é necessário movimento, e é na atenção básica ou atenção primária à saúde, ou seja, no território que se torna possível tocar o nó crítico do preconceito que envolve o cuidado e a circulação social do dito louco.

A perspectiva conceitual sobre a implantação e a ativação de Redes em Saúde perpassa vários campos do conhecimento e tem adquirido relevância no momento atual de fortalecimento do SUS e da área de saúde mental. Contudo, trata-se de uma produção de redes que não fica restrita à articulação de serviços com características semelhantes (RIGH, 2010).

Esse cenário da Região Sul, em 2015, conforme informações da 3<sup>a</sup> CRS/SES/RS, é conformado por uma Rede de Atenção Psicossocial Regional, com uma cobertura populacional de CAPS de 2,3/100 mil habitantes. Essa cobertura é considerada alta, pois a nacional é de 0,86/100 mil habitantes, e a estadual é de

1,32/100 mil habitantes. Além disso, há a significativa oferta de um leito de saúde mental para cada sete mil habitantes, considerando-se apenas os Hospitais Gerais. O parâmetro assistencial, conforme a 1.101/GM/MS, de 12 de junho de 2002, é um leito psiquiátrico para cada 23 mil habitantes.

Em 2015, além dos 23 CAPS (CAPSi, CAPS, II CAPSi, CAPSad, CAPSadIII), de 82 leitos em Hospitais Gerais, Composições de Redução de Danos, Oficinas Terapêuticas na Atenção Básica, Equipes de Consultório na Rua, três Acompanhantes Terapêuticos, duas Unidades de Acolhimento (Adulta e Infantil) outras ações também foram desenvolvidas em nível local: Oficinas de Geração de Renda, Associação de Usuários, Comissões de Saúde Mental, e diversas atividades de Educação Permanente. Contudo, existem lacunas, principalmente no que diz respeito à desinstitucionalização pela deficiência de Serviços Residenciais Terapêuticos que, por ora, estão apenas em projetos.

Esses serviços e ações têm sido planejados, acompanhados e monitorados, respeitando-se a autonomia dos níveis local e estadual, por um Grupo Condutor Regional (GCR), que se reúne mensalmente, e por um Plano de Ação Regional de Atenção Psicossocial que coleta as necessidades e propõe ações a cada quatro anos.

A apresentação desse contexto introduz a problemática em questão, a qual trata da necessidade de se avançar nos processos de gestão da prestação de cuidados na área de saúde mental, de acordo com as Reformas Sanitária e Psiquiátrica em curso. Avanço este para além da expansão e da oferta de serviços, mas, efetivamente, na mudança de práticas de produção em saúde que garantam a integralidade e a equidade do cuidado, através da integração e da articulação dos diversos pontos de atenção da RAPS.

Para tanto, se faz necessário compreender as redes de saúde a partir da perspectiva de fortalecimento das conexões e dos modos de comunicação entre os serviços ou pontos de atenção que, necessariamente, ocorrem através das relações estabelecidas entre os diversos atores. Considera-se, para tanto, fundamental o papel dos processos de gestão para a construção e o funcionamento de redes “quentes e produtoras de vida”.

Integralidade e equidade são princípios básicos da atenção à saúde e precisam ser entendidos não apenas como consumo ou acesso a determinados

serviços, mas como desdobramento micropolítico em suas articulações, fluxos e circuitos (CECÍLIO, 2011).

Sem dúvida, há necessidade de permanente monitoramento e avaliação, e seus efetivos resultados na vida das pessoas com transtornos mentais e/ou sofrimento, decorrentes do uso de álcool e outras drogas dessa região. Mais que isto, há a necessidade de avaliar os processos de gestão de uma rede, que não se configure apenas como um conjunto de pontos de atenção, mas como uma rede de relações ou conexões possíveis para a produção de cuidado em saúde mental, em determinado território, local ou região.

Para Santos (1978; 1993), a rede de saúde é um meio de produção de um território reticular, um sistema interconectado que funciona por meio da circulação de pessoas, mercadorias ou informações. Não se trata somente de uma rede de equipamentos conectados, mas do conjunto de atores que a frequentam, buscando um objetivo ou cumprindo uma tarefa bem localizada territorialmente. Por intermédio de nós que demarcam a posição dos atores sociais, a rede é o meio e o fim de múltiplas relações de controle, de vizinhança, de distanciamento e de aproximação que criam e recriam lugares de poder.

De acordo com Cecílio e Merhy (2003), a proposta pensada para vencer os desafios de ter uma assistência integral à saúde é uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, em um processo dialético de complementação e de disputa que vai compondo o cuidado em saúde. Começa pela reorganização dos processos de trabalho na rede básica e soma-se a todas as outras ações assistenciais, na qual a maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta da forma com que se articulam as práticas dos trabalhadores.

No atual cotidiano da gestão do SUS identifica-se a ênfase na ativação de redes de atenção para o enfrentamento da persistente e hegemônica fragmentação setorial e intersetorial.

Diante do problema da fragmentação dos modelos assistenciais, a integração dos serviços de saúde aparece como tributo inerente às reformas políticas públicas fundamentadas na atenção primária à saúde. Integração entendida como coordenação e cooperação entre provedores dos serviços assistenciais para a criação de um autêntico sistema de saúde, mas, na prática, ainda não se realizou e são poucas as iniciativas de monitoramento e avaliação de seus efeitos (LEATT, PINK, GUTIERRE, 2000).

Para Pinheiro (2006), integralidade é o meio para concretizar o direito à saúde, enfatizando as dimensões da organização dos serviços, dos conhecimentos e das práticas de trabalhadores da saúde e das políticas governamentais. Integralidade como um fim na produção do cuidado, referindo-se ao ato de cuidar integral, à relação democrática de gestores, profissionais e usuários e a um saber-fazer integrado: “[...] uma construção coletiva, que ganha forma e expressão no espaço de encontro dos diferentes sujeitos implicados na produção do cuidado em saúde” (PINHEIRO, 2006, p. 166).

Para Hartz e Contandriopoulos (2004), integralidade remete, obrigatoriamente, à integração de serviços por meio de redes assistenciais; reconhece a interdependência dos atores e da organização, em que nenhuma delas dispõe de todos os recursos e competências necessárias para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos núcleos de vida. Portanto, torna-se indispensável desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável pelos recursos coletivos, que respondam às necessidades de saúde individuais em âmbito local e regional.

Num sentido mais amplo, a integração em saúde é um processo que consiste em criar e manter uma governança comum de atores e organização autônomas para coordenar sua interdependência, permitindo-lhes cooperar para um projeto (clínico) coletivo (HARTZ e CONTANDRIOPoulos, 2004, p. 332).

Aproximando-se da vertente comunicativa de Habermas, conforme Schraiber (2008), considera-se que a integração entre serviços de saúde depende do estabelecimento de processos comunicativos de gestão.

A qualidade da gestão em saúde se faz cada vez mais necessária, exigindo avanços no planejamento, na regulação e, em especial, no monitoramento e na avaliação das ações, em coletar informações que, em tempo hábil, subsidiem a tomada de decisão a partir da identificação de problemas que permitam a correção dos caminhos.

A gestão em saúde, na perspectiva da saúde coletiva, embasada pela rede teórica conceitual “Em Defesa da Vida”, tem a integralidade entendida como orientação para a organização das ações e serviços de saúde, tendo por princípio o direito do cidadão de dispor de ações humanizadas e resolutivas e de uma vida com mais qualidade; e proposições teóricas e operativas visando à politização da saúde,

pautando os princípios do controle social, da gestão democrática e da humanização das relações entre usuários e trabalhadores de saúde (MERHY, 1992).

Conforme diz Capra (2011), os processos de gestão na saúde nem sempre garantem um modelo de gestão condizente com a complexidade do SUS e que favoreça a democratização das relações de trabalho e os processos de aprendizagem que o próprio trabalho pode produzir. Assim, tem sido difundida uma gestão participativa e colegiada como estratégia para ampliar a qualidade da gestão do trabalho, da educação da saúde, da atenção integral e do controle social.

Portanto, corrobora-se o pensamento de Campos (1998, p.865) quando diz serem necessários processos de gestão que sejam “processos produtores de sujeitos-cidadão no trabalho”. O mesmo autor defende a Cogestão centrada em equipes de saúde, como um sistema de gestão colegiada a ser desenvolvido por meio de dispositivos: unidades de produção compostas por equipes de referência e trabalho de apoio matricial<sup>3</sup>, conforme as lógicas específicas do processo de trabalho, em substituição aos antigos setores recortados segundo as profissões (CAMPOS, 1988).

É preciso também lembrar que na construção do SUS, desde 1996, foram criadas instâncias decisórias e deliberativas da gestão em saúde, entre as quais a Comissão Intergestora Tripartite (CIT), que reúne gestores da esfera federal, estadual e municipal, e a Comissão Intergestora Bipartite (CIB), com apenas gestores estaduais e municipais. Em 2006 foram criados os colegiados de gestão regional. Posteriormente, eles passaram a denominar-se Comissão Intergestora Regional (CIR) mediante o Decreto 7.508 de 2011, reafirmando que essas instâncias devem contemplar ações de planejamento, monitoramento e avaliação que subsidiem tomadas de decisão por consenso, pactuadas entre gestores dos diferentes níveis de governo e formalizadas em resoluções, através do exercício de uma gestão colegiada (BRASIL, 2011).

Contudo, além das normatizações, em especial na construção e ativação de processos de gestão de redes de atenção psicossocial, se fazem necessários modos

---

<sup>3</sup> Metodologia de trabalho complementar a mecanismos de referência e contrarreferência, protocolos e centros de regulação. Objetiva assegurar retaguarda especializada assistencial e de suporte técnico-pedagógico a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

de agir que potencializem a capacidade de tomada de decisões através de uma racionalidade comunicativa e emancipatória.

Esses processos de gestão em âmbito local podem ser mediados por instâncias colegiadas de tomada de decisão, mas dependem das formas de comunicação e implicação dos atores sociais envolvidos, na construção de ações coletivas, por um bem comum.

As instâncias colegiadas da gestão em saúde dialogam com Habermas (2002, 2012a) que propõe o recurso do entendimento mútuo como meio para se chegar a um entendimento e se obter um consenso, e este consenso alcança o nível de fundamento ético para a ação de todos os envolvidos no diálogo. Isso considerando-se que esses são os fundamentos para o exercício de uma gestão colegiada, com a implicação da corresponsabilidade na tomada de decisão de todos os que compõem instâncias coletivas de poder.

Nesse sentido, buscou-se na Teoria da Ação Comunicativa (TAC) de Habermas a possibilidade de uma ferramenta para explorar os processos de gestão, a qual pode ser descrita como uso comunicativo cotidiano da linguagem por sujeitos que interagem, ou seja, a utilização da linguagem como práxis social (2002, 2012a).

Ao formular a TAC, Habermas (2012a;2012b) dividiu a sociedade em duas esferas coexistentes: a do Mundo da vida e a esfera do Sistema.

A do Mundo da vida, que passa a ser racional à medida que aumenta a libertação do potencial da racionalidade do agir comum, diz respeito à esfera da reprodução simbólica, de linguagens, redes de significados (visão de mundo). É permeada pela Razão Comunicativa/Ação Comunicativa (teoria social do mundo da vida) na qual coexiste a comunicação livre, racional e crítica orientada para o entendimento mútuo, ou seja, uma Racionalidade Comunicativa.

E a esfera do Sistema, como a esfera da reprodução material e da lógica instrumental (adequação dos meios aos fins), relações hierárquicas (poder político) e de intercâmbio (economia). Permeada pela Razão Instrumental/Ação Estratégica ou Instrumental, essa esfera busca o alcance dos objetivos de qualquer modo (os fins justificam os meios), e, mesmo em cooperação, cada indivíduo só se interessa com o que pode ganhar e determina uma Racionalidade Técnica.

Para Habermas (2012a), o mundo da vida possui três componentes estruturais: cultura, sociedade e pessoa.

- Cultura, entendida como o estoque de conhecimento do qual os atores suprem-se de interpretações quando buscam a compreensão sobre algo no mundo;
- Sociedade, entendida como as ordens legítimas através das quais os participantes regulam suas relações no grupo social;
- Pessoa, entendida como as competências que tornam um sujeito capaz de falar e agir, ou seja, de compor sua própria personalidade.

Na Teoria Habermasiana existe uma correlação direta entre ação comunicativa e mundo da vida, pois, cabe à primeira a reprodução das estruturas simbólicas do segundo (cultura, sociedade, pessoa). Assim, sob o aspecto do entendimento mútuo, a ação comunicativa serve para transmitir e renovar o saber cultural; sob o aspecto de coordenar a ação, ela propicia a integração social; e sob o aspecto da socialização, ela serve à formação da personalidade individual. Por outro lado, a reprodução do substrato material do mundo da vida ocorre através de ações dirigidas a fins pelos quais os indivíduos associados intervêm no mundo e realizam seus objetivos (PINTO, 1995).

A Ação Comunicativa é baseada em princípios éticos que devem garantir a participação dos interessados nas decisões públicas através de discussões (discurso) ou falas, em que se avaliam os conteúdos normativos demandados naturalmente pelo mundo da vida, e na qual os atores sociais buscam harmonizar interesses e planos de ação. A resolução dos conflitos não ocorre por uma simples solução, mas pela melhor solução que advém de todos concernidos (consenso).

Habermas (2003) chamou a atenção para a importância do papel da esfera pública na mediação entre a sociedade civil e a sociedade política. A interação comunicativa é o grande mecanismo coordenador da sociedade civil cujo traço característico, a autonomia de comunicação, é responsável pelo seu potencial crítico.

A gestão eficaz das redes, diz Mendes (2011), implica trabalhar rotineiramente na produção de consensos e decisões político-administrativos, negociar as soluções e monitorar e avaliar, permanentemente, os processos.

Embora haja avanços na ampliação da rede de serviços na normatização e em instrumentos de gestão em saúde — planos, relatórios e ações reguladoras —, no que diz respeito ao monitoramento e avaliação em saúde ainda se faz necessário

que a mesma fique incorporada, instituída nos processos de trabalho da gestão. Ainda são frágeis os modos de operar a gestão na construção de redes de saúde, não sendo diferente na área de saúde mental que se encontra em plena expansão.

Portanto, entende-se relevante avaliar os processos de gestão de uma Rede de Atenção Psicossocial, sob a coordenação de um grupo condutor (colegiado), considerando-se que a qualidade ou resolutividade da atenção prestada não ocorre apenas pelo número e diversidade dos pontos de atenção, mas pelo modo com que se relacionam, entre si, constituindo-se em uma efetiva rede de cuidado.

Por essas razões defende-se que é nos processos de trabalho que se deve avaliar todas as possibilidades e potencialidades para mudanças das práticas, o que justifica a relevância do presente estudo que, ao mesmo tempo em que avalia processos de gestão de uma rede atenção psicossocial também pode contribuir para o fortalecimento das ações comunicativas e emancipatórias dos processos de gestão, da avaliação como prática do trabalho em saúde, e da valorização do protagonismo local na construção histórica e dialética do Sistema Único de Saúde.

## 2 Construindo o Objeto de Estudo

Na construção desta pesquisa sobre avaliação dos processos de gestão de uma rede de atenção psicossocial foram buscados os antecedentes, através de uma revisão de literatura de estudos qualitativos sobre serviços de saúde mental, seguida da apresentação de conceitos balizadores do objeto de estudo escolhido — redes de saúde, processos de gestão e Teoria da Ação Comunicativa — de modo que essas aproximações auxiliassem a levantar as questões, a definir o pressuposto, a formular a tese e a definir seus objetivos a partir de uma questão principal.

Tratando-se de um estudo de avaliação, inicialmente considera-se relevante que, nas contribuições da avaliação para os sistemas de saúde, se faz necessária, do ponto de vista ético, político e social, a preocupação com as metodologias de estudo utilizadas na sociedade contemporânea, pautadas por avanços de uma ciência também voltada para as faces dessa contemporaneidade.

Ao final da década de 1990, a Organização Pan-americana de Saúde (OPS, 1997), conforme Guba e Lincoln (1989), destacou a diferenciação entre metodologias de avaliação, em quatro momentos conceituais:

- avaliação de primeira-geração: centrada no que é mensurável, como uma simples medição ou verificação de acertos e erros, não oferecendo maior informação sobre o processo de aprendizagem;
- avaliação de segunda-geração: de descrição mais elaborada, se concentra na verificação do alcance dos objetivos, mas deixa algumas lacunas à medida que não aprofunda a interpretação dos resultados, tampouco a qualidade dos objetivos traçados;
- avaliação de terceira-geração: de valoração, se constitui em uma mudança significativa na direção do juízo de valor, pois a avaliação sempre culmina com o juízo sobre o objeto de atenção para que, a partir dele, se desenvolva ação que leve à transformação necessária.
- avaliação de quarta-geração: inclui todos os aspectos positivos das anteriores, mas se caracteriza essencialmente pela negociação, juízos,

critérios e ações integradas, envolvendo todos os atores do processo avaliativo, na qual a avaliação possa ela mesma ser tratada e considerada como processo de aprendizagem permanente.

A ideia da avaliação já não somente como modelo, estratégia, ferramenta ou discussão, mas como postura, ou seja, uma atitude concreta de respeito aos envolvidos no processo avaliativo. Uns e outros se capacitam durante todo o tempo que fazem algo, em um processo contínuo. Dessa forma, os avaliadores atuam na função de facilitadores para fazer com que as coisas ocorram (OPS, 1997).

Concorda-se com Almeida e Escorel (2001), que as definições de avaliação no campo das políticas sociais e de programas e serviços de saúde variam de acordo com diferentes referenciais. No entanto, uma avaliação só se justifica quando permite uma retroalimentação dos processos em curso, no intuito de corrigir ou evitar erros, estabelecendo estratégias para melhorar a qualidade da assistência prestada.

O múltiplo acervo de teorias e técnicas qualitativas, especialmente a partir dos anos de 1980, tem composto o variado campo das investigações em saúde, agregando-lhe novos olhares disciplinares. A adoção de metodologias qualitativas tem buscado contribuir, ao lado de outros saberes, para uma abordagem mais inclusiva e responsável sobre a complexidade que constitui o objeto da saúde. Nessa jornada, a pesquisa qualitativa tem muito a oferecer, exercitando justamente a sua vocação para a análise em profundidade das relações e vivências, trazendo as singularidades do adoecer, da produção dos cuidados e da busca da saúde (DESLANDES, GOMES, 2004).

A busca pelo conhecimento, e por modos de melhor explicar as realidades, tem tido na pesquisa qualitativa, em especial na pesquisa social, relevantes métodos que vêm ao encontro da complexidade e dos desafios das necessidades de avaliação em saúde.

Nos desafios da pesquisa social, a ciência é apenas uma forma de expressão da busca, não exclusiva, não conclusiva e não definitiva, de explicar o inconsciente coletivo, da vida cotidiana e do destino humano. Portanto, em uma escolha metodológica deve residir a consciência de poder alcançar, com o estudo, uma parte dessa realidade que não poderia ser traduzida em números, mas que pode trabalhar

com significados, motivos, crenças, aspirações, valores e atitudes (MINAYO, DESLANDES, GOMES, 2007).

Bosi e Uchimura (2007) tratam de diferenciar os conceitos de avaliação da qualidade da avaliação qualitativa, sendo que esta última corresponde à análise das dimensões que escapam aos indicadores e expressões numéricas e considera a produção subjetiva que permeia as práticas em saúde. Contudo, essa diferenciação não é dicotômica, mas complementar, ou seja, a avaliação da qualidade se propõe a emitir juízo de valor, independente de o fato de ser, ou não, passível de quantificação. Assim, a avaliação qualitativa, por considerar o plano das subjetividades, incorpora-se à avaliação da qualidade como uma possibilidade desta última.

Conforme Mercado (2011), há um crescente interesse por propostas e práticas avaliativas de tipo emergente, em especial de enfoques qualitativos participativos. Pesquisas avaliativas em países ibero-americanos<sup>4</sup> já apontam o enfrentamento do desafio de não somente avançar no sentido de serem ainda mais críticas do que as abordagens tradicionais, mas também em relação às estratégias metodológicas, desenvolvendo uma avaliação mais consistente com os seus princípios, promovendo maior reflexão sobre os métodos e estratégias utilizadas e sobre os resultados.

A aplicação de abordagens metodológicas mais circulares e interativas também pode facilitar uma participação cada vez maior das partes interessadas em decisões metodológicas importantes a serem tomadas na avaliação, além de recuperar inúmeras propostas de avaliadores e pesquisadores ativistas em saúde na América Latina, especialmente aqueles baseados em princípios como a pesquisação, pesquisa participante ou com perspectivas ligadas ao desenvolvimento da comunidade em estudo (MERCADO *et al*, 2011).

Mercado e Robles (2008), em estudo sobre o uso da pesquisa qualitativa em saúde, apresentam três enfoques sobre a utilização e a aplicação dos resultados da pesquisa qualitativa em saúde: o de conhecimentos dirigidos à academia; o centrado na transferência, tradução e impacto dos resultados, incluindo sua utilização na elaboração e fortalecimento das políticas públicas e programas de saúde para que

---

<sup>6</sup> Ibero-América é um termo que se refere aos países colonizados pela Espanha e Portugal durante a Idade Média (CALVO, 1996).

gestores tenham mais elementos para tomadas de decisão; e o enfoque preocupado com a população, que privilegia o regresso dos dados aos informantes, como em propostas de pesquisa-ação, pesquisas participativas, com certa tendência em países latino-americanos.

Para Denzin e Lincoln (2005), a pesquisa qualitativa em saúde, futuramente deverá guiar-se com o propósito de justiça social, e de responder às necessidades dos outros, mais que as do pesquisador.

Quanto às dificuldades dos pesquisadores em aceitar outros modelos desenvolvidos em áreas fora da saúde, Mercado e Robles (2008) destacam a importância do debate sobre o tema da avaliação e sobre a necessidade de seguir revisando a produção anglo-saxônica sobre esse tema. Esses autores consideram prioritário voltar a olhar para a região latino-americana para escutar os diversos atores e resgatar as experiências existentes, tanto na área da saúde quanto em outras, a fim de construir um modelo racional e dialógico que se ajuste mais às particularidades e necessidades dessa região do mundo.

Portanto, a partir dessas considerações sobre avaliação em saúde, construiu-se o objeto do presente estudo, apoiado no “estado da arte” que se apresenta dividido na revisão de estudos sobre serviços de saúde mental com ênfase nos estudos avaliativos e naqueles que tratam de redes de saúde; os principais conceitos balizadores, objetivo geral e objetivos específicos.

## **2.1 Revisando Estudos Qualitativos sobre Serviços de Saúde Mental**

Considerando-se que esta investigação versa sobre avaliação qualitativa em saúde, foi imprescindível a busca por antecedentes que permitissem conhecer outros estudos que tratassesem de temáticas o mais próximo possível do objeto desta tese.

Ainda que exista diversidade conceitual e metodológica, as contribuições da avaliação de políticas e programas de saúde mental são muito relevantes. Mesmo sem uma definição absoluta e universal sobre a avaliação, há amplo consenso no fato de que o ato de avaliar consiste em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões (CONTANDRIOPoulos, 2000).

Alguns estudos, como os de Ballarin (2010) e Cordeiro (2012), voltados à revisão das produções científicas na área de saúde mental sobre CAPS, têm evidenciado temáticas relativas à organização, à avaliação e aos projetos desenvolvidos nesses serviços, à análise teórica a respeito da reforma psiquiátrica e aos estudos clínicos, socioantropológicos e epidemiológicos. Também inserem a análise e a avaliação da nova proposta assistencial em saúde mental e as expectativas dos profissionais de saúde mental em relação a esses serviços.

Um mapeamento de pesquisas avaliativas de serviços de saúde mental produzidas no Brasil demonstrou que se referem a serviços localizados em número restrito de municípios das regiões Sul e Sudeste do país, e que são poucos os estudos de abrangência nacional (DANTAS e ODA, 2014).

Em revisão em âmbito internacional, realizado por Oliveira *et al.* (2014), incluindo as dimensões em que os serviços foram avaliados e as contribuições para a atenção prestada em saúde mental, os autores constataram maior envolvimento dos profissionais, participação de usuários e familiares e busca por melhor qualidade da assistência como fatores relacionados ao grau de satisfação do usuário.

A avaliação em saúde mental é um mecanismo capaz de produzir informações que contribuem positivamente para a tomada de decisão, requerendo apropriar-se das discussões existentes, refletindo sobre desafios e possibilidades na produção de conhecimento nesse campo (COSTA, 2015).

Certamente há importante produção científica na área de saúde mental no Brasil e no mundo, que inclui dissertações, teses, trabalhos acadêmicos, relatórios de pesquisas e outros publicados das mais diversas formas. Portanto, considera-se relevante reconhecer o perfil dos estudos realizados que estão sendo publicados e indexados, em bases de dados de nível nacional, regional e internacional, na forma de artigos disponíveis ao acesso de pesquisadores que desejam fundamentar seus estudos na área de pesquisa qualitativa em saúde mental, incluindo aspectos metodológicos e resultados.

Desse modo, buscou-se analisar artigos originais oriundos de pesquisas qualitativas sobre serviços de saúde mental publicados em um período próximo à elaboração da tese, incluindo-se estudos de 2010 a 2015.

Para realizar a revisão de literatura adotaram-se os seguintes procedimentos: busca eletrônica das produções científicas indexadas nas bases de dados da PUBMED, BVS e SCIELO, em novembro de 2015.

Em uma primeira etapa da revisão, a seleção dos estudos (Figura 2), foi iniciada por uma consulta ao DECs (Descritores de Ciências da Saúde), com o intuito de definir os termos de busca a partir da escolha de descritores indexados, os quais, ao mesmo tempo, contemplassem maior abrangência e representassem objetivamente o estudo desejado.

O termo redes de saúde ou redes de saúde mental não é um descritor indexado, dificultando as primeiras tentativas de abranger os estudos sobre esse tema. A utilização do descritor avaliação em saúde e/ou demais descritores limitou significativamente a busca. Assim, após inúmeras testagens nos bancos de dados foram escolhidos os seguintes descritores como termos de busca: Saúde Mental, Serviços de Saúde Mental, Serviços Comunitários de Saúde Mental e Pesquisa Qualitativa.

Definiu-se, como limites da busca, estudos humanos, originais publicados na forma de artigo em Inglês, Português e Espanhol, no período de 2010 a 2015, e que estivessem com texto completo nas bases de dados.

Utilizando-se os termos de busca e a aplicação dos limites encontrou-se, nas três bases de dados, um total de 388 artigos. Em cada busca considerou-se como critério de inclusão os estudos qualitativos sobre políticas, programas, ações e serviços de saúde mental e de exclusão aqueles com temas ou assuntos não pertinentes ao estudo, de revisão ou metassíntese, com análises estatísticas, estudos randomizados, texto disponível com custos e repetidos na mesma consulta ou entre as bases de dados.

A busca foi iniciada pela PUBMED da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos da América, que tem como sua maior base de dados a MEDLINE, e foram encontrados 219 artigos. Destes, após leitura dos resumos ou do texto completo, em caso de dúvidas, foram recuperados 80 e excluídos 139.

<b>Temas ou assuntos não pertinentes ao estudo</b>	<b>95</b>
<b>Revisão ou metassíntese</b>	<b>11</b>
<b>Análises estatísticas</b>	<b>15</b>
<b>Estudos randomizados</b>	<b>15</b>
<b>Texto completo indisponível sem custos</b>	<b>1</b>
<b>Repetidos</b>	<b>2</b>
<b>Total</b>	<b>139</b>

Do mesmo modo, na consulta da BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), objetivando-se ampliar a busca para estudos na Região da América Latina, por se tratar de um portal de acesso à BIREME (Biblioteca Regional de Medicina), foram encontrados 140 artigos, dos quais foram recuperados 39 e excluídos 101.

<b>Temas ou assuntos não pertinentes ao estudo</b>	<b>56</b>
<b>Reflexão</b>	<b>01</b>
<b>Texto completo indisponível sem custos</b>	<b>01</b>
<b>Repetidos na BVS e na PUBMED</b>	<b>43</b>
<b>Total</b>	<b>101</b>

Na **SciELO** (*Scientific Eletronic Library*), a qual abrange os periódicos científicos brasileiros, procurou-se recuperar artigos que não haviam sido encontrados nas bases anteriores, encontrando-se 29 artigos; foram recuperados **12** e excluídos **17**.

<b>Temas ou assuntos não pertinentes ao estudo</b>	<b>03</b>
<b>Revisão</b>	<b>03</b>
<b>Repetidos na Scielo, na BVS ou na PUBMED</b>	<b>11</b>
<b>Total</b>	<b>17</b>

Na segunda etapa da revisão, os **131** artigos recuperados (80 da PUBMED, 39 da Biblioteca Virtual em Saúde, e 12 da Scientific Eletronic Library) foram lidos integralmente, organizados e sistematizados, conforme autores, ano, país, local e tipo de serviço, instituições dos autores, aspectos metodológicos (tipo, dimensões, sujeitos, coleta, análise, resultados, conclusões e observações).

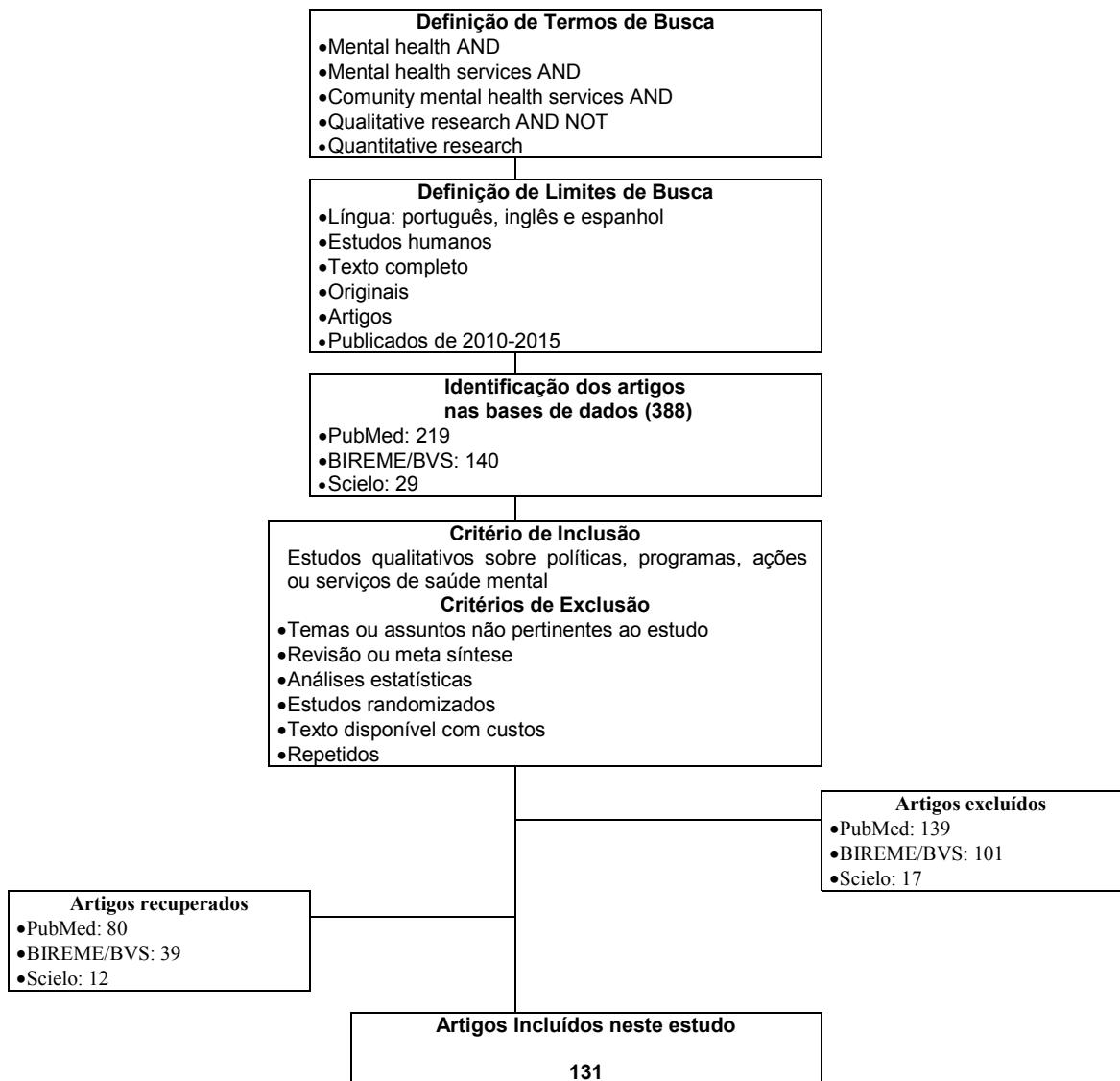


Figura 2 - Processo de seleção dos estudos

A seguir, apresentam-se características gerais e metodológicas dos artigos selecionados.

Não se trata de apresentar apenas um perfil quantitativo, mesmo porque se reconhece os limites de uma revisão, considerando-se que tantos outros estudos ficam de fora em função dos recortes de escolha. Trata-se, sim, de apresentar e analisar as características encontradas, de modo a evidenciar as publicações de pesquisa qualitativa sobre serviços de saúde mental e as possíveis lacunas existentes.

Na distribuição apresentada no Gráfico 1 (Figura 3), é necessário considerar que o ano de 2015 apresenta o menor número, provavelmente em função do momento da coleta, o que excluiu as publicações de dezembro de 2015.

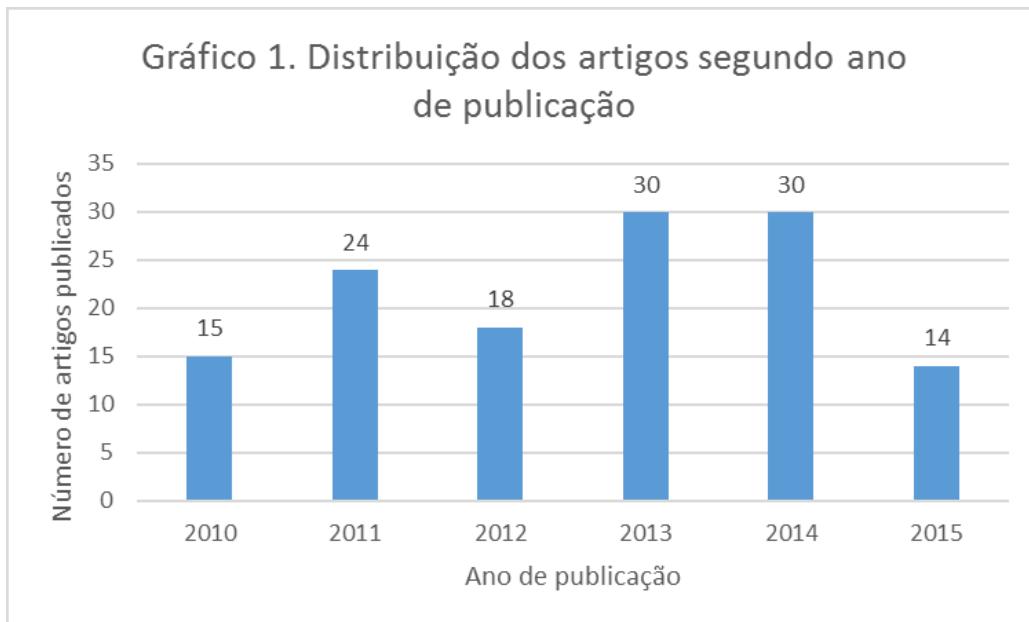


Figura 3 - Distribuição dos artigos, segundo o ano de publicação.  
Fonte: Banco de Dados da Tese, Meirelles, MCP (2016)

No Gráfico 2 (Figura 4) observa-se a concentração de estudos em alguns países, com uma possível relação com locais de crescente implantação de serviços de saúde mental de base comunitária, ou pela utilização de buscadores de abrangência brasileira e latino-americana.

Cabe informar que, ainda que a busca tenha contemplado artigos em língua portuguesa, inglesa e espanhola, não foi recuperado nenhum estudo em língua espanhola, sendo 55% em língua inglesa e 45% em língua portuguesa. Embora se destaque o expressivo número de estudos realizados no Brasil, representando importante lugar da pesquisa em saúde mental no cenário da América Latina, são também necessários novos estudos de revisão que melhor alcancem as produções científicas de outros países latino-americanos na área de saúde mental.

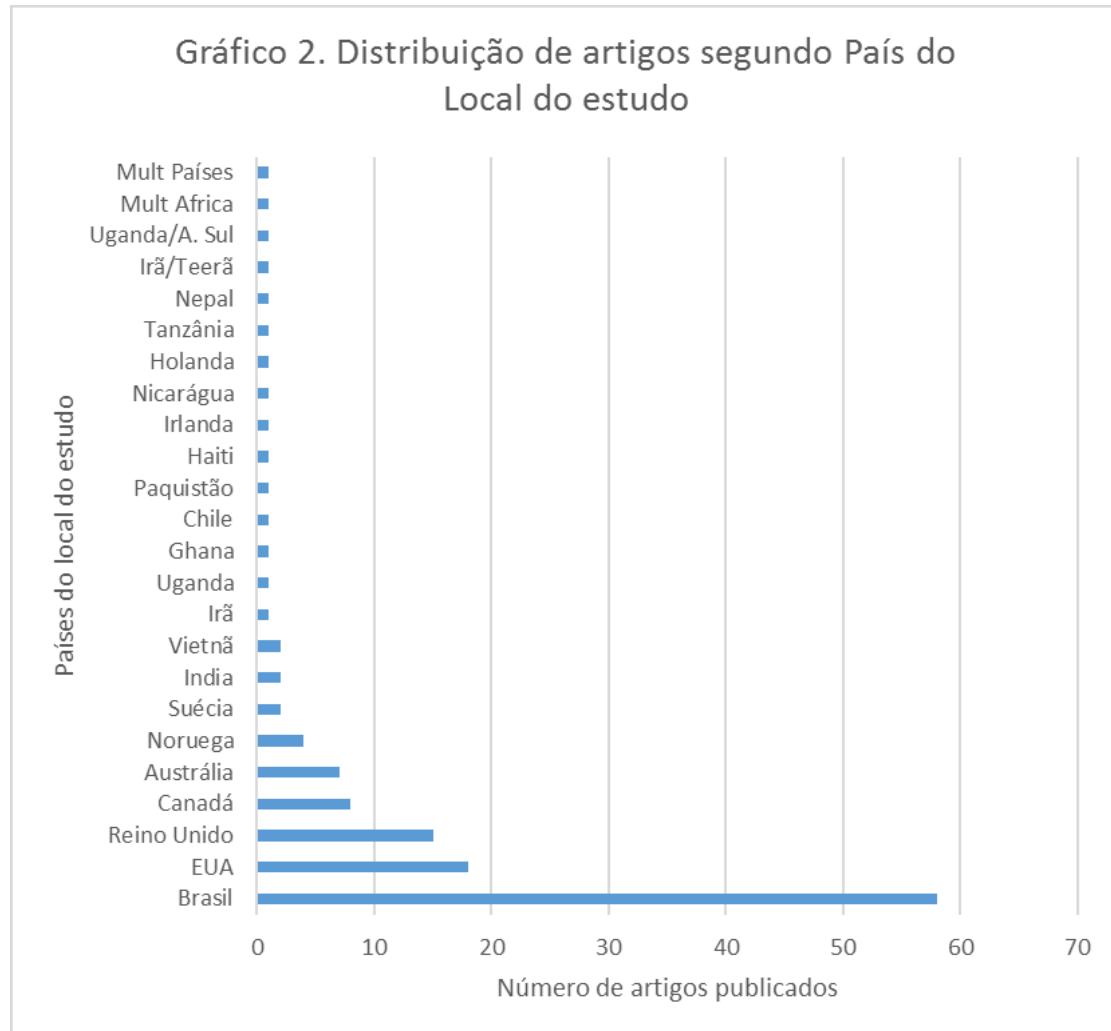


Figura 4 - Distribuição de artigos, segundo o país do local do estudo.

Fonte: Banco de Dados da Tese, Meirelles, MCP (2016)

Ainda que se considerem as diferenças de contexto e de estrutura dos sistemas de saúde dos serviços nos diferentes países, e não havendo a intenção de fazer comparações, este estudo possibilitou identificar questões e encaminhamentos comuns, como se pode constatar, a seguir, em relação às características metodológicas.

Em relação às características metodológicas, destaca-se que, dos 131 artigos consultados, 51 (39%) deles foram identificados apenas como estudos qualitativos, sem maiores descrições metodológicas. Os outros 80 (71%) apresentaram especificações de diferentes tipos de estudo: Exploratório, Descritivo, Avaliação, Participativo, Ação/Intervenção, Fenomenológico, Estudo de Caso, Etnográfico,

Interpretativo, História Oral e Crítico Hermenêutico, sendo que 20 destes apresentaram mais de um tipo de estudo.

Mesmo que a maioria dos artigos (80) explice uma ou mais identificações que façam referência ao tipo de estudo, ainda se considera elevado o número de estudos que não caracterizam ou definem a tipologia. Destacam-se, neste caso, os 22 (21%) dos estudos identificados como avaliativos que se pretende aprofundar a análise nesta tessitura.

Quanto à dimensão dos estudos em relação aos sujeitos, 35 deles apresentam mais de uma dimensão. Observou-se uma maioria de estudos (64%) que considera Experiências (29%), Práticas (19%) e Percepções (16%). O que se percebe como coerente com estudos sobre serviços de saúde, muitos com ênfase em seus processos de trabalho. As outras dimensões encontradas — Perspectivas, Opiniões, Concepções; Significados, Processos de Cuidado, Processos de Gestão, Conceitos, Representações Sociais, Conhecimentos, Sentimentos, Atitudes, Compreensões, Expectativas e Satisfação — variam de 7,8% a 0,6%, totalizando os demais 36% dos estudos.

Constatou-se que dos 131 estudos incluídos nesta tese, 77 apresentaram mais de um tipo sujeitos, a maioria deles tratando sobre trabalhadores (34%) e usuários (33%), seguido de cuidadores familiares (17%). E, em menor número, aparecem gestores de saúde (11%) e outros (5%).

Considerou-se, para fins deste estudo, trabalhadores os sujeitos que desempenham alguma função profissional remunerada ou não; usuários, aqueles identificados como pacientes, ou membros de um grupo ou comunidade; cuidadores familiares, aqueles que cuidam ou acompanham os usuários na vida diária, com parentalidade ou não, mas sem nenhuma remuneração; gestores, aqueles com cargos de gestão, gerência ou coordenação de serviços, programas e políticas em nível municipal, estadual ou nacional; o item outros incluiu estudantes, professores ou pessoas que não se incluem na classificação de trabalhadores, nem de usuários, nem de cuidadores

A escuta dos trabalhadores é, sem dúvida, imprescindível em estudos sobre serviços de saúde. Contudo, na perspectiva de buscar elementos que auxiliem as mudanças nas práticas dos serviços que considerem as necessidades dos usuários é necessário, cada vez mais, escutá-los, em proporção igual ou maior do que se faz com os trabalhadores. Também se chama a atenção para o fato de que — na

perspectiva de avaliação de práticas intra e intersetoriais que possam compor redes de saúde — é necessário conhecer as relativas dimensões de outros sujeitos que possam funcionar como articuladores das relações entre os serviços, como gestores e atores de outros setores.

Em relação à coleta de dados pode-se evidenciar a utilização de diferentes instrumentos, em que 60 estudos associaram dois ou mais métodos. A maioria foram entrevistas semiestruturadas ou em profundidade (50%) e grupos focais (25%). E documentos, observações, oficinas e reuniões representaram os demais 25%.

No que diz respeito às metodologias de análise foram encontradas 61% descritas como de conteúdo ou temática, destacando-se, entre as referências mais utilizadas, Bardin (1977, 2011), Minayo (2007), Braun e Clarke (2006), Richie e Spencer (1994). A Teoria fundamentada foi descrita em 16% dos estudos, a maioria referenciando Strauss e Corbin (1990), Charmaz (2006), Glaser e Strauss (1967).

Análises Hermenêuticas, dialéticas e narrativas representaram 9,2% dos estudos, sendo 40% de base Gadameriana (GADAMER, 2008) e 60% divididos em outros autores: Guba e Lincoln (1969), Minayo (2007), Ricouer (1990), Onocko-Campos e Furtado (2008) e Furtado (2006). Os outros métodos de análise — Fenomenológica, Discurso, Análise de Representação Social, Institucional, Relatório Oral ou Narrativa de vida — foram citados nos demais 13,8% dos estudos.

Em relação à distribuição dos artigos conforme o nível de atenção, dos 131 estudos, 10 (7,6%) se referem a Políticas e Programas de Saúde em nível local, distrital, regional e nacional; os outros 121 (92,4%) estudos podem ser classificados de acordo com nível de atenção dos serviços/ações referidos como local da pesquisa, do seguinte modo:

- Atenção Primária (18%): Unidades Básicas de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Equipes Comunitárias de Saúde, Serviços de Atenção Primária, Núcleo de Apoio Atenção Básica, e Consultório de Rua;
- Atenção Secundária (50%): Centros de Atenção Psicossocial, Centros de Saúde Mental, Serviços/Centros Comunitários de Saúde Mental, Serviços Especializados de Saúde Mental/Ambulatórios, Serviços de Atenção à Crise e Serviços de Urgência/Emergência;
- Atenção Terciária (10%): Hospital Psiquiátrico, Hospital Comunitário, Casa de Detenção, Serviço Residencial Terapêutico e Moradias/Abrigos;

- Níveis diversos de atenção (22%): vários serviços de saúde e de outros setores.

Nota-se que 50% dos estudos sobre serviços de saúde mental se referem aos serviços especializados de saúde mental de base comunitária, o que era de se esperar considerando-se os descritores utilizados para busca. Contudo, destaca-se o expressivo número de estudos que envolvem a atenção primária, serviços de atenção terciária, e, em especial, os múltiplos serviços ou ações que podem ser identificados como estudos de redes de atenção à saúde mental.

Tendo-se apresentado as características gerais dos estudos revisados parte-se para a análise dos 22 estudos qualitativos de serviços de saúde mental, identificados como avaliativos, conforme Contandriopoulos (2000): título, descritores; e a citação de referências de estudos avaliativos — Lund *et al* (2012), Deslandes (1997), Furtado (2006), Guba e Lincoln (1989,2011), Denzin e Lincoln (1994), Pawson e Tilley (1997).

De acordo com o Quadro 1, apresentam-se os estudos avaliativos conforme local, sujeitos, instrumentos, coleta e análise, observando-se que entre os estudos avaliativos também há diversidade metodológica. Contudo, observa-se maior predominância (41%) de análise de base hermenêutica (GADAMER, 1997, 2008); GUBA, LINCOLN, 1989; RICOUER, 1990; ONOCKO-CAMPOS, FURTADO, 2008; FURTADO, 2006; MARTINS, 2009; KANTORSKI *et al*, 2009) em relação ao total dos 131 estudos revisados. Esses estudos são todos brasileiros, o que demonstra uma tendência, nos estudos avaliativos de abordagem qualitativa realizados no Brasil, de utilizarem esse tipo de análise.

Quadro 1 - Estudos avaliativos, conforme local e aspectos metodológicos

1º Autor/Ano	Local do Estudo (País)	Sujeitos	Instrumentos	Análise
1. SHIDHAYE, 2015	Índia	GTU	EGFDOC	TEM
2. BRENMAN, 2014	Nepal	UT	EGF	CON
3. BORYSOW, 2014	Brasil	TU	EOB	CON
4. FRATESCHI, 2014	Brasil	U	GF	TEM
5. MARKSTRÖM, 2014	Suécia	GTU	EDOC	CON
6. MENDENHALL, 2014	Suécia	TU	EGF	CON
7. URADA, 2014	EUA	GTU	EGF	TEO
8. FURTADO, 2013	Brasil	UC	EOB	HER
9. ANTONACCI, 2013	Brasil	T	EOB	HER
10. KHANDAKER, 2013	Inglaterra	GT	E	TEO
11. GILBURT, 2013	Inglaterra	T	EGF	TEM
12. ARAYA, 2012	Chile	G	EDOC	COM
13. ONOCKO-CAMPOS, 2012	Brasil	TU	EGF	HER
14. ARAUJO, 2012	Brasil	T	E	HER
15. CAMATA, 2011	Brasil	C	E	HER
16. ONOCKO-CAMPOS, 2011	Brasil	TU	EGFDOC	HER
17. WETZEL, 2011	Brasil	TUC	E OB	HER/MCC
18. PINHO, 2011	Brasil	TUC	E	HER
19. PETERSEN, 2011	Uganda, Á. do Sul	TGUC	EGF	TEM
20. MIELKE, 2010	Brasil	T	EOB	HER/MCC
21. SSEBUNNIA, 2010	Uganda	GTO	EGF	TEM
22. TAYLOR, 2010	Austrália	GTU	EGF	TEM

Legenda: Gestor (G), Usuário (U), Trabalhador (T), Cuidador (C), Outros (O), Entrevistas (E), Grupo Focal (GF), Observação (OB), Documentos (DOC), Temática (TEM), Conteúdo (CON), Hermenêutica (HER), Método Comparativo Constante (MCC).

As dimensões em relação aos sujeitos dos estudos avaliativos incluem Práticas (33%), Percepções (14%), Opiniões (4%), Experiências (4%), Perspectivas (9%), Experiências e Opiniões (4%), Processo de Trabalho (14%), Experiências e Práticas (14%) e Percepções e Práticas (4%), demonstrando a importância das práticas, experiências e processos de trabalho.

De algum modo todos esses estudos se relacionam com a avaliação de Sistemas, Políticas, Programas e Serviços de Saúde Mental. Contudo, com base nos objetivos, resultados e conclusões desses estudos, ao apresentar as principais contribuições encontradas, procurou-se agrupá-las em relação a duas temáticas: Saúde Mental e Atenção Primária à Saúde; e Serviços Especializados em Saúde Mental.

### **Saúde Mental (SM) e Atenção Primária em Saúde (APS)**

Ao avaliar a SM na APS, o estudo de Ssebunnya *et al* (2010), em Uganda, levantou a problemática da escassez de trabalhadores com conhecimento e

habilidades em saúde mental, ainda que, apesar dos desafios, enfermeiras demonstrassem interesse em prestar serviços de saúde mental, e apontou a necessidade de maiores esforços políticos e de gestão para ampliação do acesso e da implantação de um programa para integração entre a SM e a APS.

Considerando a importância da sensibilização para a gestão das autoridades distritais, da colaboração da comunidade e de diversos setores para melhorar a vontade política em fortalecer serviços de saúde mental em países de média e baixa renda, o estudo de Petersen *et al* (2011), na África do Sul e Uganda, buscou avaliar a implementação de um programa para auxiliar a integração da SM na APS. Os autores identificaram o desenvolvimento de ações compartilhadas através de agentes comunitários de saúde, como estratégia promissora para melhorar o acesso dos usuários aos serviços, ainda que fosse necessário um mínimo de serviços de referência e especialistas em SM para supervisão de não especialistas.

Em outros estudos, um multicêntrico da Suécia (MENDENHALL *et al*, 2014), um no Nepal (BRENMAN *et al*, 2014) e outro na Índia (SHIDHAYE *et al*, 2015), foram identificadas barreiras e possíveis soluções para alcançar as pessoas com transtornos mentais prioritários, e defendem a implantação do PRIME (*Programme for Improving Mental Health Care*), indicado pela OMS visando contribuir para a melhoria do acesso dos usuários de SM em países de média e baixa renda (LUND, 2012).

Entre as barreiras de acesso e a procura aos serviços foram identificadas aquelas pragmáticas, no âmbito da instituição de saúde, o estigma, certas normas culturais, e a falta de consciência sobre problemas de saúde mental. Entre as propostas possíveis foram apresentadas a conscientização e a educação através de pessoas respeitadas e de confiança da comunidade, e principalmente a necessidade de mover ações para além dos serviços, e de chegar ao tecido social da comunidade (BRENMAN *et al*, 2014).

No estudo de Mendenhall *et al*, (2014), ao avaliar o compartilhamento de ações em saúde mental, foi identificado como condicionantes a ampliação dos recursos humanos; maior acesso a medicamentos; supervisão, apoio estruturado e permanente nos níveis de cuidados primários e comunitários; formação e compensação adequadas aos trabalhadores envolvidos. Foi considerado particularmente importante identificar com quem as ações de saúde mental devem

ser compartilhadas para garantir uma intervenção culturalmente mais propensa a ter um efeito positivo de aceitação na comunidade.

No entanto, o programa da Organização Mundial de Saúde (OMS) deixa claro que, além de capacitar os não especialistas para desenvolver ações compartilhadas em saúde mental, é preciso defender a expansão de trabalhadores especialistas em saúde mental, de modo a viabilizar o compartilhamento desse trabalho (WHO, 2010).

O estudo de Shidhaye *et al.* (2015), na Índia, com base na implantação do PRIME, sugere que existem grandes desafios do sistema de saúde no desenvolvimento e implementação de um plano de cuidados de saúde mental que seja capaz de oferecer serviços adequados para pessoas com transtornos mentais prioritários, mediante um sistema de cuidados de atenção primária à saúde. É necessário superar a recente qualificação de profissionais do sistema público de saúde, poucas iniciativas de capacitação com escassa referência literária em saúde mental, deficiência de medicações psicotrópicas, e o estigma contra pessoas com transtornos mentais.

Nos Estados Unidos da América, Urada *et al.* (2014) avaliaram que há uma tendência de os serviços de atenção a usuários de substâncias psicoativas serem ainda menos integrados com os cuidados primários e menos eficazes, comparados aos serviços de saúde mental, devido à deficiente capacitação técnica dos trabalhadores. Os autores dizem que há necessidade de desenvolvimento de Políticas que garantam a expansão e a qualificação de trabalhadores para os referidos serviços, com equipes multidisciplinares e que invistam na capacidade da comunidade para cuidados especiais com esses usuários.

Araya *et al.* (2012) avaliaram os aspectos que contribuíram para a tomada de decisão de gestores na implantação e ampliação de um Programa Nacional de Diagnóstico e Tratamento de Depressão no Chile. Constataram que os elementos evidências científicas, trabalho em equipe, alianças estratégicas e institucionalização do programa contribuíram para a construção do consenso, obtenção de financiamento e captação de recursos, ganhando apoio duradouro dos responsáveis políticos.

No Brasil, a integração entre a SM e a APS também preocupa os pesquisadores da área de saúde mental. Mielke e Olschowsky (2011) consideram o apoio matricial um relevante arranjo organizacional e estratégia de integração entre a SM e a APS, e que Unidades Básicas de Saúde (UBS) requerem retaguarda

assistencial e orientações técnicas de profissionais especializados para realização de ações no território.

Para Onocko-Campos (2011, 2012), o apoio matricial no Brasil também se mostrou potente para definir fluxos, qualificar as equipes e promover uma assistência conjunta e compartilhada, sendo estratégico o papel do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na identificação das ofertas em potencial e propiciar um modo de escuta mais próximo à população. Os avanços são mais positivos quando há implantação de estratégias inovadoras em relação à integração de ACS nas equipes das UBS, com percepção de melhora da assistência por parte dos trabalhadores e maior facilidade para encaminhamentos e assistência de casos de SM. Contudo, também persistem as dificuldades pela deficiência de comunicação entre os níveis de atenção e dentro das equipes.

Também no Brasil, Frateschi e Cardoso (2014) demonstram a relevância da escuta dos usuários como norteadora de políticas públicas de saúde mental, evidenciando o potencial dos usuários para participarem dos processos de decisão acerca de sua saúde e para avaliarem os serviços que frequentam e o cuidado que recebem. Os autores destacam que a continuidade dos processos de avaliação dos serviços de saúde, segundo a perspectiva dos usuários, pode auxiliar a (re)estruturação desses serviços na tentativa de melhor adequá-los às suas necessidades, contribuindo para a construção de novos modos de agir em saúde.

### ***Serviços Especializados em Saúde Mental***

Em alguns países, e também no Brasil, se observou a preocupação com o fortalecimento de políticas e programas de serviços de saúde mental que sustentem determinadas diretrizes, entre as quais a ampliação do acesso o mais próximo possível dos usuários e as práticas interdisciplinares.

Em estudo na Austrália (TAYLOR, 2010) sobre implantação/implementação de um programa de serviços comunitários de saúde mental foi identificada a necessidade de investimentos em recursos financeiros, e o empoderamento do usuário para acreditar em si mesmo, com sentimento de aceitação e pertencimento. O autor defende que programas de serviços de saúde mental voltados aos usuários, mais flexíveis e adaptáveis, podem obter maior envolvimento da comunidade para

melhorar o bem-estar de seus membros e superar as diferenças de poder entre profissionais e usuários.

Em uma avaliação sobre a implantação de um modelo de psiquiatria comunitária, no Reino Unido (KHANDAKER, 2013), com base na definição de fluxos de cuidado e no financiamento por resultados, foi demonstrado que aquele modelo levou a intervenções mais direcionadas, com regras e responsabilidades mais claras aos profissionais, apresentando menor custo e uma gestão ativa dos casos. O foco na recuperação e no incentivo à inclusão social, a melhora da comunicação com abordagem flexível, centrada no usuário, e a supervisão de equipe ampliando o apoio aos cuidados primários foram considerados centrais para que o modelo de trabalho pudesse ser desenvolvido de forma eficiente e eficaz.

Em outro estudo, na Inglaterra, de avaliação/intervenção de um programa de formação para implementação da prática orientada para a recuperação em um sistema de serviços de saúde mental, com abordagem de temas sobre prestação de cuidados e multidisciplinaridade, o programa foi considerado um mecanismo importante para instigar mudanças de práticas. Refere, no entanto, que ainda necessita de uma análise mais aprofundada dos elementos conceituais e dos modos de avaliar a recuperação em saúde mental (GILBURT, 2013).

Markstrom (2014) também avaliou um programa de formação sobre a introdução do Tratamento Assertivo na Comunidade (ACT) para as pessoas com doença mental grave, na Suécia, centrado na desinstitucionalização com intervenções de base comunitária. Os resultados mostraram um "desvio" do modelo original iniciado na fase de formulação de políticas e terminou com um grande número de diferentes arranjos locais, em que apenas alguns dos componentes originais do ACT permaneceram.

Nos estudos sobre serviços especializados de saúde mental, no Brasil, encontrou-se avaliação de CAPS como serviços de base comunitária estratégicos para a reforma psiquiátrica brasileira, tecnologias ou ferramentas de trabalho, e estudos sobre redes de saúde mental.

Em estudo (CAMATTA *et al.*, 2011) sobre avaliação de um CAPS na perspectiva de familiares de usuários do serviço, os autores demonstraram a importância em dar voz aos familiares e considerá-los parceiros para a produção de uma atenção em saúde mental conforme o Sistema Único de Saúde e a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Para Wetzel *et al.*, (2011) e Pinho *et al.*, (2011), ao avaliarem processos de trabalho em CAPS, a partir da inclusão de grupos diretamente envolvidos com o cotidiano do serviço, revelaram questões relevantes diante do contexto de mudança no modelo de atenção em saúde mental, apontando para a utilização de tecnologias de cuidado inclusivas, além de mecanismos de gestão do cuidado centrados no usuário e o trabalho em equipe pautado na interdisciplinaridade.

Nos últimos anos, estudos têm tratado do tema das redes de saúde, em seus aspectos intra e intersetorial. Araújo e Tanaka (2012) apontam a necessidade de investimento em tecnologias leves, vínculo, acolhimento e articulação da rede como modos de superação da sensação de ausência, mistura de modelos de cuidados contraditórios, primazia em tecnologias duras e a ineficiência quanto à integralidade de cuidado em saúde mental.

Sobre o entendimento de como os trabalhadores avaliam a estrutura da rede na qual estão inseridos, e o modo de utilizá-la como instrumento para a reabilitação psicossocial, Antonacci *et al.* (2013) apontam a relevância de uma rede transversal baseada no fortalecimento das relações entre seus diferentes dispositivos, das alianças para efetivação do cuidado em liberdade, da responsabilização para com os usuários e das relações entre os moradores e os trabalhadores no espaço serviço/casa.

Considerando a desinstitucionalização, Furtado *et al.*, (2013) apontam para a carência de processos sistemáticos de reabilitação psicossocial dos moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e o despreparo dos cuidadores ao lidarem com a complexidade de demandas para seu acompanhamento, além de baixo envolvimento dos CAPS com os SRT. Por outro lado, usuários ligados aos CAPS, que não moram em SRT, apresentaram criativa diversidade nos modos de constituir suas moradias e maior interação com a comunidade, embora alguns ainda contem com o apoio de albergues e asilos para resolver suas necessidades.

Em relação à abordagem sobre os temas acesso, equidade e coesão social, relacionados aos desafios atuais, Borysow e Furtado (2014) demonstram que os serviços de assistência social são a principal entrada de Pessoas em Situação de Rua (PSR) na rede pública, e que os serviços de Saúde Mental apresentam dificuldades em responder às especificidades dessa mesma clientela e em estabelecer trabalho intersetorial. As equipes socioassistenciais ampliam significativamente o acesso dessa população aos serviços de saúde. Contudo, as

exigências para o atendimento à População em Situação de Rua, por parte de alguns serviços, como a de endereço fixo ou a apresentação em perfeitas condições de higiene, são incompatíveis com essa clientela e só evidenciam a necessidade da busca de mais explicações sobre as questões que determinam a resistência apresentada pelos profissionais que atuam nos referidos serviços.

### **Estudos Sobre Redes de Saúde Mental**

Entre os 131 artigos revisados foram encontrados estudos que apontaram a perspectiva de redes como problemática e necessidade de avaliar a integração e a articulação de serviços, na perspectiva de redes de saúde.

Ao analisarem as dificuldades enfrentadas pela família, relativas ao acolhimento do paciente com transtorno mental após a alta hospitalar, Oliveira e Mendonça (2011) apontam que há necessidade de maior articulação dos serviços de atenção primária e secundária em saúde mental, de modo a minimizar dificuldades como desconhecimento e acesso aos serviços extra-hospitalares, a não adesão do usuário às medicações, e sua dependência em relação à família.

Martins *et al.*, (2012), ao descreverem a atenção em saúde mental e projetos de intervenção em saúde mental nos serviços de saúde existentes nos municípios de uma região do Rio Grande do Sul, destacam, entre os fatores limitantes, a ausência de redes assistenciais com referências e contrarreferências organizadas, que se comuniquem entre si, valorizando o trabalho dos profissionais e gestores em saúde e sua importância para a construção de um sistema de saúde pautado pelos princípios do SUS e os pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Em estudo sobre a atenção psicossocial para adolescentes em crise, em nível municipal, é apontada a fragmentação das ações e pouco direcionamento para um trabalho intersetorial, requerendo dos governantes e gestores maior oferta de apoio aos profissionais, através de supervisão clínico-institucional e espaços de educação permanente com participação dos setores envolvidos (PEREIRA, CASTILHO e MIRANDA, 2014).

Sobre as práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua, os autores destacam a importância da interdisciplinaridade e do trabalho em rede intersetorial, privilegiando o vínculo e o acolhimento das pessoas em situação de rua, como

tecnologias necessárias à integralidade do cuidado (SILVA, FRAZÃO e LINHARES, 2014).

Nos Estados Unidos da América, o estudo de Aaslma (2014) sobre reinserção de adolescentes detidos aponta a necessidade de uma coordenação sistemática entre os usuários e os diversos atores dentro dos sistemas de justiça e de saúde, capaz de reduzir as barreiras para a atenção de um complexo processo de cuidados em saúde mental.

Desse modo, apresentam-se os 24 estudos que trataram diretamente do tema ou da integração e articulação dos serviços em diferentes níveis de complexidade, na perspectiva intra ou intersetorial. Desses estudos, a maioria do Brasil, 11 são também estudos de avaliação, citados anteriormente, e os demais buscaram explorar, descrever ou analisar o tema com diferentes metodologias, conforme Quadro 2.

Quadro 2 - Estudos sobre redes de saúde mental, conforme local e aspectos metodológicos

1º Autor/Ano	Local do Estudo (País)	Sujeitos	Instrumentos	Análise
1.BORYSOW, 2014	Brasil	TU	EOB	CON
2.HORI, 2014	Brasil	T	EOB	TEM
3.QUINDERÉ, 2014	Brasil	GTU	EOB	CON
4. MARTIN, 2014	Canadá	T	GF	TEM
5. NESS, 2014	Noruega	T	GF	TEM
6.MENDENHALL, 2014	Etiópia, Índia, Uganda, Á Sul, Nepal	TU	EGF	CON
7.URADA, 2014	EUA	GTU	EGF	TEO
8. AZEVEDO, 2013	Brasil	T	E	COM
9. PAES, 2013	Brasil	G	E	TEM
10. RAMOS, 2013	Brasil	TO	DOCGFOB	COM
11. SILVA, 2013	Brasil	T	?	COM
12. ANTONACCI, 2013	Brasil	T	EOB	HER
13. McLAREN, 2013	Inglaterra	TO	E	TEM
14. DELFINI, 2012	Brasil	G	E	HER
15. RODRIGUES, 2012	Brasil	T	E	COM
16.ONOCKO-CAMPOS, 2012	Brasil	TU	EGF	HER
17.ARAUJO, 2012	Brasil	T	E	HER
18.NADEAU, 2012	Canadá	TG	EGFOB	TEM
19. FORMAZIER, 2011	Brasil	GTO	DOC OFIC	COM
20.ONOCKO-CAMPOS, 2011	Brasil	TU	EGFDOC	HER
21.QUEIROZ, 2011	Brasil	T	EOB	DIS
22. PETERSEN, 2011	Uganda, África do Sul	TGUC	EGF	TEM
23. MIELKE, 2010	Brasil	T	EOB	HER/MCC
24. SSEBUNNIA, 2010	Uganda	GTO	EGF	TEM

Legenda: Gestor (G), Usuário (U), Trabalhador (T), Cuidador (C), Outros (O), Entrevistas (E), Grupo Focal (GF), Observação (OB), Documentos (DOC), Oficinas (OFIC), Temática (TEM), Conteúdo (CON), Hermenêutica (HER), Discurso (DIS).

Estudos sobre redes de saúde mental, conforme local e aspectos metodológicos

Observou-se, nos estudos sobre redes, que em 50% (12) foi utilizado mais de um sujeito; em 91,6% (22) foram incluídos trabalhadores; em 33,3% (8), gestores; e em 29,1% (7) foram incluídos usuários.

Em 60% dos estudos foram utilizados dois ou mais métodos de coleta de dados, sendo, na maioria, entrevistas semiestruturadas, seguidas de grupos focais e observação participante.

As dimensões estudadas em relação aos sujeitos foram, em geral, percepções, práticas e ações em sua maioria, e, eventualmente, opiniões e perspectivas.

Quanto à análise, 16 (67%) foram de análise de conteúdo ou temática, com base em Bardin (1977; 2011), Minayo (2007), Braun e Clarke (2006), Richie e Spencer (1994); Lacey e Luff (2001), Creswell (2007); 01(4%) teoria fundamentada de Glaser e Strauss (1967); 01 (4%) discurso de Martins e Bicudo (1994); e os 6 (25%) de base hermenêutica, com Gadamer (2008), Lincoln e Guba (1985), Guba e Lincoln (1989), Minayo (2007), Ricouer (1990), Onocko-Campos e Furtado (2008) foram avaliativos. Apenas quatro estudos citaram a utilização de Softwares como auxílio para a análise de dados, sendo três com N VIVO e um com Atlas Ti.

Em relação às contribuições, esses estudos podem ser apresentados sob dois enfoques que se destacaram como temas constitutivos de processos de gestão de redes: Articulação/Integração dos Serviços e Colaboração/Compartilhamento do Cuidado.

Conforme já observado nos estudos avaliativos, vários deles demonstram a preocupação com a **integração dos serviços de saúde mental e a Atenção Primária à Saúde**.

Para Ssebunnia (2010), apesar dos vários esforços em andamento para integrar os serviços de saúde mental e a APS, em Uganda, o autor refere que essa integração ainda não foi plenamente atingida em um distrito rural estudado. As tentativas de oferecer serviços de saúde mental organizados foram encontradas em apenas alguns centros de saúde e há insuficiência dos trabalhadores de Saúde em geral com conhecimento e habilidades para prestar serviços de saúde mental.

Onocko-Campos (2011), ao avaliar a articulação entre as redes de atenção primária e de saúde mental em regiões de alta vulnerabilidade social de uma grande cidade do estado de São Paulo, demonstrou que o apoio matricial como dispositivo técnico-pedagógico foi importante para definir fluxos, qualificar as equipes e promover assistência conjunta e compartilhada. Aliado à existência de reuniões de equipe para discussões de casos clínicos ou para organização de processos de trabalho, o apoio matricial pode ampliar o poder resolutivo local, alterar a lógica compartimentalizada de referência/contrarreferência, pensar ações intersetoriais ampliadas, promover projetos terapêuticos em parceria e corresponsabilizar as outras instituições pertinentes no processo de atenção à saúde mental.

Para Formazier (2011), ao tratar da rede de serviços de saúde e as demais redes intersetoriais no estado da Bahia, o apoio matricial também é identificado como proposta de ações de saúde mental para o enfrentamento das dificuldades apresentadas pelos serviços.

Ao comparar o desempenho de Unidades Básicas de Saúde com e sem Estratégia Saúde da Família de um município paulista, segundo a implantação de novos arranjos e estratégias de atenção primária e saúde mental, o estudo de Onocko-Campos (2012) encontrou dificuldades em ambos os tipos de unidades: na comunicação entre os níveis de atenção e dentro das equipes; na implantação do apoio matricial; além de ações incipientes de promoção à saúde. O autor destaca a importância dos arranjos participativos — discussão de casos, elaboração de

projetos terapêuticos, reunião de equipe regular, e outros — que parecem contribuir para a integração dos ACS com as equipes de saúde, e que o apoio matricial se mostra capaz de promover a integração da equipe de saúde mental à equipe de ESF, auxiliando também na articulação da rede de serviços de saúde quando adequadamente implantado.

Do mesmo modo, Rodrigues (2012), ao analisar a interlocução entre CAPS e ESF de um município do estado do Espírito Santo, constatou que esta interlocução ocorre de forma diferente no território, com aproximações importantes e com grandes desafios. No entanto, há indicações de investir e acreditar na potencialidade da constituição de uma rede entre os CAPS e a atenção básica, como forma de garantir a integralidade aos usuários com transtorno mental, apontando a sistematização do apoio matricial como importante tecnologia.

Araújo (2012), em uma avaliação de CAPS e UBS (SP) a partir do vínculo, acolhimento e articulação da rede, identificou a sensação de ausência de profissionais, mistura e confusão de modelos de cuidado, primazia na utilização de tecnologias duras e ineficiência quanto à integralidade. Essas questões estão imbricadas e necessitam de investimento em tecnologias leves como centro do debate para que sejam superadas.

Acerca do apoio matricial e redes de cuidado integral, no RS, Silva (2013) buscou apresentar os conceitos, percepções e vivências citadas pelos profissionais de Saúde Mental sobre seus cotidianos nos serviços de saúde. O estudo apontou a integração desses serviços, promovendo o choque de encontros e o reconhecimento de realidades distintas com um intuito em comum — a promoção da saúde —, que ultrapassa conceitos, teorias, e a implantação do apoio matricial, esbarrando, assim, em questões estruturais, políticas, organizacionais, subjetivas e culturais.

Contudo, Azevedo (2013), ao investigar a percepção dos profissionais de saúde acerca da articulação entre os serviços de um mesmo território, no estado do Rio Grande do Norte (RN), na perspectiva do cuidado em saúde mental, observou que esses profissionais desenvolvem um cuidado fragmentado e pouco articulado, além de não reconhecerem o matriciamento como prática do processo de trabalho em saúde.

Hori (2014), ao analisar a elaboração de Projeto Terapêutico Singular pelas equipes de saúde mental dos NASF e suas articulações com serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), da Atenção Psicossocial e com outros setores da

sociedade, em um município de São Paulo, considerou o NASF estratégia de gestão e reorganização do processo de trabalho na APS quando compreendida em sua proposta de matriciamento.

Desafios ainda maiores para efetivar um trabalho em rede são observados nos estudos sobre áreas específicas: a atenção a crianças e adolescentes, à população em situação de rua e ao cuidado com usuários de drogas.

Delfini (2012) buscou descrever e analisar as articulações que se realizam entre as equipes da ESF e do CAPSi de uma cidade de SP, e observou que estas ocorrem, prioritariamente, por encaminhamento de casos, apoio matricial ou parceria para casos considerados pertinentes ao CAPSi. A falta de recursos humanos, cobrança por produtividade e ausência de capacitação dos profissionais da ESF para trabalhar com saúde mental foram mencionadas como obstáculos para a efetiva articulação entre os serviços, e que a lógica do encaminhamento e da desresponsabilização, além da hegemonia do modelo biomédico e a consequente fragmentação dos cuidados ainda se mostram vigentes no cotidiano dos serviços.

Ao avaliar a integração de Serviços de Usuários de Drogas (SUD) em ambientes de cuidados primários, em uma cidade dos Estados Unidos, Urada (2014) identificou que SUDs são menos integrados e menos eficazes se comparados a outros serviços de saúde mental, especialmente pela necessidade de ampliar a capacitação de força de trabalho e facilitar o acesso dos usuários a todos os serviços e aos medicamentos, considerando que há muitas oportunidades perdidas de atendimento causadas por essas barreiras. O autor diz que os esforços para integrar serviços SUD com cuidados primários enfrentam barreiras significativas, muitas das quais surgem no âmbito da política, com identificação dos responsáveis.

Borysow e Furtado (2014), ao compreenderem e avaliarem o trabalho de assistência intersetorial sobre a inserção e o fluxo de Pessoas em Situação de Rua (PSR), com transtorno mental grave, nos serviços públicos de Saúde Mental, identificaram fragilidades na rede pública em relação à composição dos serviços e às articulações entre a saúde e a assistência social para o acolhimento dessa população. As iniciativas de educação permanente, ampliação de recursos humanos e a compreensão dos direitos da clientela composta de PSR apontam a necessidade de elaborar um modelo tecnoassistencial que traduza para a prática intersetorial os princípios da Política Nacional de Inclusão Social da População em Situação de Rua. Isso exige maiores esforços e convergências de gestores do SUS e do

Sistema Único de Assistência Social (SUAS) nos níveis municipal, estadual e federal.

Outros estudos incluíram a integração de serviços de saúde mental comunitários com serviços de internação, ou redes de saúde mental com o conjunto de serviços ou pontos de atenção que a constituem.

Martin (2014) buscou compreender a comunicação entre as equipes de saúde mental de um hospital e de um serviço de base comunitária, no Canadá, durante as transferências de cuidados, observando que fatores organizacionais funcionam como barreiras na comunicação. Todos os sujeitos deste estudo concordaram que um instrumento de avaliação compatível com o serviço comunitário e de internação facilita a comunicação, favorecendo a confiança e o círculo de cuidado. Em particular, a equipe observou a necessidade de os resultados das avaliações de saúde mental mais abrangentes serem transformados em resumos clínicos de fácil utilização para facilitar a coleta de informações e o uso de uma linguagem comum de avaliação em diferentes contextos de saúde mental.

Queiroz (2011) analisou o processo de reforma psiquiátrica a partir de um foco dirigido ao trabalho interdisciplinar dos profissionais de nível superior de um complexo de serviços e ações de saúde mental, em um município de SP, constituído por CAPS, centros de convivência, núcleo de atenção à crise, residências terapêuticas, oficinas e trabalho, entre outros, e um programa de residência em psiquiatria. Nesse estudo, o autor demonstrou que, em aspectos importantes do processo de trabalho, o serviço analisado antecipou a política do SUS e vem contribuindo para a sua implementação, com experiências importantes na dinâmica do trabalho interdisciplinar. Também observou que a tomada de decisão da equipe de profissionais se afastou do sistema de poder e dominância da medicina psiquiátrica tradicional para se aproximar de um sistema colegiado, que inclui, basicamente, além do médico, profissionais da psicologia, da enfermagem e da terapia ocupacional. Tratando-se de um sistema aberto, exige a participação de todos esses profissionais, em condição de igualdade, no processo de tomada de decisão, envolvendo aspectos administrativos, clínicos e terapêuticos, e esse sistema colegiado de consulta entre os profissionais do serviço vem operando de modo eficiente. As reuniões da equipe são semanais e, nelas, tanto as questões administrativas quanto as relacionadas ao cuidado terapêutico são decididas de modo democrático e aberto, sendo constatado que há um consenso inquestionável

sobre as regras democráticas que regem a organização de cada um desses eventos.

Antonacci *et al.* (2013) buscaram entender de que forma os trabalhadores avaliam a estrutura da rede de saúde mental, em um município do RS, na qual estão inseridos, e de que modo utilizam essa rede como instrumento para a reabilitação psicossocial. Sobre a composição de redes consideradas inovadoras foi possível entender a importância de uma estrutura de serviços organizados de forma a estabelecer fluxos de interação entre os diferentes nós que conectam essa rede. Os autores destacam que a comunicação entre os diferentes pontos ou nós com suas características sociais, culturais, físicas e funcionais, é capaz de estabelecer arranjos e rearranjos a fim de suprir as necessidades sociais e de saúde dos usuários. A rede estudada demonstrou que, ao fugir de uma estrutura fixa e estabelecer espaços que favoreçam os fluxos entre os sujeitos envolvidos, trabalhadores, gestores e usuários, torna possível o processo de trabalho como objeto de pensamento e transformação permanentes, estimulando a liberdade e a inovação da saúde.

Em estudo sobre a organização da rede de atenção em saúde mental, em um município do RS, Paes *et al.* (2013) destacaram que a integralidade da assistência só pode ser garantida pela forma com que as conexões são estabelecidas e pelas alternativas utilizadas para sua melhor implementação, sendo que o que de fato está preconizado é uma troca de informações, um contato entre profissionais a fim de qualificar o cuidado ao usuário, seja esse contato realizado mediante um formulário, por telefone ou diretamente entre os profissionais e as equipes de matrículamento.

Para Paes *et al.*, (2013), a rede estudada é uma rede em processo de construção, com a existência de movimentos que visam à melhoria da articulação entre os serviços e à consequente qualificação da assistência, por meio da implementação dos encontros denominados ‘saúde mental na roda’. O autor propõe um estreitamento das relações entre os serviços, intensificando a articulação entre a atenção primária, os serviços substitutivos e a atenção hospitalar. Também destaca o importante papel que a gestão deve assumir nesse processo, considerando a necessidade de envolvimento de diferentes setores para efetivar um serviço de atenção à saúde mental humanizado, resolutivo, pautado na promoção da saúde e da qualidade de vida de usuários e familiares.

Ao identificar estratégias para a construção de espaços da Comissão de Saúde Mental (CSM) junto à gestão da básica, em cidade do RS, Ramos (2013), destaca a utilização de espaços democráticos, de controle social e de educação permanente em saúde, como aspectos relevantes para uma gestão participativa. Para esse autor, a CSM configurou-se como importante espaço de interlocução entre os serviços de saúde mental e, principalmente, as unidades básicas de saúde.

Para Quinderé (2014), as interações estabelecidas entre os níveis de complexidade do sistema de saúde e a conformação da rede de atenção à saúde mental em um município do Ceará convivem com diferentes arranjos em rede, que operam por diversos dispositivos de cuidado. As conexões e fluxos entre equipes na construção das linhas de cuidado são favorecidas pela grande mobilidade dos trabalhadores, circulando pela diversidade de equipamentos de saúde. Esses fluxos de conexão, considerados modo de funcionamento das redes rizomáticas, operam na saúde mental por força da ação dos trabalhadores, tendo por base a ideia de que todos são protagonistas no processo de cuidado, e, assim, tais movimentos são partilhados e articulados entre si.

Para além da necessidade de integração ou articulação dos serviços na perspectiva de um trabalho em rede, outros estudos enfocam o desenvolvimento de ações colaborativas ou compartilhadas que se nominou: **Colaboração/Compartilhamento do Cuidado.**

Ao avaliar o apoio matricial — na perspectiva de profissionais de uma unidade de saúde da família, em um município do RS —, Mielke e Olschowski (2010) dizem que se trata de metodologia de trabalho que, incorporada pelos gestores, profissionais de saúde, usuários, familiares e comunidade, possibilita o compartilhamento da responsabilidade no processo de reabilitação psicossocial e a vivência da loucura no espaço da cidade. Os autores destacam o matriciamento como uma ferramenta que deve ser pactuada como uma ação que requer participação dos sujeitos envolvidos na atenção à saúde mental, estabelecendo sobre o que, para quê e como intervir.

Petersen (2011) avaliou o modo com que a implementação de um programa em comum poderia ajudar na integração da saúde mental aos cuidados de atenção primária em distritos locais da Uganda e África do Sul. A sensibilização das autoridades de gestão distrital e o estabelecimento de colaboração intersetorial ajudaram a melhorar a vontade política para fortalecer os serviços de saúde mental

em ambos os países. O compartilhamento de cuidados, através de agentes comunitários de saúde, mostrou-se uma estratégia promissora para melhorar a procura e o acesso dos usuários aos serviços em ambos os países, podendo fechar a lacuna de cuidados de saúde mental na atenção primária à saúde em países de média e baixa renda. Contudo, o estudo revela que ainda é necessário um número mínimo de especialistas em saúde mental para a supervisão dos não especialistas e a oferta de tratamento em referência especializada.

O estudo de Nadeau (2012), em uma cidade do Canadá, buscou a percepção de mudanças nos serviços de saúde mental infanto-juvenil (*Child and Youth Mental Health - CYMH*), considerando a reforma do Plano Canadense de Atenção à Saúde Mental (PASM). O estudo destacou a importância de promover a comunicação em todos os níveis de atenção, e ações de colaboração e parceria entre os serviços foi facilitada por oportunidades para discussões clínicas e diálogo sobre modelos de atenção, harmonizando prioridades administrativas e clínicas e envolvendo os atores principais. Foram reveladas dificuldades na implementação de trabalho multidisciplinar e na negociação de responsabilidades entre os parceiros. A reforma do PASM envolveu uma transformação importante e desafiadora em serviços CYMH, e o diálogo contínuo através do compartilhamento de liderança e tempo foram promissores para promover essa transformação.

McLaren (2013), na Inglaterra, procurou identificar os fatores organizacionais que facilitam ou impedem a transição dos jovens dos serviços de saúde mental para crianças e adolescentes (*Child and Adolescent Mental Health Services-CAMHS*) para os serviços de saúde mental para adultos (*Adult Mental Health Services-AMHS*). Além da divisão cultural que parece existir entre CAMHS e AMHS, caracterizadas por diferentes crenças, atitudes, percepções equivocadas e a falta de compreensão das diferentes estruturas de serviços, esta situação é agravada por práticas de trabalho prejudicadas por dificuldades de comunicação e transferência de informação. Contudo, o autor mostrou evidências de mudança cultural, com algumas abordagens positivas para um trabalho colaborativo, envolvendo postos de trabalho e reuniões conjuntas. Também recomenda a implementação da educação e da formação compartilhada, abordagens padronizadas para manutenção de registros e transferência de informação, apoiada por recursos de tecnologias de informação compatíveis, juntamente com estratégias de gestão que avaliem o alcance de resultados relacionados à transição e à continuidade dos cuidados entre os serviços.

Os resultados de um estudo envolvendo serviços de saúde mental para adultos, crianças e usuários de droga em uma cidade da Noruega indicam que os profissionais se concentram em dois tipos de processos para caracterizar a prática colaborativa: um com foco em conversas entre os profissionais e os usuários do serviço e suas famílias; outro com foco na gestão e controle intra e intersetorial, enfatizando a responsabilidade de os profissionais negociarem em todos os níveis (NESS, 2014).

Para o compartilhamento de cuidado ser considerado aceitável e viável em países de média e baixa renda, entre os quais Nepal, Índia, Etiópia, África do Sul e Uganda, o estudo de Mendenhall (2014) encontrou os seguintes condicionantes: a ampliação dos recursos humanos, com melhoria do acesso aos medicamentos; a supervisão de apoio estruturado e permanente aos níveis de cuidados primários comunitários; a formação adequada e a valorização dos trabalhadores de saúde envolvidos. O autor destaca que, ao reconhecer os desafios sistêmicos e nuances socioculturais que podem influenciar o compartilhamento de cuidados de saúde mental, as intervenções locais podem ser mais facilmente planejadas para o desenvolvimento de cuidados em saúde mental.

Os estudos anteriormente apresentados permitem considerar que, mesmo com os limites pertinentes a uma revisão bibliográfica, considera-se que a mesma tenha auxiliado significativamente na construção desta tese, demonstrando que estudos qualitativos e avaliativos sobre serviços de saúde mental estão se expandindo, se diversificando metodologicamente e contribuem de modo relevante para a avaliação em saúde.

Contudo, aponta-se a necessidade de maiores descrições a respeito do desenho metodológico, principalmente do tipo de análise, e que os autores sejam mais objetivos na escolha dos descritores, utilizando aqueles indexados no DECs, para facilitar e ampliar a busca em determinado assunto ou tema.

Mercado-Martinez *et al.* (2011) observaram que outros estudos por eles revisados também apresentaram uma série de limitações e ausências nas estratégias metodológicas utilizadas, com 62% sem a descrição das estratégias metodológicas utilizadas.

Destaca-se ainda a necessidade da ampliação dos estudos que incluam mais usuários e outros atores como sujeitos, na perspectiva da análise das contribuições daqueles que abordam redes de saúde.

Sobre os estudos avaliativos é relevante a preocupação com a integração entre os serviços de saúde, em especial da saúde mental com a atenção primária à saúde, destacando-se a utilização do matriciamento como estratégia para integração. Esses estudos apontam a importância do desenvolvimento de um modelo de cuidado voltado para as necessidades do usuário, ampliando sua capacidade de reabilitação e autonomia, além da qualificação da atenção aos cuidadores.

Os estudos sobre redes destacam aspectos relativos às dificuldades e aos modos de fortalecimento da integração e articulação de serviços, como uma atividade inerente aos processos de gestão, e compartilhamento de cuidados ou ações colaborativas como práticas que merecem maior investimento.

As ações, entre as quais definição de fluxos, organização e coordenação através de gestão colegiada, reuniões, discussões e compartilhamento de casos, supervisão clínica e principalmente o apoio matricial são apontadas como facilitadores de redes intra e intersetoriais. Entre as fragilidades identificadas, os estudos revelam problemas de comunicação e informação, investimentos na quantidade, formação e capacitação dos trabalhadores, desencontros conceituais entre práticas e modelos de cuidado preconizados e a responsabilidade da gestão e das políticas vigentes.

Desse modo, possíveis lacunas requerem outros estudos que identifiquem e aprofundem questões relativas aos espaços e os modos de comunicação entre os diversos atores e pontos de atenção envolvidos; fluxos entre serviços; a coordenação das ações; e o perfil dos sujeitos, principalmente trabalhadores e gestores de uma rede local, considerando que o aspecto da formação tem sido considerado importante condicionante das práticas de trabalho. Conforme Paes *et al.* (2013), são necessárias novas investigações para buscar compreender de que modo ocorrem as conexões entre os sujeitos coordenadores de serviços na implementação de redes, como estratégia para a realização do cuidado integral.

Essas considerações demonstram uma série de desafios para a construção de um caminho de investigação que dê conta da complexidade da avaliação de serviços de saúde mental na perspectiva de redes voltadas para a integralidade do cuidado em saúde, a partir de processos de gestão.

Avaliar a qualidade das relações interpessoais na organização dos serviços e a gestão democrática, dentre outras dimensões inerentes à reforma sanitária

brasileira, remete, invariavelmente, à utilização de abordagens metodológicas que permitam a apreensão dos fenômenos e uma perspectiva multidimensional e histórica. Os critérios para avaliar reformas sanitárias como a brasileira não devem emanar apenas dos tomadores de decisão ou de experts, mas igualmente de trabalhadores, usuários e outros segmentos (BOSI; MERCADO-MARTINEZ, 2010).

Também se considera extremamente relevante a preocupação dos pesquisadores da área de saúde, em especial os de estudos qualitativos, ao adotarem metodologias voltadas não somente à descrição e à análise dos resultados, mas ao contexto e às interpretações críticas dos resultados, capazes de provocar reflexões acerca da contribuição das avaliações qualitativas em saúde, em especial em relação às práticas e aos processos de gestão em saúde.

Conforme Kantorski *et al.* (2010), um estudo avaliativo não serve apenas como julgamento de causalidades ou para determinar a continuidade ou não de um programa, mas constitui-se em um processo formativo que potencializa as práticas nos serviços de saúde, configurando-os como dispositivos de mudanças.

## **2.2 Costurando os Conceitos Balizadores**

### **2.2.1 Redes de Saúde**

A linguagem nos discursos e nas políticas sobre a integração dos serviços se fundamenta em Integração Estrutural (modificação das fronteiras das organizações, portas de entradas, referências, fluxos) Clínica (modificação das práticas profissionais, utilizando-se as tecnologias de acolhimento, vínculo e apoio matricial) e Cooperação (formatos de negociação e de acordos entre os atores e as organizações, através de reuniões de equipe, colegiados gestores); rede como estrutura organizacional voltada para a produção de serviços, em uma dinâmica de atores em permanente renegociação de seus papéis, favorecendo novas soluções para velhos problemas mediante um contexto de mudanças e compromissos mútuos (HARTZ e CONTANDRIOPOULOS, 2004). E, conforme Pinheiro (2003), integração aliada ao conceito ampliado de integralidade, como uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema.

Logo, as relações interorganizacionais enfatizadas em discussões sobre sistemas integrados só ocorrem na prática a partir de relações interpessoais, mas existem poucos estudos que buscam apreender como essas interações acontecem. Predominam estudos voltados para integração em termos de trocas de recursos, de encaminhamentos dos usuários e de protocolos, e há poucos estudos voltados para a análise do papel da comunicação e do modo com que ela atua no sistema de saúde (LIMA e RIVERA, 2009).

Neste estudo, aproximam-se as diversas considerações sobre redes de saúde ao conceito de Rede-Rizoma. Isso na perspectiva de integração de múltiplos pontos de atenção que precisam se conectar e se reconectar através de diferentes sujeitos em permanentes relações interpessoais, como uma rede que garanta a multiplicidade de pontos, unida por linhas de solidez e organização fixadas por conceitos afins, como em uma Rede de Atenção Psicossocial (DELEUZE e GUATTARI, 1995).

Para Deleuze e Guattari (1995) não existem pontos ou posições num rizoma, como se encontra em uma estrutura, em uma árvore, numa raiz; existem somente linhas. A metáfora da árvore é usada como modo de compreensão da construção do conhecimento remetido ao uno (um único tronco com hierarquia, centro e ordem de significação), logo, a perspectiva rizomática aponta o múltiplo, entendendo que a estrutura do conhecimento não estabelece começo nem fim para o saber.

Rizoma se opõe à forma segmentada de conceber a realidade e ao modo positivista de construir o conhecimento. Nessa concepção, o pensamento não é linear nem contínuo, é sempre bifurcação e contiguidade; implica processos descontínuos e descentralizados que fogem a certezas das determinações. A noção de rizoma pode ser usada para pensar redes complexas, entendendo-as como nós interligados por convergências e interesses comuns, sem começo nem fim, mas possuindo um meio pelo qual pode crescer e se estender (DELEUZE e GUATTARI, 1995). O entendimento de Deleuze e Guatarri (2004, p. 32-33), “[...] o rizoma se refere a um mapa que deve ser produzido, construído, sempre desmontável, conectável, reversível, modificável, com múltiplas entradas e saídas, com suas linhas de fuga”.

Utiliza-se a ideia de que mesmo sendo uma rede de saúde constituída por múltiplos pontos de atenção, a produção do cuidado deve ocorrer em uma relação rizomática, não fixando a responsabilização da atenção à saúde em seus pontos. A

produção do cuidado em rede é mantida pela força e, ao mesmo tempo, a flexibilidade das múltiplas conexões possíveis que possam atender a singularidade de cada caso ou situação, que se constituem em um itinerário de cuidado.

Uma rede de atenção que não é apenas um conjunto de serviços ou pontos de atenção, mas uma rede de relação rizomática que não é fixa, na qual não há pontos, mas conexões e linhas — linhas de cuidado a partir do itinerário de cada sujeito em um território vivo —, é ativa e mantida pela força das relações entre as pessoas e os modos de comunicação. Redes relacionais ocorrem a partir de modos potentes de comunicação facilitados por encontros, por proximidade, por viver algo juntos.

Essa perspectiva aponta o grau do desafio ou da ousadia. Primeiro por afirmar que a rede não é fixa, quando muitos trabalhadores, gestores e usuários estão presos no serviço — fixados. Segundo porque o desenho da linha coloca o usuário como protagonista a partir do seu itinerário. Essas propostas desalojam os atores, em especial gestores e trabalhadores, convocando-os para um olhar libertador, que redimensione a posição do usuário, colocando-o como protagonista através de seu itinerário terapêutico. Ou seja, desfaz a noção fixa de território, pois redireciona a noção de território para o território de vida do usuário, e rompe limites; coloca o usuário no comando da cena terapêutica, desfaz hierarquias previamente estabelecidas nos serviços de saúde; desacomoda os trabalhadores de suas funções nos diferentes pontos de atenção, propondo novas funções que só serão desenhadas no caminhar do cuidado vivo em ato. Isso também desestabiliza os saberes, pois o usuário é o que mais sabe do seu processo e de suas vivências; e, finalmente, joga os atores para fora, para as cidades reais, imaginárias e simbólicas que coabitam nosso mundo, desestabilizando controles (MENÉNDEZ, 2005).

Fala-se de redes que acolham situações da micro e da macropolítica, produzindo vida no território (de um distrito, do município, ou de uma região de saúde), através de conexões ou linhas de cuidado, como resultado de pactuações entre todos os atores que fazem a gestão dos recursos assistenciais, ou os pontos de atenção; gestão que se processa no interior dessas redes, determinada por processos sociais, técnicos, de subjetivação, e, sobretudo, da capacidade em estabelecer, além de relações interpessoais, relações intersetoriais (FRANCO; MAGALHÃES JR, 2004; MERHY, 2002).

Para Cecílio e Merhy (2003), a possibilidade de um efetivo trabalho em rede que possa dar conta de uma linha de cuidado, como a saúde mental, começa pela reorganização dos processos de trabalho na relação entre os diversos pontos de atenção; pela forma como se articulam as práticas dos trabalhadores, e que resultem em uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, em um processo dialético de complementação, mas também de disputa, que compõem o que se entende como cuidado em saúde.

Na perspectiva da aproximação do conceito de redes rizomáticas com o tema da integralidade, Ceccim e Ferla (2006) destacam os temas: comunicação, avaliação dos processos de trabalho, micropolítica e o cotidiano das práticas de saúde. Os autores investem na produção de imagens do SUS e dos serviços com diagramas que expressam relações horizontais, agregando-os aos conceitos de linha de cuidado, como a imagem da mandala na gestão de práticas cuidadoras.

Nesta perspectiva de rede, o trabalho reside principalmente nas relações que são estabelecidas no ato de cuidar. É o momento de se pensar o projeto terapêutico singular, com base na escuta e na responsabilização com o cuidado. O foco do trabalho vivo devem ser as relações estabelecidas no ato de cuidar produzindo vínculo, escuta, comunicação e responsabilização com o cuidado. Os equipamentos e o conhecimento estruturado devem ser utilizados a partir dessa relação e não o contrário como tem sido na maioria dos casos.

Para Feuerwerker *et al.* (2000), reforçado por Rovere (1998), ainda que o processo de constituição de redes de serviços de saúde envolva instituições e projetos, são, acima de tudo, redes de pessoas que se articulam e se conectam através da construção de vínculos. E vínculos não ocorrem entre instituições nem entre equipamentos; ocorrem entre pessoas, logo, rede de relações é uma linguagem de vínculos (LIMA e RIVERA, 2009).

Há de se considerar também que em psicanálise o sujeito é entendido como alguém em relação com o outro; desde sempre somos produto do olhar do outro, forjamos nossa subjetividade na interação com esse olhar. Na condição de sujeitos de linguagem introduzimo-nos no mundo das relações a partir de um lugar que está marcado pela história e nos representa. E, se de algum modo não podemos enunciar essa história, se somos tolhidos de contá-la, de estabelecer uma narrativa sobre nossas vivências nos é sequestrada uma parte do que normalmente somos e não conseguimos transformar nossa vivência em experiência. A subjetividade também é

pensada na perspectiva da comunicação e da cooperação, na revelação com o outro e a palavra (HARDT e NEGRI, 2005).

Por essas perspectivas, pensando em uma Rede de Atenção Psicossocial como modo de avançar na Reforma Psiquiátrica e prescindir do modelo manicomial de cuidado, destaca-se ainda que, para Costa-Rosa (2000), o Modo Psicossocial, como paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asilar, tem como características a territorialidade, a interdisciplinaridade; a relação e o vínculo com o usuário e suas implicações subjetivas e socioculturais; a consideração deste como sujeito e, portanto, protagonista principal do cuidado proposto; o incentivo a que a família e a sociedade assumam a parte do seu compromisso na atenção e no apoio ao indivíduo em sofrimento psíquico; a ênfase à reinserção social e à recuperação da cidadania.

Tais conceitos vêm ao encontro de uma rede de saúde mental inclusiva que garanta maior acesso às portas de entrada, e que sobretudo, estabeleça um modo de relação entre os diversos pontos de atenção para que se efetive como uma rede humana, “aquecida” de trabalho interdisciplinar e intersetorial, numa produção de cuidado estabelecida por uma rede de relação rizomática.

Para Franco (2006), a organização da atenção à saúde ocorre, fundamentalmente, pelas relações e pelas conexões que se estabelecem entre pessoas que estão em determinada situação, formando linhas e fluxos horizontais por dentro das organizações. As redes de serviços de saúde e as redes de produção de cuidado seriam sistemas abertos de conexão, cuja produção acontece sem que haja um eixo estruturado sobre o qual se organiza. São as relações que vão construindo o meio social em que se inserem os atores.

O perfilhamento de uma rede de relações em um território vivo depende de fatores, de condições favoráveis e de potencialidades à produção de cuidado. Como os processos de gestão de redes de atenção à saúde — capazes de promover novas conexões e linhas entre pessoas, podem ser facilitados pelos diferentes modos de comunicação e modos de agir nos processos de gestão mediados pela linguagem.

## 2.2.2 Processos de Gestão em Saúde

Fala-se de processos de gestão como modos de agir na gestão em saúde, que considerem a produção do trabalho em saúde como resultado da utilização de diferentes ferramentas ou tecnologias, a partir da relação entre os diversos atores que atuam nos serviços de saúde e outros tantos *locus* intra e intersetoriais.

Percebe-se a gestão em saúde para além de um método de planejamento e avaliação capaz de prover recursos capazes de ofertar os cuidados de saúde necessários a determinada população, com base em princípios e diretrizes técnico-legais, de políticas e programas de saúde.

Corrobora-se com Lima e Rivera (2009) que entendem a gestão como um processo político de produzir contrataualidades entre os diferentes atores sociais, visando à organização das ações de saúde.

Uma prática de relações rizomáticas para os processos de gestão de redes, buscando novos e múltiplos caminhos, fluxos, conexões e linhas, pressupõe processos de gestão de uma rede como processos de coordenação que promovam a integração entre os serviços através de relações interativas e de comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários. Assim, a coordenação de ações e serviços de saúde, como processo central da integração, é essencialmente uma ação comunicativa (LIMA e RIVERA, 2009; HARTZ e CONTANDRIOPOULOS, 2004).

O compromisso da gestão pública em saúde é de induzir, fomentar, potencializar modos de fazer que venham ao encontro da atenção em saúde preconizada pelo SUS, e que atenda às necessidades da população de uma região de saúde ou de cada município e seus territórios. E, para tanto, é preciso qualificar os processos de trabalho em saúde, tanto da produção de cuidado quanto da organização e da gestão.

Para Campos (2005), o método da Roda ou Método Paidéia considera que Cogestão exige um ato de governar a partir do reconhecimento que a existência de outros sujeitos, com outros projetos e interesses, é legítima. Daí a necessidade de espaços e modos de comunicação que permitam negociação e entendimento mútuo sem eliminar os conflitos próprios da diversidade do mundo da vida.

Por isso, concorda-se com Capra (2001) quando afirma que a gestão em saúde, antes de uma opção restrita ao técnico administrativo, precisa ser concebida como processo pedagógico e inventivo; consiste em modos de estar nos serviços,

de se relacionar, de se conectar e de se constituir em alteridade. O trabalho e a gestão envolvem uma autogestão que está sempre fazendo uso de escolhas e inventividade, a partir de experiências não rotinadas.

A gestão em saúde não se reduz ao comando dos trabalhadores, e sim espaço de debate, de composição de multiplicidades, de força de invenção, de outros modos de fazer, de ser trabalhador e trabalhar, de se relacionar e de se constituir coletivos, de lutar contra as formas que sufocam e anestesiaram a vida e de construir, inventar, mudar realidades (CAPRA, 2011).

Para Righ (2010) a gestão precisa enfrentar a falta de contato, de conexão, de disposição para o encontro com outro sujeito identificado com sujeitos diferentes, que vê coisas diferentes e que pode propor intervenções diferentes. A potência do conceito de rede é ampliada quando leva à produção de melhores encontros, não encontros que buscam a homogeneidade, mas o encontro de diferentes que produz um comum, mantendo a singularidade, exigindo da gestão que, para promover um trabalho em rede, crie arranjos e dispositivos que provoquem contato e acordos entre os diferentes.

Acredita-se que tais arranjos e dispositivos podem ser reuniões de equipe, de colegiados, mas tantos outros modos, de encontro entre os diferentes atores, como quando o trabalhador circula entre os diversos espaços do território e estabelece relações através de ações comunicativas.

A organização das políticas públicas em rede é um requisito para a produção de saúde e depende da organização do sistema de saúde e da integração das ações intersetoriais em um território. A produção de redes no território das práticas dos trabalhadores de saúde necessita de uma nova proposta para a composição do trabalho a partir de novas relações entre quem acompanha no tempo e quem intervém naquelas situações onde o saber, sob determinado aspecto, é importante para a composição de tecnologias que aproximem ao máximo do conjunto das ofertas da perspectiva ética da integralidade (RIGH, 2010).

Contudo, seguir os preceitos da Reforma Psiquiátrica, da Política de Saúde mental vigente, na construção destas como uma linha de cuidado, não significa a prescrição de processos de trabalho, pois a produção do cuidado em rede de saúde tem que ser construída a partir do protagonismo dos coletivos locais, singular a cada grupo e a cada caso. Isto porque, se a característica fundamental do processo de trabalho em saúde é que ele seja relacional, pois acontece mediante a relação entre

o trabalhador e o usuário, ele também ocorre entre trabalhadores da gestão, do cuidado em saúde e de outros setores. Assim, depende do coletivo que está operando, cada um com seu modo de produzir saúde. O processo de trabalho da gestão também precisa ser vivo, no ato, no exato momento da sua atividade produtiva (MERHY, 1997, 2002).

É nessa perspectiva que se acredita na potência de espaços/ações de gestão, por exemplo, dos colegiados gestores como ativadores de redes, através de processos de trabalho que exerçam a cogestão em ato, diante de situações reais da complexidade de um território.

Para Ferla, Ceccim e Pelegrini (2003, p. 65), “fazer gestão é muito mais do que a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde”.

[...] neste contexto o principal núcleo dos desafios colocados à gestão, é relativo a capacidade de implementar práticas cotidianas suficientemente densas para produzir, no limite da radicalidade possível em cada situação, tensões e rupturas com a cultura instituída e com as tecnologias de gestão existentes. O denominado sistema de saúde, é na verdade um campo atravessado por várias lógicas de funcionamento, por múltiplos circuitos e fluxos de pacientes, mais ou menos formalizados, nem sempre racionais, muitas vezes interrompidos e truncados, construídos a partir de protagonismos, interesses e sentidos que não podem ser submetidos a uma única racionalidade institucional ordenadora [...] (CECILIO e MERHY, 2003, p. 199).

A intervenção em saúde depende da construção de relações, das tecnologias leves (MERHY, 2005), da configuração de redes cooperativas, o que não pode ser respondido apenas com a normatização do processo de trabalho.

Os processos de gestão se afastam do mundo da vida e do mundo das relações se estiverem estritos apenas à normatização do processo de trabalho, mesmo porque, embora a ação seja por definição normativa, reside nisso a sua dimensão política, a qual não pode ser, de maneira alguma, isolada das implicações reticulares em que se tecem as relações humanas (GUIZARDI e CAVALCANTI, 2010).

Para Arendt (1981), entre a ação como possibilidade e a realização há a condução, o pôr em movimento. Ainda que no primeiro momento se identifique um sujeito individual ou coletivo, a concretização da ação jamais decorre exclusivamente dele, porque se articula em um plano de relações. Portanto, a separação entre a gestão e a execução, governo e vida social, não existe concretamente porque jamais

alguém poderá agir isoladamente ou supor responder totalmente pelo curso empreendido por suas ações, ou por aquelas que decide serem realizadas.

Logo, ainda que à gestão caiba gerir a coordenação dos processos de trabalho e da organização do sistema público de saúde, isso não deve representar institucionalmente a centralização do poder de decisão acerca deles (GUIZARDI e CAVALCANTI, 2010).

Ao se entender a dimensão política da ação como relativa aos efeitos normativos que geram, não se pretende sugerir a possibilidade de sociedades sem leis e normas institucionais, mas apontar o fato de que é preciso incorporar nas instituições, como estratégia de sua determinação, o movimento normativo da atividade em seu plano de imanência. Isto significa que não há existência de normas a serem seguidas de forma estrita, mas o reconhecimento, no âmbito dos espaços institucionais, do agir como produção normativa. Trazer para o contexto da gestão em saúde as implicações normativas da atividade significa afirmar que a gestão é feita por todos, é responsabilidade ética de todos, pois, mesmo sob os maiores cerceamentos a atividade do humano produz realidade. Isso significa pensar a realidade (institucional) necessariamente como produção compartilhada (GUIZARDI e CAVALCANTI, 2010).

Para Franco (2009), a produção subjetiva do cuidado opera com base no trabalho e suas derivações do mundo da vida como atividade humana e por isto traz em si a potência da criatividade, inventividade; ou pode se deixar capturar pelo aparato instrumental que cerca toda atividade de cuidado em saúde. Esses movimentos vão acontecendo com base nos encontros necessários para a produção do cuidado, com outros trabalhadores, em um trabalho em rede; com os usuários, com outros equipamentos de cuidado, as normas e protocolos, os saberes estruturados. Trabalho este que ocorre em fluxos de conexões, desenvolvidos pelo próprio trabalho, dependente do trabalho vivo e do protagonismo desses sujeitos nos cenários do cuidado.

O desafio da gestão do trabalho em saúde mental é colocar a potência do trabalhador a serviço do cuidado em saúde, de um projeto técnico-ético-político associado à ideia de produção de sujeitos plenos na diferença de ser, ao conceito da autonomia de produzir a própria vida. Portanto, os gestores do trabalho erram ao acreditar que basta apenas ditar normas, trabalhar por protocolos e prescrever aos

trabalhadores o que devem ser suas práticas para que os projetos de organização de rede se viabilizem (FRANCO, s/d).

A construção de novas práticas só se faz a partir de processos autoanalíticos, em que a velha prática é analisada, podendo ser assim desconstruída para, em seu lugar, produzirem-se novas possibilidades de cuidar. Para tanto é fundamental que os trabalhadores produzam bons encontros entre si, junto ao mundo do trabalho e, sobretudo, com a gestão. Bons encontros capazes de afetar mutuamente e produzir, um no outro, paixões alegres ou tristes. Contudo, isso implica gestão do trabalho que precisa priorizar questões fundamentais para a produção do cuidado, como a carreira, remuneração, Educação Permanente em Saúde, trabalho multiprofissional e intersubjetivo, formas de participação colegiada, liberdade na condução do seu trabalho e no cuidado em saúde mental. A EPS, considerando-se a aprendizagem significativa, parte dos fragmentos do cotidiano, dos cenários e das práticas, e encerra seu ciclo nesse lugar do trabalho, modificando-o, indo ao encontro do que se está propondo aqui: a formação de novos saberes associada a um processo de subjetivação (FRANCO, s/d).

Para haver conexões entre os pontos da rede de atenção psicossocial, para que ela se faça de relação rizomática, faz-se necessário criar um espaço entre a macro e a micropolítica do trabalho em saúde. E esse pode ser o espaço dos grupos condutores produzirem saúde, como ativadores dessa rede. Portanto, se a micropolítica é a arte ou ciência de governar que cada um tem, em seus próprios espaços de trabalho, relações, enfim, de vida, tornando-os capazes de serem protagonistas da organização das suas práticas e ações em saúde, também os coletivos que fazem a gestão em rede, mesmo com diversos interesses, precisam dessa governabilidade.

Para Cecílio e Merhy (2003), as redes se organizam com grande capacidade de interlocução, negociação, associação fina da técnica e da política, implicação de todos os atores dos diversos níveis assistenciais em um grande acordo assistencial que garanta, entre outros, gestão colegiada envolvendo os diversos atores que controlam os recursos assistenciais.

Conforme a Portaria n. 3.088/2011 sobre a RAPS, o instrumento gestor dessa rede consiste no Grupo Condutor, mas é necessário que este possa ser mais do que um coletivo instituído só no papel, mas com capacidade e potência para provocar, aquecer e ativar a rede para produção de cuidado.

Por mais que haja consciência da necessidade do reconhecimento do aquecimento das redes, estas ainda são frágeis em seus modos de fazer, do seu jeito de ativar, de autorizar-se a produzir e de reinventar modos de cuidar. O que pode ser potencializado com coletivos, em espaços/ações de gestão como um Grupo Condutor da RAPS.

Os grupos condutores podem, então, ser coletivos com espaços de encontros singulares que estimulem movimentos de inter-relação dos vários pontos de atenção da RAPS, mas também de tantos outros pontos de cuidado (pessoas), de uma rede que se perfilha, numa relação rizomática, traçando linhas e potencializando conexões, como uma espécie de agenciamento.

Cabe também lembrar que a constituição de grupos condutores se aproxima das formas de organização do Modo Psicossocial, ao se basear em um organograma horizontal, com um fluxo em que o poder decisório ocorre através de reuniões gerais. Então, a coordenação procura administrar as ações conjuntas para fazer executar as decisões coletivas, propondo como metas de organização a participação, autogestão e interdisciplinaridade; estabelece um espaço de diálogo entre o cliente, a população, a equipe e a integralidade, partindo da noção de territorialidade (COSTA-ROSA, 2000).

A produção de um cuidado na vida, no território, exige um olhar e agir fora das limitações de cada ponto de atenção, através de um coletivo que os aproxime e permita o surgimento de outras possibilidades que só podem emergir pela interação social desse coletivo.

O foco deve ser o desejo, a busca pelo compartilhar, corresponsabilizar-se na tomada de decisões, de projetos e ações, institucionais ou não, considerando a imensa multiplicidade de necessidades e possibilidades de cuidado, pois é comum que na busca de soluções imediatistas ou de “falsa cura” os coletivos esqueçam as diferentes possibilidades da produção do cuidado em rede.

Acredita-se que tais desafios possam ser superados por processos de gestão, que incluam um Grupo Condutor Local da RAPS, mas ainda assim é importante descobrir o que fortalece e que torna esses processos capazes de enfrentarem tantos desafios. É preciso explorar como ocorrem os seus modos de agir.

Ainda que utópico em determinada medida ou contexto, uma situação comunicativa geradora de consenso, em que todos os participantes estejam interessados e sejam protagonistas e livres de coerção, constitui-se um interessante

processo emancipatório da espécie humana. Emancipação como independência dos contextos exclusivamente normativos pela capacidade humana de deliberar e agir em função de interesses racionais.

### **2.2.3 Teoria da Ação Comunicativa**

A Teoria da Ação Comunicativa tem sido analisada sob diferentes enfoques nas áreas sociais, políticas, da democracia e do direito. Esta tese apoiou-se em estudos das áreas da saúde e da educação, entre os quais os de Gonçalves (1999), Pinto (1995), Melo (2005), Müller Neto e Artmann (2012), Fiorati (2013).

Para Lima e Rivera (2009), sejam esses estudos a constituição de redes, gestão de casos, continuidade do cuidado, ou integração da clínica todos têm o objetivo de tentar lidar com as interdependências do sistema. Assim, a coordenação enquanto processo de gestão é abordada como um meio para incrementar alguns objetivos do sistema, destacando a integração dos serviços e a integralidade da atenção.

Contudo, o caráter relacional, micropolítico e dialógico da organização de redes de serviços de saúde precisa de uma guinada para a comunicação, pois como diz Habermas, temas como a integralidade e coordenação passam fundamentalmente pelos modos de interação entre os diversos atores. Interação que ocorre fundamentalmente pela linguagem, exigindo processos de comunicação (LIMA e RIVERA, 2009).

Nesse sentido é que se traz à cena a Teoria da Ação Comunicativa, sua relação com a saúde, e os conceitos básicos da concepção Habermasiana.

O conjunto global do pensamento do autor é orientado pelo conceito da emancipação do homem através do esclarecimento e da solidariedade e a construção racional da identidade dos sujeitos e das coletividades. Destaca-se em sua teoria o papel assumido pela linguagem como articuladora da ação em geral e geradora da solidariedade, base da vida social (SIEBENEICHLER, 1989).

Um conceito que se destaca é do mundo da vida, definido como o conjunto de conhecimentos implícitos, pré-teóricos, compartilhados pelos falantes como cenário de fundo, que garante significados comuns a todos e que possibilita aos sujeitos cooperar entre si e coordenar a realização das ações coletivas. É o mundo da vida que permite o estabelecimento de relações intersubjetivas mediadas pela linguagem

e, por conter conhecimentos implícitos, não está à disposição da consciência e da vontade dos falantes, podendo ser problematizados apenas componentes parciais; é constituído pela cultura, pela sociedade e pela personalidade articuladas pela linguagem que também o integram, e que é responsável pela mediação (ARTMANN, 2001; MELO, 2005; HABERMAS, 2002, 2012a).

Para Habermas (2012a, 2012b), há uma relação dialética entre o mundo da vida, mediado pela linguagem e pela cultura e representado pela razão comunicativa, e o sistema, mediado pelo poder e pelo dinheiro e representado pela razão instrumental. A reprodução material da sociedade é desempenhada pelo sistema, em que as ações são orientadas para o êxito e este é resultante da diferenciação, dentro do mundo da vida, dos subsistemas de ação especializados, sistema econômico e sistema administrativo. Eles têm por finalidade a própria sobrevivência e tornam-se autônomos, mas permanecem ancorados no mundo da vida para poderem garantir sua continuidade.

Uma ação comunicativa é uma forma de ação social em que os participantes se envolvem em igualdade de condições para expressar ou para produzir opiniões pessoais, sem coerção, e decidir, pelo princípio do melhor argumento, ações que visam determinar a sua vida social. Essas condições podem se aproximar de um ideal, mas possivelmente são, na maioria das vezes, uma realidade em permanente busca em sociedades mais, ou menos, democráticas.

A ação comunicativa corresponde a uma relação intersubjetiva, mediada linguisticamente, em que os enunciados com pretensões de validade devem ser aceitos (ou não) pelos interlocutores (MÜLLER NETO & ARTMANN 2012).

No entendimento de Habermas (2012a), as pretensões de validade podem ser criticáveis quanto à:

- 1 - Veracidade da afirmação. Esta pretensão refere-se a um mundo objetivo, entendido como a totalidade dos fatos cuja existência pode ser verificada;
- 2 - Correção normativa. Esta pretensão refere-se ao mundo social dos atores, entendido como a totalidade das relações interpessoais legitimamente reguladas;

3 - Autenticidade e sinceridade. Esta pretensão refere-se a um mundo subjetivo, entendido como a totalidade das experiências do locutor às quais, em cada situação, apenas ele tem acesso privilegiado.

A linguagem como uma forma de ação constitui-se em uma maneira de relacionar-se intersubjetivamente com o mundo e somente a ação comunicativa pressupõe o uso da linguagem em todas suas dimensões, referindo-se aos três mundos (ARTMANN, 2001; MELO, 2005).

Segundo Müller Neto e Artmann (2012), é preciso distinguir a ação comunicativa quando os participantes aceitam sem questionar os enunciados e o consenso do discurso; quando os participantes interrompem a ação comunicativa fluida para procurar argumentos capazes de fundamentar pretensões de validade.

Já, Habermas (2012a) propõe uma passagem regulada de um tipo de discurso para outro e não aceita a rígida separação entre o mundo objetivo e o das normas. Ao romper com o paradigma do sujeito e da consciência e criar o paradigma da ação comunicativa, o autor defende o mesmo tratamento ao discurso para fatos e normas, no sentido que podem ser fundamentados. O princípio do discurso estabelece que as normas sejam válidas apenas quando tenham o consentimento de todos os participantes de um discurso prático e constitui o núcleo central de sua teoria da moral.

Ainda para Habermas (2012a), a sociedade contemporânea é marcada pela imposição de uma racionalidade instrumental sobre outra comunicativa. A racionalidade instrumental, tecnificada, sob todos os aspectos, impede que acordos linguisticamente mediados sejam estabelecidos na produção de projetos sociais, destituindo a possibilidade da formação de consensos éticos fundados na dialogicidade e nas relações democráticas entre os homens.

Em estudo sobre dificuldades na construção do modo psicossocial, Fiorati e Saeki (2013) constataram, nos serviços pesquisados, uma sobreposição da racionalidade instrumental sobre a racionalidade prática. As equipes demonstravam seguir orientações prontas advindas dos órgãos gestores ou de suas ações profissionais com base nas disposições técnicas de suas especialidades ao invés de assumirem eles próprios a função de elaboração e gestão dos projetos terapêuticos. A pesquisa revelou a necessidade das equipes de terem um modelo para seguir, um agir prescritivo e pouca capacidade de criar e ter protagonismo.

Atualmente, na orientação da Política de Saúde Mental para constituição da Rede de Atenção Psicossocial, coordenada por Grupos Condutores, como instrumento dos processos de gestão, na perspectiva de cogestão, é relevante considerar que a comunicação voltada para o consenso é diferente daquela voltada para o sucesso; e que entendimento não pode ser induzido externamente, pois precisa ser aceito pelos próprios participantes, conforme apontam Müller Neto & Artmann (2012).

A dimensão instrumental ou estratégica da ação corresponde às formas de intervenção sobre o mundo objetivo, em que critério de validade da ação é representado pela verdade ou pela eficácia da intervenção. Habermas formula um conceito tríplice de mundo em que o conceito de racionalidade da ação compreende quatro tipos de ações, associadas a esses mundos: estratégica — ao mundo objetivo; normativa — ao mundo social; expressiva — ao mundo subjetivo; e comunicativa, capaz de integrar os três mundos (ARTMANN, 2001).

Observa-se, nos processos de trabalho da gestão, além das reuniões de equipe, reuniões intersetoriais e outros modos de relações entre os sujeitos, que são utilizados os quatro tipos de ações formulados por Habermas. Contudo, acredita-se que há uma tendência e um esforço dos diversos atores em utilizar a ação comunicativa, principalmente em reuniões que operam como colegiados gestores.

A política tem seus alicerces na personalidade humana. É somente porque não há um ser humano igual ao outro que se torna possível um espaço entre eles, que é onde habita a política. Para a autora, a política tem íntima ligação com a liberdade e só há possibilidade de liberdade justamente nesse espaço “entre” da política (ARENDT, 2005).

Para Lima e Rivera (2009), a Teoria da Ação Comunicativa oferece um caminho para se pensar a transformação da prática cotidiana. Isso inclusive nos pequenos espaços institucionais, como um sistema de serviços de saúde, em que se evoluiria de uma perspectiva autoritária, fragmentada e individualista para uma visão democrática, integrada, baseada no trabalho coletivo, na solidariedade, na comunicação, no confronto de argumentações e na busca do consenso. Um modelo teórico capaz de orientar a análise de processos de gestão exige um aprofundamento sobre a questão de como acontecem, cotidianamente, os modos de comunicação e como esses são utilizados nesse processo.

Conforme Franco, C. e Franco, T. (s/d), um projeto terapêutico como fio condutor de uma linha de cuidado integral é o conjunto de atos assistenciais pensados para resolver um problema de saúde, como um plano de ação em rede. De modo que, dependendo do modo que for construído, pode ser avaliado como um tipo de consenso fundado, o qual foi descrito por Habermas (2012a) para designar o processo de entendimento mútuo entre os homens: quando todos os participantes da discussão instaurada tenham chances simétricas com relação à escolha, à elaboração e ao proferimento dos discursos e na assunção de papéis em uma verdadeira situação dialógica. Para Habermas (2012a), se essas condições forem observadas, se assume, metodologicamente, um interesse emancipatório da espécie humana, isto é, uma situação comunicativa ideal geradora de consenso fundado verdadeiro, no qual todos os participantes estejam interessados e sejam protagonistas e livres.

Implantar e implementar ações e serviços em saúde mental, na perspectiva de uma rede de atenção psicossocial, compreende enfrentar questões complexas sobre os diferentes conceitos e percepções da loucura e do sofrimento psíquico; os modelos de atenção e de gestão pública, além de muitos outros que envolvem a sociedade em geral e que não podem ser orientados apenas por uma racionalidade técnica ou instrumental. Por isso, é importante o desenvolvimento de estratégias de gestão que possam reconhecer as potencialidades do trabalho até então desenvolvido pelos serviços de saúde e facilitar a percepção das fragilidades, de modo que todos possam construir os ajustes necessários para cuidar integral e dignamente a saúde individual e coletiva da sociedade contemporânea.

Contudo, nenhuma ação de gestão em saúde será suficiente se não houver interesse e comprometimento com as políticas públicas conquistadas neste país e com a promoção de ações de educação permanente de gestores, trabalhadores, educadores, estudantes, usuários e a população em geral. Isso tudo através da construção de um conhecimento que considere a realidade dos sujeitos e sejam capazes de promover mudanças nas práticas do modelo de atenção à saúde, preconizado pela Política de Saúde Mental. Ou seja, que considere a integração do mundo objetivo, social e o subjetivo, através de uma racionalidade comunicativa.

Trata-se de olhar as ações dos gestores e trabalhadores no espaço social da gestão, sua micropolítica, as relações, o modo de agir, o jeito de gerir os casos, a singularidade com que interpretam suas situações no trabalho e as atitudes de

interação. Portanto, esta **Tese** consiste no reconhecimento dos **processos de gestão** de uma Rede de Atenção Psicossocial como essencialmente **ações do mundo da vida**, orientados por um **agir comunicativo**, e, ainda que pautados também pelo **sistema**, requerem a superação de um agir capturado por **ações estratégicas ou instrumentais**.

Logo, na construção do objeto deste estudo, com base nas reflexões apresentadas, reafirma-se o **pressuposto** de que: **processos de gestão** são produtores de cuidado em rede, coordenando e promovendo a integração de diversos pontos de atenção à medida que operam de modo participativo e democrático **através de uma ação comunicativa** linguisticamente mediada, buscando um poder criativo, protagonista e emancipatório dos sujeitos e da produção do trabalho em saúde.

Os caminhos desse processo foram guiados pelas seguintes questões:

- Como se constrói histórica e dialeticamente uma RAPS local?
- Quem são os sujeitos que participam dos processos de gestão de uma RAPS local?
- Quais são e como ocorrem os processos de gestão de uma RAPS local; quais são as formas ou modos e espaços de comunicação que determinam as relações entre os sujeitos, promovendo interação, articulação e compartilhamento do cuidado?
- Quais ações dos processos de gestão são movidas pelo agir estratégico ou instrumental e quais são movidas pelo agir comunicativo?

Para tanto, elaboraram-se os seguintes objetivos:

**Objetivo Geral:** avaliar os processos de gestão de uma Rede de Atenção Psicossocial à Luz da Teoria da Ação Comunicativa.

#### **Objetivos específicos:**

- Contextualizar, descrever e analisar a construção histórica, os pontos de atenção, os fluxos e os modos de comunicação de uma RAPS local;
- Identificar o perfil dos sujeitos participantes do grupo condutor de uma RAPS local;

- Descrever e analisar as ações do processo de gestão de uma RAPS local, identificando modos e espaços de comunicação que determinam as relações entre os sujeitos, promovendo interação, articulação e compartilhamento do cuidado;
- Descrever e analisar as **ações estratégicas ou instrumentais e as ações comunicativas** nos processos de gestão de uma RAPS local.

*Poesias*

*OLHOS PARADOS*

*...como é bom a gente ter deixado a pequena terra em que nasceu  
E ter fugido para uma cidade maior, para conhecer outras vidas.*

*Como é bom chegar a este ponto de olhar em torno  
E se sentir maior e mais orgulhoso porque já conhece outras vidas...*

*Como é bom se lembrar da viagem, dos primeiros dias na cidade;*

*Da primeira vez que olhou o mar,  
Da impressão de atordoamento.*

*Como é bom olhar para aquelas bandas e depois comparar.  
Ver que está tão diferente, e que já sabe tantas novidades...*

*Como é bom ter vindo de tão longe, estar agora caminhando  
Pensando e respirando no meio de pessoas desconhecidas*

*Como é bom achar o mundo esquisito por isso,*

*Muito esquisito mesmo*

*E depois sorrir levemente para ele com os seus mistérios...*

*(BARROS, 2013, p. 24)*

### **3 Referencial Teórico e Metodológico**

Esta construção teórica se apoia em Jürgen Habermas com a reconstrução dos referenciais marxistas através da Teoria Crítica, enfatizando a Teoria da Ação Comunicativa (TAC) como fundamentação teórica da Tese.

A Teoria da Ação Comunicativa contribui para as discussões sobre a importância da produção de práticas no cotidiano dos processos de trabalho, a partir do protagonismo de ações emancipatórias, com autonomia dos sujeitos, para além das políticas públicas existentes (normas institucionais), criando e subsidiando novas produções teóricas.

Ao definir um referencial teórico de base Marxista (MARX, ENGELS, 2006) para este estudo, considero a natureza do objeto de estudo e a minha trajetória a partir de uma visão de mundo que acredita na força e no poder transformador do trabalho para o homem. Uma força e um poder libertadores porque possibilita ao homem transformar sua realidade, e ao transformá-la também transformar a si mesmo.

Esses pensamentos vêm ao encontro da gestão em saúde, tendo como principal instrumento o próprio trabalho da gestão e seus modos de operar, de pôr em prática a produção de saúde, como produção da vida. Assim, essa aproximação conceitual inicia pelo conceito marxista de processo de trabalho, como transformação de um objeto ou matéria-prima em um produto, através de uma atividade produtiva humana, com a utilização de diversos meios ou ferramentas (MARX, 1983).

#### **3.1 Habermas e a Teoria da Ação Comunicativa**

Jürgen Habermas (1929), filósofo e sociólogo alemão, licenciado pela Universidade de Bonn, Alemanha (1954), ensinou Filosofia em Heidelberg, Alemanha (1961-1964), e depois assumiu uma cadeira de filosofia e sociologia na Universidade de Frankfurt. É um dos grandes nomes da teoria social no século XX. Trabalhou como assistente de Adorno e é considerado o grande herdeiro da Escola

de Frankfurt, ou Teoria Crítica, criando novas teorias da ação, da racionalização e da modernidade (BOTTOMORE, 2012; DOMINGUES, 2005).

A Escola de Frankfurt, baseada na teoria social interdisciplinar neomarxista, reuniu filósofos e cientistas sociais de base marxista, ligados ao Instituto de Pesquisas Sociais da Universidade de Frankfurt. Desenvolveram a Teoria Crítica da Sociedade, e seus principais integrantes dividiram-se em duas gerações: a primeira formada por um núcleo em torno de Max Horkheimer (1895-1973) e Theodor Adorno (1903-1969), com a colaboração de Herbert Marcuse (1898-1979) e Walter Benjamin (1892-1940); e, a segunda, por Jürgen Habermas (1929), entre outros (LIMA, 2011; DOMINGUES, 2005).

Com a ascendência do Nazismo na Alemanha, em 1933, aquele Instituto foi decretado ilegal, e seus primeiros expoentes se tornaram nômades, viajando de Genebra para Paris, Londres e Estados Unidos, até se fixarem na Universidade de Columbia, em Nova Iorque, retornando para Frankfurt somente em 1950. Essas experiências, somadas à crise do socialismo e ao conhecimento da indústria de massa nos Estados Unidos, apresentava-lhes a face de um totalitarismo derivado da racionalização instrumental, como a única que percebiam da fusão teórica de Marx, Weber e Freud (DOMINGUES, 2005; LIMA, 2011).

Para Gonçalves (1999), os filósofos da teoria crítica apresentavam diferentes pensamentos com relação à racionalidade e à sociedade. Contudo, um tema perpassa a obra de todos eles: a crítica radical à sociedade industrial moderna, na qual passou a prevalecer uma forma de racionalidade — a racionalidade instrumental, definida pela relação meio-fins, ou seja, pela organização de meios adequados para atingir determinados fins ou pela escolha entre alternativas estratégicas visando à consecução de objetivos.

Porém, mesmo partilhando dessa crítica, Habermas não perpetua essa negatividade, procurando salvar a razão da perplexidade. Busca uma visão menos pessimista do que a de seus antecessores e a reconstrução do materialismo histórico dialético. Assim, desenvolve a ideia da interação linguisticamente mediada como centro de sua teoria crítica da sociedade, com a Teoria da Ação Comunicativa, sua principal obra, na qual a sociedade se diferencia progressivamente em “mundo da vida”, mediado pela racionalidade comunicativa, e “sistemas regulados”, mediados pela racionalidade instrumental (GONÇALVES, 1999; DOMINGUES, 2005).

Na relação com o materialismo histórico dialético, observa-se que para Habermas há uma relação dialética entre o mundo da vida, mediado pela linguagem e pela cultura, representado pela razão comunicativa, e o sistema mediado pelo poder e pelo dinheiro e representado pela razão instrumental. Além, de considerar que as condições sociais não são estáticas nem imutáveis porque resultam de um processo histórico (NETO e ARTMANN, 2012; GONÇAVES, 1999).

Habermas (2012a) busca superar o conceito de racionalidade instrumental, ampliando o conceito de razão, para o de uma razão que contém em si as possibilidades de reconciliação consigo mesma: a razão comunicativa, a qual permeia os processos da interação humana, apoiada nas trocas intersubjetivas e mediadas pela linguagem.

O conceito de “racionalização” para descrever o processo de desenvolvimento existente nas sociedades modernas advém das ideias de Max Weber (1864-1920). Esse processo caracteriza-se pela ampliação crescente de esferas sociais que ficam submetidas a critérios técnicos de decisão racional, isto é, a critérios de adequação e organização de meios em relação a determinados fins, privilegiando a tecnificação, o planejamento e o cálculo, que se tornaram, cada vez mais, partes integrantes de procedimentos envolvendo questões administrativas (GONÇALVES, 1999).

Nas análises sobre as ideias de Weber, Adorno e Horkheimer (1986) e Marcuse (1982) criticam radicalmente a ciência e a técnica ao visarem o domínio da natureza e a sua submissão ao homem, trazendo em si o princípio da dominação. Entendidas como neutra de valores, afastaram do exame da razão, como subjetivas e irracionais todas as questões sociais que não podem ser resolvidas na perspectiva da relação meio-fins, não estando no âmbito de questões relativas à economia e à eficácia dos meios. Logo, constitui-se de uma racionalidade que não é imposta de fora, e sim que já está presente no processo de sua própria construção.

Contudo, Habermas não se posicionou tão radicalmente contra essa racionalidade instrumental da ciência e da técnica em si mesmas, as quais contribuem para a autoconservação do homem. O autor entende que o trabalho, também possui uma racionalidade desse mesmo tipo, por sua essência de dominar a natureza para pô-la a serviço do homem, sendo também constitutivo de uma racionalidade que consiste na organização e adequação dos meios para atingir determinados fins (HABERMAS, 2012a).

Para Gonçalves (1999), Habermas comprehende que a ciência e a técnica ampliam as possibilidades humanas, que libertam o homem da dominação das necessidades materiais, à medida que o desenvolvimento da espécie humana é resultado de um processo histórico também de desenvolvimento tecnológico, além do institucional e cultural, de modo interdependente. Porém, Habermas (1988; 2012) é radicalmente contra a universalização da ciência e da técnica, e a penetração da racionalização científica, instrumental ou estratégica em esferas de decisão que necessitam de outro tipo de racionalidade: a racionalidade comunicativa.

Habermas (1987b) distingue dois âmbitos da ação humana que podem ser analisados separadamente: o trabalho ou “ação racional teleológica”, como processo pelo qual o homem se emancipa, progressivamente, da natureza; e interação social como a esfera da sociedade em que normas sociais se constituem a partir da convivência entre sujeitos capazes de comunicação e ação.

Nessa dimensão da prática social prevalece uma ação comunicativa, isto é, “uma interação simbolicamente mediada”, a qual se orienta “segundo normas de vigência obrigatória que definem as expectativas recíprocas de comportamento e que têm de ser entendidas e reconhecidas, pelo menos, por dois sujeitos agentes” (HABERMAS, 1987b, p. 57).

Na moderna sociedade industrial, esses dois âmbitos da prática social sofreram grandes transformações, que estão na raiz dos inúmeros problemas com que a sociedade se defronta na época atual. O desenvolvimento do conhecimento científico e técnico, ao propiciar o crescimento e o aperfeiçoamento das forças produtivas, provê o sistema capitalista de um mecanismo regular que assegura a sua manutenção (GONÇALVES, 1999).

Para Habermas (2003), a esfera pública tem um importante papel na mediação entre a sociedade civil e a sociedade política, através da interação comunicativa como grande mecanismo coordenador social, em que a autonomia da comunicação é responsável por seu potencial crítico.

Habermas (2002, 2012a), entende a interação como solução do problema de como os planos de ação de diversos atores podem ser coordenados, de modo que as ações de um possam ser “ligadas” às ações do outro.

Nos sistemas de saúde, o adequado atendimento às necessidades da população somente é possível à medida que várias pessoas que atuam nos serviços (gestores, trabalhadores e usuários) interajam uma com as outras (LIMA e RIVERA,

2009). E os modos de interação dependem da linguagem. Quando a linguagem é utilizada apenas como meio de transmitir uma informação visando a um fim, fala-se de uma ação estratégica. Mas quando ela é utilizada como fonte de integração social fala-se de uma ação comunicativa (HABERMAS, 2012a). Assim, no caso da ação comunicativa, a força consensual dos processos linguísticos de se obter entendimento é eficaz para a coordenação de ações (HABERMAS, 2002, 2012a).

Na ação comunicativa pressupõe-se a existência de uma base de pretensões de validade mutuamente reconhecidas. Os agentes participantes tentam adequar os seus respectivos planos cooperativamente, como centro do horizonte de um mundo da vida partilhado e com base em interpretações comuns da situação. O agir comunicativo impele os indivíduos a abandonarem o egocentrismo de um cálculo orientado para o seu próprio sucesso. A ação comunicativa sob o aspecto da coordenação serve à integração social e à criação de solidariedade.

Hardt e Negri (2005), ao trabalharem com o conceito de multidão, dizem que esta é a composição de diferenças que não podem ser reduzidas a uma unidade e que justamente o desafio é fazer com que a multiplicidade social seja capaz de se comunicar e agir. Espera-se do processo de gestão que este promova contato e arranjos entre os diferentes para a afirmação de identidades e produção do comum.

A subjetividade é formada mediante cooperação e comunicação, a partir das relações que se estabelecem entre o indivíduo e o meio como um espiral. Ou seja, a subjetividade produzida vem a constituir novas formas de cooperação e comunicação, o que, por sua vez, gera novas subjetividades e assim por diante, podendo-se concluir que o conhecimento se forma nas múltiplas interfaces entre cooperação e comunicação (HARDT e NEGRI, 2005; SENNETT, 2009).

Sennett (2009) argumenta que a separação da cabeça e da mão não é só de natureza intelectual, senão que também social e por isso defende a ideia da cooperação mútua. Argumenta que se deve praticar as relações interpessoais e aprender as habilidades de antecipação e revisão e que isto melhoraria as relações e propõe que se aprenda a trabalhar de forma cooperativa, compartilhando informações.

Para Gonçalves (1999), a esfera pública se enfraquece em sua função de ser espaço de discussão a respeito da realização de fins éticos de convivência social, atendendo a interesses coletivos. Isso à medida que a política passou a ocupar-se mais com a solução de problemas técnicos do que com questões que dizem respeito

à interação social e cuja busca de soluções envolve o diálogo, tais como justiça, liberdade, poder, opressão, satisfação, violência, entre outros.

O papel do Estado contemporâneo está cada vez mais submerso numa administração burocrática que, imbuída de uma racionalidade instrumental, pretende dotá-lo de eficácia na gestão dos problemas sociais. Faz com que a racionalidade instrumental da ciência e da técnica transforme as esferas institucionais da sociedade, de tal modo que as questões referentes às decisões racionais sejam baseadas em valores, ou seja, em necessidades sociais e interesses globais que não estão no plano da interação, sendo afastadas do âmbito da reflexão e da discussão (GONÇALVES, 1999).

Em contraposição a essa racionalidade instrumental, que procede de forma calculada para obter a otimização dos meios para alcançar os fins, Habermas resgata o valor da ação comunicativa, pensada no sentido de orientar as ações que preconiza a construção de projetos de modo dialético e interdisciplinar; em que esquemas de validação discursiva, linguística e intersubjetivamente mediados expressem as experiências concretamente vividas, os valores, interesses e necessidades das pessoas em sociedade (HABERMAS, 2012a).

Como uma possibilidade de transformação da sociedade contemporânea na busca de solução para os graves problemas que assolam a humanidade, Habermas visualiza o resgate de uma racionalidade comunicativa em esferas de decisão do âmbito da interação social que foram penetradas por uma racionalidade instrumental (GONÇALVES, 1999).

Considerando que o homem não reage simplesmente a estímulos do meio, mas atribui um sentido às suas ações e, graças à linguagem, é capaz de comunicar percepções e desejos, intenções, expectativas e pensamentos, Habermas (2012a) acredita na construção coletiva apoiada sobre um diálogo. Nesse diálogo, os discursos podem se relacionar entre si, através de uma comunicação livre sem mecanismos de coerção, de modo que o homem possa retomar o seu papel de sujeito.

O agir comunicativo se diferencia do agir estratégico porque uma ação bem-sucedida não depende da racionalidade teleológica das orientações da ação, mas da força da racionalidade motivadora de realizações de entendimento, ou seja, de uma racionalidade que se manifesta nas condições de um consenso obtido comunicativamente. O agir baseado no entendimento não elimina e nem pretende

eliminar o conflito, mas visa buscar uma solução via uma interação dialógica baseada em argumentos (LIMA e RIVERA, 2009).

A Figura 5, de acordo com Habermas (2012a, p. 574), ilustra os diferentes modos de agir de acordo com a Teoria da Ação Comunicativa.

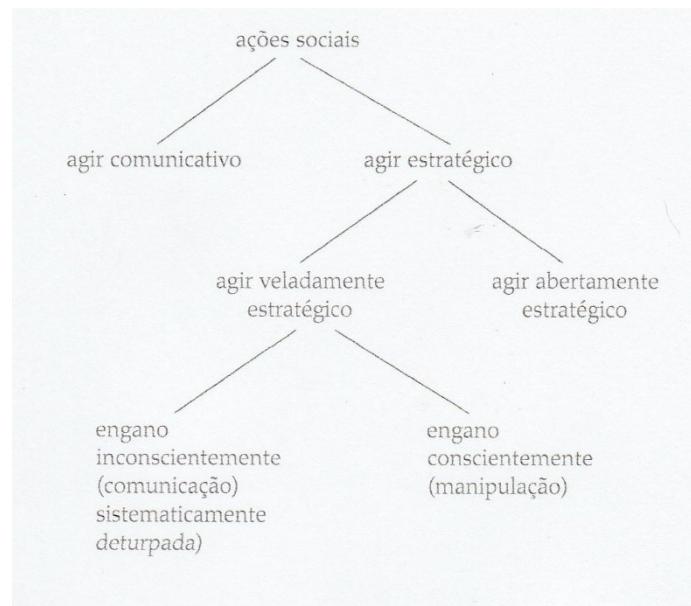


Figura 5 - Modos de agir de acordo com a Teoria da Ação Comunicativa

No trabalho das políticas e da produção em saúde é preciso acreditar na possibilidade de ações de mudança, e no âmbito da gestão, abrir espaços para uma nova racionalidade que favoreça a reconstrução da esfera pública e da própria sociedade através da ação comunicativa.

Nessa perspectiva, nos processos de gestão em saúde, existem espaços em que uma ação comunicativa ao ser desenvolvida sistematicamente é capaz de contribuir para a solução dos problemas, fortalecendo o protagonismo dos sujeitos e o caráter emancipatório da ação.

### 3.2 Os atos de Fala e Ação Comunicativa

A Teoria do Agir Comunicativo se insere no campo da filosofia da linguagem, em uma perspectiva pragmática baseada, em grande parte, na teoria dos atos de fala de Austin (1962) e Searle (1976). Esses autores questionam a visão representacional e passiva da linguagem, restrita à nomeação de objetos de um mundo ontológico, e propõem uma visão pragmática, segundo a qual os atos de fala

são formas de ação que criam novas realidades no mundo, por exemplo, as declarações, as afirmações, as petições e os compromissos, dentre outros. Nessa compreensão, as organizações podem corresponder a uma petição externa ou demanda social que internamente se configura em uma rede predominante de petições e compromissos, apoiada nas afirmações e declarações (HABERMAS, 2002, 2012a).

Atos de fala, diferentemente de uma conversa informal, em geral correspondem a formas de compromisso social, à medida que os sujeitos que proferem esses atos se obrigam a determinados compromissos. Por outro lado, quem faz afirmações se obriga a apresentar evidências ou testemunhas que avalizem a descrição de situações de fatos (SEARLE, 1976). Para Austin (1965), o ato de fala é um proferimento linguístico realizado.

Quando um sujeito fala não apenas descreve a realidade pura e simplesmente, ele gera realidade. A concepção de linguagem como ação supera a visão de que ela seria algo passivo, descriptivo, na qual a realidade viria primeiro e a linguagem serviria para descrevê-la (LIMA e RIVERA, 2009).

Echeverria (1997), considerando Austin (1965), classificou os proferimentos em três enunciados de fala: as afirmações, as declarações e as promessas.

Afirmações são descrições da realidade, são proposições acerca das observações feitas por alguém sobre algo do mundo objetivo. Exemplo: essa caneta é vermelha. Declarações são diferentes de afirmações porque não falam sobre o mundo, geram um novo mundo. Exemplo: um Juiz diz — é inocente; um gerente diz — você está despedido. Eles não falam sobre o que se passa no mundo e sim geram uma nova realidade. As promessas implicam um compromisso manifesto, mútuo. Esse compromisso constitutivo de uma promessa não é apenas um compromisso individual, mas também social. A realização desses três atos de fala apresenta relação com as pretensões de validade (pleitos, solicitações, reclamações por um direito) levantadas por um sujeito em comunicação com outros. Quando é feita uma afirmação, quem fala se compromete com a validez do que foi dito. Quando é feita uma declaração, o declarante se compromete com a validez do que foi declarado. Quando alguém faz uma promessa compromete-se com a sinceridade do prometido e com a competência para cumpri-lo (ECHEVERRIA, 1997; LIMA E RIVERA, 2009).

São as declarações e as promessas que permitem que surjam novas realidades, e esse tipo de ação é o modo pelo qual se faz possível a resolução de problemas coletivos. “No mundo de hoje não é possível viver na completa autossuficiência. Somos dependentes uns dos outros. Temos que aprender, portanto, a colaborar com os outros, a apoiarmos mutuamente, a coordenar ações juntos” (ECHEVERRIA, 1997, p. 237).

Nos espaços de comunicação em que ocorrem os processos de gestão de uma rede não transitam apenas informações, mas sim atos de fala que comprometem aqueles que os efetuam frente a si mesmos e a outros. Pedidos e compromissos, ofertas e promessas, assentimentos e recusas, consultas e resoluções se entrecruzam e se modificam de forma recorrente na rede (LIMA e RIVERA, 2009).

Numa perspectiva de rede, o trabalho dos gestores consiste não apenas em tomar decisões e resolver problemas de modo solitário, mas, sobretudo, em incentivar e manter a rede de comunicação em que são trocados os compromissos. Conforme a Teoria dos Atos de Fala, a comunicação é ação.

A integração em sistemas de serviços de saúde depende da qualidade dos processos de gestão (coordenar está implícito), e que, por sua vez, dependem dos processos de comunicação instaurados entre pessoas. Falhas nos processos de gestão de redes podem ser devido a deficiências dos processos de comunicação, portanto, práticas baseadas no agir comunicativo podem contribuir para a efetividade do trabalho em rede.

Em relação à gestão em saúde, Campos (2003), Artmann e Rivera (2006), Schraiber (2008) e Teixeira (2003) destacam a importância que assume a comunicação no desenvolvimento de cuidados de saúde de natureza mais integral.

No planejamento em saúde, autores, entre os quais Testa (1987), atribuem à comunicação, com base em Habermas, a função de produzir consenso e sustentam que o plano só tem sentido à medida que proporciona uma linguagem e uma estrutura comunicativa, na qual o povo debate sua história e seu futuro. Para Matus (2005), o plano é uma aposta argumentativa, é um conjunto de atos de fala ou de módulos comunicacionais, em que cada ato de fala comporta critérios de validação característicos, que devem ser considerados nos processos argumentativos que visam ao resgate de pretensões específicas. Assim, para Rivera (2003), a visão comunicativa ao planejamento acrescenta a negociação cooperativa e o diálogo.

O enfoque Habermasiano representa uma proposta profícua para se entender como os agentes sociais coordenam a ação e se organizam como sociedade. A coordenação, enquanto fenômeno linguístico, corresponde ao reconhecimento feito por Habermas de uma forma de ação social, o agir comunicativo, que representa uma alternativa ao agir instrumental ou estratégico, e que permitiria a coordenação de agentes sociais através do entendimento linguisticamente mediado. A linguagem como um conjunto de atos de fala que opera como pretensões de validade, ou proferimentos que podem ser aceitos ou não. O agir comunicativo seria uma forma de produção linguística de consensos naturais (acríticos) ou argumentativos (discursivos) sobre pretensões. Diferentemente, a coordenação da ação de mais de um agente, viabilizada pelo agir estratégico, ocorre com base em seus interesses particulares, condicionada pelas esferas do poder e do mercado, e, ainda que ancorada em atos de fala, utilizando argumentos empíricos e coercitivos, não seria uma coordenação baseada no entendimento (RIVERA e ARTMANN, 2010).

Para Lima e Rivera (2009), esse conceito de coordenação da ação de natureza comunicativa se revela um instrumento poderoso para a compreensão da lógica da coordenação de serviços de saúde, na perspectiva de sistemas integrados. E, no entendimento de Peduzzi (2007), a partir de Habermas, a equipe deve assumir a feição de uma equipe-interação, articulada pela comunicação, com um nível de reconhecimento expressivo entre os participantes, e com a possibilidade de refletir e definir um projeto assistencial comum.

O acolhimento, como tecnologia do cuidado também objetiva a distribuição do usuário pelos vários pontos de atenção, pois, à medida que os saberes são insuficientes há a necessidade de equipes e de uma interconexão entre os serviços. Assim, o acolhimento não se refere apenas à relação profissional-usuário, mas se refere ao acolhimento entre profissionais e serviços, e engloba a dinâmica de vínculos dialógicos entre profissionais e instâncias diferentes, mas interdependentes.

Para Artmann e Rivera (2006), ao discutirem a política de humanização (vínculo e acolhimento) na sua relação com a cultura da comunicação, esta é considerada premissa do sucesso dessa política; uma cultura que preze o trabalho em equipes e redes solidárias, e um modelo que dê conta da articulação entre os diferentes saberes em pauta. Enfoques e modelos de gestão comunicativa seriam capazes de reforçar coletivos participativos, em que se problematize a qualidade do

atendimento à saúde; contribuem para uma sólida vinculação entre políticas e práticas de saúde e o agir comunicativo.

Assim, para Fleury e Ouverney (2007) há necessidade de um consenso comunicativo para a ação coordenada e interdependente dos serviços. As redes se caracterizam como sistemas não hierárquicos, essencialmente cooperativos, intensivos em informação e comunicação, em que se destaca a permanente busca pelo reconhecimento do outro. Pelo fato de que para Habermas as comunicações que os sujeitos estabelecem entre si, em todas as interações sociais, são mediadas por atos de fala, destacam-se três modos de avaliação sobre as interações sociais, conforme Gonçalves (1999).

Em primeiro lugar, as pessoas, ao interagirem, coordenam suas ações, e do conhecimento que elas partilham do mundo objetivo depende o sucesso ou o insucesso de suas ações conjuntas, sendo que a violação das regras técnicas conduz ao fracasso. Em segundo lugar, as pessoas interagem orientando-se segundo normas sociais que já existiam previamente ou que são produzidas durante a interação, as quais definem expectativas recíprocas de comportamento, sobre as quais todos os participantes têm conhecimento. Esse tipo de ação, não é avaliado pelo seu êxito, mas pelo reconhecimento intersubjetivo e pelo consenso valorativo, sendo que sua violação gera sanções. E, por último, em todas as interações as pessoas revelam algo de suas vivências, intenções, necessidades, de seus temores etc., de tal modo que deixam transparecer sua interioridade. Embora, em maior ou menor grau, essas pessoas possam controlar as manifestações de suas vivências subjetivas, das suas ações é possível tirar conclusões a respeito da sua veracidade.

No que diz respeito tanto à coordenação de ações quanto às avaliações éticas e às manifestações subjetivas, a linguagem ocupa papel fundamental. A legitimação dos valores (verdade, correção normativa e veracidade) que toda a ação comunicativa pressupõe não é alcançada por uma racionalidade meio-fins, mas somente pela argumentação em função de princípios reconhecidos e validados pelo grupo (GONÇALVES, 1999).

O Discurso é para Habermas a situação linguística ideal, referindo-se a uma das formas da comunicação ou da “fala”, que tem por objetivo fundamentar as pretensões de validade das opiniões e normas em que se baseia implicitamente a outra forma de comunicação ou “fala”, que denomina de “agir comunicativo” ou “interação”. O discurso teórico ou prático, conforme se refira a pretensões de

validade de opiniões ou de normas sociais – no sentido que lhe dá Habermas possui um aspecto intersubjetivo, que serve para determiná-lo como caso específico da fundamentação de pretensões de validade problematizadas (ALMEIDA, 1989).

Para Freitag e Rouanet (1980), considerando que um modelo de comunicação ideal se constitui na utopia de um processo de comunicação e remete a uma ordem social ainda não existente, a situação linguística ideal só seria perfeita se existissem condições ideais de realização. Contudo, ainda assim devem ser pressupostas como reais para que se efetive qualquer comunicação que possa fornecer os elementos para uma crítica das formas concretas de interação e discurso, constituindo-se em uma antecipação dessas (GONÇALVES, 1999).

Desse modo, considera-se a Teoria da Ação Comunicativa um importante referencial de fundamentação teórica para analisar processos de gestão em saúde, em especial de redes de atenção psicossocial. Isso, considerando-se as vivências de situações em que os atores se deparam no cotidiano, que não raramente se transformam em litígio, e necessitam de processos de gestão de redes que fomentem o agir comunicativo, como facilitador da coordenação de ações em prol da democracia e do diálogo. Essas situações, vividas nos espaços de comunicação, requerem decisões por consenso: assembleias, reuniões de equipe, colegiados gestores, grupos condutores, entre outros.

O produto desses espaços de comunicação como um projeto terapêutico ou um plano de ação pode ser avaliado como um tipo de consenso fundado, o qual foi descrito por Habermas (2012a) para designar o processo de entendimento mútuo entre os homens.

Para Fiorati (2013), projetos terapêuticos, em especial na área de saúde mental, são processos de consenso normativo, construídos coletivamente por trabalhadores de saúde, usuários e familiares, que pretendem estabelecer algumas normas de atuação frente a outros homens e a outras mulheres acometidos por um sofrimento psíquico. Essas situações dialógicas necessitam que indivíduos atuem no papel de sujeitos agenciadores desse projeto/plano. Para Campos (2000), faz-se necessária à constituição de coletivos humanos democraticamente organizados e com a produção e o fortalecimento das subjetividades. Contudo, nesses processos possivelmente podem ser encontrados obstáculos e/ou potenciais emancipatórios, os quais precisam ser analisados de modo crítico. Acredita-se que a Teoria da Ação

comunicativa apresenta categorias analíticas que servem para a avaliação em saúde, como já apontado em outros estudos (MÜLLER NETO & ARTMANN, 2012).

Para Melo (2005), a adoção da Teoria da Ação Comunicativa é útil, pois permite incorporar as críticas às práticas de saúde, sem abrir mão do atendimento de legítimas necessidades dos cidadãos. Desse modo, fundamentando-se na Teoria da Ação Comunicativa de Habermas, pretende-se explorar as questões relativas aos processos de trabalho da gestão de uma rede de atenção psicossocial, como constitutivos de interações sociais no âmbito da esfera pública, mediados por ações comunicativas dialética e historicamente construídas. Na análise do material empírico procurou-se identificar os atos de fala, de acordo com os enunciados de afirmações, declarações e promessas ou compromissos, e buscar aproximações com ações estratégicas ou instrumentais, e ações comunicativas enquanto categorias de análise do estudo.

### **3.3 O Caminho Metodológico**

#### **3.3.1 Características do Estudo**

Trata-se de um estudo de avaliação qualitativa em saúde mental, de fundamentação teórica e metodológica com base na Análise Hermenêutica e Dialética e na Teoria da Ação Comunicativa de Jürgen Habermas (1988; 2012), considerando a visão da pesquisadora sobre o caráter material dos processos de trabalho da gestão em saúde, a partir da práxis dos sujeitos histórica e dialeticamente constituídos.

Os referenciais metodológicos se apoiam na pesquisa qualitativa em saúde a partir da perspectiva de Denzin e Lincoln (1994), na qual o investigador constrói sua própria investigação, com reflexividade, e como um instrumento de reflexão e não de precisão. E, sendo reflexivo, se relaciona intimamente com o tema, os sujeitos e o mundo social da investigação. Como diz De La Cuesta (2006), na pesquisa qualitativa não se trata de comprovar ou não uma hipótese, ou de que se tenha razão ou não, e sim de compreender um fenômeno experimentado ou vivido por determinadas pessoas.

No caso de uma pesquisa avaliativa, esta se apoia na importância da avaliação em saúde como modo de ajudar na tomada de decisões, num processo que permita fazer um julgamento a respeito de uma ação ou intervenção (CONTANDRIOPoulos, 2000; TANAKA, MELO, 2001).

Para Gadamer (2008), a hermenêutica pode contribuir com esta discussão já que atribui à linguagem a característica eminentemente humana de se chegar a tal juízo, através das mediações possíveis que vão acontecer no mundo de compartilhamentos da experiência humana. Isto é, o juízo de valor é presumido a partir da experiência própria que o intérprete estabelece com o que pretende interpretar.

Não se trata de confiar o entendimento a uma metodologia, conforme a ciência moderna acostumou-se a fazer, mas identificar os elementos que participam das relações que produzem determinado valor para determinado sujeito, em um contexto também determinado. Assim, o resultado que se pretende com a hermenêutica não visa uma verdade absoluta, mas uma aproximação da realidade. O valor da avaliação, ou, na concepção hermenêutica, a validade do conhecimento que surge está colocada sobre a relação que o intérprete estabelece com a coisa – seu objeto de análise – partindo de seus conhecimentos prévios em um movimento dialético com o enunciado por este objeto (GADAMER, 2008).

De acordo com essa concepção busca-se questionar os sujeitos participantes do processo de trabalho acerca do tema investigado, e as possíveis respostas são colocadas em suspensão de sentido, para que o novo, ou o juízo, possa ser emitido, tendo-o sempre como uma aproximação que ocorre em um tempo e espaço determinados, e podendo ser “re-questionado” sempre.

Para Ayres (2008), a avaliação em saúde deve enfocar a dimensão prática do cotidiano, ou seja, as relações microscópicas e não macroscópicas no acontecer do fazer saúde. Para esse autor, avaliar segundo a hermenêutica é considerar que a linguagem é diálogo. Trata-se de um modo de participar do mundo vivido; a essência do diálogo está na dialética da pergunta e resposta; e a verdade seria alcançada por meio da fusão de horizontes. Para tanto, é preciso recorrer ao conceito de aplicação hermenêutica que, segundo o autor, é o próprio tema da conversa que acontece.

A filosofia hermenêutica dialética de Jürgen Habermas é apoiada na interpretação e na compreensão das construções discursivas e concepções dos

autores-sujeitos da pesquisa, e não uma análise apenas apoiada na descrição de fatos e explicação de fenômenos (HABERMAS, 1987; 1988; 2012).

### **3.3.2 Local do Estudo**

O local escolhido intencionalmente foi o município de São Lourenço do Sul, por ter sido local de estudos anteriores na área de saúde mental no estado do Rio Grande do Sul, como nas pesquisas sobre CAPS e sobre Redes de Saúde Mental, no Sul do Brasil (KANTORSKI, 2010) e a pesquisa intitulada “Desinstitucionalização em Saúde Mental: a experiência de São Lourenço do Sul-RS” (WETZEL e ALMEIDA, 2001).

Constitui-se em um dos importantes palcos históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, tendo sido o município a implantar o primeiro Centro de Atenção Psicossocial do Rio Grande do Sul e potencializar os movimentos da Luta Antimanicomial, com a criação do Mental-Tchê, desde 2005. Também é considerado um “município escola”, é campo de formação, pós-graduação e Educação Permanente em Saúde, incluindo um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva e outro de Residência Médica em Psiquiatria.

Contudo, a principal razão que fundamenta esta escolha é do fato deste município possuir uma Rede de Atenção Psicossocial - RAPS com a maior cobertura populacional de pontos de atenção, de acordo com a Portaria 3.088 de dezembro de 2011, entre os municípios da região sul; contempla ações em todos os componentes da RAPS e possui um Grupo Condutor Local da RAPS, com experiência em gestão colegiada através do Colegiado Gestor da Saúde Mental desde 2009. Ao longo do texto, quando se faz referência a esta instância, optou-se por utilizar a expressão Colegiado Gestor/Grupo Condutor Local, ou simplesmente colegiado, quando expressado pelos sujeitos.

### **3.3.3 Sujeitos do Estudo**

Os sujeitos do estudo foram os participantes das reuniões do Colegiado Gestor/Grupo Condutor, durante o período de coleta de dados, entre maio a setembro de 2015.

Os critérios de inclusão dos sujeitos na pesquisa foram: aceitar o convite para participar da pesquisa, assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e ter participado de, no mínimo, uma reunião do Colegiado Gestor/Grupo Condutor Local, considerando-se a complementaridade dos métodos de coleta, e garantindo que os entrevistados também tenham sido sujeitos nas falas das observações participantes nas reuniões do Colegiado Gestor/Grupo Condutor Local.

Os critérios de exclusão foram o não aceite do convite para participar da pesquisa, e não ter participado de nenhuma reunião do Colegiado Gestor/Grupo Condutor Local durante o período da coleta de dados.

A seguir identifica-se o perfil dos 19 sujeitos entrevistados:

Características	Descrições
<b>Gênero</b>	13 mulheres e 06 homens
<b>Idade</b>	04 de 21-30 anos; 07 de 31-40; 03 de 41-50 e 05 de 51-60
<b>Setor ou Ponto de Atenção</b>	02 CAPSad III, 02 CAPSI, 03 CAPSi, 01 Coordenação Atenção Básica, 01 Coordenação EPS, 01 Coordenação Saúde Mental, 01 Secretaria da Educação, 01 Gestão Municipal de Saúde, 01 Hospital Geral, 02 NASF; 02 Redução de Danos; 02 Residência Integrada em Saúde-RIS (multiprofissional)
<b>Sujeito</b>	08 Gestores, 08 Trabalhadores, 02 Outros (alunos RIS), 01 Outros (Educação)
<b>Formação</b>	05 Enfermeiro (as), 04 Psicólogos (as), 02 Educadores Físicos, 02 Médicos (as), 02 Assistentes Sociais, 01 Pedagoga, 01 Fisioterapeuta, 01 Terapeuta Ocupacional, e 01 Psicóloga e Pedagoga
<b>Tempo de Formação</b>	01 de 01-05 anos, 10 de 06-10, 01 de 16-20, 02 de 21-25, 04 de 26-30, e 01 acima de 30

Em relação ao Pós-Graduação foram encontrados os cursos a seguir listados:

Pós-Graduação		Área da Saúde ou Saúde Mental	Outras Áreas
<b>Latu Sensu</b>	<b>Especialização</b>	01 Acupuntura; 04 Atenção Psicossocial (UFPel); 01 Álcool e Drogas (PUC); 01 Preceptoria (UFRGS); 03 Estratégia Saúde da Família (FURG); 01 Estratégia Saúde da Família (Educar Brasil); 01 Práticas Pedagógicas em Serviços de Saúde (UFRGS); 01 Gestão em Saúde (UFRGS); 01 Gestão em Saúde (UFSM); 01 Gestão em Saúde incompleta (UFRGS); 01 Psicologia Clínica (UFSM); 01 Rede Multicêntrica (MS)	01 Educação Especial (UCPel); 01 Psicomotricidade (URCAMP); 01 Jogos (FMUDES);
	<b>Residência</b>	01 Medicina Preventiva (UFPel); 01 Pediatria (UFPel); 02 RIS incompleta (ESP/RS); 02 Saúde Mental Coletiva (UFRGS); 01 Saúde Mental Coletiva incompleta (UFRGS); 02 Saúde Mental incompleta (UFSM)	
<b>Stricto Sensu</b>	<b>Mestrado</b>	02 Mestrados em Ciências (UFPel)	

Os sujeitos são, em sua maioria, mulheres, na faixa etária entre 21-60 anos. O tempo de formação se refere ao tempo decorrido após a sua graduação ou formação em curso de nível superior, e 10 (52%) possuem entre 6-10 anos. Os outros nove (48%) dividem-se em: um com menos de cinco anos e oito com mais de 16 anos. Possui graduação um maior número de enfermeiros (cinco) e psicólogos (quatro), mas os outros 10 sujeitos se dividem em diversas profissões, apontando o caráter multidisciplinar do perfil desses sujeitos. Em relação ao Pós-Graduação há um número de cursos maior que o número de sujeitos (19), porque todos possuem, pelo menos, um ou dois cursos de Pós-graduação em áreas afins com a área de atuação.

Considera-se relevante a diversidade desses sujeitos que incluem desde os profissionais com menos tempo de formação até àqueles com vários anos, além do elevado nível de qualificação profissional em diversos cursos de pós-graduação, incluindo Mestrado. A maioria dos cursos é de universidades públicas da região sul

ou da capital do Estado, próximas ao município de São Lourenço do Sul. Esse fato demonstra a relevância e o aproveitamento das Ações de EPS promovidas pelo Ministério da Saúde, juntamente com o Ministério da Educação, a partir de 2004, quando foi estabelecida a Política de EPS para fortalecimento e desenvolvimento dos recursos humanos no SUS.

### **3.3.4 Coleta de Dados**

A primeira fase foi de contato inicial com o cotidiano do campo ou local de estudo, e incluiu a solicitação da autorização do gestor municipal e da coordenação de saúde mental, seguido da apresentação do projeto em uma reunião do Colegiado Gestor/Grupo Condutor Local. A partir daquele momento foram identificados os possíveis sujeitos da pesquisa, os quais foram convidados a fazer parte da pesquisa, sendo esclarecidos sobre os métodos de coleta através das entrevistas individuais semiestruturadas e a participação nas próximas reuniões do Colegiado Gestor/Grupo Condutor Local.

Na segunda fase, após as devidas autorizações dos participantes, iniciou-se a coleta de dados propriamente dita, através das observações participantes e entrevistas individuais semiestruturadas.

As observações participantes foram realizadas, registradas e orientadas segundo o roteiro (Apêndice C). Os dados foram coletados no período de maio a setembro de 2015, com intervalos quinzenais. Incluíram a participação em oito reuniões do Colegiado Gestor/Grupo Condutor Local, com duração de duas a três horas cada, somando um total de 20 horas de observações. Somando-se os diferentes participantes de todas as observações estiverem presentes 43 participantes nas observações, sendo que, em média, cada reunião contou com 14 participantes (oito-20). Do total de participantes, 11 são gestores, 20 trabalhadores, 12 outros, classificados do seguinte modo:

- Gestores: um Prefeito, um Secretário Municipal de Saúde, uma Secretária Municipal de Saúde Adjunta, uma Coordenadora municipal de saúde mental, três Coordenadores de CAPS, uma Coordenadora da Unidade de Saúde Mental do Hospital Geral, duas Coordenadoras da Atenção Básica, um Coordenador da Educação Permanente em Saúde;

- Trabalhadores: sete trabalhadores de CAPS, dois da Redução de Danos, um da Oficina de Geração de Renda, quatro do Hospital Geral, quatro NASF, e dois da gestão administrativa;
- Representantes de outros setores: Justiça (uma Juíza), Segurança Pública (um Policial Civil), Educação (um representante da Secretaria da Municipal de Educação), nove Alunos (dois de graduação, três da Residência Multiprofissional e quatro do Percurso Formativo<sup>5</sup>).

Os registros dos dados das observações de campo se constituíram no registro dos relatos escritos feitos pela pesquisadora, dos proferimentos de fala de cada participante, sem uso de gravador.

Com base em Queiroz, *et al.*, (2007), a observação participante consistiu na inserção do pesquisador no grupo observado, interagindo com os sujeitos por um período de cerca de cinco meses. Iniciou-se pela etapa de aproximação com o grupo social, em estudo, partilhando seu cotidiano de reuniões do Colegiado Gestor/Grupo Condutor Local. Em complemento, na busca de uma visão de conjunto do objeto do estudo, incluíram-se notas de campo sobre documentos (planos, protocolos, livros, monografias, etc.) com reconstituição da história local e reconhecimento das estruturas.

As entrevistas individuais semiestruturadas foram realizadas tanto no local de trabalho como em outros espaços, conforme a preferência e a disponibilidade do entrevistado, assegurando-se o anonimato e uma ambiência o mais confortável possível. Utilizou-se um roteiro com dados de identificação e questões temáticas abertas, ou disparadoras. Questões estas que inicialmente se dividiam em três temas, e que na primeira entrevista suscitararam a inclusão de mais um, conforme apresentadas no Apêndice D. Foram gravadas e posteriormente transcritas com o auxílio do Software F4. Ao todo foram entrevistados 19 participantes, do total de 44 participantes diferentes entre as oito reuniões do Colegiado Gestor/Grupo Condutor

---

<sup>5</sup> Projetos de Percursos Formativos na RAPS – proposta de intercâmbio financiada pelo Ministério da Saúde em duas modalidades de formação: rede em formação ou rede preceptor. Cada módulo de formação é composto por uma rede preceptor e cinco redes em formação. Intercâmbio, para profissionais de nível médio e superior da RAPS, com a proposta de troca de experiência e ampliação das possibilidades de intervenção do profissional a partir da convivência com outras realidades, além da realização, por parte da rede preceptor, de oficinas de atualização para as redes em formação (SILVA, 2015).

Local, nas quais houve observação participante. As 19 entrevistas somaram um total de cerca 10 horas, variando o tempo de duração de 13 minutos a uma hora e vinte minutos. Em média, as entrevistas duraram 30 minutos.

Ainda que todos os participantes tenham sido convidados, com renovação do convite a cada reunião, para fazerem parte da pesquisa, tornou-se possível, em função da disponibilidade de tempo e interesses manifestados, a realização de 19 entrevistas, com o seguinte perfil, conforme classificação dos participantes:

- oito gestores: um Secretário Municipal de saúde, uma Coordenadora Municipal de Saúde Mental, três Coordenadores de CAPS, uma Coordenadora da Unidade de Saúde Mental do Hospital Geral, uma Coordenadora da Atenção Básica, um Coordenador da Educação Permanente em Saúde;
- oito trabalhadores: quatro trabalhadores de CAPS, dois da Redução de Danos, dois NASF;
- três representantes de outros setores: um representante da Secretaria Municipal de Educação, dois residentes da Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva.

O anonimato dos sujeitos lhes foi garantido pela utilização de identificação dos participantes nas observações e dos sujeitos entrevistados da seguinte forma: E (entrevista), O (Observação) seguido de identificação numérica, conforme o número de sequência da entrevista ou da observação. Exemplos: E1... E19; O1... O8. No caso das observações foi identificado o falante, como um entrevistado ou um participante (não entrevistado), sendo utilizado P1... P25, acrescido do perfil do participante, conforme classificação.

Desse modo, a fala de um diálogo de observação, quando referenciada no estudo, foi identificada conforme o exemplo a seguir:

- P2G: fala de um participante gestor;
- E3T: fala de um trabalhador que foi o terceiro entrevistado;
- P12O: fala de participante, de outro setor.

Outras pessoas citadas nas falas foram identificadas apenas, como gestor X, trabalhador X, usuário X, e outros X, em relação ao tempo histórico do proferimento.

Os perfis dos participantes foram mais bem detalhados na apresentação dos resultados, considerando-se sua importância para a análise hermenêutica e dialética.

Informa-se que, além dos registros das entrevistas e das observações, também foram redigidas notas de campo, classificadas em: metodológicas, descritivas e analíticas, sobre as entrevistas, as observações e as leituras complementares.

Todos os arquivos das entrevistas, observações e notas de campo foram armazenados no Software Ethnograph V6, para organização, codificação e facilitação da análise.

De acordo com os preceitos éticos, todo o material impresso e digitalizado será guardado por cinco anos e depois destruído, conforme exigências da Resolução n. 466/2012.

### **3.3.5 Análise de Dados e o uso do Software Ethnograph V6**

Os caminhos da metodologia de análise das informações tiveram como base referências de análise a hermenêutica dialética.

Para Minayo (2007), essa metodologia é capaz de levar o investigador a compreensão, a partir de um entendimento dos fatos, que considera as liberdades e as forças de cada um, as necessidades e a consciência histórica do todo e das partes, sendo o pensamento balizado por empatia e intencionalidade. E, ao mesmo tempo, estranhar e criticar, percebendo processos, mudanças, contradições, movimentos e transformações da realidade estudada.

A abordagem hermenêutica que comprehende e valoriza as homogeneidades e os consensos, faz o contraponto com a dialética que inclui o caráter contraditório, conflitivo e totalizante de qualquer fenômeno ou relação social, também no campo da saúde (MINAYO, 2007, p. 391).

Para Gadamer, em verdade e método, traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica, quando se pretende compreender algo, sempre se

compreende de modo diferente, por isso a hermenêutica é produtiva (GADAMER, 1999).

É importante que os sujeitos partilhem decisões, apropriem-se dos passos da avaliação e as decisões sejam honradas por uma interpretação hermenêutica e uma compreensão dialética, que buscam trabalhar os conflitos e produzir consensos possíveis (RICOUER, 2009).

Stein (1987) defende a possibilidade de uma conjunção da hermenêutica com a dialética como método apropriado para a compreensão do real, em uma espécie de síntese contributiva da reflexão filosófica para as ciências humanas.

O ponto de encontro está na estrutura polar da reflexão, a qual tem como propriedade ser em si enquanto se relaciona com o outro; produzir identidade justamente pela oposição, [assim], apenas a reflexão crítica acentua a diferença, o contraste, e a reflexão hermenêutica acentua a identidade (STEIN, 1987, p. 102-103).

A análise dos dados foi realizada a partir da aproximação da abordagem hermenêutica-dialética que traz a ideia das condições históricas de qualquer manifestação simbólica, de linguagem e trabalho do pensamento; ambas partem do princípio de que não há observador imparcial, ou seja, considera o investigador parte da realidade que investiga e a práxis, marcada pela tradição, pelo poder, pelos interesses e pelas limitações do desenvolvimento histórico. A hermenêutica-dialética busca apreender a prática social empírica dos indivíduos em sociedade, em seu movimento contraditório (MINAYO, 2005).

Apoiando-se nos referenciais de Gadamer (1999) e Habermas (1987; 1988), e mesmo reconhecendo os limites ou dificuldades da metodologia de análise hermenêutica-dialética em estabelecer um método único, neste estudo foram adotados os seguintes passos de análise, com o apoio de um roteiro básico (Apêndice E) que orientou a síntese para a apresentação dos resultados:

Passo 1: contato inicial com os dados, pela escuta e transcrição das entrevistas gravadas, com apoio do Software F4<sup>6</sup>; digitação e leitura dos registros das observações e das notas de campo, de modo a apreender o “todo” do material produzido pela coleta.

---

<sup>6</sup> Software de Transcrição

Passo 2: exploração minuciosa do material produzido, começando pela análise do material armazenado, organizado e codificado através do Software Ethnograph V6, com base em Seidel e Kelle (1995), utilizado do seguinte modo:

- a) Inicialmente, foi necessário formatar os arquivos das entrevistas e das observações no padrão solicitado pelo programa, que incluiu identificar os falantes, que são, no mínimo, dois. Espaçamento simples entre as linhas de cada fala e uma linha vazia entre as falas dos diferentes falantes. Neste caso as entrevistas tiveram dois falantes, a pesquisadora e a pessoa entrevistada. Nas observações houve vários e diferentes falantes.
  - b) Após a inserção de todos os arquivos no programa, começou o processo de codificação, linha por linha de cada entrevista e de cada observação. Códigos são como etiquetas ou lembretes que representam informações significativas ou unidades de significado, ou o que captura a essência dos dados. Codificar não é analisar, é identificar sobre o que é o dado. A unidade de significado pode ser uma palavra, uma frase, uma oração ou um parágrafo completo. Os códigos ajudam a recuperar a unidade de significado, permitem juntar, vincular informações que têm relação entre si. As unidades de significado podem ser codificadas de acordo com diversas dimensões do estudo em relação aos sujeitos: Condicionantes ou causa; Consequências, como o que ocorreu em função de algo; Ações específicas, o que disse, o que fez; Experiências ou Práticas; Percepções, Sentimentos, Opiniões (eu acho que...); Significados (conceitos, normas valores ou regras que guiam as ações); Símbolos (nomes que as pessoas usam para nomear algo); Contexto (onde, quando, quem fala, quem participa da ação). Neste estudo enfocou-se: o Contexto, Percepções, Significados, Experiências, Práticas e Ações.
- De acordo com o referencial teórico-metodológico foram considerados para codificação os atos de fala, do tipo afirmação, declaração e promessa.
- c) Realizada a primeira codificação, iniciou-se um processo analítico de agrupamento de temas ou categorias empíricas, refazendo a codificação e os agrupamentos temáticos, até ser possível compor uma árvore de códigos. Paralelamente, o programa permite o armazenamento de notas de

campo, relativas a cada entrevista ou observação, e das leituras e informações complementares. Utilizaram-se, basicamente, notas descritivas, analíticas ou interpretativas, metodológicas e teóricas. Também se utilizou o recurso do programa para identificação do perfil dos sujeitos, em relação ao seu papel ou função atual — gestores, trabalhadores e de outros setores; e em relação ao local de atuação, idade, sexo, tempo de formação, graduação e pós-graduação.

- d) Armazenados os dados e feita a codificação, o Software Ethnograph V6 permite através da busca de determinado código ou categoria temática, a localização de cada unidade de significado (falas) codificada em todas os arquivos inseridos, neste caso, as entrevistas e observações. Também facilita o acesso às notas de campo utilizadas na análise e discussões dos resultados e organiza as informações sobre o perfil dos sujeitos das entrevistas. Exemplificando, pode-se buscar o código “apoio matricial” e o programa identificará todas as linhas de fala onde se encontra esse código, em cada entrevista ou observação, quem falou e qual o perfil do falante. Isso facilita a análise conforme referencial teórico, sobre os tipos de fala e as categorias analíticas, e principalmente o referencial metodológico hermenêutico e dialético, que necessita de várias incursões de interpretação, considerando quem, quando e onde fala, seguido de busca pelo contraditório, pelo contraste das diferentes visões sobre o proferimento em questão.

Passo 3: buscou-se descrever e analisar os aspectos contextuais, incluindo a história e o momento atual do Cenário (São Lourenço do Sul, a Saúde Mental e a Rede de Atenção Psicossocial); reconhecer quem são os atores envolvidos no processo de gestão em estudo, juntamente com a descrição e análise das categorias empíricas apontadas pela codificação, como processos de gestão, permeados pelos diversos modos de comunicação, que se constituem em atos de fala, e que determinam a interpretação dos enunciados de acordo com as categorias de análise: Ações Instrumentais e Ações Comunicativas.

Passo 4: retornou-se ao campo em 08 de novembro de 2016 para realização de uma oficina de validação, em reunião do colegiado gestor, com 15 participantes,

sendo seis sujeitos do estudo, na qual foi apresentada a sistematização das informações, apoiando-se na avaliação de quarta-geração, conforme Guba e Lincoln (1989) e Meirelles (2012).

Passo 5: estabelecimento interpretativo e dialético das relações dos dados da pesquisa entre si e com os referenciais teóricos, respondendo às questões ou pressupostos, com base nos objetivos do estudo, considerando-se as inter-relações subjetivas e contextuais ao longo de todo o processo. Construção criativa, como um impulso à compreensão do objeto de estudo à construção de saberes com um potencial crítico e emancipatório. Nesse passo, diferentemente da análise anterior de sistematização e categorização, em que se desconstrói, quebra, divide, procurando ampliar o conhecimento sobre o material produzido, procurou-se uma reinterpretação para construção da síntese, considerando e integrando o conteúdo da análise em todos os seus passos e permitindo emitir a compreensão e a avaliação do objeto de estudo.

O exercício analítico da hermenêutica e dialética pode ser sintetizado em movimentos de aproximação e afastamento do pesquisador com o material empírico, de modo que, além de se reconhecer como sujeito implicado, põe-se atento à reflexividade, se reconhece como ser ativo, procurando não sobrepor sua própria interpretação e posicionamento ao que os dados dizem; exercita a interpretação e a explicação do fenômeno, sujeitas à comparação e aos contrastes das diferentes visões. Expõe e esclarece o comum e o contraditório, em determinado contexto, considerando quem fala, onde e em que tempo histórico.

Esse método também se faz hermenêutico e dialético pela possibilidade de o leitor também interpretar e criticar, produzindo seu próprio conhecimento para além das “verdades” enunciadas pelo pesquisador.

Esse percurso analítico pode ser representado pela Figura 6:

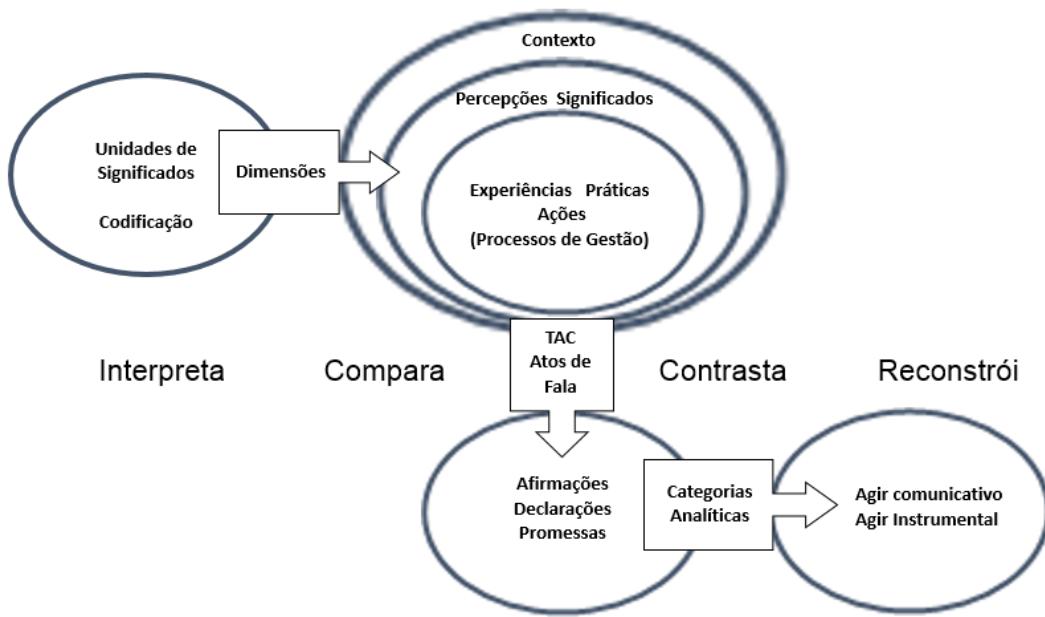


Figura 6 - Processo de Análise Hermenêutica-Dialética

### 3.3.6 Aspectos Éticos

Ao desenvolver uma pesquisa deve-se dar relevância aos seus aspectos éticos, de modo que se possa ir além do cumprimento formal das exigências acadêmicas, principalmente quando se trata de pesquisa com seres humanos na área da saúde.

Embora, muitas vezes, as pesquisas que envolvem métodos que utilizam participantes diretos, ou que tratam de questões que afetam diretamente o ser humano, em sua vida, deem maior importância aos aspectos éticos, não pode ser diferente tal preocupação quando afetam indiretamente a vida das pessoas e de um coletivo.

Deste modo, pesquisas na área de saúde coletiva, sejam da gestão, de políticas e/ou serviços, precisam também aprimorar os aspectos éticos envolvidos. Em primeiro lugar há de se considerar os conceitos e a legislação vigente sobre Bioética.

Para Goldim (2006), desde sua origem, como reconhecimento de obrigações éticas, não apenas com o ser humano, mas com todos os seres vivos, a bioética deve considerar sua relação com a ética, com a humanidade, a responsabilidade, as competências interdisciplinar e intercultural, e o senso de humanidade. Isto porque

pensar bioética é pensar de forma solidária, assumindo uma postura íntegra frente ao outro, à sociedade e à natureza. “Bioética é uma reflexão compartilhada, complexa e interdisciplinar sobre a adequação das ações que envolvem a vida e o viver” (GOLDIM, 2006, p. 7).

Atualmente, a Resolução n. 466, de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), contém as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil. Também cumpre com as revisões periódicas da Resolução n.196 de 1996, conforme a necessidade nas áreas técnico-científicas e éticas, e, sobretudo, levando em conta uma série de considerações sobre o tema que incluem desde o Código de Nuremberg, de 1947, e a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, até a Declaração sobre Bioética e Direitos Humanos, de 2004.

O Código de Nuremberg, em especial, foi um importante marco, pela definição do conjunto de princípios éticos que nenhuma pesquisa envolva seres humanos, sem que haja sua autorização explícita, e através desse mesmo código, em 1946, muitos médicos e pessoas foram julgados e considerados criminosos de guerra pelos experimentos realizados em campos de concentração nazista. Durante o Nazismo, muitas das mortes ocorreram em experiências ditas “científicas”. Médicos usavam cobaias humanas para experimentos em campos de concentração. Nessas ações, aleijaram e mataram dezenas de prisioneiros, removendo ossos, músculos e nervos para a observação de possível regeneração, além da observação da eficiência de drogas contra uma série de vírus e bactérias, e dos efeitos da baixa temperatura da água em seres humanos, com o intuito de reavivar aviadores que caíram nos oceanos. Todos os experimentos eram realizados de modo desumano e os sobreviventes eram enviados para o bloco dos inválidos e executados em seguida (RIQUELME, 2004).

Em uma aproximação com os dias atuais pode-se perceber que mesmo tendo findado o Nazismo, o mundo ainda carrega as marcas do preconceito herdado pela crença de que há seres humanos superiores e inferiores, que se estende a qualquer diferença que possa, em dado momento, colocar as pessoas em situação de desigualdade de direitos. Muitos não percebem, mas estão reproduzindo o princípio nazista ao menor comportamento racista diante das diferenças humanas de raça, cultura, sexualidade, etc.

Mais tarde, em 1948, a Declaração Universal dos Direitos Humanos apresentou novos avanços com o intuito de assegurar o princípio da dignidade da pessoa humana (BRASIL, 1948).

Já, em 2012, entre as inúmeras diretrizes e normas estabelecidas pela Resolução 466/2012, destacam-se:

- o conceito de pesquisa envolvendo seres humanos como àquela que, individual ou coletivamente, tenha como participante o ser humano, em sua totalidade ou partes dele, e o envolva de forma direta ou indireta, incluindo o manejo de seus dados, informações ou materiais biológicos;
- o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, documento no qual é explicitado o consentimento livre e esclarecido do participante e/ou de seu responsável legal, de forma escrita, deve conter todas as informações necessárias, em linguagem clara e objetiva, de fácil entendimento, para o mais completo esclarecimento sobre a pesquisa à qual se propõe a participar;
- o respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida;
- a relevância social da pesquisa, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação socio-humanitária.
- a necessidade de comunicar às autoridades competentes e aos órgãos legitimados pelo Controle Social, os resultados e/ou achados da pesquisa, sempre que estes puderem contribuir para a melhoria das condições de vida da coletividade, preservando, porém, a imagem e assegurando que os participantes da pesquisa não sejam estigmatizados;
- que pesquisas envolvendo seres humanos devem ser submetidas à apreciação do Sistema CEP/CONEP (Comitês de Ética em Pesquisa/ Comitê Nacional de Ética em Pesquisa), que ao analisar e decidir se torna corresponsável por garantir a proteção dos participantes.

- e que os CEP são colegiados interdisciplinares e independentes, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

A partir do exposto constata-se que esses aspectos foram imprescindíveis para a elaboração desta tese.

Entende-se que a possibilidade de desenvolver conhecimentos na área de avaliação em saúde é extremamente relevante para a produção de tecnologias cada vez mais eficazes para uma atenção à saúde efetiva e baseada nos direitos humanos.

Foi solicitada e obtida autorização do Gestor Municipal de Saúde (Anexo 1), por se reconhecer a importância da responsabilidade sanitária e a implicação deste como sujeito da pesquisa, permitindo o desenvolvimento da pesquisa sobre a gestão da RAPS, incluindo a participação e observação da pesquisadora nas reuniões do grupo condutor local.

Respeitando-se a regulamentação da Resolução n. 466/2012, o início da coleta de dados só ocorreu após a obtenção do Parecer nº 1.064.170 de 14/05/2015 (Anexo 2), de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, conforme designado para tal pelo Sistema CEP/CONEP.

Todos os sujeitos convidados a participarem da pesquisa foram esclarecidos, dando-lhes condições de concordarem ou não em participar. Só participaram das entrevistas aqueles que concordaram e se manifestaram mediante assinatura de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice F).

Como dizia Anne Frank, no texto inicial do seu diário: “Espero poder confiar-te tudo, como nunca o pude ainda fazer com ninguém e espero que sejas para mim um grande apoio”. Anne Frank, 12 de junho de 1942 (ROL, VERHOEVEN, 1998, p. 7).

Durante o desenvolvimento da pesquisa foi possível manter a metodologia, proposta sem nenhuma manifestação de prejuízo por algum participante.

Os resultados desta pesquisa, após a defesa e aprovação da Tese, serão divulgados aos participantes, respeitando-se os direitos autorais, o anonimato e os aspectos implicados.

*Face Imóvel*

*O MURO*

*Não possuía mais a pintura de outros tempos.*

*Era um muro ancião e tinha alma de gente.*

*Muito alto e firme, de uma mudez sombria.*

*Certas flores do chão subiam de suas bases*

*Procurando deitar raízes no seu corpo entregue ao tempo.*

*Nunca pude saber o que se escondia por detrás dele.*

*Dos meus amigos de infância, um dia ter violado tal segredo,*

*E nos contava de um enorme pomar misterioso.*

*Mas eu, eu sempre acreditei que o terreno que ficava atrás*

*do muro era um terreno abandonado!*

(BARROS, 2013, p. 19)

#### **4 O Cenário e os Sujeitos: histórias de vida e trabalho**

A partir deste capítulo apresentam-se os resultados e discussões do estudo através de falas e sínteses das informações oriundas das entrevistas e das observações participantes, que trazem a esta tessitura não a completude, mas muito da essência do material apreendido no exercício analítico de uma pesquisa social. Inicia-se pelo território, o *locus* do trabalho da pesquisa e as pessoas que, ao participarem, dão vida e sentido a toda e qualquer produção humana.

É preciso dizer da implicação histórica e pessoal desta pesquisadora com o município de São Lourenço do Sul, desde a adolescência, quando amigos Lourençianos lhe apresentaram uma cidade acolhedora, de praias lindas e um povo que gosta de trabalhar e de se divertir. Depois, durante a Faculdade, em 1987, houve o primeiro contato com Saúde Mental Comunitária, ao conhecer a experiência e o pioneirismo da Nossa Casa, como um dos primeiros CAPS do Brasil. Em 1988, a realização de um estágio na área rural, no Hospital São João da Reserva, e ao final da graduação, em 1990, o primeiro emprego na Santa Casa de São Lourenço do Sul.

Anos mais tarde, o território de São Lourenço do Sul foi palco da primeira atividade da autora na área de gestão em saúde, ao coordenar e desenvolver uma capacitação de gestores municipais, em 2001, e de muitas outras atividades na área de saúde mental e da Educação Permanente em Saúde.

Sem dúvida, um território de muitas vivências, de trabalho, de vida, de amizades e de amores. Tudo o que poderia levar a se pensar em um território já tão conhecido, tão explorado de vivências. Contudo, é justamente esta experiência de investigação que apresenta outra São Lourenço do Sul, desconhecida ou pouco desbravada, com outros sentidos, outros valores, outras cores e sons, outras falas daqueles que nela vivem e produzem o cuidado em saúde.

#### 4.1 A Pérola da Lagoa

De acordo com informações obtidas nos sites do IBGE (2016) e da Prefeitura Municipal de São Lourenço do Sul (2016), e com base em autores que se dedicaram à história desse município (BERGMAN, 1984; SILVA, 2005; HAMMES, 2010), apresenta-se a seguir um breve conjunto de informações sobre São Lourenço do Sul, que se constitui no território e cenário deste estudo.

O município de São Lourenço do Sul, conhecido como “Pérola da Lagoa”, representado na Figura 7, situa-se no centro-sul oriental do Estado do Rio Grande do Sul, às margens da Lagoa dos Patos. Limita-se, ao Norte, com o município de Cristal e parte de Camaquã; ao Sul, com Pelotas e Turuçú; a Leste, com a Lagoa e a Oeste com Canguçu. Dista cerca de 200 quilômetros da capital gaúcha, Porto Alegre, e a 60 quilômetros de Pelotas, tendo como principais acessos as rodovias BR-116 e RS-265.



Figura 7 - A Pérola da Lagoa  
Fonte: São Lourenço do Sul (2016)

A população estimada residente, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016), para o ano de 2016 é de 44.561 habitantes,

dividida, aproximadamente, entre 50% de área rural e 50% de área urbana. Administrativamente, composto por sete distritos rurais (Vila Boqueirão, Taquaral, Esperança, Harmonia, Prado Novo, Boa Vista, Faxinal) e um urbano, o distrito Sede.

O município possui um clima subtropical próprio do Rio Grande do Sul, suscetível a ventos devido a sua localização numa planície costeira ao Oceano Atlântico e a Lagoa dos Patos. As temperaturas oscilam de 0-40 graus Celsius, numa média 17-18 graus (HAMMES, 2010a).

Quanto à hidrografia destacam-se o rio Camaquã, o arroio São Lourenço que possui em torno de 34 quilômetros (com apenas 1.000 metros navegáveis), em cujas margens desenvolve-se a cidade, e a Lagoa dos Patos, um dos maiores lagos do mundo, que ao ser descoberta pelos portugueses foi nomeada de rio Grande.

A religião predominante é o Cristianismo, dividindo-se em Luterana, em torno de 50%, seguida da Católica, com 47%, além de 3% de outras religiões, entre as quais o espiritismo. Além do português, muitos habitantes falam o pomerano, ou originalmente pomerânia, como língua materna.

A vegetação, em sua maioria, é composta de plantas rasteiras (arbustos e árvores de pequeno porte) constituindo os campos. Mas a região possui matas do tipo misto, matas de galeria, coqueiros que contornam a orla da praia, além de algumas figueiras centenárias.

A vida animal do município, apesar da ação predatória do homem, ainda mantém, em algumas áreas de preservação ambiental, espécies como ratões do banhado, capivaras, lontras, jacarés, tatus, aves aquáticas, mãos peladas, gatos do mato, furões e raposas.

Os peixes de água doce encontrados na lagoa, rios e arroios mais comuns são taraíra, lambari, pintado, tainha de água doce, jundiá, linguado, peixe-rei de água doce, corvina, piava, dourado, tambicu, cascudo e outros. No verão, quando as águas da Lagoa estão baixas e são invadidas pelas águas do mar, a Lagoa fica salgada e nela encontram-se camarão, savelha e anchova, mesmo que já quase extintos pela pesca predatória no período impróprio (HAMMES, 2010a; SILVA, 2005).

A economia do município é basicamente a agropecuária, pela criação de suínos e bovinos, produção de laticínios e o cultivo do milho, feijão, soja, arroz,

batata, cebola, fumo, aspargo, pimenta, alho e amendoim. Atualmente, a maior parte das terras (95%) pertence a pequenos e médios produtores. Também são considerados relevantes a indústria do couro e, principalmente, o turismo, que conta com uma importante rede de hotéis, pousadas e restaurantes, muito explorados no período do verão devido às belas praias à beira da Lagoa com muita sombra de coqueiros, plátanos e figueiras; além do Caminho Pomerano<sup>7</sup> e das festas típicas locais.

São Lourenço do Sul, conhecida como “a terra de todas as paisagens”, é marcada por muitos eventos: as festas típicas locais, de Iemanjá e de Nossa Senhora de Navegantes, da Colheita e do Colono, do Divino no Distrito de Boqueirão, Festa de São Lourenço, a Bierfest e a Züdkorberfest; do Repente da Canção, importante evento da música nativista gaúcha e latina e do Carnaval que também são destaques.

A origem étnica do município inclui indígenas das tribos Guaranis e Tapes Araraches, comprovada por achados arqueológicos de pontas de flechas e cerâmicas pelos colonos. Somente no século XVIII chegaram os brancos portugueses do arquipélago de Açores, com suas nove ilhas, em que uma delas chamada de Santa Maria possuía localidades conhecidas como São Lourenço, o que pode ter influenciado o nome da cidade. Também alguns portugueses teriam vindo fugidos da Colônia de Sacramento, no Uruguai, após a invasão espanhola (HAMMES, 2010a).

No final do século XVIII, a coroa portuguesa distribuiu terras nas margens da Lagoa dos Patos a militares que se destacaram nas guerras contra os espanhóis, sendo Rafael Pinto Bandeira o primeiro proprietário. Eram terras muito férteis, e os açorianos, com sua vocação de agricultores, iniciaram como pequenos agricultores, e com o avanço da pecuária se transformaram em grandes latifundiários. Atualmente, os portugueses ainda desenvolvem atividades no campo como pecuaristas e arrozeiros, e na cidade como industriais, comerciantes e profissionais liberais (HAMMES, 2010a).

---

<sup>7</sup> **Caminho Pomerano** é um trecho turístico localizado no Brasil, nos moldes da Estrada Real, na região sul do país. Engloba desde a Lagoa dos Patos até as cidades em torno do município de São Lourenço do Sul (onde se localiza o Museu da Imigração Pomerana).

Nessa região também se estabeleceram descendentes de Bento Gonçalves, e sua irmã, Ana Joaquina (Donana), que possuía terras as margens do Rio Camaquã, junto com seu esposo José da Costa Santos, construiu a Estância de São Lourenço, no Boqueirão, com muitas benfeitorias, além de realizar da libertação de seus escravos e doar terras aos familiares (HAMMES, 2010a).

Os proprietários erigiram capelas em devoção aos seus santos prediletos. Em 1807, os moradores da Fazenda do Boqueirão construíram a capela de Nossa Senhora da Conceição, ao redor da qual se desenvolveu o povoado que é o berço do município. Na Fazenda de São Lourenço, situada à margem esquerda do arroio do mesmo nome, foi edificada, em 1815, uma capela em honra a São Lourenço. Em 1830, o povoado da Fazenda do Boqueirão foi elevado à Freguesia, por Dom Pedro I, sendo desmembrado da Vila de Rio Grande e incorporado à Vila de São Francisco de Paula, atual Pelotas (HAMMES, 2010a; São Lourenço do Sul, 2016).

Em 1850, o coronel José Antônio de Oliveira Guimarães doou parte das terras da fazenda para uma nova povoação, e, em 1858, firmou contrato com o prussiano Jacob Rheingantz, que deu origem à colonização alemã, predominantemente pomerânia, na região. Ainda hoje 80% das terras no interior de São Lourenço do Sul é habitada por descendentes de pomerânicos, termo correto, oriundo da região germânica da Pomerânia, que é anterior à unificação da Alemanha. Pomerânicos são eslavos que foram germanizados e falam um dialeto (baixo alemão) próprio. São evangélicos luteranos e têm como base de subsistência a agricultura. É relevante destacar que São Lourenço do Sul possui uma das raras e maiores concentrações de descendentes da cultura pomerânia no mundo (HAMMES, 2010a; SÃO LOURENÇO DO SUL, 2016).

O pequeno porto localizado na embocadura do arroio São Lourenço, que já servira à esquadra comandada por Giuseppe Garibaldi durante a Revolução Farroupilha, tornou-se um dos mais importantes portos de veleiros mercantes do sul do Brasil, contribuindo para o progresso da colônia que foi grande produtora de batata durante o século 19 e parte do século 20. A casa onde Rheingantz instalou a administração da colônia e a sua residência está preservada e integrada ao patrimônio arquitetônico do Município (HAMMES, 2010a; SÃO LOURENÇO DO SUL, 2016).

No arroio São Lourenço, o italiano Giuseppe Garibaldi, a serviço da República Rio-Grandense, improvisou o estaleiro onde foram construídos os dois

lanchões armados usados para combater a frota imperial, e empregados, mais tarde na expedição farroupilha à Laguna. Palco de muitas batalhas no século 19, devido à Revolução Farroupilha, São Lourenço do Sul abriga importantes passagens da história sobre a formação do estado do Rio Grande do Sul. A Fazenda do Sobrado, localizada nas margens da Lagoa dos Patos, e que serviu de refúgio para Giuseppe Garibaldi, além de ser usada como quartel-general por Bento Gonçalves durante as batalhas contra o Exército Imperial, é uma prova testemunhal desses fatos — acontecimentos preservados e mantidos vivos na memória da cidade (HAMMES, 2010a; São Lourenço do Sul, 2016).

Embora a Freguesia de Boqueirão tenha sido elevada à condição de vila e emancipada de Pelotas em 26/4/1884, a sede do novo município foi transferida em 15/2/1890 para São Lourenço, que, em 31/03/1938, passou a ser cidade. Foi às margens do arroio São Lourenço que, no século passado, formou-se um porto para escoamento dos produtos oriundos da Colônia Alemã, na Serra dos Tapes, originando o que mais tarde veio a tornar-se o Município de São Lourenço do Sul (HAMMES, 2010a; SÃO LOURENÇO DO SUL, 2016).

Em razão do estabelecimento da Colônia Alemã na região serrana do município, o porto natural nas margens do rio São Lourenço (distante não mais de 25 quilômetros do ponto inicial da colonização) foi de importância capital para o sucesso do empreendimento, pois as estradas, naquela região, eram praticamente inexistentes, resumindo-se a trilhas e picadas. Foi por ele que os colonos começaram a escoar suas abundantes colheitas para a cidade de Rio Grande. Para tanto, uma grande frota de veleiros de carga ancorava no Porto, fazendo com que, junto ao rio São Lourenço, surgissem várias casas comerciais. Logo, criou-se um povoamento tipicamente portuário, que foi o centro da formação da cidade de São Lourenço do Sul (HAMMES, 2010a; SÃO LOURENÇO DO SUL, 2016).

A situação do porto natural do rio São Lourenço, próximo da Lagoa dos Patos e de acesso mais fácil do que os arroios da região que desaguam na laguna, determinou que ele fosse o escoador da produção da jovem colônia germânica. Durante vários anos a região caracterizou-se por possuir o maior porto de veleiros do sul do país, devido à riqueza que escoava da Colônia pela Laguna dos Patos, caminho que ligava as cidades lacustres do Estado (HAMMES, 2010a; SÃO LOURENÇO DO SUL, 2016).

Entre a grande quantidade de produtos coloniais destacavam-se o feijão, a

batata inglesa, o milho, a cevada, o centeio, porcos vivos, aves, toucinho, linguiça, ovos, banha animal, carvão, mel e tudo mais que era característico da pequena propriedade rural. Esses produtos seguiam em abarrotados veleiros à vela para as cidades de Rio Grande, Pelotas, Jaguarão e outras mais da Laguna dos Patos e Lagoa Mirim. A Colônia de São Lourenço foi a maior produtora de batata inglesa da região, tendo exportado esse produto para Rio de Janeiro e Montevidéu, no Uruguai (HAMMES, 2010a; SÃO LOURENÇO DO SUL, 2016).

Segundo Bergmann (1984, p. 54), a importância do desenvolvimento portuário foi responsável para que, o ainda povoado, através da Lei Provincial nº 1459, de 26 de abril de 1884, fosse elevado à categoria de Vila, o que desanexou São Lourenço de Pelotas, sendo esta a data comemorativa da emancipação. O reconhecimento do novo “status” concretizou-se com a elevação de São Lourenço à cidade, através do Decreto nº 7199, de 31 de março de 1938.

A origem do nome “São Lourenço do Sul” está vinculada à família de José Antônio de Oliveira Guimarães, que considerava o santo São Lourenço como o de sua devoção (HAMMES, 2010a; SÃO LOURENÇO DO SUL, 2016).

Conforme Hammes (2010a), ainda na história de São Lourenço é importante destacar a presença da etnia negra desde a chegada dos lusitanos, que não diferentemente do restante do Brasil, mantinham negros escravizados nas suas estâncias ou fazendas. No caso do Rio Grande do Sul, predominou a vinda de negros da Nigéria, Angola e Moçambique. Como em outras partes do Brasil, negros fugitivos formavam seus Quilombos, sendo alguns no chamado banco do quilombo, nas ilhas do Camaquã. Após a Lei Áurea, do mesmo modo que em outros lugares, esses negros forros<sup>8</sup>, ficaram trabalhando com seus senhores em troca de casa e comida e outros buscaram sobreviver de modo independente, enfrentando a miséria e a dificuldade do trabalho assalariado. Construíram pequenas casas de pau a pique<sup>9</sup>, com paredes de barro e telhado de quincha<sup>10</sup>, e viviam do corte e venda de lenha em sacos no ombro, pela cidade, ou de produtos descartados no porto pelos comerciantes.

---

<sup>8</sup> Negros que não eram escravos na época do Brasil colônia, ou seja, negros que possuíam a carta de alforria, ou de liberdade.

<sup>9</sup> Pau a pique é uma técnica construtiva antiga que consiste no entrelaçamento de madeiras verticais fixadas no solo, com vigas horizontais.

<sup>10</sup> Cobertura de palha, tipo de vegetação.

A maioria desses negros, diz Hammes, ocupou terras descartadas pelos colonos ou proprietários lusitanos, por serem de menos valia, em áreas pedregosas e escarpadas, nas coxilhas, onde plantavam milho e batata em pequenas porções de terra. Áreas estas no Boqueirão e Boqueirão Velho, além da coxilha Negra, Canta Galo e outros. Foi somente no final dos anos 1980, que se estabeleceu, em São Lourenço do Sul, o Movimento da Consciência Negra, visando resgatar a cultura, a importância e a dignidade da raça negra. Sua primeira reunião foi em 1987, seguida da primeira semana do negro ou Kizumbi, em 1990 (HAMMES, 2010a).

De acordo com Silva (2005), cabe também ressaltar que a atividade pesqueira, tanto quanto a agrícola, foi de extrema importância para o desenvolvimento de São Lourenço do Sul, tornando-se um dos pilares de desenvolvimento da cidade. Essa centenária cidade conta, em seu passado e presente, com a atividade pesqueira como um de seus pilares de crescimento econômico.

Sabe-se que o desenvolvimento da cidade começou na então Zona Rural, com a denominação de Vila, mas foi às margens do arroio, buscando o escoamento dos produtos coloniais para o mercado regional, que se concretizou o desenvolvimento urbano, expandindo-se e formando a cidade de São Lourenço do Sul, conforme já mencionado. As primeiras famílias de pescadores realizavam a atividade pesqueira com o único propósito de assegurar a subsistência de seus membros. No entanto, com o passar dos anos, esses grupos passam a vender o pescado aos moradores da localidade, iniciando uma geração de renda que injetavam no comércio local. Assim, rapidamente a atividade paralela ao setor agrícola passou a fazer parte do crescimento da cidade (SILVA, 2005).

Contudo, conforme Silva (2005), desde o surgimento das primeiras famílias de pescadores em São Lourenço do Sul, muitas transformações ocorreram no Setor Pesqueiro, moldando um cenário atual bem distinto do passado, quase remoto para muitos que hoje desenvolvem a referida atividade. A realidade social e econômica dos pescadores contemporâneos difere de forma gritante daqueles que conheceram o apogeu do desenvolvimento pesqueiro na região. Porém, afirma a autora, os pescadores Lourencianos estão “acordando” para a possibilidade de vivenciarem uma realidade diferenciada, com novas e melhores perspectivas para a atividade que realizam. Reconhecem a decadência que o setor vem sofrendo e as

consequentes dificuldades que veem enfrentando para manter suas famílias, necessitando buscarem outras alternativas de sobrevivência, como através da construção de uma Sala de Filetagem, local onde os pescadores poderão, diretamente, processar o pescado e vendê-lo ao consumidor, desprezando a rede de intermediação e usufruindo, com justiça, dos lucros obtidos. Contudo, de acordo com a investigação da autora, à época, além de conhecerem o projeto da Sala de Filetagem, de participam das reuniões na Sede da Colônia Z-8, esses pescadores precisavam acreditar realmente na possibilidade de uma real mudança, faltando liderança entre a classe.

As informações até aqui apresentadas caracterizam a riqueza da diversidade histórica, geográfica, étnica, cultural, social e econômica, desde a origem até os dias atuais, fazendo de São Lourenço do Sul um território, um cenário e um palco de muitas ações e protagonismos locais. Uma diversidade que exige um olhar, um cuidado de extrema singularidade, ao lidar com tantos diferentes contextos, englobados por essa cidade.

## **4.2 A Rede de Atenção Psicossocial**

### **4.2.1 Construções Históricas**

A história do que, em 2015, foi denominada Rede de Atenção Psicossocial em São Lourenço do Sul, para Wetzel (2001) tem como marco o pioneirismo gaúcho da criação do Centro Comunitário de Saúde Mental (CCSM), conhecido como Nossa Casa, inaugurado em 16 de agosto de 1988. O CCSM incluía as atividades: o trabalho da Nossa Casa nos moldes de um CAPS; o ambulatório de psicologia e psiquiatria; as Oficinas Integradas; a casa Nosso Lar; e a Unidade de internação na Santa Casa de Misericórdia de São Lourenço do Sul.

A implantação desse serviço em São Lourenço do Sul ocorreu em um campo de tensões e conflitos, procurando contrapor-se às críticas de profissionais de saúde mental, governantes e donos de hospitais psiquiátricos, à época, contra a reforma psiquiátrica e sua aplicabilidade na realidade da assistência em saúde mental do país. Iniciou-se através de discussões desencadeadas pela então secretária de saúde, Arita Bergmann, resultando num Plano de Saúde Mental do

Município (WETZEL, 2001).

Para Wetzel (2001), a construção do CCSM de São Lourenço do Sul foi fruto das mudanças políticas de saúde mental e do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, acompanhadas das mudanças no Sistema Único de Saúde da época, como a transferência da gestão e da organização dos sistemas locais aos municípios. Tratava-se do resultado da responsabilização por parte de governantes, trabalhadores de saúde, usuários, família e comunidade, na luta por um sistema público de saúde de qualidade que atendesse as necessidades dos usuários.

Nessas considerações revela-se o reconhecimento do protagonismo local, da gestão, da participação dos trabalhadores e da comunidade lourençiana, numa perspectiva de integração de vários atores e instituições como aspecto relevante dessa história e como potencial ação comunicativa.

Sem dúvida, nesses decorridos 27 anos desde a inauguração da Nossa Casa, habilitada, em 2002, como CAPSI, de acordo com a Portaria nº 336/2002, muitos, importantes, imprescindíveis e reconhecidos foram os atores da gestão, da atenção, do controle social e da formação em saúde, que construíram e continuam permanentemente construindo a história dessa rede de atenção psicossocial. Todos e todas, cada um a seu tempo, provocando movimentos e deixando marcas na produção em ato da gestão e do cuidado em saúde mental no município de São Lourenço do Sul.

Ainda que se pretendesse não seria possível apresentar nesta tessitura a riqueza e a singularidade de tantas histórias dos atores e do território em cena, mas espera-se colocar em pauta informações suficientes para as discussões necessárias à análise do objeto em estudo.

De acordo com a legislação vigente, a Rede de Atenção Psicossocial do município de São Lourenço do Sul está organizada para atender pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Observa-se a configuração da rede como um conjunto de Pontos de Atenção em Saúde, em vários níveis, que juntos podem atender as necessidades dos usuários a partir de atos assistenciais pensados para resolver um problema de saúde, caracterizando um projeto terapêutico, conforme Franco, C. e Franco, T. (s/d).

Percebem-se esforços históricos e contínuos para desenvolver uma linha de cuidado organizada a partir da necessidade do usuário e não da oferta de serviços,

no qual o projeto terapêutico seja singular para cada usuário a partir de qualquer ponto de atenção em que o usuário tenha acesso e o cuidado seja compartilhado com outros pontos de atenção da rede.

[...] é mais que um conjunto de pontos de atenção, têm que estarem em movimento, em relação. Não dá para pensar muito nem em início e nem em fim dela. Eu acho que em São Lourenço a rede de atenção psicossocial é um esforço, acho que apesar dos anos, que a experiência tem, é uma rede que traz consigo essa coisa de pioneirismo, o CAPS Nossa Casa vai fazer vinte e sete anos, e ainda é um esforço. (E2G)

São esses esforços em desenvolver uma linha de cuidado a partir de projetos singulares na produção de cuidado, com base nos movimentos de integração de pontos de atenção baseado na relação e na comunicação que fazem dessa rede uma rede rizomática e potente na busca pela integralidade do cuidado em saúde mental. É no momento de se pensar o projeto terapêutico singular, com base na escuta e na responsabilização com o cuidado, que o foco do trabalho vivo devem ser as relações estabelecidas no ato de cuidar, produzindo vínculo, escuta, comunicação e responsabilização com o cuidado.

Tais observações corroboram o que dizem Cecílio (2011), Cecílio e Merhy (2003), ao pensarem a integralidade e equidade não apenas como consumo ou acesso a determinados serviços, mas como desdobramento micropolítico em suas articulações, fluxos e circuitos; um efetivo trabalho em rede que possa dar conta de uma linha de cuidado, como a saúde mental, começando pela reorganização dos processos de trabalho, na relação entre os diversos pontos de atenção e pela forma como se articulam as práticas dos trabalhadores (CECÍLIO, MERHY, 2003).

#### **4.2.2 Os Pontos de Atenção da Rede de Atenção Psicossocial**

Apresenta-se, a seguir, após os aspectos históricos da rede deste estudo que incluíram informações bibliográficas, a RAPS de São Lourenço do Sul, de acordo com cada componente e seus pontos de atenção, com base nas informações coletadas nas observações participantes e nas entrevistas:

##### **I - Atenção Básica**

O município possuía, no período da coleta dos dados, 11 Equipes da

Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo seis na zona rural e cinco na zona urbana. Conforme a oficina de validação, em novembro de 2016, atualmente são 12 ESF. O município também conta com um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), composto por Educador Físico, Psicólogo, Fisioterapeuta, Assistente Social, além dos residentes da Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva da Escola de Saúde Pública/RS;

O NASF desenvolve apoio matricial, fortalecendo as ações das equipes da atenção básica a partir da ampliação do planejamento das ações, implicando os diversos profissionais das Estratégias da Saúde Família e a rede intersetorial e possibilitando maior resolutividade das ações para além dos serviços de saúde. Essa atuação integrada permite realizar discussões de casos clínicos, possibilita o atendimento compartilhado entre profissionais tanto nas UBS quanto nas visitas domiciliares e permite a construção conjunta de projetos terapêuticos, ampliando e qualificando as intervenções no território.

Os três CAPS, além do Apoio Matricial realizado pelo NASF, possuem profissionais de referência em apoio matricial de saúde mental para todas as unidades básicas de saúde.

Por exemplo, eu como trabalhador sou referência para duas regiões, duas estratégias de saúde da família da rede, e assim os meus colegas também [...] (E2G)

No período da coleta, havia duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) que funcionavam ainda em modelo tradicional, uma na zona urbana, que estava em processo para implantação de ESF, e outra localizada na zona rural que não possui densidade populacional para habilitação de ESF. Conforme a oficina de validação, em novembro de 2016, soube-se que a UBS da zona urbana já foi habilitada como ESF, além de haver uma Unidade de Saúde Central (USC), localizada no centro da cidade, que oferece atenção básica e de média complexidade, incluindo fisioterapia, ginecologia, exames laboratoriais especializados e é referência para atenção à tuberculose. Essas três Unidades de Saúde também contam com Apoio Matricial em Saúde Mental realizado pelas equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

O apoio matricial além de relevante arranjo organizacional se configura em estratégia de integração entre a saúde mental e a atenção básica, considerando que as equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) requerem retaguarda

assistencial e orientações técnicas de profissionais especializados para realização de ações no território, conforme estudos de Mielke e Olschowsky (2011).

Considerando-se que entre as diretrizes de funcionamento da RAPS, conforme a Portaria n. 3.088/2011, está o desenvolvimento de estratégias de redução de danos, é importante destacar que também fazem parte do componente da atenção básica duas Composições de Trabalho de Redução de Danos, financiadas pela SES/RS através da Resolução nº 038/12-CIB/RS, vinculadas à Saúde Mental e atenção básica através de UBS. Contudo, realizam um trabalho transversal a todos os pontos de atenção, com o objetivo de acessar usuários de substâncias psicoativas, baseando-se na não exigibilidade da abstinência; no direito e no incentivo à participação política em diferentes movimentos sociais e no trabalho no campo articulado com o território, a fim de ofertar cuidado a essa população de acordo com a singularidade que cada caso exige, considerando o cuidado possível para o usuário em cada momento. Realizam ainda visitas à noite, nos locais de uso de drogas e orientam sobre os agravos à saúde, além de realizar rodas de conversa em que convidam toda a comunidade para debater sobre assuntos da vida.

Essas duas composições possuem um espaço-sede no território, próximo a UBS da Lomba, que foi reformado pelos trabalhadores com apoio da comunidade, mas ainda necessita de maior investimento estrutural. E no momento da coleta de dados estava sendo montada uma biblioteca e brinquedoteca, e durante uma visita ao serviço observou-se um afetuoso interesse e convivência de crianças do bairro.

Em uma reunião do colegiado foi comentada uma atividade do serviço de redução de danos, que demonstra certa dimensão do trabalho que envolve esse ponto de atenção e suas necessidades de maior interação com a rede.

E1G: comenta que os trabalhadores da Redução de Danos estão ausentes porque estão envolvidos na inauguração do espaço do serviço que ocorrerá no dia 26/08, e que estão investindo em dar mais visibilidade e compreensão a este trabalho para a comunidade Lourenciana. O cartaz tem a seguinte chamada: venha celebrar a inauguração de Que Lugar é Esse? Com atividades de arrecadação de mudas de plantas, uso da vitrola livre com disco de vinil, mateada, atrações musicais, brinquedoteca e biblioteca, com arrecadação e empréstimo de brinquedos e livros. (O6)

O trabalho das composições de redução de danos no município tem cerca de três anos, o que se considera pouco tempo para consolidar uma prática de cuidado que ainda enfrenta muitos desafios do ponto de vista conceitual e operacional. Mas,

ao mesmo tempo, se constitui em um espaço potente de inventividades e de aproximação com a comunidade, por essencialmente produzir o cuidado no território com outros recursos que não os convencionais da área da saúde, se aproximando de ações da educação, da arte e da cultura.

Os trabalhadores também apontam dificuldades com relação à estrutura e à integração da redução de danos na rede, o que pode se caracterizar como uma fragilidade importante a ser superada, considerando-se a relevância da redução de danos como tecnologia de cuidado que ainda não está consolidada dentro das políticas de saúde.

[...] nós temos uma ligação maior com o CAPS AD, em função da especificidade do nosso trabalho, e eu acho que a gente já esteve mais próximos. Hoje nós temos déficit de redutores de danos, então isso prejudica um pouco a nossa aproximação, porque nós estamos voltando o nosso trabalho para outros olhares que, eu acho, que são tão importantes quanto esse trabalho diretamente de contato com a rede de saúde. Eu diria, que hoje em função do nosso número de pessoas, nós estamos mais afastados da rede de saúde, que já tivemos mais próximos. Mas eu acho que isto é também, porque as pessoas que estão trabalhando nos CAPS se deram conta desse olhar da redução, porque a gente trabalhou muito, que não precisa ter especificamente um redutor de danos para trabalhar com redução, onde quer que seja, então eu acho que isso também avançou. Hoje a gente sente um pouco de falta dessa conexão com a rede, nós com eles e a própria rede com a gente. (E13T)

Observa-se que ao mesmo tempo em que são apontadas dificuldades em relação ao que é identificado como maior ou menor proximidade com a rede pelo déficit de redutores, também avaliam como um avanço a percepção de que outros pontos de atenção tenham compreendido que ações de redução de danos não são exclusivas dos redutores.

Ainda em relação à atenção básica, a RAPS local possui 10 Oficinas Terapêuticas na Atenção Básica vinculadas à ESF, também financiadas pela SES/RS, através da Resolução nº 404/11 – CIB/RS. São realizadas semanalmente, com diferentes grupos de usuários, nos territórios da zona urbana e rural, referenciados pelas ESF. As oficinas têm como objetivo ser mais um dispositivo disponível na Atenção Básica na produção de práticas coletivas de promoção e educação em saúde.

E6G: Pergunta sobre as oficinas terapêuticas de saúde mental da atenção básica e sobre o acesso dos usuários a estas. E1G: explica que tem as oficinas realizadas pela oficineira X em todas as unidades, principalmente no interior, e que ela tem uma agenda de atividades concentradas por

grupos. Continuam falando das oficinas, como lugares para convivência e que precisam procurar outros espaços na comunidade para isto. (O8)

Essas oficinas têm se constituído em uma forma de ampliar o financiamento e as ações que contribuam para a integração e articulação da saúde mental na atenção básica, com ênfase em ações de promoção e educação em saúde desenvolvidas no território.

Percebem-se essas oficinas como uma tecnologia em saúde mental disponível às equipes de ESF que auxiliam a produção do cuidado territorial e o vínculo dos trabalhadores com os usuários.

## II - Atenção Especializada

A implantação de cada um dos três CAPS de São Lourenço do Sul possui diferentes construções. O CAPS I, a “Nossa Casa”, atende somente a população de São Lourenço do Sul, é responsável pelo atendimento de adultos que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, e se constitui no serviço mais antigo, com 27 anos de existência.

Cerca de 16 anos depois da criação da Nossa Casa foi implantado um CAPS infantil denominado “SACI”, atendendo crianças e adolescentes até os 21 anos que apresentam sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo os relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. É referência regional para os municípios de Turuçu, Cristal, Arroio do Padre e Amaral Ferrador, numa cobertura de cerca de 70 mil habitantes;

O CAPS infantil nasceu da experiência de um grupo de profissionais que trabalhavam no Centro Integrado de Saúde Escolar - CISE.

[...] aí começou uma trajetória de aprender saúde mental, então vinham vários alunos, mais com questões de aprendizagem, depois começaram a vir transtornos de conduta, relacionamento familiar, algum tipo de síndrome, e a aparecer outros casos, e gente começou a avançar também nesta área. Bom, 2004, eu lembro que nós fizemos o primeiro projeto do CAPS, porque o P5T nos estimulava bastante [...] “vamos, vamos fazer um CAPS infantil”, e nós já pensamos que teria que ser regional e tudo. Em 2005, a gente inaugurou, abriu as portas como CAPS infantil [...], mas a parte legal, documentação, diário oficial, só saiu no ano seguinte, em novembro de 2006. (E4T)

A implantação do CAPSi em São Lourenço do Sul não foi diferente da experiência de outros municípios, nem pela demanda de atendimento, nem pelo aproveitamento dos profissionais da saúde escolar, e tem enfrentado dificuldades de definir seu papel na rede de saúde mental e a crescente necessidade de atenção à saúde mental de crianças e adolescentes. Considera-se relevante o fato de esse CAPS absorver a demanda de usuários de álcool e outras drogas, menores de 18 anos, em um trabalho conjunto com o CAPSad e o Hospital Geral, pois o atendimento dessa população tem sido problemático em muitos locais.

O CAPSad foi implantado em 2003 e se chamava CARETA. Com o tempo, vem passando por reformulações nas práticas de cuidado tradicionalmente mais focadas na abstinência para maior aproximação com a diretriz da redução de danos. Recentemente, em 2014, foi qualificado como CAPS ADIII, e mudou de nome para Pérola da Lagoa; presta acolhimento diurno e noturno, funcionando 24 horas para a população de 18 anos em diante, que apresente algum tipo de sofrimento psíquico decorrente do uso ou abuso de crack, álcool e outras drogas, com 10 leitos para acolhimento noturno.

O cuidado para o chamado público ad é ofertado na rede de saúde de base territorial, e o município não tem convênio com Comunidades Terapêuticas<sup>11</sup> (CTs). Quando algum usuário expressa o desejo de acessar esse tipo de ponto de atenção de caráter transitório, faz-se contato com a 3<sup>a</sup> Coordenadoria Regional de Saúde, que regula as vagas das CTs contratadas pelo Estado. Contudo, é importante ressaltar que esse recurso é utilizado raramente. O CAPS ADIII é referência regional para os municípios de Turuçu, Cristal e Amaral Ferrador, Arroio do Padre, Arroio Grande, Herval, Capão do Leão e Jaguarão, cobrindo uma população de cerca de 150 mil habitantes, conforme Plano Regional de Atenção Psicossocial já pactuado pela Comissão Intergestores Regional (CIR).

Percebe-se que a transformação do CAPSad em CAPSadIII tem mobilizado a rede, em especial em relação às práticas de redução de danos, conforme observado em uma reunião do colegiado, ainda que tratada de modo superficial.

---

<sup>11</sup> De acordo com a Portaria 3.088/2012, as Comunidades Terapêuticas são Serviços de Atenção em Regime Residencial destinados a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis, decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Na sequência comentaram brevemente a necessidade de discussões com a equipe do CAPSadIII sobre redução de danos e abstinência. (O1)

O tema da redução de danos e sua articulação com outros serviços, principalmente o CAPSad, já foi mencionado anteriormente e observa-se como uma preocupação presente na RAPS local, e que ainda carece de maiores investimentos nos processos de gestão.

Alguns estudos, como o de Urada (2014), também apontam dificuldades na integração de serviços de usuários de drogas com outros serviços de atenção, enfrentando barreiras significativas, muitas das quais surgem ao nível da compreensão da própria política de atenção a usuários de drogas. Por outro lado, destaca-se a questão da responsabilização dos serviços de acordo com as faixas etárias, entendendo-se que esses limites necessitam de negociações e pactuações de cuidado compartilhado entre os serviços, para que haja lacunas de atendimento entre um serviço e outros, sejam do CAPSi, do CAPSad ou da atenção básica.

O estudo de McLaren (2013) demonstrou dificuldades na comunicação e na transição de usuários de serviços de saúde mental para crianças e adolescentes nos serviços de saúde mental para adultos, requerendo um cuidado compartilhado. Para Ness (2014), no caso de usuários de drogas, também foi observada a necessidade de práticas colaborativas de modo intra e intersetorial.

Entende-se que a descentralização ou o deslocamento do cuidado em saúde mental dos CAPS para outros pontos de atenção e a constituição de uma rede de atenção psicossocial têm provocado movimentos necessários nos processos de trabalho, indo ao encontro da integralidade do cuidado em saúde mental.

### III - Atenção a Urgência e Emergência

As portas de entrada de atenção em casos de urgência e emergência são disponibilizadas pelo Pronto Socorro 24 horas do Hospital Santa Casa de Misericórdia, o qual realiza atendimentos de toda ordem, inclusive de Saúde Mental. Há uma Unidade de Suporte Básico, do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que também atende as demandas de Saúde Mental que configurem urgência e emergência e com o atendimento realizado nos Centros de Atenção Psicossocial, de acordo com a demanda.

#### IV - Atenção de Caráter Residencial Transitório

Em relação a esse componente, a rede possui projeto de incentivo aprovado pelo Ministério da Saúde para a implantação de uma Unidade de Acolhimento adulto (UAA). Essa unidade oferece cuidados contínuos de saúde, em ambiente residencial, para pessoas com necessidades decorrentes do uso ou abuso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório. No entanto, entre outras, a maior dificuldade de implantação de novos serviços tem sido apontada como a impossibilidade de ampliação dos recursos humanos, limitados pela escassez de recursos e pela Lei da responsabilidade Fiscal.

Esse serviço é importante e necessário na complementaridade das ações de uma RAPS, exemplificando-se um caso discutido em uma reunião do colegiado, em que um usuário permaneceu em acolhimento noturno no CAPSadIII por mais tempo do que o preconizado (14 dias), em função da ausência desse tipo de dispositivo.

E6G: diz que o caso do usuário X tem passado por vários serviços, mas o que o problema é moradia. O usuário tem dificuldades de reduzir o consumo de álcool e perda de emprego. Já fizeram contato com a habitação e assistência social, que solicitaram estudo socioeconômico. Enquanto isso ele está no CAPSad III. E1G: fala da peculiaridade do caso e da história dele, que perdeu a casa. E1G: diz que ele nunca teve casa, que não tem local fixo. [...] a assistente social do CAPSad já havia feito contato com irmã em Pelotas, mas que não quer nem saber. Fala da necessidade do contato com a habitação, como ocorreu na enchente (inclusão no programa de habitação). E6G: explica que na enchente as casas foram para as famílias desabrigadas e diz que ele morava com um amigo e que este era beneficiário do aluguel social. Diz que o usuário nunca aderiu ao CAPS antes, mas agora no 24h ele se vinculou e que tem participado de atividades como a pescaria. Apresenta queixas antigas da falta de pai e mãe. Acha que ele se vinculou ao CAPS pela casa/alimentação. Nunca trabalhou com vínculo empregatício, foi sempre fazendo bicos, biscoates e é bem relacionado. E1G: diz que tem que pensar no caso e também pensar sobre o CAPS não virar albergue. Pesquisadora: fala da necessidade da unidade de acolhimento adulto, que poderia ser útil neste caso. E1G: fala da dificuldade, da crise municipal desde outubro de 2014 e da impossibilidade no momento de abrir novo serviço. Diz que seria o ideal, que é mesmo um caso para UAA, mas que por enquanto é preciso encaminhar de outro modo [...] (O4)

No estudo de Borysow e Furtado (2014), os serviços de Saúde Mental apresentaram dificuldades em responder às especificidades de pessoas em situação de rua e de estabelecer um trabalho intersetorial. Entretanto, nas falas da

observação citada acima percebe-se a aproximação com o Modo Psicossocial, de acordo com Costa-Rosa (2000), considerando-se a territorialidade, a interdisciplinaridade, a relação e o vínculo com o usuário, suas implicações subjetivas e socioculturais. Além desse esforço em buscar nesse usuário o seu ser sujeito, como protagonista do cuidado proposto, há também o compromisso da família e da sociedade em assumir sua parte na atenção e no apoio ao indivíduo em sofrimento psíquico, com ênfase na reinserção social e na recuperação da cidadania.

Nesse caso, contrariamente ao estudo de Fiorati e Saeki (2013), sobre dificuldades na construção do modo psicossocial, não foi encontrada uma sobreposição da racionalidade instrumental sobre a racionalidade prática ou comunicativa, pois as discussões apontam um encaminhamento da situação para uma desejada situação “ideal”, contudo, sem se limitar à prescrição normativa de que o usuário só pode permanecer até 14 dias em acolhimento noturno em um CAPSad III.

## V - Atenção Hospitalar

A atenção hospitalar de saúde mental em hospitais gerais também faz parte da história local quando da implantação da Nossa Casa que já contava com a Unidade de Psiquiatria no Posto IV da Santa Casa de Misericórdia, garantindo a experiência e a prática de internação fora de hospitais psiquiátricos. Por mais de 20 anos contou com 10 leitos de saúde mental, e há cerca de quatro anos possui: 30 leitos de Atenção Integral em Saúde Mental, sendo 10 leitos financiados pelo Ministério da Saúde pela Portaria GM n.148, de janeiro de 2012; 20 leitos financiados pelo Governo do estado do Rio Grande do Sul através da Secretaria Estadual de Saúde – SES/RS, pela Resolução n. 402/11 – CIB/RS, e Resolução nº 562/12 – CIB/RS, que realizam o atendimento de pessoas em sofrimento psíquico e que fazem uso ou abuso de crack, álcool ou outras drogas. A unidade habilitada como Serviço Hospitalar de Referência (SHR), conta com duas áreas físicas interligadas, uma para o público ad e outra para transtornos mentais, com dois postos de enfermagem. É referência regional para os municípios de Amaral Ferrador, Arroio do Padre, Cristal, Turuçu e parte da população de Pelotas, numa cobertura de cerca de 200 mil habitantes.

A regulação dos leitos para outros municípios é feita pela 3<sup>a</sup> CRS, e o acesso dos usuários ao SHR da Santa Casa de São Lourenço segue o fluxo descrito no Plano de Ação Regional da Rede de Atenção Psicossocial, do mesmo modo que o modelo de documento de referência e contrarreferência; a regulação do acesso para o município-sede de São Lourenço do Sul deve ser feita pela Secretaria Municipal de Saúde, através dos Centros de Atenção Psicossocial, no entanto ainda não há um processo consolidado.

São realizadas internações de todas as faixas etárias — adultos, idosos, crianças e adolescentes —, conforme a necessidade que se apresente, sendo utilizados leitos clínicos ou pediátricos quando necessário. Destaca-se que, além da equipe multiprofissional, que conta com médicos psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, educador físico, e outros, desde 2012 (da residência multiprofissional) e 2014 (da psiquiatria) a Santa Casa de São Lourenço é respectivamente campo de ensino das residências multiprofissional e médico-psiquiátrica.

A atenção hospitalar disponibilizada no município em um hospital geral tem contribuído significativamente para o cuidado em liberdade, e é um claro exemplo da possibilidade de prescindir de internações em hospitais psiquiátricos, constituindo-se em importante esforço da RAPS.

## VI - Estratégias de Desinstitucionalização

O município não possui usuários institucionalizados em Hospitais Psiquiátricos e não conta com Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), caracterizados como moradias inseridas na comunidade destinadas a pessoas com transtorno mental, egressas de hospitais psiquiátricos e/ou hospitais de custódia. Os SRT devem ser espaços de moradia que garantam o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania do sujeito, promovendo os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares.

Contudo, são promovidos cuidados de desinstitucionalização para evitar a permanência indeterminada dos usuários nos CAPS, visando à autonomia e à reinserção social, percebendo os CAPS ou o Hospital como locais de cuidado para

momentos de crise e de sofrimento agudo, precisando ser continuado e compartilhado com a Atenção Básica e com outros setores.

Também faz parte das estratégias de desinstitucionalização o acompanhamento do Projeto Terapêutico Singular e cuidados diretamente prestados em domicílio a uma usuária de elevado grau de dependência, através da contratação de um Acompanhante Terapêutico, mediante financiamento da SES/RS/RS.

Destaca-se que pouco foi comentado sobre desinstitucionalização e problemas relativos a esse componente da RAPS, a não ser pela preocupação relevante da institucionalização promovida pela própria rede de atenção comunitária, refletindo-se sobre os “institucionalizados” por uma prática centrada por longo tempo nos CAPS, com pouca promoção de autonomia, como se observa na fala a seguir:

[...] isso é uma discussão do CAPS, não tem que ficar prendendo ali dentro. Bom, passou a crise. Já não basta a gente ter que se ver com usuários que estão ali desde a fundação há 27 anos, que é uma coisa que eu identifico como uma fragilidade, que foi ficando ao longo da história do serviço, mas está bem, vamos lidar com isto. Tem que fazer uma desinstitucionalização. (E2G)

Essas considerações apontam fragilidades da reforma psiquiátrica em curso e de rede de serviços de atenção à saúde mental, que hoje precisam ir além da centralidade em CAPS como serviços substitutivos de hospitais psiquiátricos. Portanto, são necessários outros dispositivos ou pontos de atenção que se configurem em uma rede de atenção psicossocial que não reproduza a prática manicomial em serviços comunitários e que promova a reabilitação e autonomia.

Considera-se importante a observação de Furtado (2013) em seu estudo, de que usuários ligados aos CAPS, que não moram em SRT, apresentaram criativa diversidade nos modos de constituir suas moradias e maior interação com a comunidade, embora alguns ainda contem com o apoio de albergues e asilos para resolver suas necessidades. Desse modo, considera-se relevante o fato de que a ausência de SRTs no município não se constituiu em limitador da produção de outras ações de desinstitucionalização, com ênfase na contribuição de políticas públicas de financiamento, como no caso para contratação de Acompanhantes Terapêuticos, com recursos estaduais.

## VII - Reabilitação Psicossocial

Em relação à reabilitação, além das oficinas terapêuticas realizadas nos CAPS e na atenção básica, consideram-se legítimas ações de reabilitação o Espaço de Oficinas de Geração de Renda, denominado “LOKOMOTIVA”. Esse espaço tem como objetivo reinserir o usuário da Rede de Atenção Psicossocial na sociedade através do trabalho geração de renda, referenciado pelos CAPS e pelas UBS, e também a Padaria Comunitária, a comercialização de produtos em lojas da cidade, em eventos, etc. Destacam-se também o Coral Cidadania e o Grupo Musical Sistema Nervoso, constituídos por usuários e trabalhadores, com gravação de CDs e apresentações em diversas oportunidades culturais.

Fazem parte das diretrizes da RAPS, conforme a Portaria n. 3.088/2011, o desenvolvimento de atividades no território que favoreçam a inclusão social visando à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania, porém, a maioria dessas ações de reabilitação citadas já são realizadas há muitos anos e marcam a história local.

Em síntese, essas são algumas considerações a respeito da constituição de cada componente da RAPS. A seguir, incluem-se outros apontamentos a respeito da estrutura dessa rede, sem apoiar a ideia de rede como apenas um conjunto de pontos de atenção ou de estruturas institucionais, mas que são significativas pela manifestação dos sujeitos e suas implicações com os processos de gestão.

### **4.2.3 Aspectos Estruturais da RAPS**

Entende-se relevante comentar que essa RAPS conta com o número de profissionais exigido pela legislação vigente e, em alguns casos, com número ampliado. Contudo, percebe-se certo nível de precarização do trabalho, com uma parte dos trabalhadores não concursados contratados mediante Convênio com a Santa Casa de Misericórdia de São Lourenço, atualmente, pelo Plano Operativo 2013-2016. Essa situação é geradora de conflitos, especialmente em determinado momento de escassez de recursos financeiros, motivados pelo atraso de repasses estaduais, provocando atraso no pagamento dos trabalhadores do município. A questão foi discutida no Colegiado Gestor/Grupo Condutor Local, exemplificada na seguinte observação:

E9T: fala que foi bacana a atitude dos trabalhadores do CAPS, e que acabou gerando esta reunião com o P14. Que também há problemas com a manutenção, incluindo atravessamento da gestão, dificultando o trabalho do coordenador da manutenção. Citou exemplo em que o P14 pediu para fazer manutenção em outras obras. Falou do assalto na estrutura do Redução de Danos, que poderia ter sido evitada se tivesse havido manutenção anteriormente. Que foi um movimento positivo dos trabalhadores, e citou os incômodos com a fala do P14 na conferência, ao usar o termo colaboradores. Que é um trabalhador do SUS contratado, porque não foi chamado no concurso que se classificou em primeiro lugar. E expressa diretamente o quanto se sentiu incomodado. (O4)

Observa-se que a fala acima demonstra que, se não sempre, de algum modo o espaço de falas do colegiado gestor se constitui em espaço democrático, incluindo a possibilidade de discutir os conflitos e as contradições próprias dos processos de trabalho e do humano, não somente pela fala do trabalhador, mas pela presença e fala do gestor.

P14G: diz que também elogia a atitude, que tem que falarem mesmo. Que em relação a expressão, foi só uma expressão, que há diferentes conceitos. Que é um militante desde a construção do SUS, com uma importante história de representação sindical. Que precisam nomear pessoas, mas que no momento todos os impactos são negativos, e por isso há grande dificuldade de nomeação. Diz ao E9T, que comprehende a angústia dele, e que se preocupa com concursos que podem vencer. E cita outros casos que aguardam nomeação, como para Casa da Criança. (O4)

Observa-se que o lugar de quem fala é sempre singular, há um olhar próprio do trabalhador ou do gestor, e são manifestações genuinamente diferentes a partir das subjetividades de cada um e do contexto objetivamente vivido. O espaço de comunicação que permite esse encontro não garante a resolutividade de impasses que não dependem apenas desses atores envolvidos e estão implicados em questões para além da micropolítica, mas o espaço possui um potencial exercício democrático.

A necessidade de espaços e modos de comunicação que permitam negociação e entendimento mútuo sem eliminar os conflitos próprios da diversidade do mundo da vida corrobora a Cogestão proposta por Campos (2005).

Em algumas falas também são manifestados problemas de estrutura em relação a transporte e estrutura física dos CAPS, envolvendo questões de gestão administrativa da rede.

[...] acho que a gente precisaria de mais espaço para ouvir as demandas, para conversar sobre tudo, questão de qualidade de atendimento, por exemplo, essa casa aqui não tem acessibilidade, é cheia de escadas, e

tem vindo bastante pacientes idosos e cadeirantes, e aí como que nós atendemos esses pacientes? E a gente não tem esses espaços para comentar, para conversar. Eu acho que basicamente é só o colegiado, porque eu não vejo muitos outros espaços, se a gente precisa de alguma coisa temos que ir diretamente lá na secretaria tentar falar com alguém, e não é sempre que a gente é ouvido, porque cada um vai fazendo suas coisas, não tem uma rotina da gestão vir e participar da nossa reunião, então eu acho que a gente precisaria de mais contato para monitorar essas coisas, comunicação e mais transparência também porque, por exemplo, essa situação da usuária X, foi prometido que iria ter transporte sempre, e aí chegou no dia e não teve, então se não vai ter porque tu me disse que vai ter né? Porque a gente monta todo um PTS, faz toda uma função em cima daquilo ali e contanto com isso chega na hora e não tem. O meu trabalho fica totalmente prejudicado porque é uma paciente grave para chegar 08 horas da noite. E ela estava totalmente agressiva e aí vai tudo por água abaixo o que eu tinha planejado. Precisa mais da logística, para as coisas darem certo, e eu acho que esse espaço ainda é pouco a gente precisaria mais. (E14T)

Quando eu cheguei em São Lourenço uma das coisas que me chamou atenção foi a parte estrutural dessa rede, é uma rede muito bem construída, que é bem pensada pelo gestor, ela traz uma oferta de um espaço que qualifica o cuidado do usuário no território, as estratégias aqui foram muito bem pensadas, muito bem construídas, elas ofertam um espaço de cuidado. Isso foi um dos primeiros pontos que me chamou atenção dessa rede. Já na rede de média complexidade, pensando no sentido dos CAPS, eu vejo uma certa fragilidade nesse ponto, no ponto mais material. No momento que cheguei ano passado aqui a minha impressão de CAPS ficou um pouco aquém daquilo que eu já tinha visto em Santa Maria, em termos da estrutura física. (E19O)

Percebe-se que as questões que envolvem estrutura ou logística são também preocupações importantes dos trabalhadores, que, talvez, requeiram mais ou outros espaços de comunicação com a gestão para tratar dessa problemática, pois, na opinião de alguns, o colegiado é insuficiente; para outros, não é o espaço adequado porque entendem o colegiado como modo potente de comunicação para outras temáticas, em que as questões de logística ou estrutura podem ser encaminhadas de outro modo.

Acho que essa é uma maneira de avaliar e monitorar, mas acho que o colegiado em si, ele é pobre nisso ainda. Às vezes a pauta do colegiado é uma goteira, é uma lâmpada que precisa ser trocada no serviço, sei lá, questões que a gente pode resolver administrativamente com os outros setores da estrutura da secretaria, porque é tudo muito próximo e muito acessível, não precisa chegar no colegiado, às vezes chega a própria lâmpada como ato de protesto (risos). Então, acho que isso é uma fragilidade importante que a gente tem. Acho que o colegiado precisa amadurecer neste sentido do planejamento, do monitoramento, da avaliação. Eu acho que ele ainda tem um jeito muito forte de reunião de rede, que ele é uma importante abertura, é um espaço com muita potência, mas, não é um espaço. Ainda me parece que ele carece de maturidade da sua função. (E2G)

Contudo, cabe refletir sobre possíveis diferenças entre questões administrativas ou estruturais que interferem mais, ou menos, na resolutividade de determinada produção de cuidado e outras que merecem maior atenção dos processos de gestão. E considera-se que a questão de transporte, por exemplo, em determinados casos, é uma questão que pode interferir de maneira decisiva na qualidade do cuidado, necessitando de modos de comunicação que contribuam efetivamente para a gestão desses casos.

Para Antonacci *et al.* (2013), ao avaliarem a estrutura de rede de serviços, trabalhadores apontaram a importância de uma estrutura de serviços organizados de forma a estabelecer fluxos de interação entre os diferentes serviços, destacando que a comunicação entre os diferentes pontos, com suas características sociais, culturais, físicas e funcionais, é capaz de estabelecer arranjos e rearranjos a fim de suprir as necessidades sociais e de saúde dos usuários. Assim, sem prescindir deles, mas para além da oferta de recursos materiais de determinadas estruturas, os problemas podem ser minimizados e a produção do cuidado garantida a partir do fortalecimento da comunicação entre as pessoas envolvidas.

Ainda em relação às questões estruturais, inclui-se a gestão da assistência farmacêutica, em que a distribuição de medicações específicas para a Saúde Mental é realizada na Farmácia Municipal. Além das medicações que compõem a Relação Nacional de Medicações – RENAME, são ofertadas mais 16 medicações específicas para Saúde Mental, custeadas pelo município e incluídas na Relação Municipal de Medicações. A falta de medicações não é uma questão referida. Pelo contrário, aparecem discussões importantes em relação à preocupação com a medicalização excessiva, tanto como um problema de ordem judicial quanto pelo provável amplo acesso a psiquiatras.

E9T: fala da importância de avaliar e de ver o risco destes casos e de transformar o CAPS em ambulatório. Fala da importância dos serviços gerenciarem os casos. Fala sobre os projetos de alta, e dos perigos da medicalização e prevalência do modelo biomédico. E3G: Diz que não é bem assim, que não se sai distribuindo Ritalina para todo mundo. Que agora, com a residência em psiquiatria, o CAPS tem mais psiquiátricas e que aumenta o olhar biomédico. E9T: diz que seria injusto se estivesse falando do SACI, mas tenta explicar que é preciso ficar atento à formação destes psiquiatras, que deve ser mais voltada para saúde coletiva. E1G: fala que esta é a preocupação da gestão e que tem que ver todo o contexto que envolve a questão da medicalização, como farmácia, posto e encaminhamentos. E19G: fala do planejamento de um seminário sobre medicalização e que esta reunião lhe deixa feliz, porque, na maioria das vezes as discussões são por falta e não por excesso de medicação. P12O:

fala do aumento da demanda por antidepressivos e dos problemas da rede, do sistema. E17G: diz que a ideia do seminário é facilitar a criação de protocolos para prescrição de medicamentos. P12O: comenta que às vezes o município diz que é responsabilidade do estado e este diz que é do município, e que o juiz fica no meio. E9T: fala da importância do fato de que com os médicos cubanos, não houve aumento das medicações. E4T: diz que às vezes as mães procuram o serviço com o diagnóstico pronto e medicações desejadas, e que cabe aos profissionais fazerem a avaliação correta. Fala do encaminhamento das escolas. 'A professora mandou bilhetinho dizendo que ele só entra na escola com remedinho'. (O3)

A questão da medicalização e da psiquiatrização da vida é, sem dúvida, um desafio que tem ocupado os processos de gestão, pois, quando há maior acesso a determinadas ações — consultas psiquiátricas e medicações — isso pode se tornar um problema, caso haja sobreposição do modelo biomédico ao modelo psicossocial. Essa problemática exige discussões sobre os diferentes pontos de vista, intra e intersetorial, e não raramente limita a produção do cuidado pelo alto consumo de medicações, as quais também servem ao capitalismo.

A medicalização é um dos modos de normalizar a sociedade e comprehende a organização das práticas de saúde determinadas pelo campo de práticas da sociedade econômica, política e ideológica. Logo, o mundo do trabalho em saúde é um campo de práticas ligado à própria constituição da sociedade (DONNANGELO, 1979) e é preciso estar alerta para que tipos de práticas a rede está produzindo.

Para Ferraza, Rocha e Luzio (2013) há uma tendência na prática psiquiátrica atual que consiste em prescrever psicofármacos a qualquer pessoa que se apresente às suas consultas especializadas e em mantê-las medicadas como permanentes clientes de sua atividade profissional.

A atenção à saúde tem tomado os usuários como objeto e centrado a produção em saúde nos procedimentos biológicos da saúde-doença, deixando de lado outras dimensões do cuidado, o que produz ações de baixa qualidade e resolubilidade, e muito medicalizantes (CAPOZZOLO, 2003).

#### **4.2.4 Grupo Condutor Local: o colegiado gestor**

Embora somente em 2011 com a Portaria n. 3.088 que constitui a RAPS e indicasse mecanismos de gestão através de Grupos Condutores, desde 2009 São Lourenço do Sul conta com um Colegiado Gestor de Saúde Mental que tem o objetivo de discutir e deliberar sobre a Política de Saúde Mental do Município, no

qual a figura do Coordenador da Saúde Mental junto com os demais participantes tem a responsabilidade de operacionalizar o que é debatido nesse Colegiado Gestor/Grupo Condutor Local e apoiar os pontos de atenção da RAPS.

A própria constituição do Colegiado Gestor/Grupo Condutor Local tem, em sua história, princípios de ação comunicativa por se tratar de uma ação advinda da identificação da necessidade, do planejamento e da iniciativa da gestão local em operar a gestão da saúde mental de outro modo, como se pode observar nas falas:

[...] a gente foi constituindo a rede e o colegiado de gestão surgiu em uma crise. Justamente nessa crise de que, eu sou responsável por aquilo que está aqui dentro do meu território e não por outra coisa. [...] cada qual queria ver o seu “campinho”, e o resto é responsabilidade do gestor. Então de tempo em tempo existia uma crise dentro da minha sala, uma crise da Nossa Casa, uma crise do Careta, do SACI, e ninguém conversava. Aí eu disse, bom, espera um pouquinho, e fizemos um seminário de reflexão a respeito do que a gente queria com saúde mental aqui em São Lourenço. Foi um seminário de planejamento que trouxemos a Doutora X (nome) e passamos um dia inteiro discutindo. Montamos um planejamento estratégico, onde o pessoal se reunia em grupo, e depois apresentava os problemas. O planejamento durou, eu acho que uns dois meses e o resultado final foi o colegiado gestor. Então chegou no final e se perguntava, quem é o gestor? Quem é o gestor da atenção básica? É o secretário? Quem é que coordena o CAPS Nossa Casa? Ninguém queria coordenar o CAPS Nossa Casa. Acabou que teve um período que eu coordenei o CAPS Nossa Casa. Eu despachava na secretaria e despachava dentro do CAPS. Aí eu disse não dá, não vai ser assim, ninguém quer ser responsável por isso. Então jogamos para dentro do colegiado de gestão, e dentro do serviço vocês vão identificar quem vai coordenar. Vamos discutir dentro do colegiado gestor, ele vai ter a representação do coordenador e de mais uma pessoa de cada CAPS, vai ter uma representação da atenção básica, e uma representação da secretaria de saúde. E a Política de saúde mental vai ser aquilo que for decidido por este colegiado, não vai ser o que for decidido pela cabeça do secretário, nem pela cabeça do prefeito. Vai ser o resultado da discussão lá dentro. Mas é claro, que ninguém, isso é uma coisa que desde o início eu falei, vai propor algo que seja contra a lei que rege a saúde mental do país. Ou seja, daqui há pouco nós vamos fechar todos os CAPS e vamos investir em um manicômio em São Lourenço, vamos transformar nosso hospital em um hospital psiquiátrico? Isso é fora de cogitação. Mas nada que a gente quiser implantar de saúde mental em São Lourenço vai ser feito sem passar por discussão dentro do colegiado. Então isso ficou sacramentado. (E17G)

A fala do gestor coloca em discussão o modo de agir nos processos de gestão e quem são os atores responsáveis por essa gestão. Problematiza o entendimento de que a gestão não pode ser feita apenas por dirigentes ou coordenadores de saúde imbuídos de cargos, e sim necessita do envolvimento dos próprios trabalhadores dos serviços. Contudo, expõe a dificuldade de agir com coletivos, de empoderar outros para a tomada de decisão e, ao mesmo tempo, não

perder o propósito, a linha de condução que sustenta o paradigma da política pública de saúde mental e do Sistema Único de Saúde.

O ato de governar com o exercício da corresponsabilidade é, sem dúvida, um grande desafio da gestão em saúde. E ainda que a proposta de um colegiado gestor não seja algo novo, e nem sustente todas as mudanças desejadas, o significativo é o ato em si, é o agir em busca da qualificação dos processos de gestão no exercício da sua construção e das permanentes transformações que esta experiência carrega.

Desse modo, considera-se a implantação desse colegiado um importante passo ao encontro da organização de redes a partir da gestão colegiada e da implicação de todos os atores dos diversos níveis assistenciais em um grande acordo assistencial, com grande capacidade de interlocução, negociação, associação fina da técnica e política (CECCÍLIO, MERHY, 2003).

Nesse processo de consolidação do Colegiado Gestor/Grupo Condutor Local houve mudanças, transformações da sua própria prática enquanto instrumento de gestão da RAPS, como no momento em que passou a ter um representante do gestor (secretário de saúde), sendo reconhecida a necessidade da figura de um coordenador da gestão de saúde mental, também valorizada por seus participantes.

[...] eu pude participar do colegiado na época que não tinha coordenação de saúde mental, que ele trazia muitas pautas administrativas, burocráticas e discutia pouco o processo de trabalho, e pouco rede. Não se discutia por exemplo construção de plano terapêutico, construção de estratégias de repensar as práticas dos serviços, ou pensar por exemplo, se o CAPS estava virando um ambulatório, pensar se ele estava atendendo a aquilo que ele se propõe na portaria, que é as questões mais graves e persistentes. Pensar se o que ele está atendendo de fato não eram questões que poderiam dar conta em outros pontos da rede. Nesse processo com a introdução da coordenação do colegiado percebo que se começa a se ter um norte de se provocar que esse espaço fosse um espaço que pudesse pensar a rede como um processo mais ampliado. Muito característica da pessoa que assumiu a coordenação, porque conhecia a atenção básica também, e via esta dificuldade, tanto dos CAPS como da atenção básica. (E18G)

Mas eu acho que o nosso pessoal tem conseguido se organizar dentro do nosso colegiado de gestor, tanto que eu tenho minha representação lá dentro do colegiado, que é a E1G, que representa a gestão lá dentro, e faz muito tempo que não é necessária minha presença para resolver qualquer tipo de conflito. No começo era a figura do secretário que resolia todos os conflitos, todas as pendências, todos os problemas e hoje é uma coisa que eu digo, saiu da minha conta. (E17G)

No momento desta investigação, o Colegiado Gestor/Grupo Condutor Local estava composto minimamente pelos coordenadores e trabalhadores dos três CAPS; da Redução de Danos; da Oficina de Geração de Renda; do NASF, e do SRH em atenção integral à saúde mental do Hospital Geral Santa Casa de Misericórdia; da Gestão da Secretaria Municipal de Saúde através da Coordenação Municipal de Saúde Mental; da Coordenação Municipal da Atenção Básica e da Coordenação Municipal de Educação Permanente. As reuniões ocorriam às terças-feiras, semanalmente, na sala de reuniões da secretaria, e uma vez por mês no hospital ou em outros espaços eventualmente. De dois em dois meses eram realizadas as reuniões ampliadas com a presença de representantes da Secretaria Municipal de Educação, da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, da Associação de Pais e Amigos de Expcionais - APAE, da Coordenadoria Municipal de Cultura e do Programa Primeira Infância Melhor.

De acordo com a oficina de validação, em novembro de 2016, os participantes informaram que durante esse ano o Colegiado Gestor/Grupo Condutor Local passou por algumas mudanças: participação dos residentes da RIS em todas as reuniões, não somente nas reuniões ampliadas; e as reuniões passaram a ser quinzenais, não havendo mais a reunião mensal no Hospital Geral, e seus representantes participavam das reuniões quinzenais.

Dessa forma, as ações que dizem respeito a RAPS eram discutidas, avaliadas e reavaliadas semanalmente no colegiado gestor, de forma organizada, com pautas apresentadas no início da reunião, sendo registradas as discussões em atas e compartilhadas pelos participantes, posteriormente, em suas reuniões de equipe, como se constata em algumas observações.

[...] enfatizaram a necessidade de maior participação dos trabalhadores da Atenção Básica no Colegiado, lembrando que eles participam mais na reunião ampliada que é bimensal. É anunciado que a próxima reunião tem como pauta a realização da Conferência Municipal de Saúde, e o Percurso Formativo, e a importância de participarem na conferência. Discutiram a importância de ter alguém do colegiado no Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC), sendo escolhido para participar o trabalhador presente da redução de danos. Falaram rapidamente de referências e encaminhamento de pacientes. Discutiram sobre os Núcleos de Apoio a Estratégia Saúde da Família (NASF), papel dos núcleos, contratação dos profissionais, etc. Compararam com outros municípios, e comentam que em São Lourenço precisam de pelo menos mais uma equipe. Uma para zona urbana e outra para Rural. (O1)

[...] são feitas atas das reuniões, e um dos trabalhadores conta que eles anotam tudo para levar para as reuniões de equipe do serviço, que são

semanais, assim como eles trazem o que é discutido no serviço para as reuniões do colegiado gestor. (O2)

E1G: Informa que foi transferida a reunião com o hospital geral e pede para falarem as pautas. E6G: caso R. E9T: encontrão e cartazes. Pesquisadora: Outros disseram que não tem nada específico, que já estão contemplados. E1GI: pauta a participação dos residentes no colegiado. E4T: transporte da coleta de exames. E1G: documento da promotoria. (O4)

Observa-se que a dinâmica de funcionamento do colegiado se constrói ao longo de sua história em ato, e se modifica pelas demandas, pelo contexto vivido e pela participação dos sujeitos que também diferem a cada momento. Entendem-se essas modificações como parte de um processo permanentemente vivo, em curso. Contudo, alerta-se para que seja mantida a força do operar, do agir coletivo, valorizando e investindo nos espaços e na capacidade de comunicação e encontro dos sujeitos.

Percebe-se que há permanente necessidade de reavaliar esses processos de gestão e reorganizar a dinâmica de funcionamento do colegiado, considerando-se a realidade local em seu tempo, e aponta-se a produção de modos de agir que incluam a diversidade de percepções e necessidades de encontro expressas pelos sujeitos, como o encaminhamento de questões administrativas e estruturais da rede, fluxos, discussões de casos e projetos terapêuticos.

É de se considerar que manter a frequência semanal das reuniões constitui-se em um facilitador para avaliação e planejamento de ações que as diversas e tantas necessidades que compõem a complexidade da gestão de uma rede de atenção psicossocial exigem. Além disso, observa-se que ainda se faz necessário ampliar e fortalecer a participação de outros atores da rede intersetorial e da representação dos usuários, reconhecendo seu lugar de sujeitos da produção da rede de cuidados que lhe é ofertada. Nesses processos de gestão da RAPS foi criado, em 2014, o Colegiado da Atenção Básica, à medida que os atores envolvidos reconheciam a necessidade de ampliar os espaços de encontro, de comunicação e articulação de rede, além da priorização em investimentos de fortalecimento da Atenção Básica, já implicados nas ações de matrículamento, seja do Núcleo de Apoio a Saúde da Família ou matrículamento realizado pelos CAPS.

E1G: fala da dificuldade de entenderem mudanças nos processos de gestão, que antes era só uma reunião de enfermeiros das UBS e que agora no colegiado da atenção básica há participação dos outros atores, como da saúde mental e do NASF. E10T: diz que muitos percebem o

NASF como porta voz. E2G: fala da necessidade da gestão pensar em trabalhar a questão da hierarquização, porque alguns técnicos não se autorizam a falar. Pesquisadora: comenta a discussão dizendo que os profissionais em geral, ainda precisam valorizar reuniões como instrumento ou tecnologia de trabalho, e utilizá-las para avaliar processos de trabalho. Que isto leva tempo e que precisa se tornar um hábito, se incorporando ao próprio processo de trabalho. (O8)

E1G: fala da necessidade de terem cuidado com o processo de amadurecimento do colegiado da atenção básica. Dá um exemplo, de discussão sobre planejamento familiar com adolescentes, entre a saúde e a educação. E fala da diferença dos territórios e UBS, e que em alguns locais, a intersetorialidade é mais potente. E10T: fala da importância do colegiado da Atenção Básica para discutir os processos de trabalho, mas que os participantes ainda não percebem bem esta importância ou possibilidade, havendo ainda pouca participação. (O8)

Percebe-se a criação do colegiado da atenção básica como mais um esforço dentro dos processos de gestão da RAPS ao encontro da ampliação dos espaços de comunicação, inclusão e interação entre os diversos atores da rede, e que possibilita o fortalecimento da integração, articulação e compartilhamento do cuidado da saúde mental com a atenção básica em saúde.

De qualquer modo, é muito desafiador analisar a relevância desse exercício de cogestão em ato, conforme o demonstram as falas e observações apresentadas. Portanto, parte do processo disparador dessa ação revela que a gestão precisa enfrentar a falta de contato, de conexão, de disposição para o encontro com outro sujeito identificado com sujeitos diferentes, que vê coisas diferentes e que pode propor intervenções diferentes.

Cogestão exige um ato de governar a partir do reconhecimento de que a existência de outros sujeitos, com outros projetos e interesses, é legítima, portanto, requer espaços e modos de comunicação que permitam negociação e entendimento mútuo sem eliminar os conflitos próprios da diversidade humana (CAMPOS, 2005).

Para Campos e Amaral (2007), a estruturação de colegiados e o exercício da cogestão objetiva construir um espaço capaz de proporcionar a elaboração dos planos operativos, a partir de objetivos propostos pelos participantes, o que pressupõe um acompanhamento e (re) avaliação de processos e resultados constantes, que têm, nas bases, seu funcionamento dialógico.

A criação do colegiado gestor de saúde mental da RAPS de São Lourenço é anterior à normatização dos Grupos Condutores, e por isso fortalece o

protagonismo da ação local. Para que a gestão em saúde não se reduza ao comando de trabalhadores, e se constitua em espaço de debate; de composição de multiplicidades; de força de invenção; de outros modos de fazer; de se relacionar e de se constituir coletivos, é preciso que, antes de uma opção restrita ao técnico-administrativo e baseada em ações rotinizadas, a gestão em saúde seja concebida como processo pedagógico e inventivo (CAPRA, 2001).

#### 4.2.5 Os Fluxos da Rede

Diante de uma Rede de Atenção Psicossocial com tantos pontos de atenção, é constitutivo dos esforços de integração e articulação desses pontos o desenvolvimento de fluxos, de conexões, de modo formal ou informal. Assim, a gestão dessa RAPS, especialmente através de pactuações realizadas no colegiado gestor, tem definido algumas diretrizes regulatórias de fluxos, especialmente dos CAPS de referência regional, o CAPSadIII e o CAPSi.

Mesmo considerando a Atenção Básica como porta de entrada preferencial e ordenadora do Sistema Único de Saúde, o usuário de saúde mental pode acessar os demais pontos de atenção da RAPS. Neles será acolhido por equipe multidisciplinar que auxiliará a construção da singularidade do cuidado, e a partir de suas necessidades poderá ser referenciado e contrarreferenciado após contato prévio com o serviço indicado para a continuidade do cuidado naquele momento.

Em casos de internação — voluntária, involuntária ou compulsória<sup>12</sup> — a avaliação de sua necessidade é feita pelos profissionais dos CAPS existentes no município, que acompanham o usuário até a internação, ou quando não há necessidade de internação o usuário continua acompanhado pelo CAPS e/ou Atenção Básica.

---

<sup>12</sup> Conforme Lei 10.216/2001. Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento. § 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Públíco Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta. § 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento. Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Cabe ressaltar, conforme a fala a seguir, a importância da combinação realizada com o Ministério Público do município, em relação ao encaminhamento das pessoas que buscam internação, para que passem por avaliação prévia dos profissionais dos CAPS. Isso tem contribuído para diminuir o número de internações compulsórias, facilitando a construção de vínculo dos profissionais com o usuário em questão e possibilitando a construção de um Projeto Terapêutico Singular.

[...] a gente conseguiu superar o grande número que tínhamos de internação compulsória. Essa discussão começou em 2011, e foi demorado de ser construído. Mas acho que foi justamente por isso, porque as pessoas, elas iam como primeiro recurso. Não era nem nos estabelecimentos de saúde, iam direto na promotoria solicitar uma internação compulsória. (E1G)

As internações compulsórias têm se constituído em problemática constante dos processos de gestão e de produção do cuidado em saúde mental. E a utilização de mecanismos regulatórios dos fluxos de atendimento, através da avaliação dos pontos de atenção especializada baseada em uma pontuação com o ministério público, revela que é possível o enfrentamento de situações de conflito intersetorial com investimentos nas ações dialógicas e de corresponsabilidade entre os envolvidos.

Observa-se também a definição de fluxos, como parte dos processos de gestão, que vão ao encontro da preocupação com modos de avaliação e organização do acesso aos diferentes pontos de atenção da rede.

Então, não dava para gente simplesmente achar que todo mundo poderia acessar o CAPS. Não dava para gente achar que todo mundo poderia acessar lá no posto de saúde, que todo mundo poderia acessar no hospital, e era muito assim que acontecia antes. Claro que o acesso é universal e as pessoas têm direito garantido ao acesso, mas tinha caso que não era para internação, tinha caso de atendimento no CAPS que passava invisível pelas vistas da atenção básica, que não se considerava parte da rede de saúde mental [...]. (E1G)

A garantia de acesso ao acolhimento dos usuários em todas as portas de entrada da RAPS não exclui a necessidade de avaliar permanentemente o papel de cada ponto de atenção da rede e sua capacidade de atender as necessidades singulares dos casos que diferem em cada momento da vida do usuário, de modo que se construam muitos fluxos de referência e contrarreferência em uma linha de cuidado integral em saúde mental.

Na Figura 8 constam as relações de fluxos de referência e contrarreferência da RAPS de São Lourenço do Sul, ainda que representem apenas as possibilidades de organização das conexões entre os serviços, sem se transformarem em um ato prescrito e cristalizado pela normatização. A imagem busca representar as conexões, os movimentos flexíveis e ajustáveis que requerem permanentes avaliações e novas pactuações; a complexa trama de atos, de linhas, caminhos de idas e vindas que possam sustentar o cuidado do usuário em cada ponto de atenção, mas especialmente no espaço e no tempo, “entre”, possibilitado pela força das relações e dos modos de comunicação entre os sujeitos que operam a produção do cuidado na atenção psicossocial.

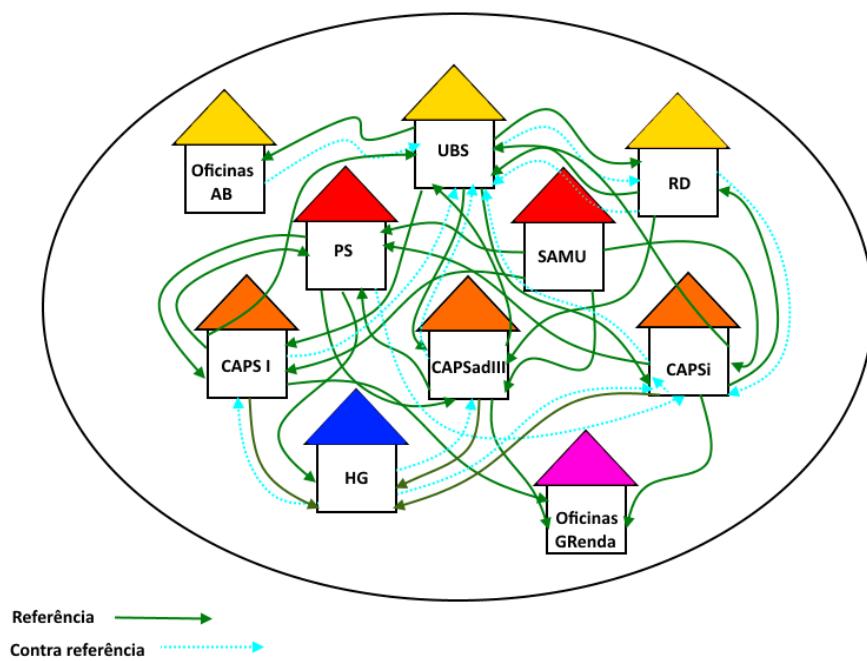


Figura 8 - Fluxos entre pontos de atenção da RAPS de São Lourenço do Sul

Esses fluxos são sempre provisórios ao se considerar a complexidade de uma RAPS que atenda às necessidades dos usuários em determinado tempo e território, exigindo extrema capacidade de conexão entre as pessoas dos diversos pontos de atenção, incluindo gestores, trabalhadores e o próprio usuário. Portanto a definição de fluxos é, sem dúvida, um facilitador nos processos de gestão, contudo, são os modos de comunicação que os tornam vivos e suficientes para a produção do cuidado.

Para Khandaker (2013), a definição de fluxos de cuidado possibilita intervenções mais direcionadas, com regras e responsabilidades mais claras aos profissionais. Definição de fluxos com gestão ativa dos casos, com foco na recuperação e no incentivo à inclusão social, melhora da comunicação com abordagem flexível e centrada no usuário, aliada à supervisão de equipe como apoio à atenção básica foram considerados centrais para que esse modelo de trabalho fosse desenvolvido de forma eficiente e eficaz.

O enfrentamento da persistente e hegemônica fragmentação setorial e intersetorial tem sido um desafio na construção de redes no SUS, em busca de uma assistência integral à saúde, requerendo uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, em um processo dialético de complementação e de disputa que vai compondo o cuidado em saúde. Isso começa pela reorganização dos processos de trabalho na rede básica e vai somando-se a todas as outras ações assistenciais, em que a maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta do modo com que se articulam as práticas dos trabalhadores (CECÍLIO, MERHY, 2003).

Na fala do sujeito a seguir percebe-se o lugar de quem observa essa rede: “um pouco de dentro e um pouco de fora”, por não ser trabalhador e nem gestor, mas implicado como um sujeito em formação nesse território, no qual redes são feitas de conexões entre os pontos, de modo flexível e capaz de serem redirecionadas conforme as necessidades, e que precisam ser constantemente questionadas.

É uma ligação, mas essa ligação simplesmente de pontos lineares não basta. No momento em que o usuário entra nessa rede de cuidado, e essa rede não suporta o usuário, então, a partir desse olhar, dessa provocação, a gente tem que refletir, dentro do espaço que nós vivenciamos hoje em São Lourenço, dessa rede de atenção. Se realmente os pontos que construímos são suficientemente fortes para o cuidado, não só do usuário da atenção básica, mas o usuário da média complexidade, como os CAPS, e da alta complexidade, como o hospital, e outros pontos que fazem parte dessa RAPS também. Será que esses pontos estão de certa forma, bem constituídos? Bem reforçados? (E19O)

Destaca-se, nesse caso, a importância da diversidade dos sujeitos na participação dos processos de gestão, e a relevância da formação dos trabalhadores na rede, incluindo o olhar questionador do aluno de residência. Considera-se também que a participação dos diversos alunos das residências multiprofissionais ou da psiquiatria provoca uma conformação de fluxos de rede e

oferta de atenção à saúde diferente daquela de municípios que não possuem alunos incorporados ao trabalho cotidiano dos pontos de atenção.

Essas considerações sobre a construção dos fluxos de rede da RAPS em estudo vêm ao encontro do que diz Quinderé (2014): fluxos que promovem conexões são considerados modo de funcionamento das redes rizomáticas e operam na saúde mental por força da ação dos trabalhadores, tendo por base que todos são protagonistas no processo de cuidado, e os movimentos são partilhados e articulados entre si.

Percebe-se que os fluxos da rede de São Lourenço do Sul são coerentes com as normativas da legislação em saúde mental, considerando a responsabilidade de cada ponto de atenção. Contudo, não se percebe aprisionamento ao que está posto e sim capacidade de inventar, construir e reconstruir esses fluxos de acordo com permanentes avaliações e repactuações entre os diversos atores em conexão.

#### **4.2.6 Modos de Comunicação**

Compreende-se uma produção de redes não restrita à articulação de serviços com características semelhantes (RIGH, 2010), e a noção de redes rizomáticas como redes complexas, com pontos interligados por convergências e interesses comuns, sem começo nem fim, mas possuindo um meio pelo qual pode crescer e se estender (DELEUZE e GUATTARI, 1995). Portanto, destacam-se, aqui, os diversos modos de comunicação que permeiam os processos de gestão como meio de produzirem os fluxos e conexões da rede de atenção psicossocial Lourenciana.

Para iniciar destaca-se a percepção da coordenação da gestão da saúde mental sobre os modos de colocar as pessoas em contato, ou seja, de estabelecer relações como condição básica para a produção de cuidado em rede, e de que modo esse processo comunicativo vem sendo avaliado.

A comunicação de todos os pontos de atenção da RAPS, ela tem que ser feita pelos “corpinhos” das pessoas, dos trabalhadores. Não tem outra maneira de isto ser feito, porque esse era um grande entrave, quando nós começamos a discutir, quando o secretário de saúde me pediu, que queria que isso virasse uma rede de verdade. Como que a gente vai fazer isso virar uma rede mesmo? Se eu encaminho a pessoa para um outro serviço a partir de uma meia-dúzia de folhas, escritas num papel que não dizem

nada, da complexidade, do que sofre aquele indivíduo, do que já foi feito, de quem está encaminhando aquele indivíduo. (E1G)

A fala acima revela a percepção de que rede não é feita de encaminhamentos de pessoas com documentos de referência e contrarreferência. É preciso que se estabeleçam modos de se comunicar com as pessoas dos outros pontos de atenção, ou seja, necessariamente com os profissionais envolvidos nessa continuidade de cuidado. Trata-se de assumir um compromisso ético, de tomar para si a responsabilidade pela continuidade do cuidado e não deixá-lo apenas com o usuário ou a família.

Esses apontamentos corroboram o pensamento de Righ (2010) quando o autor diz que a gestão precisa enfrentar a falta de contato, de conexão, de disposição para o encontro com outro sujeito, criando arranjos e dispositivos que provoquem contato e acordos entre os diferentes.

Desse modo, os espaços de cogestão envolvem todos os atores que compõem a rede, alterando os fluxos decisórios de poder – “saber não é poder”. A relação entre os profissionais passa a ser interprofissional e mais horizontalizada, com base em uma construção coletiva, modificando a ética das relações, com a descentralização do poder que visa à interação social presente no cuidado em liberdade, e no retorno da cidadania das pessoas com sofrimento psíquico capaz de produzir singularidades e processos relacionais diferentes com a loucura (COSTA-ROSA, 2000, p.160).

O uso do telefone, as reuniões de equipe, e visitas a domicílios ou outros pontos de atenção, são apontados como os modos mais comuns de comunicação no cotidiano de trabalho dos pontos de atenção, conforme se observa nas falas seguir transcritas:

A primeira coisa é o telefone, que é sempre. E semana passada até com o hospital a gente fez uma reunião [...]. (E14T)

[...] o contato é via telefone, a gente liga direto, conversa, fala a respeito. Não se tem encaminhamento direto sem ter contato com o hospital, nunca se teve. (E3G)

Ainda que possam parecer óbvios o contato telefônico e as reuniões como modos de comunicação, faz-se necessário tornar evidente o reconhecimento e o uso dessas ferramentas como tecnologias indispensáveis nos processos de trabalho, tanto por gestores quanto por trabalhadores, fortalecendo o contato e qualificando a comunicação entre os sujeitos que operam a produção do cuidado.

Essas tecnologias precisam ser valorizadas e disponibilizadas, do ponto de vista logístico e operacional, no cotidiano dos serviços de saúde.

Também se percebem relevantes modos de comunicação os seminários, as reuniões de matrículamento e, principalmente, o Colegiado Gestor/Grupo Condutor Local, como espaços de encontros potentes que produzem relações e facilitam as conexões entre os pontos de atenção da rede.

Na fala a seguir apresenta-se um exemplo da organização de um CAPS para desenvolver as ações de matrículamento das equipes das UBS, e a citação de seminários como modos de a gestão investir na potência dos encontros.

A gente instituiu um prazo no CAPS, em equipe, e se deu dois meses para ir em todas as equipes. A gente dividiu a equipe do CAPS, por região e nossa tarefa é ir na reunião de equipe. A primeira tarefa é ir conhecer as pessoas, saber com quem está falando. Porque, telefone funciona bastante, mas depois que a gente se conhece pessoalmente funciona muito melhor. Depois que eu fui numa reunião de equipe, e fui levado por uma pessoa que eu já conhecia, uma residente, e estava todo mundo lá, fluiu, e a partir dali fluiu. Não sei porque, talvez o teu doutorado explique isso para gente. Acho que tem um esforço da gestão em promover esses encontros. Tem os seminários da saúde mental que acontecem mensais, e são momentos de encontro, inclusive entre os CAPS, porque eu não conhecia os colegas dos CAPS. (E2G)

Destaca-se, aqui, o reconhecimento de uma prática de gestão que promova o contato, o encontro entre os trabalhadores e gestores dos pontos de atenção e a ampliação da qualidade ou da potência da comunicação pelo contato direto entre as pessoas, com maior capacidade de afetarem-se mutuamente ao se conhecerem e se reconhecerem como partes de uma mesma produção social.

Por sua vez, a ação de matrículamento, que pressupõe contato direto entre profissionais que buscam ou ofertam o apoio, também gera vínculo entre o técnico de referência e a equipe matriciada, facilitando as discussões e o compartilhamento de casos. Além disso, o apoio matricial cria situações que ampliam os espaços e modos de comunicação por haver maior circulação entre os pontos de atenção.

Agora no meu segundo ano, com o matrículamento, acho que a gente consegue articular mais a rede, como estamos em três lugares diferentes, e a gente esteve no hospital também, é mais fácil porque se eu preciso falar de algum paciente, eu vou até o CAPS, ou eu vou até a Unidade Básica, eu converso com as coordenadoras das Unidades. (E14O)

Essa ação também é valorizada pelo aluno (a) da residência que transita pelos diversos pontos de atenção durante os dois anos de formação.

Ainda sob outros aspectos, na percepção de alguns gestores, a comunicação é

essencial para a integração entre os pontos de atenção e o fortalecimento da rede.

[...] eu acho que essa comunicação existe e vem se fortalecendo, vejo que existe um crescimento. A gente teve um período que tinha uma barreira maior nessa comunicação entre os serviços, e isso vem se fortalecendo e crescendo. (E12G)

Acho que isso é um dado importante, porque eu sou um forasteiro, eu cheguei na cidade há pouco tempo, então eu não conhecia ninguém. Então tem que colocar o corpo mesmo, nesse momento de esforço da rede, tem que conversar com a atenção básica. (E2G)

[...] na saúde mental facilita, porque o colegiado é toda a semana. Então, a gente consegue se ver, conversar e ter, pegar um retorno, então se a gente conseguiu, olha, a gente deliberou uma discussão, então, na outra semana a gente consegue ver, tu conseguiste falar? Eu não consegui. Então a gente consegue montar uma outra forma, de articular, de conversar, ou de levar para outro ambiente. Então, semanalmente facilita muito. (E11G)

Constata-se, na fala acima, que, além da importância dos modos de comunicação, também se manifesta a potência e a necessidade de os encontros do colegiado gestor serem semanais, como se mencionou anteriormente. Já, a participação de representantes de outros setores, por exemplo, os da educação, a reunião do Colegiado Gestor/Grupo Condutor Local também é considerada importante, embora a julguem insuficiente, pois a reunião ampliada ou de rede intersetorial ocorre de dois e dois meses.

Eu acho muito interessante, estou aprendendo bastante também com as colocações que o pessoal leva, acho que, acrescenta, só acrescenta no meu trabalho. Inclusive acho que essa aproximação deveria ser ainda maior, ela é muito espaçada, acho que tinha que ser ainda maior. (E16O)

Essas falas reforçam duas questões que se considera relevantes para o fortalecimento do colegiado gestor como modo potente de comunicação e ativador da produção em rede: a frequência de reuniões semanais, com um coletivo mínimo, o qual possa avaliar, planejar e tomar decisões sobre questões mais emergentes; e a ampliação ou redução do intervalo de tempo entre as reuniões com a participação de um coletivo ampliado.

Considera-se que, além dos espaços e modos de encontro que colocam as pessoas em contato, em relação umas com as outras, os modos de comunicação propiciam falas ou proferimentos que se constituem em atos de fala, e, em consequência, modos de agir dos sujeitos falantes. Essas falas reforçam a perspectiva de que redes rizomáticas necessitam de processos de gestão

baseados em processos comunicativos e relacionais.

Para Quinderé (2014), redes rizomáticas, no âmbito dos serviços, ocorrem onde os trabalhadores operam seu processo de trabalho mediante conexão entre serviços, em que eles próprios são os mediadores e propulsores dos fluxos por onde o usuário vai caminhar em busca da solução do seu problema de saúde. Essa construção ocorre em ato, tendo como principal recurso a liberdade do trabalho vivo, no exato momento de produção em que as redes se conectam e constituem as linhas de cuidado necessárias para aquele caso específico, tornando as redes rizomáticas sempre singulares.

Observa-se, na RAPS Lourençiana, o fortalecimento das conexões e dos modos de comunicação entre os serviços ou pontos de atenção através das relações estabelecidas entre os diversos atores que, com seus processos de gestão, contribuem para a construção e o funcionamento de redes “quentes e produtoras de vida”. Desse modo, recomenda-se, neste estudo, a manutenção das ações existentes e ainda maior investimento na aproximação e nas oportunidades de encontros com ampliação da participação de outros sujeitos da rede intersetorial, de alunos e de usuários.

#### **4.3 Quem fala? Quem atua?**

Dando continuidade aos aspectos contextuais, essenciais em uma análise hermenêutica-dialética, acrescentam-se informações que dizem sobre quem são esses atores participantes das reuniões do Colegiado Gestor/Grupo Condutor Local e que foram entrevistados, constituindo-se em sujeitos falantes e implicados com o objeto deste estudo.

Com base nas informações alcançadas pelo instrumento de entrevista — dados de identificação, questões que visavam conhecer as histórias dos entrevistados, como cada um deles chegou e atua na rede de atenção psicossocial de São Lourenço do Sul — apresentam-se algumas histórias e experiências singulares dos sujeitos que protagonizam os processos de gestão da RAPS Lourençiana.

Logo, para além de um perfil descritivo, apresentado nos aspectos metodológicos, destacam-se algumas informações que dizem um pouco mais sobre quem são os sujeitos que falam e atuam na RAPS em estudo, como pensam,

sentem ou experenciaram algumas situações da formação, pós-graduação ou trabalho.

É oportuno falar da gente, é importante, diz da onde a gente fala sobre as coisas. Deixa eu pensar, eu até tenho escrito sobre isso, eu escrevo meus encontros com a loucura [...] (E2G)

Algumas falas demonstram, por exemplo, que a formação, o conhecimento de um gestor ou trabalhador acontece de várias formas, e ocorre no caminho de sua construção profissional, em ato, não somente na graduação e na pós-graduação, mas nas experiências profissionais, sem deixar de reconhecer o quanto os currículos institucionais contribuem mais, ou menos, nesse percurso.

[...] eu não fazia nem ideia do que queria dizer, o tal do apoio matricial em saúde mental na atenção básica, porque eu nunca tinha ouvido falar nisso na vida. Porque a universidade não diz essas coisas para gente. [...] durante a formação, na graduação eu tive contato com, falando de saúde pública, tive contato com o Hospital Psiquiátrico, porque tínhamos uma cadeira sobre psicopatologia e nossa única possibilidade de estágio era dentro do Hospital Psiquiátrico. E não conhecia outras formas de cuidado e os professores daquela disciplina passavam aquilo como a melhor forma de cuidado, mas algo já me inquietava e me dizia que não era aquele o lugar melhor. [...] e tive a professora X, que falou muito comigo de instituinte e instituído e isso também mobilizou em mim a capacidade de refletir sobre alguma coisa que eu nem sabia bem o que era. Então, tem alguns mestres que te trazem coisas, mas mesmo assim é pouco tempo que a gente tinha para discutir isso e entender, como essas tecnologias leves de saúde para se trabalhar em saúde mental. (E1G)

Toda a minha graduação foi voltada para a saúde mental. Desde o início era uma dificuldade que eu tinha, de como trabalhar com louco. E aquele preconceito, eu não quero trabalhar com louco, mas eu adorava ir para os serviços, mas eu não queria trabalhar com louco. Então, era entre a faca e a espada. Eu gosto, mas eu tinha medo. E daí tinha uma psicóloga na universidade, que a gente tinha aula de psicologia. A gente conversou muito, e ela foi me ajudando a ir quebrando todos os preconceitos que eu tinha e fui visitando os serviços e acompanhando de outro jeito. Olhando por uma outra forma. Daí foi ficando tudo mais tranquilo, e fui me envolvendo com a saúde mental. Então, em todos os projetos de pesquisa, de monitoria, trabalho de conclusão foi na saúde mental. [...] eu fui aprender na Residência vindo para cá [...] fui conhecendo outros termos, rizoma [...] fui entrando em contato com uma outra saúde mental diferente da que eu entrei em contato na faculdade. CAPS eu acompanhei na faculdade, mas aqui era diferente a forma como se organizava, até porque o tempo da luta aqui é bem mais forte, bem anterior a do meu Estado. Não que lá não seja forte, tem suas particularidades, mas aqui o processo é bem mais antigo, tem a militância e acaba que o pessoal se mostra mais, vai mais para rua. E daí entro em contato com outros conceitos de saúde mental, foi quando a gente começou a focar no território, na atenção básica, para além do serviço especializado. Comecei a me achar na saúde mental para além do núcleo de enfermagem e a gente pode trocar com outras profissões. Na residência eu tive um contato maior de troca, para além do que eu aprendi na universidade, [...] eu sou profissional de saúde mental, independente da formação. No início é bem difícil assim, a gente

se achar na saúde mental como enfermeiro, sair do núcleo é muito difícil, mas foi um processo. Na residência, a gente teve que fazer todo um trabalho de rede, e eu comecei a ver a atenção básica na saúde mental, porque na atenção básica a gente vê um todo, e na saúde mental a gente acaba, às vezes se limitando. Quanto mais a gente se especializa às vezesrece que dificulta. (E11G)

Essas falas apontam vários aspectos que demonstram a possibilidade de os sujeitos se modificarem ao longo de suas trajetórias à medida que são expostos a outros conceitos e a outras experiências. É possível mudar a forma de sentir, pensar e fazer, de perceber o mundo e as pessoas, e por isso são tão importantes os investimentos na formação, seja na graduação, na pós-graduação, nas instituições de ensino ou nos serviços.

As experiências cotidianas dos serviços também constituem e modificam os sujeitos ou atores sociais ao longo de seus processos de vida e trabalho, mas a identificação com a área de saúde mental é sempre muito significativa para a motivação e o enfrentamento desse cotidiano.

Fiquei anos no CAPS Nossa Casa, inclusive na coordenação do CAPS, e depois de muitos anos pedi para sair e vim para o CAPSad, porque eu acho importante também a gente sair de um espaço de muito tempo e poder participar e conhecer outros espaços dentro da saúde mental, em que a gente também pode fazer um movimento diferente. E me sinto parte desse processo [...] eu me encontrei no CAPSad, porque o trabalho é totalmente diferente, as pessoas são diferentes. (E7T)

[...] eu vim trabalhar aqui no município de São Lourenço, na Estratégia de Saúde da Família, e sempre tentando passar na residência [...] eu passei e comecei a trabalhar nos CAPS. Primeiramente, essa coisa da saúde mental me chama muito a atenção, desde a minha graduação. Eu fiz estágio no CAPSad Careta no último ano da Faculdade. Eu sempre gostava das aulas de saúde mental, com a professora X. Eu acho que a saúde mental, tu tens que gostar, tu tens que te sentir na saúde mental. Claro, cansa bastante, é uma área que cansa, porque a gente tem que estar sempre produzindo e pensando. (E15O)

Nessas histórias destaca-se a importância da formação e do desenvolvimento desses trabalhadores para a gestão, como um lugar também desejado e reconhecido como importante dentro do quadrilátero da formação, constituído pela gestão, atenção, formação e controle social em saúde (CECCIM, FEUERWERKER, 2004), sem deixar de considerar a importância de que de algum modo a gestão é feita por todos os atores envolvidos na produção do cuidado em saúde.

[...] eu disse, eu me preparei para isso, com certeza eu topo, sem falsa modéstia, porque eu me preparei para isso, fiz um percurso de formação todo estudando a saúde mental e observando muito atentamente a gestão, para ocupar um espaço de gestão. (E2G)

Destacam-se, aqui, alguns aspectos da formação e das experiências vividas por um gestor, por considerá-los constitutivos do perfil do sujeito, e que se acredita tenham contribuído para as iniciativas e o desenvolvimento de muitas ações propulsoras dos processos de gestão da RAPS.

Eu fiz a minha formação médica na Faculdade de Medicina, em 1983, que tem uma formação na área da psiquiatria, muito forte. Desde o primeiro ano da faculdade a gente começa tendo psicologia e depois tem a psiquiatria no 5º ano. Sempre teve a residência da psiquiatria muito tradicional e conservadora. Eu sempre tive uma militância de esquerda e desde o primeiro ano eu me envolvi com o departamento de saúde mental da Universidade, e aí uns dizem que eu sou do contra, mas eu gosto do enfrentamento. Então, se precisava de um representante discente no departamento de saúde mental, ninguém do diretório acadêmico queria ir, justamente porque eram os que pensavam mais oposto daquilo, aí eu me candidatei. Fui representante discente no departamento de saúde mental por 3 anos, depois eu fui para o colegiado de curso e depois para o conselho departamental, dentro da Faculdade de Medicina. Sem conhecer muito da reforma psiquiátrica a gente já tinha uma contraposição daquele modelo que tinha na faculdade de medicina, que era manicomial, freudiano ortodoxo, com todas aquelas práticas autoritárias. E naquela época era ainda, o momento da abertura política, não era um momento de democracia. Nós fazíamos cursos de semana acadêmica sempre trazendo alguém da chamada Psiquiatria alternativa, e fizemos um curso para a semana acadêmica da medicina, trazendo o Alfredo Moffatt. Compramos uma briga muito grande com todo o Departamento de Saúde Mental, porque não podiam nos ver [...]. Isso me levou a ter esse olhar para a saúde mental, mas na verdade acabei ficando com o pessoal da medicina social. Eu terminei em 88, em 89 fui para o exército, e em 1990 eu fiz a residência da medicina preventiva e social. (E17G)

A história de trabalhadores/gestores, enfim, de atores de luta na construção de Políticas Públicas e do SUS, é constituída de momentos de enfrentamento das contrariedades colocadas pela sociedade e a si próprios porque exige disposição, implicação e exposição, nem sempre tornando possível ficar em um “lugar” confortável. Ser do contra não significa ser contra qualquer coisa, sem racionalidade; é um modo de agir, de provocar a reflexão e a crítica necessárias aos fazeres hegemônicos; é um modo de se libertar da opressão e alienação, manifestando novos olhares e novos modos de produzir no trabalho.

Contudo, ainda que com afetos e desafetos é possível avançar em uma história de participação e atos constituintes de um exercício de cidadania e trabalho em saúde.

[...] eu fiz concurso para médico em Piratini, Pelotas, São Lourenço do Sul, na época tinha concurso em tudo que era lugar, Canguçu, Pelotas, São Lourenço, foi quando os municípios começaram com a atenção básica, e optei por ficar em Piratini e Pelotas. Em função da militância, me envolvi com o movimento popular de saúde em Pelotas, participamos da criação do conselho municipal de saúde, da transformação de CIMS para Conselho. Eu participei pela residência, foi o estágio da minha residência, auxiliar o pessoal na migração, na constituição da lei e tudo mais, que criou o conselho de saúde de Pelotas. Depois fui presidente do conselho municipal de saúde por 4 anos, e foi quando acabei me envolvendo com o pessoal do GAP, o grupo de avaliação psiquiátrica, e fizemos várias inspeções nos hospitais psiquiátricos de Pelotas. Em 1998/1999 foi minha primeira experiência de gestão, quando fui adjunto na coordenadoria, onde fiquei 2 anos, e depois fui para a direção do departamento de regulação em Pelotas. No outro ano o prefeito X ganhou a prefeitura, aqui em São Lourenço do Sul, e me convidou para vir para cá. Sou um dos fundadores da Comissão Intergestora Bipartite (CIB) estadual, e da Secretaria Técnica (SETEC), e hoje sou o membro mais antigo da SETEC estadual. Aqui sou Secretário Municipal de Saúde e fui presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) estadual por 4 anos, sendo na minha gestão que passamos de Associação de Secretários para COSEMS. Fui membro do Conselho Estadual de Saúde (CES) representando o COSEMS e conselheiro do Conselho Nacional de Saúde (CNS) representando o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) por 3 anos. Agora eu estou voltando como titular do CONASEMS, no CNS. [CM: Já são 10 anos aqui?] Já, 10 anos, 11 anos agora no final do ano. [E17G]

O perfil dos sujeitos reafirma que a história dialeticamente construída é diretamente relacionada por quem a produz. As ações realizadas, a gestão do cuidado produzido em saúde são resultados do modo de operar relativo a cada indivíduo e ao coletivo, em um trabalho vivo em ato, conforme Merhy (2002, 2005).

A partir dessas falas e observações sobre os sujeitos deste estudo e da produção de cuidado em saúde mental em São Lourenço, é preciso reafirmar que “as coisas” acontecem, ou a realidade é produzida, não apenas porque se tem recursos materiais ou humanos, normas ou conhecimento. Embora, conforme os conceitos de Merhy (1997), essas tecnologias duras ou semiduras sejam necessárias, a realidade é produzida por pessoas que agem, que usam tecnologias leves de relação e de comunicação. Sem o agir, nada acontece. E o que acontece, o que ocorre, depende de quem, de quando, e em que circunstâncias. Portanto, isso elucida o valor histórico e dialético das construções de cada sujeito envolvido.

Isso também implica uma gestão do trabalho que precisa priorizar questões fundamentais para a produção do cuidado — a carreira, remuneração, EPS, trabalho multiprofissional e intersubjetivo, formas de participação colegiada, liberdade na condução do seu trabalho e no cuidado em saúde mental. EPS

considera a aprendizagem parte significativa dos fragmentos do cotidiano, dos cenários e das práticas no trabalho, modificando-o (FRANCO, s/d).

Nessas primeiras considerações descritivo-analíticas sobre o cenário e os sujeitos, incluindo o conjunto de pontos de atenção da RAPS, seus aspectos estruturais e funcionais, tem-se: os atores falam sobre problemáticas comuns a outros territórios do Brasil e de outros Países, como apontam estudos de avaliação de Sistemas, Políticas, Programas e Serviços de Saúde Mental que incluem a necessidade de ampliar o número de profissionais especializados em saúde mental, a fim de fortalecer a integração e a articulação entre os serviços, através do compartilhamento do cuidado e de apoio matricial.

Entre os estudos acima mencionados, está o de Mendenhall *et al.* (2014), no qual os autores citam como condicionantes o desenvolvimento de redes baseadas na integração e a articulação de serviços, a ampliação dos recursos humanos, maior acesso a medicamentos, supervisão, apoio estruturado e permanente nos níveis de cuidados primários e comunitários, além da formação e da compensação adequadas aos trabalhadores envolvidos.

Em seu estudo, Antonacci *et al.* (2013) avaliam o entendimento dos trabalhadores sobre a estrutura da rede na qual estão inseridos e como dela se utilizam para a reabilitação psicossocial, apontando a relevância de uma rede transversal baseada no fortalecimento das relações entre seus diferentes dispositivos, das alianças para efetivação do cuidado em liberdade, da responsabilização para com os usuários, e das relações entre os moradores e os trabalhadores no espaço serviço/casa.

Observa-se que, mesmo com dificuldades, há uma significativa diversidade na oferta de pontos de atenção e no investimento no número de trabalhadores multiprofissionais, com ampla formação e especialização na área de saúde mental; nos esforços para o desenvolvimento de práticas interdisciplinares, com priorização no fortalecimento de ações de saúde mental junto à atenção básica.

Destaca-se também a influência das políticas públicas vigentes, e os avanços no financiamento da área de saúde mental, após a Lei Federal n. 10.216/2001, que foi significativo para a constituição de Redes de Atenção Psicossocial, e a ampliação de recursos federais e estaduais no período de 2011 a 2014, especialmente no Rio Grande do Sul. Considera-se relevante essa questão porque a manutenção dos serviços e ações implantadas depende da continuidade

desses investimentos de modo tripartite, e, como foi observado, do final de 2014 em diante esses recursos veem, sistematicamente, sendo reduzidos, ou por atrasos nos repasses, ou por nenhuma proposta de novos investimentos, ainda que se tenha claro o aumento de demandas e necessidades da saúde da população.

Ao se refletir sobre o perfil e as histórias dos sujeitos observa-se uma mistura, uma complementaridade de recursos humanos. Conforme Bezerra Jr (2007), acredita-se que há uma parte de profissionais da primeira geração envolvida na construção da Reforma Psiquiátrica Brasileira, e outra parte dos novos profissionais formada de jovens que não passaram pelo processo de luta política e ideológica que envolveu a criação do movimento antimanicomial, mas que além de uma formação e pós-graduação voltadas para esse paradigma, são envolvidos, estimulados, “abraçados” por processos de gestão que primam pelas lutas no plano jurídico e político, na defesa dos direitos humanos e no plano sociocultural, buscando trazer para o debate os atores de diversos segmentos sociais.

Poemas Concebidos sem Pecado

CABELUDINHO  
Carta acróstica:  
“Vovó aqui é Tristão  
Ou fui do colégio  
Viro poeta  
Ou mando os padres...”  
(BARROS, 2013, p 10)

## 5 Os Processos de Gestão da RAPS

A coleta de dados, através das entrevistas e das observações participantes das reuniões do Colegiado Gestor, constituiu-se em um conjunto de falas que pode ser analisado sob dois aspectos: no primeiro, de acordo com Lima e Rivera (2009), quando um sujeito fala não apenas descreve a realidade pura e simplesmente, mas ele gera realidade, portanto, procura-se observar nas falas a expressão de ações; no segundo, na dimensão da prática social, na qual prevalece uma ação comunicativa, ou uma interação, as falas precisam ser entendidas e reconhecidas por, pelo menos, dois sujeitos atuantes (HABERMAS, 2012a).

No caso das observações, há falas de diversos participantes da reunião, e nas entrevistas há uma relação mediada — entre o sujeito entrevistado e o sujeito investigador.

Assim, após a apresentação do conjunto de informações a respeito do cenário e dos sujeitos que produzem as ações em avaliação, não sendo admissível que a realidade estudada seja produto natural de fenômenos sociais, e sim de uma realidade histórica e dialeticamente produzida por específicos e não casuais sujeitos, num recorte de tempo e de espaço territorial, apresentam-se as ações identificadas nas falas referentes aos processos de gestão, divididas em três categorias emergentes, a seguir descritas.

### 5.1 Ações de Planejamento e Avaliação

Observa-se que as percepções que os atores têm sobre planejamento e avaliação, sejam gestores ou trabalhadores, apresentam afinidades e divergências. No entanto, esses temas, inerentes aos processos de trabalho da gestão, estão presentes quanto significância e prática nas falas dos entrevistados e nos diálogos das observações das reuniões do Colegiado Gestor/Grupo Condutor Local, reforçando o agir em gestão como parte da produção do cuidado, em que todos são também responsáveis.

Então, eu acho que a avaliação, ela é rica quando a gente faz com quem participa dela. O Colegiado é uma potência. Ele é rico, quando quem faz parte, quem constrói, olha para ele e revê junto, para não ficar só no gestor avaliando, ou dizendo como é que tem que ser, mas também o trabalhador que está executando. Dele trazer, de como é que está sendo para ele, uma vez que ele que está também fazendo o fluxo, organizando essa rede. A gente faz bastante autocritica no Colegiado. Teve um que a gente falou que a gente fica se punindo tanto por alguma coisa, que a gente se autocritica tanto. E que a gente quer olhar também o que a gente construiu de bom. A gente sempre cai nessa dificuldade, sempre se autopunindo, a gente devia fazer isso, devia fazer aquilo. Só que a gente esquece de avaliar o quanto a gente avançou e que tem coisas que vai demorar mesmo, que é um outro processo e principalmente quando é um outro ponto da rede, a gente precisa ver e respeitar o tempo do outro, e chamando aos poucos e construindo. (E11G)

Eu acho que é mais no Colegiado mesmo e quando tem as reuniões maiores uma vez por mês. A secretaria está propondo seminários e acho que tem sido nesse momento que tem acontecido essa discussão maior da rede, e tem sido bem importante. (E13T)

[...] o seminário que acontece mensalmente de saúde mental, está discutindo a saúde mental na atenção básica. O tema do anterior foi esse e será o tema do próximo também para aprofundar. (E2G)

[...] a avaliação é muito individual de cada unidade, a gente não consegue, mesmo tendo essas reuniões de colegiado, de avaliar o que que eu acho do CAPS ad, que eu acho dessa rede, acho que cada um está fazendo um pouco a sua avaliação, sem querer se meter no serviço do outro. Acho que podia ter uma avaliação mais geral, deveria ter assim, o funcionamento em relação a população, se estão satisfeitos ou não com o trabalho, isso é uma coisa que não é feito. (E3G)

O que a gente vem dizendo também é que temos limites, e que cada espaço tem limite. E porque a gente tem limites, o que cada vez mais vem se achando e vendo é a importância de se reunir, porque quando chega no meu limite é onde o outro vai entrar. Saber que temos limites das coisas, monitorar isso. A gente pode monitorar eu acho que só conversando e vendo de que forma a gente foi antes, de que forma estamos indo agora e de que forma nós queremos atingir mais adiante. O que a gente pode melhorar enquanto rede, eu acho que é conversando na rede. Na reunião de equipe temos visto isso, o que a gente pode melhorar e de que maneira podemos chegar. (E7T)

Acho que é no colegiado que tem como fazer uma avaliação. Às vezes, a gente precisa levar para lá, porque a gente fica em dúvida, porque a gente não sabe tudo, por que cada caso é um caso e de vez em quando aparecem coisas inusitadas aqui. Daí todo mundo fica em dúvida e discutimos na nossa reunião de equipe, ficou dúvida ainda, a gente leva para o colegiado, e ali então como cada caso que traz suas problemáticas para ali, acho que é um meio bom de avaliar (E8T)

Com todos esses aspectos de diferentes percepções proferidas sobre avaliação observam-se muitas citações que referem a avaliação como processo rotineiro, principalmente do Colegiado Gestor/Grupo Condutor Local, implicando em ações informais de planejamento de ações potencialmente comunicativas.

O método proposto por Campos (2000) para análise e cogestão de coletivos busca sistematizar os melhores modos de a gestão aproximar-se do cotidiano das unidades de saúde, ou pontos de atenção de uma rede, possibilitando a apropriação dos trabalhadores do seu fazer cotidiano, com reflexões constantes sobre o seu processo de trabalho; sobre o seu modo de estar na vida, com tomada de consciência sobre o seu processo de alienação. Também busca fortalecer os sujeitos e os coletivos para a construção de processos de cogestão e democratização das relações de poder, transformando e superando modelos de gestão hierarquizados.

A organização dos processos de trabalho, a interação entre os sujeitos, a troca de experiências, a tomada de decisões, a elaboração e execução dos projetos de intervenção possibilitarão a atuação consciente e ativa dos atores envolvidos no processo, conforme Campos (2000), e, sempre que possível, por consenso, constituindo-se em um agir comunicativo (HABERMAS, 2012).

Nas falas e observações a seguir destaca-se a identificação de ações reconhecidas como atos de avaliar, planejar e reavaliar como partes do cotidiano da gestão da RAPS, que incluem discussões sobre ações da rede e discussão de casos.

Então a gente está o tempo inteiro vendo espaços para gente fazer isso. A gente está pensando e vai fazer uma reunião de rede para gente poder discutir as dificuldades que gente está tendo com outros pontos, com outras secretarias para gente poder afinar melhor esse trabalho da RAPS. (E11G)

[...] porque quando a gente sentava, conversava, e debatia aquele caso ali, a gente entendia, via, aprendia mais e mais sobre as coisas e via que não, que aquele caso não precisava nunca ter sido encaminhado para um psiquiatra, ou que ali tinha uma urgência absurda e que acabou agravando o caso do paciente, ou que era alguém que se perdeu na rede, e que a gente tinha que sair correndo atrás, porque a situação era séria, então começamos por aí. (E1G)

E1G: marca reunião sobre planejamento do próximo Mental Tchê para o dia 25 de setembro, comentando que precisam buscar recursos estaduais e federais. P25G: sugere que considerando as avaliações do Mental Tchê deste ano, procurem buscar maior participação da rede local, e envolvimento da comunidade Lourençiana. (O6)

E1G: questiona qual o perfil das internações e se são mais de São Lourenço. P5T: comenta que tem tido tantas internações da região como locais, que tem tido um aumento de casos de transtorno bipolar e que na área de dependência química parece estar havendo uma reagudização de casos de Crack. (O7)

E6G: comenta sobre o caso do usuário X, que há 4 anos vinha se atendendo bem, e que agora teve uma recaída. P5T: diz que agora ele está bem, que ficou mal com o uso da maconha, que deixa ele mais

psicótico. Falou também de outros casos que retornaram. E6G: falou de mais alguns pacientes também. P5T: pediu atenção para o usuário X que tem reagudizado muito e citou ainda outros casos. P23T: fala de outro paciente. P5T: fala de alguns que tiveram alta. E6G: fala da abertura de PTS. E1G: fala da necessidade de reavaliar. E6G: diz que se preocupa com o porquê do retorno de vários pacientes. P5T: fala de remanejo no final de semana. (O7)

P5T: coloca em pauta uma outra questão, sobre uma proposta que fez aos residentes de psiquiatria para buscarem o perfil epidemiológico e seguir o acompanhamento de casos de tentativas de suicídio, podendo intervir no curso normal do suicídio. E1G: fala do trabalho da vigilância em saúde e do protocolo de avaliação e notificação de risco. Falam da necessidade de reverem este protocolo, e propõe um Seminário para tratarem do assunto. (O7)

As falas demonstram ações essencialmente de avaliação à medida que os sujeitos buscam a retroalimentação dos processos em curso, a fim de corrigir ou evitar erros, estabelecendo estratégias para melhorar a qualidade da assistência prestada, conforme Almeida e Escorel (2001).

Planejamento e gestão normativos servem para governar processos estruturados, mas processos vivos exigem círculos e redes situacionais, intersetoriais, interinstitucionais, pois serão estes dispositivos que mudarão as maneiras de governar e os modos de conduzir o trabalho em saúde. Para qualificar o trabalho e democratizar a gestão é preciso atingir a micropolítica de trabalho em saúde (CAPRA, 2011).

Entretanto, as expectativas, muitas vezes normativas, sobre planejamento e avaliação em saúde tendem a reconhecer apenas a aplicação de instrumentos — como planos e relatórios de gestão —, baseados em dados e informações oficiais, de preferência oriundos dos registros e dos sistemas de informação que, sem dúvida, são significativos, necessários e ainda se constituem em importantes lacunas na área de saúde mental, incluindo a escassez de indicadores de avaliação — quantitativos ou qualitativos.

Essas questões são também motivo de inquietudes e preocupações dos entrevistados.

Então, esta questão da avaliação, também é uma questão que eu tenho conversado com a gestora X, que tem me inquietado demais, primeiro porque o quanti não diz da qualidade do nosso trabalho, a quantidade de atendimentos que a gente faz, a quantidade de pessoas que acessam os serviços, a quantidade de procedimentos que a gente faz e registra, isso não fala da qualidade do nosso trabalho que é muito subjetivo. Então avaliar isso também é complicado. (E1G)

Eu acho que isso é uma coisa que realmente nos falta. A gente desenvolver indicadores objetivos. A gente tem a percepção subjetiva, que

é importante, a percepção dos usuários, a percepção das pessoas [...]. Mas eu acho que a gente tinha que criar alguns indicadores de sei lá, número de internação, tempo de internação, tempo de permanência no CAPS, quanto tempo está no CAPS [...] acho que a gente precisa criar esses indicadores que a gente não tem. Acho que a gente tinha que ter isso mais quantitativo porque é importante [...]. (E17G)

[...] a gente tem muita dificuldade de monitorar todas as políticas, assim, de levantar dados, primeiro pela forma que são construídos os sistemas. Às vezes a gente tem várias pessoas e cada uma é responsável por determinado sistema de informação. Então, pensando dados quantitativos, a gente não tem muitos precisos, a gente até tem uma discussão aqui na saúde mental, isso não é muito levado em conta essa questão da quantidade, mas que a gente já pensou, já fez alguns levantamentos em relação as internações em hospital para saber se isso está rolando atualmente, esse monitoramento das internações, principalmente pela questão de ter agora um serviço 24 horas de ad. Saber quem é essa pessoa que está internando, se ela passou por um serviço, por um CAPS antes, para se pensar e se avaliar esses dados e está se levantando esses dados. Da mesma forma pensando do ponto de vista quantitativo a questão da medicação dos receituários, de onde que está saindo. A gente sabe que tem um quantitativo muito grande, tanto do ponto de vista de gasto financeiro como do ponto de vista da medicalização da população. (E18G)

As falas representam as contradições e conflitos ainda presentes na avaliação em saúde mental, na tentativa de entender qual informação é mais importante — se as objetivas ou as subjetivas —, passando pela polarização entre dados quantitativos e qualitativos. E não se trata, aqui, de privilegiar uma ou outra informação porque ambas são complementares. A questão é definir o que precisa ser monitorado e avaliado no sentido de contribuir para a tomada de decisões em curso.

A avaliação, como instrumento de gestão, ainda precisa ser incorporado no cotidiano dos processos de trabalho de modo que este fazer tenha significado para quem produz a informação. De qualquer modo, se destaca que o monitoramento e a avaliação das ações de saúde mental no município são realizados pelos gestores e trabalhadores com o objetivo de qualificar os processos de trabalho, considerando a forma singular de funcionamento de cada serviço, a partir dos projetos terapêuticos do serviço e de cada usuário. Observa-se uma tendência para a realização de avaliações qualitativas informais a partir das discussões de caso sobre o percurso do usuário na rede de saúde mental, as quais permitem avaliar se está ocorrendo articulação entre as redes setorial e intersetorial, o que é importante para o desenvolvimento do trabalho em saúde mental.

Os espaços de comunicação, em especial o Colegiado Gestor/Grupo Condutor Local, se constituem em permanente instrumento de avaliação, além de

que a avaliação da RAPS, de modo geral, é realizada com o conjunto dos trabalhadores, anualmente e nos seminários mensais baseados em Educação Permanente.

Nesse caso, destaca-se que a avaliação qualitativa corresponde à análise das dimensões que escapam aos indicadores e expressões numéricas e considera a produção subjetiva que permeia as práticas em saúde, incorporando também o plano das subjetividades (BOSI; UCHIMURA, 2007). No entanto, observa-se a necessidade de qualificar e utilizar os dados do Sistema de RAAS – Registros de Ações Ambulatoriais de Saúde, que permitem acompanhar o número de procedimentos que vêm sendo realizados nos CAPS e definir outros dados a serem permanentemente monitorados para que possam subsidiar uma avaliação semestral ou anual e que apontem outras questões sobre os resultados do trabalho em rede.

Ações de planejamento e normatizações locais também podem ser representadas pelo Protocolo de Prevenção ao Suicídio, Fluxo de Atendimento do CAPSadIII e do CAPSi com os outros municípios e documento de Pactuações com Ministério Público, referidos nas falas dos entrevistados e nas observações.

## **5.2 Ações de Produção de Cuidado em Rede**

De acordo com os estudos de Onocko-Campos (2011), Urada (2014) e Borisow e Furtado (2014) sobre avaliação de redes de saúde mental, observou-se a relevância e a necessidade de ações de integração e articulação entre os pontos de atenção no modo intra e intersetorial, na perspectiva de uma rede relacional que não se fixa, está sempre em movimento, construindo linhas de cuidado a partir de modos de comunicação mais, ou menos, efetivos.

Neste estudo, destacam-se as principais ações dos processos de gestão que envolvem a produção de cuidado.

Iniciando-se pela **integração e a articulação da rede de saúde** considerou-se de extrema relevância os esforços revelados nas falas dos diversos atores em relação à atenção básica, a qual pareceu ser prioritária no momento da pesquisa, embora a relação entre os serviços especializados não apresente importância menor.

É significativa a implantação do Apoio Matricial realizada por profissionais de referência dos CAPS, juntamente com o NASF, como modo de fortalecer o compartilhamento do cuidado e o fortalecimento do cuidado em saúde mental na Atenção Básica.

Atenção básica, porta de entrada do sistema. E depois da atenção básica, se esgota as possibilidades lá na unidade de saúde, acessando o apoio. E inclusive o apoio do CAPS, porque hoje os CAPS têm referências, com cada profissional para uma unidade de saúde. Além do apoio do NASF, eles têm também o apoio dos CAPS, que é muito eficaz, principalmente em casos que são de cuidado compartilhado, que estando em cuidado na unidade e no CAPS. E aí então, esgotadas as possibilidades se faz esse encaminhamento para o CAPS, mas não se deixa de cuidar, também lá na unidade de saúde. (E1G)

No entanto, destaca-se o Apoio Matricial como uma ação muito potente, mas ainda incipiente e com algumas fragilidades, como se percebe em um diálogo do Colegiado Gestor/Grupo Condutor Local.

E5T: fala do apoio dos CAPS como referência para atenção básica, que há necessidade de avaliar esta atividade. Que na próxima reunião do Colegiado da atenção básica, na segunda-feira seria importante ter presente pelo menos um profissional de referência de cada CAPS. E1G: fala da reunião passada do colegiado que tratou desse assunto, e que precisam se reorganizar em função de muitas agendas. E5T: fala que ainda há dúvidas. E5Te E1G falam das últimas reuniões, que houveram casos em que o médico da UBS encaminhou para o CAPS e não para o Apoio e casos em que os CAPS ainda encaminham para o psicólogo do NASF. (O7)

P11T e E10T comentam a discussão sobre referências na reunião do Colegiado da atenção básica que ocorreu no dia anterior. E falam da necessidade de maior comunicação entre os colegiados da saúde mental e da atenção básica. Contam que enfermeiras do posto central comentaram que os profissionais de referência da Nossa Casa têm ido participar das reuniões da equipe da unidade, e que os dos Caps ad não tem ido, mas que tem havido contato. Que a enfermeira da ESF Santa Teresinha fez contato com E7T do CAPSadIII. E10T: diz que as referências dos CAPS não têm que necessariamente estarem nas reuniões de equipe. E1G: diz que acha interessante que, quem mais se manifestou foram os enfermeiros do posto central, que apesar de serem de UBS tradicional, estão tentando buscar uma maior relação com outros pontos da rede de saúde. Continua comentando o quanto a UBS Posto central parece estar valorizando o contato com os profissionais de referência, se sentindo mais contemplada. (O8)

As falas demonstram as diferentes preocupações com os diversos sujeitos envolvidos no matriciamento, como uma tecnologia nova, que tem gerado questionamentos sobre os modos de comunicação entre os envolvidos e como estão produzindo o cuidado em cada ponto de atenção. Também se considerou relevante a discussão sobre a importância dos Agentes Comunitários, considerados

trabalhadores essenciais na produção do cuidado de saúde mental na atenção básica, e a preocupação com o processo de trabalho e saúde desses trabalhadores.

P5T: comenta que tem uma agente comunitária de saúde internada e fala da sobrecarga destes trabalhadores, perguntando se há algum cuidado especial com eles. Que no caso, a agente internada perdeu o pai há sete dias, e que se sentiu culpada por uma tia ao lhe perguntar, como ela deixou isso acontecer. E5T: diz que os agentes comunitários de saúde (ACS) têm apoio do NASF também, mas que nem sempre há uma atividade específica para eles. Que no momento tem 3 residentes da multiprofissional, e estão fazendo um trabalho com os ACS. P5T: fala da pressão, exigência que os ACS têm da comunidade onde moram e atuam. E5T: comenta que a mistura de papéis, por fazerem parte da comunidade é algo difícil para eles. P5T: ainda comenta sobre os casos de outras duas ACS. E1G: diz que a preocupação com os ACS é legítima e importante. Que em alguns momentos teve maior intensidade de encontros entre os ACS e que isso se perdeu. Que hoje eles têm apenas as reuniões com a coordenadora, e não mais com todos eles juntos. Que devem conversar sobre isto com a coordenação de ACS. (O7)

A importância e a preocupação demonstradas na fala acima transcrita vêm ao encontro do estudo de Petersen *et al.* (2011) sobre o desenvolvimento de ações compartilhadas através de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), como estratégia promissora para melhorar o acesso dos usuários aos serviços, na implantação de um programa de integração entre a saúde mental e atenção básica. No entendimento de Onocko-Campos (2011, 2012), o papel do ACS, além de estratégico para a identificação das ofertas em potencial também propicia um modo de escuta mais próximo à população; indica que os avanços são mais positivos quando há implantação de estratégias inovadoras em relação à integração de ACS nas equipes das UBS, com percepção de melhora na assistência por parte dos trabalhadores e maior facilidade para encaminhamentos e assistência aos casos de Saúde Mental.

Assim, a situação expressa na observação da discussão anterior, reafirma os apontamentos de Petersen *et al.* (2011) e Onocko-Campos (2011 e 2012) e demonstra que esse papel a ser desenvolvido pelos ACS traz consigo outras questões que se agregam aos processos de gestão, que não cabem ou não são suficientemente atendidos pelo sistema; são demandas do mundo da vida, na qual torna-se evidente que as ações são desenvolvidas por pessoas, pessoas que adoecem, que também precisam ser cuidadas, e requerem ações comunicativas, pelo entendimento mútuo e compromissos assumidos pelos sujeitos que se manifestam sobre a questão.

Outras ações, que seguem na mesma perspectiva da integração, articulação e compartilhamento do cuidado dos CAPS com a Atenção Básica, demonstram a importância da comunicação entre os trabalhadores e gestores, tanto do serviço especializado, no caso um CAPS, quanto com os trabalhadores das equipes das estratégias de saúde da família, possibilitando uma concreta ação de matriciamento, como ferramenta de cuidado compartilhado.

[...] é no território que esse paciente é atendido, nas estratégias. Também se faz bastante contato direto com as enfermeiras do posto, e a partir dali a gente fala, se precisar com o médico, ou com algum outro que está atendendo, mas normalmente é com as enfermeiras. (E3G)

De acordo com Mielke e Olschowski (2010), o apoio matricial, na qualidade de metodologia incorporada pelos gestores, profissionais de saúde, usuários, familiares e comunidade, possibilita o compartilhamento da responsabilidade no processo de reabilitação psicossocial e a vivência da loucura no espaço da cidade. O matriciamento é uma ferramenta que deve ser pactuada como uma ação que requer participação dos sujeitos envolvidos na atenção à saúde mental, estabelecendo sobre o que, para quê e como intervir. Por meio de um processo de discussão dos diferentes grupos de interesse envolvidos no cuidado em saúde mental na atenção básica, as intervenções de saúde poderão ser qualificadas, tornando-se mais um dos recursos para a realização de uma clínica ampliada e integral.

Ações comunicativas de produção de cuidado em rede também são observadas para a necessária articulação do cuidado entre o Hospital e os CAPS, principalmente para a manutenção da continuidade do cuidado após a alta.

Nas altas dos pacientes, é feito um contato para avisar que o paciente está de alta. Alguns casos, que são mais complicados de se resolver, tem alguma função social envolvida ou casos mais crônicos que o paciente vem e da alta e volta no mesmo dia, ou da alta e volta no outro dia, a gente costuma marcar reuniões com o pessoal dos CAPS, para resolver esses problemas mais específicos, mais pontuais. Essa semana a gente já tem duas marcadas com o pessoal dos CAPS. A gente busca o pessoal que está mais envolvido com aquele paciente, se for um assunto de um único paciente, para participar da reunião. Ou a gente faz reunião com a equipe inteira, mas a relação está sempre sendo feita. (E12T)

Observam-se ações de comunicação entre o CAPSadIII e o hospital, flexibilizando a possibilidade de o usuário permanecer no Hospital ou no leito de acolhimento do CAPSad III, rompendo com as normas prescritivas e construindo o

cuidado com o usuário e o fortalecimento das relações entre os trabalhadores, considerando-se que o processo de comunicação de redes acontece entre pessoas.

[...] aqui nosso processo é assim, quando a gente tem algum paciente que precisa vir para cá, ou o pessoal precisa de leito ou outra coisa, é feito um contato por telefone; na verdade a gente faz essa comunicação muito por telefone, o paciente está precisando vir, está precisando de leito, ou vem para cá e não quer ficar, prefere ir para um leito AD, um leito de acolhimento, aí é feito também esse acolhimento. (E12T)

O processo de constituição de redes de saúde envolve instituições e projetos, mas são pessoas que se articulam e se conectam através da construção de uma linguagem de vínculos, a qual não ocorre entre instituições, nem entre equipamentos; ocorre entre pessoas, em uma rede de relações (FEUERWERKER *et al.*, (2000); ROVERE (1998); LIMA e RIVERA, 2009).

Destacam-se também as ações das Composições de Redução de Danos, e seus esforços para estabelecer relações de rede que, mesmo com dificuldades, se constituem em ações territoriais, próximas à comunidade.

[...] hoje a gente tem a participação do colegiado gestor, que a gente está desde o início. E a gente iniciou junto e começamos a participar de cursos também da RAP'S, e quando estávamos com uma equipe maior, que a gente podia dar uma atenção maior também para essa rede. Hoje não se possibilita muito transitar, mas somos chamados pelos CAPS, pelo AD, e outros. E a gente tem proposto muitas coisas aqui, em relação a essa rede, é a educação permanente que a gente trabalha sempre convocando o pessoal da rede, os agentes de saúde, por exemplo. Então eu acho que nesse sentido, a gente tem trabalhado mais nessa questão de formação e de olhar no sentido geral. (E13T)

Um espaço que me provocou um olhar, a partir da vivência prática, foi o campo da redução de danos, apesar de ser o espaço, como eu posso dizer, saudável, é um espaço que tem a ver com a comunidade [...] tive um contato teórico com a redução de danos, mas um contato físico com o campo da redução de danos e com os profissionais me deu um olhar de cuidado mesmo, [...] é um espaço de produção, é um espaço que me deu um bom olhar daquela prática de redução de danos, tanto os profissionais que com aquilo que eles tem, eles conseguem produzir em termos de saúde. É claro que, uma das coisas que ficou bem latente foi a questão de que certas vezes, profissionais da rede, de trabalhar nessa linha de redução de danos, ainda existe alguns profissionais que não compreendem ou fazem um olhar um pouco diferenciado para essa questão do trabalho da redução de danos, que de certa forma ele vem a colaborar e muito no processo de cuidado no território quando se trata de uso de substância psicoativa. (E19O)

As falas sobre redução de danos reconhecem o valor e as possibilidades de cuidado produzido mediante essa tecnologia, ainda que enfrentem dificuldades. Por

isso, destaca-se a importância de os processos de gestão manterem os investimentos e fortalecerem esse ponto de atenção.

Em relação às ações de **integração e articulação intersetoriais**, o Apoio Matricial através do georreferenciamento de profissionais dos CAPS com os territórios das UBS, também é identificado como uma ação de fortalecimento das relações entre os serviços de saúde e outros setores.

[...] o que está facilitando mais é esse georreferenciamento que a saúde mental está fazendo com a atenção básica, a nível de território fazer contato com o CRAS. Alguns territórios, no caso tem o CRAS na Nova esperança. Eles conseguem participar e conseguem participar da reunião do CRAS, o pessoal da Escola, da própria unidade de saúde, da outra unidade de saúde, que é um outro ponto, então eles conseguem a partir daí fazer uma troca. (E11G)

Em seu estudo, Onocko (2012) reconhece a importância das parcerias entre as UBS e outros serviços da rede, principalmente em casos de grande vulnerabilidade social. Porém, o investimento intersetorial necessário parece estar longe de ser alcançado. O estudo mostra que o uso de escolas, igrejas, associação de bairros é justificado mais pela falta de espaço físico na Unidade do que pela integração com o território. Os trabalhadores e a comunidade têm dificuldade em aderir aos espaços comunitários e aos grupos propostos devido à cultura do assistencialismo a que estão acostumados. Mesmo assim, no caso da RAPS Lourençiana, acredita-se que as atividades intersetoriais poderiam ser potencializadas mediante sua continuidade e com maiores investimentos na saúde mental da atenção básica.

No que diz respeito à educação observaram-se várias formas de relação, como no compartilhamento de ações com o CAPSadIII, que inclui a perspectiva de fortalecer a autonomia.

[...] que a gente faz um movimento aqui no CAPS que eles estão envolvidos com a questão do Ensino para Jovens e Adultos (EJA), hoje mesmo a gente vai na formatura de uma usuária nossa, que a gente fez esse movimento e ela, veio agora no final do curso, veio também nos presentear com essa ida até a formatura dela, mas eu acho que ela quis, muito importante isso, esse movimento ela quis, se ela não quisesse ela não estaria hoje finalizando. Então nesses espaços todos, que não é só de rede psicossocial só nossa, mas tudo que eles vêm fazendo, aqui a gente ajuda porque é a rede legítima do processo. (E7T)

A fala de E7T demonstra a realização de ações que envolvem a produção de cuidado para além da questão do tratamento do uso de substâncias e promove o

fortalecimento da autonomia, como própria da atenção psicossocial através da educação.

Já, sobre o compartilhamento de cuidado do CAPSi com as escolas, algumas falas mostram dificuldades e conflitos nessa relação, não somente entre a saúde e a educação, mas também na implicação com o setor judiciário; outras falas revelam estratégias de superação.

P12O: fala do trabalho entre secretaria da saúde e educação. E volta a falar da comunicação, da compreensão do que é dito, e do que é entendido. Fala do seu esgotamento após as audiências, pelo esforço tentando a compreensão do que é dito as famílias. (O3)

[...] a gente começou a ter um contato muito direto com as escolas fazendo reunião com os professores, indo nas escolas pra dizer uma orientação, alguns casos a gente trabalhava, elas traziam, sem que fossem encaminhados para CAPS, né, mas vou dizer que isso ainda acontece muito, todos os anos a gente tem que renovar a questão de que paciente de CAPS é uma coisa, criança com dificuldade escolar é outra, ai tá um ponto, um nó do nosso funcionamento é, por que claro um CAPS infantil, as crianças todas estão ligadas a escola e um turno elas estão em escola, com algumas exceções, então é a nossa parceira direta ali na escola, então a gente tem procurado dar um apoio maior assim para as escolas. (E3G)

Conforme já mencionado, a atenção à saúde mental de crianças e adolescentes tem se constituído em desafio permanente para a rede de atenção psicossocial e envolve, necessariamente, outros setores. As falas demonstram o quanto complexa se torna a produção de cuidado que inclui diferentes percepções sobre uma mesma problemática, exigindo alto nível de aproximação e comunicação entre os sujeitos que produzem o cuidado.

As ações que envolvem articulação entre o setor judiciário, a segurança pública e a saúde também demonstram a necessidade de maior aproximação e desenvolvimento de ações conjuntas, considerando-se que há áreas, em especial nas questões relativas ao uso de álcool e outras drogas, em que se sobrepõem ações e concepções a respeito da problemática.

E1G: volta a falar da necessidade de afinar mais com a educação principalmente sobre drogas, que não são apenas as ilícitas, da dificuldade de lidarem com isso. E critica a ação “caminhada contra as drogas”. E de ter sido interrompida a conferência da criança e do adolescente em função desta caminhada. P9O: diz que sobre a conferência, o CONDICA procurou fazer “material”, algo mais lúdico. Contudo, [houve] a invasão de adolescentes...[na conferência], aquele momento foi dificultado pela falta dos adolescentes que foram para caminhada. P12O: fala das diferentes posições sobre a legalização, e da importância da educação. Que é

“enxugar gelo” e que precisa um mega estoque de toalhas. Fala do seu papel legal e de seus encaminhamentos. Explica que o Policial da Brigada atua no Porte Circunstancial – PC. Daí vai ser encaminhado para uma audiência no Fórum. Em que é avaliada a situação, a vida pregressa da pessoa, para possíveis benefícios de prevenção penal. Explica como se dá o processo penal, e que há diferentes posições entre os promotores. (O3)

Observa-se que o grande desafio da produção do cuidado coletivo e intersetorial é o de buscar modos de comunicação que facilitem que as diferentes percepções do problema sejam manifestadas livremente, sem pré-julgamentos sobre o pensar e o agir do outro, tornando possível estabelecer um consenso sobre o cuidado a ser produzido que considere também o usuário como sujeito da atenção à saúde necessária.

Entre as dificuldades observadas na relação de articulação intersetorial com o judiciário parece que a questão das internações compulsórias vem sendo superada, e percebe-se a busca pelo diálogo, de diferentes formas, conforme se observou em algumas falas.

Hoje mesmo, nós tivemos de manhã, uma reunião, com a justiça e a segurança, aqui no município, que a gente conversou sobre isso, o como a gente conseguiu superar o grande número que tínhamos de internação compulsória. Essa discussão começou lá em 2011, e foi algo muito demorado de ser construído. Mas, acho que foi justamente por isso, porque as pessoas, não tinham, elas iam como primeiro recurso, não era nem nos estabelecimentos de saúde, elas iam direto na promotoria solicitar uma internação compulsória. (E1G)

P12O: na sua apresentação já falou da importância deste espaço, e da importância de que a gente possa começar a se entender, que quando a rede toda se comunica, incluindo o judiciário, funciona melhor. [...] se refere à penalização dos municípios com custos com honorários, o quanto estes recursos poderiam estar sendo investidos nas políticas públicas. [...] diz que o volume de ações judiciais começa a aumentar quando o transito é livre. Exemplifica com casos de violência doméstica e da importância de frear. Explica que a perícia é uma avaliação para acompanhamento. A comunicação entre os serviços já foi muito mais difícil e tem evoluído e que depende do perfil do gestor, que se abre para o diálogo. Fala que em outras comarcas, outros juízes falam destes problemas de judicialização. (O3)

Pesquisadora: fala da relevância deste tipo de ação entre o judiciário e a saúde, e que isto ainda é uma grande dificuldade entre outros municípios da região. (O3)

Nesses casos cabe a reflexão proposta por Braga (2012), que vem ao encontro dessas falas sobre o encontro realizado entre os gestores da saúde com os representantes do judiciário, quando o autor diz que a necessidade de mudança ainda é identificada no outro, o judiciário, e é pouco percebida como uma mudança

conjunta, e que pressupõe um diálogo dos poderes, verticalizados — dois pilares —, justiça versus saúde, e não entre justiça e saúde.

Para Chieffi e Barata (2009), a intervenção da Justiça reforça as desigualdades sociais e dificulta os fluxos de saúde porque, muitas vezes, ocorre em defesa de interesses dos indivíduos em condição privilegiada de inclusão social, pelo acesso cultural, pertença de seus direitos e que exercem sua cidadania. Todavia, acredita-se que nos processos de gestão observados há movimentos de superação da judicialização, através de encontros entre os diferentes e do diálogo que busca o entendimento mútuo e consensual.

### **5.3 Ações de Educação Permanente em Saúde**

De acordo com Lopes (2007), o papel educativo é inerente a qualquer indivíduo, e transformar toda ação em aprendizagem e conhecimento é fonte de transformação do processo de trabalho em saúde, na qual as pessoas envolvidas na atenção, gestão, formação ou controle social podem enfrentar os problemas, questionando pedagogicamente as práticas concretas. Portanto, caberia dizer que todas as ações referidas anteriormente são potencialmente ações de EPS, mas destacam-se, aqui, aquelas planejadas e executadas pela gestão como ações intencionais para o desenvolvimento dos diferentes atores da RAPS, contemplando o quadrilátero da formação em saúde descrito por Ceccim (2005).

O Colegiado Gestor/Grupo Condutor Local e todas as demais reuniões de equipe de cada ponto de atenção e de matrículamento, são intrinsecamente ações de EPS por contemplarem características, entre as quais: diversidade de atores, horizontalidade das relações, problematização e resolutividade de problemas conforme proposto por Meirelles (2009), amplamente demonstrado em citações que incluem discussões de casos, planejamento, avaliação, trocas de experiência, produção de conhecimentos e tantos outros modos de ensino e aprendizagem.

Por sua vez, os Seminários se constituem em potentes espaços de EPS, buscando abordar temas específicos e emergentes, que auxiliam a produção de tecnologias de cuidado em saúde mental, como ocorreu com o tema da redução de danos, da medicalização, do matrículamento da atenção básica, entre outros.

A ousada e desafiadora implantação das Residências, começando pela descentralização da Residência Integrada em Saúde (RIS) multiprofissional da

ESP/SES/RS, em 2012, e a Residência Médica em Psiquiatria, foram, sem dúvida, importantes ações de EPS que movimentaram, e ainda movimentam, de modo provocador, essa rede histórica e dialeticamente construída há tantos anos.

Então, entendendo que a gente tem sim uma responsabilidade enquanto trabalhador do SUS, com a formação, entendendo que isso não é trabalho a mais, isso é parte do nosso trabalho, então em 2012 teve a implantação da residência multiprofissional em saúde mental, que foi em parceria com a ESP/RS e temos até hoje. E em dois mil e quatorze nós cometemos praticamente uma insanidade, quando (risos) nós criamos um programa de residência médica em psiquiatria e fomos aprovados pelo MEC. (E1G)

Do mesmo modo, a experiência com o percurso formativo com a chegada, passagem e saída de muitos trabalhadores de outros locais do Brasil, gerou a oportunidade de muitas trocas.

O Ministério da Saúde lançou também um projeto bem audacioso de intercâmbio de experiências, o percurso formativo na RAPS. Podia-se inscrever para ser rede em formação, ou rede preceptora [...] nos inscrevemos para ser rede preceptora, que receberia pessoas de outros estados, para vir aqui e trocar experiência conosco durante 10 meses, duas pessoas de cada estado, na linha saúde mental na atenção básica [...] fomos contemplados, estamos na nona turma e estamos sobrevivendo. E dentro desse processo a gente também faz uma oficina, em cada município sobre o mesmo tema. [...] já fizemos em quase todos os estados, só está faltando Paraíba e Santa Catarina. A gente recebe Paraíba, Santa Catarina, Bahia, Minas e Goiás. É realmente intercâmbio, está fazendo sentido esta palavra, eles estão trazendo e deixando muitas coisas importantes para gente. No final de cada turma, eles deixam um relatório, e gente faz uma avaliação junto com o colegiado, e cada equipe faz também. Eles passam e conhecem o hospital, todos os nossos serviços mais específicos de saúde e depois conhecem a atenção básica. Eles ficam sediados as outras três semanas em um serviço, e a partir daí, daqueles serviços, eles vão acompanhar os movimentos em rede. Eles vão escolher um usuário, para acompanhar o percurso desse usuário na rede, ou eles vão escolher uma ação que está sendo feita a partir daquele CAPS ou aquele lugar que eles estejam, em direção a rede, auxiliados, porque não é bem uma supervisão, pelos nossos colegas que estão naquele espaço, então, tem sido muito interessante. Eu já fui a três municípios, destes que estão vindo para cá, tem um da Bahia que já está implantando leito em hospital geral, que está com um plano de EP muito bom, discutindo redução de danos e saúde mental na atenção básica. Se vê a mudança acontecendo, assim como a gente aqui também está podendo mudar uma série de coisas, inclusive essa questão da contra-referência, que foi algo levantado pelo percurso. Eles trouxeram várias coisas para gente repensar. (E1G)

Essa atividade, semelhante a outras, representa um processo de gestão que promove a interação da RAPS local com outras redes de saúde através da participação ativa em ações de EPS, com discussões e avaliações coletivas que envolvem vários sujeitos e pontos de atenção da rede.

E1G: questiona porque o percurso formativo não tem ido na Nossa Casa. Pergunta para outros colegas como está sendo em outros serviços. E2G: diz que na semana passada eles participaram do evento da saúde mental na Santa Casa. E que hoje de manhã eles acompanharam uma aula com ela, para os residentes na UBS da Lomba. P3T: diz que os que estão acompanhando o CAPSi têm ido. E1: fala de a importância das equipes avaliarem a participação dos profissionais do percurso formativo. E que vai levar esta questão para eles na reunião de sexta-feira. (O6)

Nessa fala observa-se que a realização da atividade é incorporada ao cotidiano da rede e, portanto, também se torna objeto de discussão e avaliação no colegiado gestor.

Ainda em relação à EPS, destaca-se que a ação de educação permanente de maior relevância e potência singular tem sido a realização do Mental Tchê, como atividade que, acima de tudo, promove o encontro com a práxis dos movimentos da Reforma Psiquiátrica e da luta Antimanicomial.

O Mental Tchê é um evento cultural, científico e, principalmente, político, que ocorre desde 2005. Já foram realizadas 12 edições, e em uma delas ocorreu a Conferência Estadual de Saúde Mental. Esse evento já abordou diferentes temas, de acordo com as agendas da gestão da política de saúde mental mais emergente no período da sua realização, na maioria das vezes, no mês de maio, próximo ao dia 18, dia nacional da luta antimanicomial. Geralmente, o Mental Tchê reúne em torno de 1.500 pessoas, que incluem trabalhadores, usuários, gestores, docentes e alunos de instituições de ensino, políticos e demais atores sociais do município, de diversas regiões do Estado e de outros estados do Brasil, ou mesmo de outros países. O evento é realizado no Galpão Crioulo do Camping Municipal, espaço cultural da cidade, onde ocorrem outros eventos importantes, como o Reponte da Canção Nativa.

Em sequência, citam-se as diferentes edições com seus respectivos temas:

*1<sup>a</sup> Edição (2005): Encontro Estadual de Mentaleiros em São Lourenço do Sul;*

*2<sup>a</sup> Edição (2006): Gaúcho quer liberdade e não aceita manicômio;*

*3<sup>a</sup> Edição (2007): O manicômio deforma, não forma!!! Diga não ao Manicômio-Escola;*

*4<sup>a</sup> Edição (2008): Quem não se comunica se trumbica tchê;*

*5<sup>a</sup> Edição (2009): Saúde Mental, um encontro no cuidado integral;*

- 6<sup>a</sup> Edição (2010): *Conferência Estadual de Saúde Mental*;
- 7<sup>a</sup> Edição (2011): *Reforma Psiquiátrica e Direitos Humanos*;
- 8<sup>a</sup> Edição (2012): *Linhas de Cuidado em Saúde Mental: o cuidado que eu preciso*;
- 9<sup>a</sup> Edição (2013): *Cuidar ou prender - organizando o cuidado, revendo paradigmas*;
- 10<sup>a</sup> Edição (2014): *Liberdade abre as asas sobre nós*;
- 11<sup>a</sup> Edição (2015): *Saúde Mental coletiva: nem um passo atrás*;
- 12<sup>a</sup> Edição (2016): *Mentaleiros em Defesa do SUS*.



Figura 9 - Mesa de Abertura do 11º Mental Tchê

Acredita-se que o Mental Tchê contribua efetivamente para o enfrentamento dos desafios Políticos e Socioculturais, mas principalmente por contemplar temas cruciais para a formação de profissionais capazes de levar adiante o processo de transformação defendido pelo ideário reformista: a organização das equipes, a transformação dos papéis destinados aos técnicos, o trabalho interdisciplinar e intersetorial, a articulação entre os aspectos clínicos e políticos da atenção psicosocial, o entrelaçamento entre estratégias de cuidado e estratégias de responsabilização ou interpelação do sujeito (BEZERRA, Jr, 2007).

Não diferentemente de outras ações, o Mental Tchê também é objeto de avaliação como se pode observar na discussão do Colegiado Gestor/Grupo Condutor Local sobre a 11ª edição (Figura 9).

E6G: comenta que na avaliação dos trabalhadores e usuários deste serviço, as rodas temáticas [no Mental Tchê] estavam muito interessantes, e que pelo fato de serem ao mesmo tempo, inclusive da programação do palco principal, ficaram frustrados em não poderem participar de tudo. Que pessoal que participou trouxe suas implicações com relação ao que assistiram e trocaram muitas ideias sobre conceitos de redução de danos e sobre o uso de cada um (Roda com Usuários). (O1)

A observação demonstra que apesar dos tantos anos de realização do evento, a cada ano há um novo olhar sobre a avaliação e, nesse, houve a preocupação de atingir não somente o público externo, mas, principalmente, sua potência e suas contribuições para a rede local.

Considerando-se que essas atividades são de EPS, pode-se dizer que São Lourenço do Sul tem se constituído em um Polo de Form e Pós-Graduação na Área de Saúde Mental, desde a implantação da Nossa Casa, até os dias de hoje. Isso se deve à relevante preocupação e aos investimentos em atividades de ensino-serviço que beneficiam os profissionais da rede local e de outras localidades.

Acho que estas interferências geraram o que é o nosso diferencial, porque eu acredito que nós somos sim, uma rede diferenciada. Eu tinha muita dificuldade em assumir isso, porque eu não acho que nós sejamos referência, eu acho que a gente tem uma série de problemas e dificuldades, mas a disposição para mudança é o que está nos tornando diferentes neste momento, porque a gente está conseguindo parar para se olhar, para se analisar se autoavaliar. Pessoas, depois de 20 anos, se olharem e dizerem, não, realmente eu preciso rever o que eu estou fazendo aqui, a forma como eu estou trabalhando não está legal, eu vou sentar com meu colega e eu vou construir alguma coisa com ele. Então, não tem nada pronto, e esta disposição para mudança, eu acho que é o que tem nos dado gás, para gente cada vez nos comunicar mais, construir mais e tornar essa rede um negócio que se mexe, e não fica parado. Que produz vida mesmo, na vida das pessoas. (E1G)

Essa percepção sobre a responsabilidade de constituir uma rede que funcione como agente transformadora é também percebida pela coordenação local da saúde mental. Mas, além disso, é um compromisso da gestão pública à medida que investe na formação profissional, no território. Desse modo, acredita-se que as ações de Educação Permanente em Saúde apresentadas demonstram que São Lourenço do Sul contribui para superar as muitas contradições internas do

movimento da Reforma Psiquiátrica à medida que o ensino ocorre exclusivamente na rede de atenção psicossocial e fortalece o afastamento das práticas manicomiais. Contradições estas que, conforme Kantorski (1988), incluem um processo de formação de profissionais ainda baseado nos limites do saber psiquiátrico hegemônico que tem referência na instituição manicomial, mas que não tem conseguido dar respostas aos impasses e exigências pertinentes ao sofrimento psíquico.

*Arranjos para assobio*

*O PULO*

*Estrela foi se arrastando no chão deu no sapo*

*Sapo ficou teso de flor!*

*E pulou o silêncio*

*(BARROS, 2013. p. 31)*

## **6 A Teoria da Ação Comunicativa na Rede de Atenção Psicossocial Lourençiana**

Tendo-se apresentado as ações dos processos de gestão da rede de atenção psicossocial, considerando-se as referências teóricas e estudos antecedentes sobre o tema, procurou-se desenvolver as categorias de análise com base na Teoria da Ação Comunicativa.

Conforme já foi demonstrado, os processos de gestão são permeados por ações que envolvem diferentes modos e espaços de comunicação, desde o uso do telefone, ou modos presenciais através de visitas a outros pontos de atenção, reuniões de equipe e, principalmente, no Colegiado Gestor/Grupo Condutor Local. Modos de comunicação que, de acordo com a Teoria da Ação Comunicativa (HABERMAS, 1987), são baseados em atos de fala (AUSTIN, 1965; SEARLE, 1976) e que podem ser compreendidos como proferimentos de afirmação, declaração ou promessas (ECHEVERRIA, 1997)

No entendimento de Echeverria (1997), Lima e Rivera (2009), a realização de atos de fala tem relação com pretensões de validade citadas por um sujeito em comunicação com outros, podendo afirmar, declarar ou fazer uma promessa e se comprometer com a validade do que foi dito.

Ao se reconhecer os atos de fala como ações dos processos de gestão de uma rede de atenção psicossocial, procurou-se avaliar essas ações como instrumentais ou estratégicas ou ações comunicativas, de acordo com a Teoria da Ação Comunicativa.

Nesse momento de análise, reconhece-se o desafio da aplicação, da utilização do referencial proposto. Considerando-se a própria interpretação da Teoria da Ação Comunicativa percebe-se que não é tão fácil ou tão exato classificar ou dividir ações instrumentais e ações comunicativas porque, de qualquer modo, o mundo da vida e o mundo dos sistemas coexistem, e, muitas vezes, as ações estão permeadas pelos diferentes modos de agir propostos por Habermas (2012). Mesmo assim, acredita-se que ao se colocar luz, lançando-se

um cuidadoso olhar interpretativo sobre o tema, pode-se identificar maiores ou menores aproximações com cada tipo de ação, de modo a apresentar ao leitor o que essencialmente diferencia uma de outra.

Sob esse prisma, comprehende-se que o que faz uma ação ser estratégica ou instrumental é sua intencionalidade e as condições sociais nas quais se baseia e opera, com um fim em si mesma, apenas como modo de alcançar um objetivo a qualquer custo, de modo que os fins justifiquem os meios, demonstrando que o agir estratégico ou instrumental afasta a racionalidade comunicativa da ação (HABERMAS, 2012).

Logo, é possível que o agir comunicativo também tenha em si a presença da norma, do institucionalizado pelo sistema, mas não se aprisiona e não se limita ao reconhecer o que não está posto, o que não está dado; percebe outros modos de racionalidade que considera as relações, o imprevisível do mundo da vida que exigem recriar, reinventar, com novos modos de se comunicar e agir, com base no entendimento mútuo entre os sujeitos da ação.

## 6.1 Agir Estratégico ou Instrumental

Considera-se importante destacar que, em geral, as ações produzidas no trabalho e na gestão em saúde são pautadas por ações do Sistema. Isso ocorre com predomínio de uma racionalidade técnica, considerando-se a hegemonia das práticas de saúde baseadas no modelo médico e biologicista, ainda que a área de saúde mental venha historicamente buscando se afastar dessas práticas e desenvolvendo uma produção de cuidado interdisciplinar, territorial e o mais próximo possível do mundo da vida. Muitos foram os avanços em relação à legislação e às políticas de saúde mental, com o intuito de garantir maiores investimentos, além do estabelecimento de um paradigma comum, o modo psicossocial, como norteador das ações e serviços em saúde mental. Desse modo, essa área possui várias normatizações que funcionam como guias ou instrumentos importantes para a produção do cuidado.

Portanto, reconhecer ações estratégicas ou instrumentais não se resume a reconhecer o uso de normas, protocolos ou outras ferramentas já institucionalizadas pelo próprio sistema de saúde ou pelas políticas vigentes, o que por si não é um problema para os processos de gestão em rede necessários à

integralidade do cuidado. Trata-se, sim, de reconhecer os riscos ou prejuízos que ocorrem quando essas ações se sobrepõem à capacidade de reinventar, de recriar, de manter o protagonismo exigido pelo mundo da vida, e reduzem os processos de gestão e de cuidado a ações prescritivas, sem flexibilidade e pobres na capacidade de produzirem relações suficientes para sustentar as conexões entre os pontos de atenção. Ou seja, são ações capturadas pelo domínio do sistema, sem reflexão ou crítica desse fazer, constituindo-se, assim, em ações estratégicas ou instrumentais.

[...] tem fluxos mínimos que a gente precisa respeitar e ontem eu estava olhando um material, estava lendo um material para produzir uma fala, para uma audiência pública, da primeira pós-graduação que eu fiz em 2010, na atenção psicossocial, que é um passo a passo para montar a sua rede de saúde mental e aí lá dizia, que o CAPS seria o ordenador dessa rede. E aí eu fiquei pensando, nossa, como a gente hoje percebe isso de uma maneira diferente, porque o CAPS para nós aqui, ele é sim o ordenador de uma demanda que é dele. Se tem alguém que está necessitando de uma internação, quem tem que regular esta internação, é o CAPS. Porque antes de ir para o hospital a pessoa precisa necessariamente ir ao CAPS. Isso a rede estabeleceu como um fluxo nosso, a não ser que seja um caso, de urgência ou emergência, que a gente vai chamar o SAMU que vai fazer esse atendimento. A gente conseguiu organizar isso. (E1G)

[...] fluxos, acho que são importantes, mas a gente tem que ter clareza. Eu acho que a gente enquanto rede tem que discutir fluxos e pactuar coisas, mas eu tenho uma certa dificuldade com os fluxos, porque às vezes paralisam. É fácil burocratizar as coisas, justificada pelos fluxos, e isso pode não ser bom. Acho que como toda ferramenta, pode não ser boa. (E2G)

As falas transcritas demonstram que a organização e a pactuação de fluxos entre os pontos de atenção podem ser tanto uma ação estratégica quanto instrumental quando segue normatizações sobre o papel desses serviços na rede, sem criticidade, sem apropriação e implicação dos sujeitos envolvidos no cumprimento da norma, ou podem se constituir em ação comunicativa quando construídas a partir de pactuações locais e flexíveis para atender situações não contempladas na norma.

Outro exemplo de ação estratégica ou instrumental, que restringe o cumprimento da norma, não tendo significado para quem a utiliza, e por isso acaba nem sendo cumprida, é observado em relação ao uso de documentos de referência e contrarreferência que costumam ser pouco utilizados; e quando o são têm mais o sentido de alcançar o objetivo de encaminhamento do usuário para ser atendido em outro ponto de atenção.

Então estamos agora, organizando isso, que é aquela “partezinha” debaixo do documento do sistema de referência, que é a contra-referência, ela está ali só por estar, porque quase ninguém usa. Então a gente está vendo como que vai utilizar isso. Mas acho que mais do que o papel, é isso, é poder fazer esta contextualização da forma como a pessoa chegou ali, como saiu dali [...]. (E1G)

A fala de E1G pressupõe esforços em buscar um entendimento com um coletivo para dar outro significado a essa ação de referência e contrarreferência como uma ação que qualifique o compartilhamento do cuidado e a interação entre as equipes, através de modos de comunicação para além da formalidade dos documentos.

Pode-se identificar como ações estratégicas ou instrumentais aquelas indesejadas ações prescritivas e contraditórias ao trabalho em rede, que são ações que não resultaram de um entendimento mútuo entre a equipe e o usuário, e entre equipes que compartilham este cuidado.

O hospital às vezes dá uma de regulador do acesso no CAPS. Acontece, do hospital às vezes, pós alta, fazer encaminhamento e sugestão. Sugestão, claro, é bom, mais é mais do que sugestão, é pura indicação mesmo, de uma coisa, que é um projeto terapêutico que tem que ser construído com a equipe e com o usuário no CAPS, e não uma coisa prescritiva vinda de uma instituição para outra. Às vezes é isso que acontece, e vem as indicações do hospital. Indicações bem prescritivas que contrariam a lógica que a gente espera trabalhar, que é da construção de um projeto terapêutico junto com o usuário, junto com a equipe, no território do usuário, no contexto dele. (E2G)

Alguns proferimentos destacam ações instrumentais que fazem parte dos processos de gestão que ao serem questionados podem ser repensadas, não para pura e simples mudança, mas para não cristalizarem determinadas práticas que, em algum momento, podem exigir a quebra da norma ou do protocolo e exigir uma ação comunicativa, sem desconstituir ou desvalorizar a importância destes.

E2G: pergunta sobre como se dá o processo de internação (porta de entrada) dos usuários encaminhados pelo CAPS para Santa Casa, perguntando por que eles têm que passarem primeiro pelo pronto atendimento (PA)? P5T: explicou o quanto é importante o usuário passar pela avaliação clínica do PA, que inclui o protocolo de Manchester, e que esta corresponsabilização da equipe do PA com a da unidade de saúde mental foi construída há bastante tempo. Que é importante fortalecer a responsabilidade da equipe do PA em atender os usuários da saúde mental, inclusive por que na unidade de saúde mental não fica plantão médico presencial 24h. P25G: diz que nos outros hospitais gerais da região, usuários que acessam diretamente o PA ou que são encaminhados pelos CAPS ou pela regulação regional/estadual, todos também dão

entrada na internação pelo PA. Contudo, há necessidade de atentar para situações singulares que requerem maior diálogo entre as equipes: a que encaminhou, a que atende no PA e a que irá receber na unidade, para produção de cuidados que estão para além dos protocolos e normas. Como por exemplo, conta uma situação em a equipe da unidade foi rapidamente ao encontro de um usuário ansioso e agitado no PA, que já estava sendo esperado, para que ele não ficasse esperando muito tempo, com risco de agravar o quadro e de danos a outros usuários. (O2)

A questão proferida no início da observação acima pressupõe uma norma do sistema, mas que talvez não seja resultado de discussão e entendimento mútuo, por ainda gerar dúvidas sobre a sua necessidade. A resposta e os comentários proferidos procuram esclarecer e justificar a norma e a necessidade de reavaliar e até mesmo repactuar o estabelecido, de modo que situações singulares não tenham a produção do cuidado comprometida apenas em função do cumprimento de protocolos. Tal discussão reflete o emergir de questões que escapam ao sistema e que requerem um agir comunicativo.

E9T: Fala que a sobrecarga de trabalho é comum a todos os setores. Fala da importância da conversa com outros serviços. E fala sobre as práticas manicomiais que também ainda acontecem nos serviços de saúde, como o excesso de medicalização de crianças, desde os primeiros sintomas, na escola. Fala da importância do Colegiado também conversar sobre medicalização. P12O: diz que os juízes só tomam decisões baseadas em avaliação técnica e que eles têm clareza que as compulsórias dificultam. Sobre as medicações alguém prescreve aquilo. Muitos profissionais têm prescrito outras apresentações que não seguem os protocolos do SUS, e que fica difícil para o judiciário ter que verificar e comparar com os protocolos. Fala que uma parcela imensa do trabalho do judiciário está sendo acompanhamento da saúde. Fala dos laudos que são muito ruins, com pouca informação. E7T: A gente tem limites, por isso a rede é importante. P12O: diz que, se chegou a nós é porque a rede falhou em algum ponto. E17G: Ás vezes o sistema já ofereceu tudo e o cidadão não se satisfaz coma aquilo. (O3)

E1G e E10T explicam que técnicos tem mais autonomia, que também se utilizam de protocolos, que organizaram o uso da medicação contínua e das ações programáticas. Que os Agentes Comunitários de Saúde foram imprescindíveis em explicar a comunidade que o acesso espontâneo está aberto, mas que devem utilizar a primeira segunda do mês para os agendamentos. Falam que isto foi construído por cerca de um ano, juntamente com o Conselho Local. E1G: fala de quanto isto tem se refletido na rede, principalmente a mudança da cultura, que envolve o atendimento não só médico. E12G e E1G falam também da mudança de modelo de classificação baseado no protocolo de Manchester. (O5)

Essas falas parecem explicitar as contradições presentes nos processos de produção do cuidado e da gestão, principalmente quando envolvem ações intersetoriais, atravessadas pelos diferentes entendimentos dos sujeitos envolvidos, fazendo emergir contradições entre o que entendem por necessidade ou o melhor

cuidado a ser ofertado e o cumprimento das normas estabelecidas pelo sistema, preponderando o domínio de ações estratégicas ou instrumentais.

Na situação do uso de medicamentos tal ação é relevantemente preocupante, conforme já mencionado a respeito da questão da medicalização, considerada uma ação social de grande impacto no mundo da vida. E, no caso de crianças, produz um comportamento “desviante” e produtor de novas necessidades e demandas ao setor de saúde que não podem ser resolvidas apenas com uma racionalidade técnica e instrumental.

Pode-se dizer que todas essas ações apontadas como próximas de ações estratégicas ou instrumentais, ainda que com esforços na busca por um agir comunicativo, representam o que diz Habermas (2012b): certamente, os sujeitos podem a qualquer momento adotar um enfoque estratégico objetivando contextos normativos e abandonar a orientação mediante consenso. Contudo, o autor afirma que nas sociedades modernas surgiram esferas de organização formal e de relações sociais que não permitem mais atitudes regidas de modo exclusivamente normativo. O que, neste caso, identifica-se, na esfera do Colegiado Gestor, como um espaço de interação social capaz de mediar a potência de domínio de um agir estratégico ou instrumental sobre um agir comunicativo.

De acordo com Gonçalves (1999), considera-se que os processos de gestão da RAPS Lourençiana não se constituem em ações que permaneçam exclusivamente submetidas a critérios técnicos de decisão racional, isto é, a critérios de adequação e organização de meios em relação a determinados fins, privilegiando a tecnificação, o planejamento e o cálculo como partes integrantes de procedimentos envolvendo questões somente administrativas.

## 6.2 Agir Comunicativo

Considerando-se que a ação comunicativa decorre da necessidade de desenvolver ações demandadas pelo mundo da vida, por questões que escapam às normas e rotinas estabelecidas e às zonas de conforto dos trabalhadores e gestores, são vários os desafios para um agir produzido por diversos atores envolvidos na busca de um entendimento mútuo.

Destacam-se as ações produzidas através do Colegiado Gestor/Grupo Condutor Local, dos seminários, reuniões de equipe, atividades de EPS, e outras,

não havendo limites para uma ou outra dessas atividades dos processos de gestão que possibilitem o agir comunicativo, pois muitas ações envolvem mais de uma ou todas essas atividades.

Então, nós tínhamos sérios problemas com relação aos sistemas de referência e contrarreferência, que durante muito tempo foi a única forma de comunicação entre os serviços. Aos poucos a gente foi, através da comunicação feita no Colegiado pactuando, isso assim, pactuando e repactuando, e combinando e vendo as possibilidades de melhorar essa comunicação. (E1G)

Talvez as ações que mais exigem o agir comunicativo sejam as ações de produção de cuidado em rede intersetorial, devido às diferentes concepções sobre os problemas que envolvem a saúde, o judiciário, a educação, a assistência social, a segurança pública, entre outros.

Observa-se, nas deliberações do Colegiado Gestor/Grupo Condutor Local, de acordo com os proferimentos de declaração e compromisso das falas, uma ação comunicativa em relação às questões sobre judicialização, quando da criação de um Grupo de Trabalho para tratar do tema, iniciando pela questão das medicações, dos processos judiciais e de um caso específico.

E2G: fala sobre marcar reunião do GT (grupo de trabalho) do Judiciário, e comenta que houve encaminhamento de pedido judicial de busca ativa de determinado usuário com pouca informação. E1G: diz que devem conversar com a juíza e orientou devolver o encaminhamento perguntando mais informações. E que esta é uma pauta importante para o GT. (O6)

E1G: lembra que a composição do GT foi definida na reunião com a juíza, e que devem marcar uma data. Sugere quinta-feira dia 03/09 as 13:30. Esclarece que o GT é uma proposta da Secretaria de Saúde para pensar em estratégias de como lidarem com as questões que envolvem o judiciário e a rede de saúde mental. (O6)

P12O: Diz que já aconteceu o momento dela própria ter que decidir que a mãe fosse encaminhada a um serviço, e conta o caso em que na dúvida sobre qual era a situação real, ligou e conversou com trabalhadora do CAPS SACI, que disse que a criança estava bem, mas que a mãe é que tinha problemas. E combinaram que a P12O encaminharia a mãe também para o CAPSi, que encaminhou para Nossa Casa. Mas a Nossa Casa entendeu que não era caso para CAPS. P12O: fala que era um caso especial e que os CAPS precisam se comunicar e combinar um redirecionamento. E4T: fala que outra família também era paciente do SACI e que haviam “tentado” encaminhar o pai e a mãe para Nossa Casa e que também o serviço dizia que não era caso para CAPS. P12O: fala da compulsoriedade necessária neste caso, mas que atenderia. E1GI: Fala de como é bom ouvir a Juíza X e que se coloca no lugar. Que este fato denunciou o ruído de comunicação entre os serviços. Que é preciso examinar o perfil de cuidado dos CAPS e reorganizar este cuidado na atenção básica. Não se é perfeito, temos muitas dificuldades. (O3)

Destaca-se, além dessas falas, a pactuação realizada com o Ministério Público, citada anteriormente sobre as demandas de internação compulsória serem encaminhadas para avaliação e regulação dos CAPS, como resultado de um consenso fundado entre a gestão da RAPS e o Ministério Público.

Percebe-se a aproximação ou a premente necessidade do agir comunicativo nas questões intersetoriais, com ênfase na judicialização, inicialmente pelo fato de que as situações demandadas extrapolam, na maioria das vezes, o sistema de saúde e envolvem outros sistemas, entre os quais a assistência social e o judiciário, com diferentes entendimentos sobre uma mesma questão. Logo, ainda que com leis, normas e tecnologias de cuidado disponíveis, é comum prevalecerem situações conflitantes que exigem uma racionalidade que não seja apenas objetiva ou subjetiva, e sim uma racionalidade comunicativa, como propõe Habermas (2012).

As questões citadas fogem ao possível de ser “resolvido” dentro dos saberes e fazeres de cada sistema. Isto porque ao se estar envolvido na tomada de decisão sobre questões pautadas na situação de vida e sofrimento humano individual ou coletivo, se constrói outro sistema que é intersubjetivo e abarcado pelo mundo da vida, requerendo um modo comunicativo relacional e capaz de produzir um entendimento que vise ao melhor encaminhamento para a questão pautada, sem a sobreposição e o domínio do poder de um setor sobre o outro.

Habermas comprehende que a ciência e a técnica ampliam as possibilidades humanas, as quais libertam o homem da dominação das necessidades materiais à medida que o desenvolvimento da espécie humana é resultado de um processo histórico e também de desenvolvimento tecnológico, além do institucional e cultural, e são interdependentes. O autor se revela contra a universalização da ciência e da técnica, e a penetração da racionalização científica, instrumental ou estratégica em esferas de decisão, que necessitam de outro tipo de racionalidade: a racionalidade comunicativa (GONÇALVES, 1999; HABERMAS, 2012).

Portanto, percebe-se o Colegiado Gestor como uma esfera possivelmente capaz de promover o encontro intersetorial e intersubjetivo; capaz de propiciar diferentes olhares de cada sujeito participante sobre o outro, através da fala ou da palavra proferida, mesmo que permeadas pela diversidade de saberes e fazeres técnicos muitas vezes dominados pelo tecnicismo e pelas relações de poder, e de desencadear ações pautadas na racionalidade comunicativa. Isso pode ser

exemplificado pela proposição de formação de um grupo de trabalho para as questões judiciais e pelas pactuações entre os setores.

De acordo com Hardt e Negri (2005), o sujeito é entendido como alguém em relação com o outro, e que desde sempre somos produto do olhar do outro, forjando nossa subjetividade. Contudo, sujeitos de linguagem, nos introduzimos no mundo das relações a partir de um lugar marcado pela história e que nos representa. E, se, de algum modo, não podemos enunciar essa história, se somos tolhidos de contá-la, de estabelecer uma narrativa sobre nossas vivências nos é sequestrada uma parte do que normalmente somos e não conseguimos transformar nossa vivência em experiência. Logo, a subjetividade também é pensada na perspectiva da comunicação e da cooperação, na revelação com o outro e com a palavra.

Ao analisar outras ações dos processos de gestão da RAPS em estudo, observou-se também que a tomada de decisão e a forma como foi coordenada a implantação do Apoio Matricial se configura em uma importante ação, que se avalia como produto de uma ação comunicativa, considerando-se que a questão sobre a necessidade de qualificar as ações de saúde mental na atenção básica foi levantada em discussões no Colegiado Gestor. Essas discussões geraram o planejamento e realização de um seminário para tratar dessa questão, no qual, a partir de discussões pautadas pelas experiências vividas e pelo entendimento mútuo dos participantes, se desdobrou em outra ação: a proposta de matriciamento para as UBS a ser realizada por profissionais dos CAPS que, juntamente com o NASF, passaram a cobrir toda a rede de atenção básica com o apoio matricial em saúde mental.

Antes tinha os seminários da saúde mental, então a E1G esse ano, a coordenadora tem chamado pessoas da atenção básica ou às vezes, é atenção básica e saúde mental juntos no mesmo seminário, porque o que acontecia, reunião só o povo da saúde mental e ficava problematizando a atenção básica, ou reunia toda atenção básica problematizando a saúde mental e não havia essa troca, então a gente fez algumas dinâmicas em que o pessoal pudesse estar no mesmo seminário, divididos e trabalhando alguns temas da, principalmente o mais atual foi a questão do apoio, como que ia se dar. E aí os CAPS fizeram propostas, a rede de saúde mental fez a proposta de ter os apoiadores dos serviços na atenção básica, então vai dois de cada CAPS para serviços espalhados como referência, então conseguem estar presentes nas equipes de atenção básica, que era uma demanda de comunicação, de como se comunicar para além do telefone, para além de só discutir algum caso pontual. [...] foi uma proposta que surgiu do seminário, que foi do início do ano, de março, que uma equipe de atenção básica que estava mais avançada em relação ao apoio apresentou sua experiência e tinha também equipes que não

estavam tão avançadas, então uma forma foi essa proposta, se constatando da dificuldade de ter essa referência para acompanhar esse serviço que ajudou, porque que além do apoio matricial do NASF, tem esse profissional do CAPS que vai lá, como uma coisa que ainda está iniciando né, mas que facilitou também esse processo de comunicação entre os serviços que vai um do ad, um do infantil, um do CAPSI que vai até uma equipe de atenção básica na reunião de equipe ou até mesmo conversando com alguém da equipe sobre a saúde mental. Então é um mecanismo que é novo de comunicação que é importante que está acontecendo que é para além do colegiado da atenção básica, para além do colegiado de saúde mental, para além do telefone, esse é um dispositivo novo que eu acho que está tendo um certo efeito porque construiu uma proximidade entre as equipes e, essa coisa que a gente fala de compartilhamento do cuidado, né, fica mais fácil de construir o cuidado compartilhado se as pessoas se encontram, se estão juntas. Isso a gente notou que rolou mais efeito do que outros processos que a gente vinha fazendo. (E18G)

Então hoje em dia, de 2012 para cá, melhorou muito, mas ainda tem muita coisa para melhorar, por exemplo, aqui a gente trabalha mais ou menos assim, cada profissional é referência de algum bairro, vamos supor, eu sou referência da lomba e do coqueiro, todo paciente que precisa de atendimento nesses lugares eles já sabem, que tem que passar para mim, o E2G é referência da Santa Terezinha e do Posto Central, a gente se dividiu, para não ficar pesado para ninguém, e articular melhor com essas equipes. (E14T)

Ainda que existam normatizações sobre matriciamento na legislação e nas referências sobre o tema, o modo como foi implantado e está sendo desenvolvido é único, pois ocorre no mundo da vida, no cotidiano do trabalhado e das relações entre os atores envolvidos, e em permanentes construções através de pactuações e entendimentos coletivos.

O apoio matricial em si também se aproxima, em sua essência, do agir comunicativo, pois se trata de uma tecnologia ou ferramenta de comunicação que busca a construção de projetos terapêuticos singulares a partir do entendimento mútuo de um coletivo de gestores, trabalhadores, usuários e comunidade, promovendo a articulação e a integração dos pontos de atenção nos níveis intra e intersetorial.

A sensação de ausência de profissionais, mistura e confusão de modelos de cuidado e a primazia na utilização de tecnologias duras e ineficientes quanto à integralidade necessitam de investimento em tecnologias leves como centro do debate para a superação das mesmas, como o vínculo e articulação de rede na relação entre CAPS e UBS (ARAUJO, 2012).

Para Rodrigues (2012), a interlocução entre CAPS e ESF ocorre de forma diferente no território, com aproximações importantes e grandes desafios, mas com indicações de investir e acreditar na potencialidade da constituição de uma rede

entre os CAPS e a atenção básica, a fim de garantir a integralidade aos usuários com transtorno mental, apontando a sistematização do apoio matricial como importante tecnologia.

Desse modo, percebe-se que os processos de gestão das RAPS Lourençiana, ao identificarem semelhantes problemáticas da rede de outros territórios, também investem no apoio matricial para superá-las. Por outro lado, observa-se que é um processo de implantação recente, ainda se estruturando e com contradições sobre o papel do matriciamento.

Silva (2013), em estudos sobre apoio matricial e redes de cuidado integral, apresenta conceitos, percepções e vivências trazidas pelos profissionais de Saúde Mental sobre seus cotidianos nos serviços de saúde, e diz que a integração desses serviços também promove um choque de encontros e o reconhecimento de realidades distintas com um intuito comum: a promoção da saúde, a qual ultrapassa conceitos, teorias e a implantação do apoio matricial, esbarrando, assim, em questões estruturais, políticas, organizacionais, subjetivas e culturais.

Essas considerações reafirmam a necessidade de pautar o apoio matricial na perspectiva do agir comunicativo, de maneira que não se transforme em mero agir estratégico ou instrumental para atender a demanda de especialistas na atenção básica.

Um sistema de gestão colegiada pode ser desenvolvido por meio de dispositivos, como unidades de produção compostas por equipes de referência e trabalho de apoio matricial, de acordo com as lógicas específicas do processo de trabalho em substituição aos antigos setores recortados segundo as profissões (CAMPOS, 1988).

Observou-se também que o Colegiado Gestor/Grupo Condutor Local é um facilitador de ações comunicativas pela possibilidade de compartilhamento das decisões e responsabilidades e produção de novos fazeres a partir do entendimento entre os pares, nas discussões sobre diversas questões, mas especialmente nas discussões de casos.

E daí no colegiado, foi mudando assim. Então, hoje o pessoal consegue abrir mais, o pessoal fala de dificuldades, o pessoal traz, traz caso para dividir, se tem algum problema em processo de trabalho o pessoal traz para discutir no colegiado, participa, delibera junto e não só trazer para alguém resolver, no caso o coordenador do município. (E11G)

[...] o espaço do colegiado da saúde mental é um espaço potente de

constante avaliação dos processos, não tão formais, mais ali surgem nas pautas várias questões que são objetos de reflexão tanto para se dar conta, se resolver naquele momento da discussão, ou até mesmo, foi o que eu acho que aconteceu nos seminários mensais de saúde mental, ser objeto de seminário, é essa relação com a atenção básica e que eu te falei antes, surgiu de muitas reuniões de colegiado, trazendo situações e casos que foram mal encaminhados numa relação ruim, por exemplo que tinha com a assistência social, né do CRAS e do CRES, da abordagem de algumas pessoas que tem uma visão mais ligada ao assistencialismo e não tão da saúde mental foi várias reuniões de colegiado que foi se levantando essas situações e que culminou em ações, e nas reuniões para se dar conta dessa temática. (E18G)

E1G: questiona que alguém com frio e sem casa não consegue se motivar para se tratar. E2G: diz que não se podem ser tão formalistas, se é o caso ou não de estar com frio, mas que no momento é que dá para fazer e vamos adiante. Defende que precisa manter o contato com a assistência social, e fazer o laudo. Falou da possibilidade da Assistente social da Nossa Casa, que foi do CAPS ad e que conhece o paciente, poder fazer o laudo. P14G: pergunta: ele está no ad? E6G: explica que ele fica uns dias, sai e volta, e agora acharam melhor que ele fique até resolver para não o fragilizar mais. P14G: diz que as pessoas contratavam ele para bicos, por seu estereótipo. E1G: reforça que a solução dele continuar no CAPS, é provisória. E6G: fala da busca de emprego para ele, que já distribuíram vários currículos. (O4)

E1G: comenta sobre as visitas do prefeito aos serviços de saúde, explicando a situação de crise, e procurando se aproximar mais dos trabalhadores. Fala sobre o Usuário X que foi pauta de discussão em reuniões anteriores. Conta que ele está estudando, e que já foi feito o Laudo Social. P17T: também conta que retomaram contato com a irmã dele que mora em Pelotas, e com o desenvolvimento social, para resolverem a questão da habitação. (O5)

Como diz Capra (2011), os processos de gestão na saúde nem sempre garantem um modelo de gestão condizente com a complexidade do SUS e que favoreça a democratização das relações de trabalho e os processos de aprendizagem que o próprio trabalho pode produzir. Daí, a necessidade de uma gestão participativa e colegiada como estratégia para ampliar a qualidade da gestão do trabalho, da educação da saúde, da atenção integral e do controle social. Principalmente quando as discussões envolvem questões socioeconômicas e que extrapolam o sistema de saúde, exigindo uma produção de cuidado intersetorial, os processos de gestão podem ser mais efetivos se buscarem um agir comunicativo, pois nas falas anteriores se observam proferimentos de afirmação, declarações e compromissos assumidos em reunião do Colegiado Gestor e observados em outra.

É importante destacar que, com o entendimento de redes como relações rizomáticas entre pessoas, e disparadoras de diferentes linhas e conexões a partir dos modos de comunicação, muitas das questões requerem o contato entre os pontos de atenção e são pautadas pelo agir comunicativo.

P5T: traz a questão de que há umas três semanas estão com dificuldade de leitos, que as unidades de saúde mental estão lotadas. E que é preciso conversar mais, e equacionar a situação de pacientes que estão seguidamente internando. Diz que precisam “azeitar” mais a comunicação, e fala de casos como da usuária X, relatando que os familiares procuraram o hospital, dizendo que a paciente estava sem medicação. E2G: comenta que isto aconteceu, mas que o caso precisa ser revisto. P5T: também comenta que tem ocorrido várias internações de crianças, que costumam deixar sem outros pacientes juntos, o que leva a diminuir os leitos disponíveis. P25G: pergunta de que municípios são as crianças? P5T: diz que a maioria são de Pelotas e dos abrigos. E2G: comenta que estão realizando reuniões com equipe da Nossa Casa e do Hospital para discutirem os casos. E6G: diz que o CAPSadIII também já tem agenda de reuniões com o Hospital para discutirem os casos comuns entre os dois serviços. (07)

As diferentes afirmações e declarações proferidas na observação da reunião acima expõem uma série de questões que não estão sendo suficientemente resolvidas ou encaminhadas por um agir estratégico e instrumental e sim por compromissos assumidos através do reconhecimento de que são questões que requerem o entendimento e as proposições do coletivo.

Também entre as ações comunicativas destacam-se as ações relativas à EPS, como se pode observar na fala abaixo que envolve uma série de proferimentos que vão ao encontro da produção de atos que correspondem às necessidades identificadas para além do sistema e que exigem inventividade, criatividade e protagonismo.

[...] tentando aliar esta construção técnica com uma qualificação da RAPS que foi a questão do NASF, a gente começou a buscar projetos também, daí veio o Percurso Formativo no SUS, que foi final de 2013 e a Residência em Psiquiatria que foi encomenda do nosso chefe, com provocação da Escola de Saúde Pública, na época que o Mental Tchê trouxe a necessidade de residência em psiquiatria [...] a gente conseguiu construir o projeto com a perspectiva da Educação Permanente. Bom, vamos ter residentes médicos aqui, primeiro para ter a opção de formação fora do manicômio no estado e na região, que precisa, que a gente tem uma rede interessante e é campo, de prática, que tem que ter, e outra que a gente tinha uma pretensão que eles pudessem com o estágio aqui provocar processos de reflexão. Não aconteceram com toda intensidade que a gente imaginava, mas de certa forma elas acontecem com uma intensidade menor, uma provocação tanto nos CAPS como na rede, e na forma que a gente também pensa a organização, porque isso implicou a gente preparar campo na atenção básica, nos serviços e na própria relação com o hospital, que vinha num afastamento da RAPS, um período atrás, mas que com a residência passa a, minimamente uma vez por mês, além do colegiado ampliado, também tem mais um espaço de articulação que tem que ser coletivo. O hospital vem com seus preceptores do hospital dialogar com os preceptores que são do CAPS e com um coordenador da residência que é o secretário de saúde e eu que sou do ensino e pesquisa da residência médica. Acabamos a gente fazendo uma problematização dos temas também, ali. Então veio esse projeto da residência, que está já

\*no segundo ano, que mexeu na organização dos serviços e despertou muitas coisas nos serviços, e isso a residência multiprofissional, que eu também não falei, já vinha fazendo, e está um processo que a residência multi já é um processo que é mais tranquilo no serviço, o pessoal se acostumou com a residência multiprofissional, e que não foi fácil no primeiro ano a adaptação. Um pouco do que a residência médica passou o ano passado, um processo de chegada no serviço, de entender o papel, né. (E18G)

As ações de EPS citadas nas falas demonstram processos de gestão não capturados pela normatização e pelo sistema, nesse caso envolvendo tanto a saúde quanto a educação, e, sim, parecem pautados pela constante avaliação dos processos em ato, gerando novas ações a partir da compreensão e do entendimento do coletivo participante.

Observa-se um conjunto de ações implicadas que envolvem várias ações comunicativas, desde a identificação da necessidade, o reconhecimento da responsabilidade, os contatos linguísticos estabelecidos com diferentes atores, as construções coletivas até a constante avaliação dos processos. Referem-se a tomadas de decisão que envolvem os vários sujeitos e que não possuem um programa educativo prescritivo.

Portanto, ao dissertar sobre as ações dos processos de gestão da rede de atenção psicossocial de São Lourenço do Sul — ações estratégicas, instrumentais ou comunicativas —, não se trata apenas de reforçar a diferença entre ambas. Trata-se de reafirmar a relevância da comunicação nas relações entre os sujeitos que atuam na rede, e reconhecer a necessidade da racionalidade comunicativa para o enfrentamento dos diversos desafios da gestão em saúde.

## 7 Considerações Finais

Desde o início desta trajetória, muitos foram os desafios enfrentados a cada ano, a cada passo, a cada questão. Definir um objeto de estudo que abranja diversos e interligados conceitos, e no qual me encontro implicada, exigiu constante exercício de reflexividade.

Os caminhos percorridos nesta tese trouxeram inestimáveis aprendizados durante a construção de cada capítulo, de cada parte, e necessariamente contribui para e suscita as considerações finais a seguir narradas.

O estudo iniciou mediante uma contextualização das políticas de saúde mental no Brasil e no mundo, os movimentos do Sistema Único de Saúde e suas implicações com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, trazendo à cena a avaliação da Rede de Atenção Psicossocial sob o aspecto da gestão e suas aproximações com a Teoria da Ação Comunicativa.

Em defesa de que é nos processos de trabalho que se deve avaliar todas as possibilidades e potencialidades, visando mudanças nas práticas, justifica-se a relevância do presente estudo que, ao mesmo tempo em que nele se avaliam processos de gestão de uma rede atenção psicossocial, também é possível contribuir para o fortalecimento das ações comunicativas e emancipatórias dos processos de gestão, da avaliação como prática do trabalho em saúde, e da valorização do protagonismo local na construção histórica e dialética do Sistema Único de Saúde.

Para tanto, ao se construir o objeto de estudo foi extremamente valiosa a revisão, em nível internacional, de estudos qualitativos sobre serviços de saúde mental, possibilitando conhecer as investigações e as ações de saúde mental em diferentes países e políticas de saúde, contribuindo para o aporte teórico e maior aprendizagem sobre métodos e referenciais da pesquisa qualitativa em saúde.

Entende-se que, em função do período, e demais limites da busca, dos critérios de inclusão e exclusão possivelmente foram deixados de fora alguns estudos, e se reconhece a necessidade de atualizar a revisão e rever alguns critérios que possibilitem a inclusão de outros estudos que não foram identificados.

Na revisão, constatou-se a necessidade de ampliar os estudos que incluam mais usuários e outros atores como sujeitos, na perspectiva da análise das contribuições daqueles que abordem as redes de saúde.

Nos estudos avaliativos sobre serviços de saúde mental, aqui revisados, observou-se que a integração entre os serviços de saúde, em especial da saúde mental com a atenção primária de saúde, é uma temática relevante. Destaca-se a utilização do matriciamento como ferramenta de trabalho e a importância do desenvolvimento de um modelo de cuidado voltado para as necessidades do usuário, ampliando sua capacidade de reabilitação e autonomia, além da qualificação da atenção aos cuidadores.

Na revisão de estudos sobre redes também se constata a integração e a articulação de serviços de modo intra e intersetorial como uma atividade inerente aos processos de gestão; e o compartilhamento de cuidados ou ações colaborativas como práticas que merecem maior investimento e que podem ser facilitadas pelas seguintes ações: definição de fluxos, organização e coordenação através de gestão colegiada, reuniões, discussões e compartilhamento de casos, supervisão clínica e, principalmente, o apoio matricial.

Entre as fragilidades identificadas, os estudos de rede revisados apontam problemas de comunicação e informação, investimentos na quantidade, formação e capacitação dos trabalhadores, desencontros conceituais entre práticas e modelos de cuidado preconizados, e a responsabilização da gestão e das políticas vigentes.

Desse modo, a revisão dos antecedentes sobre estudos qualitativos em saúde mental contribuiu para justificar a necessidade da realização de outros estudos que envolvam os espaços e os modos de comunicação entre os diversos atores e pontos de atenção envolvidos; fluxos entre serviços; a coordenação das ações; e o perfil dos sujeitos, principalmente trabalhadores e gestores de uma rede local, considerando-se que o aspecto formação tem sido apontado como importante condicionante das práticas de trabalho, como se acredita ter sido possível nesta tese.

A tessitura sobre os conceitos balizadores sobre avaliação, redes e processos de gestão em saúde relacionados à Teoria da Ação Comunicativa auxiliou a “costurar” a diversidade de temas envolvidos em um único propósito de colocar em questão a avaliação dos processos de gestão de uma rede de atenção

psicossocial à luz da Teoria da Ação Comunicativa.

Como fundamentação teórica buscou-se apoio na Teoria da Ação Comunicativa de Habermas (1988, 2012) e em suas propostas sobre a construção social da ação comunicativa. Essa opção foi importante para se pensar sobre o objeto do estudo e a constituição de processos sociais da validação argumentativa no encontro entre atores sociais e os seus distintos processos de conformação legítima da verdade argumentativa enquanto situação tipicamente social, de um para outro e vice-versa, na ciência e para além dela, presentes nos processos de gestão em saúde.

Ao percorrer os caminhos metodológicos de uma pesquisa, de base hermenêutica e dialética, se reconhece seus limites e vantagens, pela dificuldade de não possuir um método único, com passos prescritos, e de se precisar buscar, com amplitude contextual, um conjunto de informações acerca do objeto. Contudo, também possibilita reconhecer a historicidade e o valor dos sujeitos produtores das ações, e o estímulo necessário à criatividade metodológica de um investigador. Nesse caso, destaca-se a utilização do Software Ethnograph V6 como essencial para a apreensão de um significativo banco de informações, facilitando a organização, a sistematização e o acesso aos dados codificados.

Também é preciso reconhecer que o complexo e amplo volume de informações coletadas nas 19 entrevistas e em 20 horas de observação participante, incluíram diversas temáticas que, nesta tese, não foram possíveis de serem analisadas e discutidas em função do tempo e da natureza específica dos assuntos — questões sobre ética, direitos humanos, práticas de cuidado, ações dos CAPS, atenção à crise, formação em saúde, gestão do trabalho —, e outras que poderão tornar-se objeto de estudos posteriores.

No esforço em apresentar e analisar os dados conforme os objetivos propostos destacou-se, no início, o contexto, a construção histórica, os pontos de atenção, os fluxos e os modos de comunicação da RAPS local.

Quanto ao cenário, emergiram desde as histórias de um Brasil Colônia, incluindo a construção do município de São Lourenço do Sul, com suas belezas naturais, que lhe deram o nome de Pérola da Lagoa; seu desenvolvimento e seu povo, atravessado por batalhas e conquistas, compondo um território de extrema diversidade geográfica, cultural, econômica e étnica, incluindo o campo e agropecuária, os arroios, a lagoa e a pesca, o turismo e o comércio. Um território

plural e pulsante, com uma população de negros, incluindo quilombolas, e dos brancos descendentes dos colonizadores portugueses e, principalmente, dos desbravadores pomeranos. Um território vivo que, quando cai, “Se Levanta São Lourenço”, conforme a campanha de incentivo ao enfrentamento da enchente de 2011.

A Rede de Atenção Psicossocial de São Lourenço do Sul tem relevante construção histórica desde a década de 1980, com a criação do CCSM, incluindo os leitos de internação psiquiátrica na Santa Casa do município, e a inauguração da Nossa Casa, em 1988, como segundo Centro de Atenção Psicossocial do Brasil. Desde então vem consolidando seu protagonismo locorregional e respondendo às responsabilidades decorrentes da municipalização e da descentralização em saúde.

Nos anos 2000 ampliou a rede de saúde local com a implantação de um CAPSi e um CAPS ad, além de investir em ações de reabilitação, como o Coral Cidadania. Criou, em 2005, o Mental Tchê como um importante espaço cultural, técnico e político em defesa da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, e, em 2009, o Colegiado Gestor como instrumento de gestão e coordenação da política de saúde mental de São Lourenço do Sul.

A partir de 2012 buscou fortalecer a linha de cuidado em saúde mental, e constituiu a Rede de Atenção Psicossocial, conforme a Portaria n. 3.088/2011, reconhecendo o Colegiado Gestor como Grupo Condutor da RAPS Local. Ampliou a rede com a qualificação do CAPSad em CAPSadIII, e aumentou de 10 para 30 leitos o Serviço Hospitalar de Referência em Saúde Mental no Hospital Geral. Serviços estes, assim como o CAPSi, são referência regional e exigiram pactuações e definições de fluxos entre os municípios.

No mesmo período também implantou 10 oficinas terapêuticas na Atenção Básica, um Serviço de Redução de Danos com duas Composições de Redução de Danos, e um Acompanhante Terapêutico. A rede de saúde também passou a contar com UBS, ESF, NASF, Pronto Socorro e SAMU.

Portanto, a RAPS de São Lourenço do Sul é constituída por todos os componentes com elevada cobertura de pontos de atenção. Mantém a estrutura mínima de recursos, e, em alguns casos, um número acima das exigências legais, ainda que alguns sujeitos da pesquisa apontem problemas na estrutura que carecem de um olhar mais pontual.

Cabe destacar que as ações e serviços da rede local de saúde, como as implantadas em São Lourenço do Sul, dependem significativamente do repasse de recursos financeiros de incentivo ou de custeio das gestões federal e estadual, os quais, desde o início de 2015, sofreram redução e atraso na integralidade dos repasses. Também se constatou que os anos de 2015 e 2016 se caracterizaram pelo enfraquecimento e fragilização da política de saúde mental, em âmbito nacional e estadual, com redução do apoio institucional das esferas citadas, sobrecarregando a gestão municipal para a manutenção das ações em saúde.

Considera-se que, além das dificuldades financeiras enfrentadas pelos municípios, também tem se constituído um desafio para os processos de gestão em saúde a manutenção de trabalhadores qualificados e suficientes para a produção do cuidado em saúde, incluindo os problemas de baixa remuneração, vínculos precários e limitações orçamentárias para a realização de concursos. Essa situação não é diferente em São Lourenço do Sul, e aponta-se a necessidade de investimentos para superar essas fragilidades. Contudo, é importante dizer que essa questão aparece na coleta de dados como geradora de conflitos, de insegurança por parte dos trabalhadores, mas não se mostra significativa na implicação e no agir no trabalho. Esses últimos aspectos são sustentados, aparentemente, pelas diversas oportunidades de discussão dos problemas, pela valorização das ações de Educação Permanente em Saúde e incentivo à qualificação profissional, pela participação nos trabalhos em diversas modalidades de ensino-aprendizagem dentro e fora do município, incluindo cursos de pós-graduação.

Outro importante desafio dos processos de gestão, ao constituírem uma complexa rede de atenção em saúde mental, é o permanente atravessamento das contradições entre o modelo manicomial e o da atenção psicossocial presente nas subjetividades e nas práticas dos sujeitos que produzem o cuidado. Esse atravessamento tem sido enfrentado nos processos de gestão local, também pelas diversas oportunidades de encontros e trocas entre esses sujeitos, os quais criticam o seu trabalho e o do outro em potentes espaços de comunicação e nas ações de EPS.

Nessas análises observa-se a necessidade de maior investimento em relação às questões relativas à gestão do trabalho, como o fortalecimento dos vínculos empregatícios; manutenção e fortalecimento dos investimentos na atenção

básica, em especial da redução de danos, NASF e Oficinas Terapêuticas.

Quanto aos fluxos construídos na RAPS lourençiana avalia-se como um processo em construção e coerente com a perspectiva de rede rizomática, ou seja, são pactuações provisórias, com possibilidade de mudanças à medida que se fazem necessários novos entendimentos passíveis de consenso, de acordo com a singularidade do cuidado individual ou coletivo acolhido por essa rede; demonstram assumir as responsabilidades territoriais e da natureza de cada ponto de atenção, com dúvidas, contradições, mas com permanente questionamento sobre as práticas e produção de novas ações, baseadas nas experiências, na capacidade de criação com os recursos disponíveis, e alertas à manutenção do cuidado em saúde mental em liberdade.

Os fluxos entre os pontos de atenção da rede são disparados pela comunicação entre pessoas — trabalhadores, gestores, alunos, usuários ou tantos outros atores sociais do território —, constituindo-se em uma verdadeira e complexa trama de atos.

Portanto, destacam-se os diversos modos ou espaços de comunicação mediados pela linguagem entre os sujeitos, que permitem o proferimento de falas com pretensão de validade verificável, sejam de afirmações, declarações ou promessas. Acredita-se que, na maioria das vezes ou com, pelo menos, disposição para tal por parte dos falantes, não há coerções ou impedimentos para a expressão linguística, mesmo havendo conflitos e relações de poder que, em algum momento, possam estar em desequilíbrio; condições estas que aproximam ou afastam as ações de um agir instrumental ou comunicativo.

Esses modos de comunicação ocorrem através de contato, de conexão, muitas vezes por telefone, mas inúmeras vezes por contato presencial, com “os corpinhos”, seja em situações de acompanhamento e discussão de casos entre serviços ou nas reuniões de equipe, seminários, e, especialmente, no Colegiado Gestor.

Entende-se o Colegiado Gestor como importante tecnologia dos processos de gestão da RAPS, o qual possibilita o encontro entre os sujeitos que atuam e permite o exercício dos atos de fala na busca pelo entendimento mútuo ou o consenso sobre as pretensões de validade enunciadas. Esses atos de fala podem incluir questões administrativas, situações que envolvam os diversos pontos de atenção da RAPS, as estruturas intra ou intersetorias, ou a produção de cuidado na

singularidade de cada caso. Assim, o Colegiado Gestor constitui-se em potente espaço de cogestão que contribui para gerar processos de gestão ativadores de redes de saúde capazes de coordenar e promover a integração dos diversos pontos de atenção.

Por esses motivos entende-se relevante o fortalecimento desse espaço, com manutenção das reuniões semanais e a ampliação do número de participantes, incluindo representações dos alunos de todas as atividades de formação, em curso, no município, e a representação de usuários.

No caso dos usuários, considera-se importante, muito além da participação deles no Colegiado, a possibilidade de criar uma condição de formação e empoderamento desses sujeitos em outros espaços, entre os quais o Conselho Municipal de Saúde, audiências públicas, movimentos sociais, e outras formas de participação comunitária, incentivar a reconstituição da Associação de Usuários e Familiares de Saúde Mental do município.

Considera-se também que a reorganização da agenda do colegiado pode facilitar maior aproximação e fortalecimento da participação de outros setores, como assistência social, cultura, educação, judiciário, ministério público, além da reorganização dos espaços de comunicação para tratar das questões administrativas e de estrutura que pode ocorrem no colegiado ou não.

Em relação ao perfil dos 43 participantes das reuniões do Colegiado Gestor, observou-se a multiplicidade de atores identificados como gestores, os diretamente ligados à gestão; os coordenadores das políticas de saúde e os coordenadores dos pontos de atenção; os trabalhadores dos diversos pontos de atenção da RAPS que se revezavam a cada reunião, e outros que representavam setores como a educação e os alunos da residência, além de participantes pontuais de acordo com a pauta da reunião, como judiciário e segurança pública.

Dos 19 entrevistados, oito gestores, oito trabalhadores e três outros (dois alunos da RIS-ESP e um da educação), destaca-se que a maioria são mulheres, com características diferentes em relação à idade, ao tempo de formação, e provêm de todos os pontos de atenção da RAPS. Aponta-se a diversidade de formação (nove profissões) e que todos têm, pelo menos, um curso de pós-graduação, incluindo mestrado.

Os cursos de especialização ou residência são de áreas relativas à saúde coletiva, à saúde mental, gestão e outras, mas fortemente relacionadas ao campo

de atuação profissional dos sujeitos, havendo, para isso, significativo investimento pessoal e profissional, e em vários momentos contam com apoio da gestão local.

Os sujeitos entrevistados são homens e mulheres que atuam em defesa do SUS; cada um deles com suas histórias singulares de vida, formação e trabalho. Alguns são naturais do local, outros, “forasteiros”. Todos, de algum modo, conectados pela produção da gestão e do trabalho em saúde, em uma rede de atenção psicossocial que parece mostrar, nesses sujeitos, uma significativa ideia de pertencimento e implicação com esse território, com essa rede, e tomam parte dessa diversidade as diferentes concepções e ações produzidas em ato, que constituem o mundo da vida.

Atos estes que, ao serem explorados à luz da Teoria da Ação Comunicativa, foram classificados em três categorias, as quais constituem os Processos de Gestão da Rede de Atenção Psicossocial: Ações de Planejamento e Avaliação; Ações de Produção de Cuidado em Rede; e Ações de Educação Permanente em Saúde.

Entre essas ações destacam-se as contínuas e cotidianas ações de planejamento e avaliação da estrutura, das práticas e do rumo das políticas de saúde mental, verificadas nas reuniões de equipe, do colegiado e nos seminários. Ações que sustentam a tomada de decisões a partir de atos de fala, com predominância do agir comunicativo sobre o instrumental.

Contudo, entende-se que um investimento maior no monitoramento e na avaliação das informações disponibilizadas pelos Sistemas de Informação, e outras que podem ser acessadas ou produzidas nos serviços, como perfil dos usuários, acesso e resolutividade da rede, poderá contribuir para a tomada de decisões e o planejamento de ações, além de auxiliar em processos regulatórios.

Em relação às ações de produção do cuidado, destacam-se a integração e a articulação entre os serviços, visando ao compartilhamento do cuidado

Nas ações Intrassectorial consideram-se potentes, na Atenção Básica, as do Apoio Matricial do NASF e do georreferenciamento dos CAPS; e as ações entre CAPS e hospital. Contudo, parecem frágeis as ações entre os CAPS e entre o Serviço de Redução de Danos e os CAPSRD e CAPS. Em relação à Intersetorialidade apontam-se como potentes algumas ações pontuais entre educação e CAPSi ou CAPSad, e entre Atenção Básica e CRAS com o Apoio Matricial. Também se observam ações potentes com o judiciário em relação às

internações compulsórias, mas frágeis em relação a outras questões, por exemplo, a medicalização.

Essas ações são facilitadas pelo apoio matricial, por visitas e reuniões entre os serviços, e principalmente pelas reuniões do colegiado de saúde mental ou da atenção básica, como modos de comunicação que promovem o encontro necessário entre os diferentes atores e concepções sobre determinada situação, promovendo um entendimento comum e a corresponsabilidade pelo compartilhamento do cuidado. Portanto, considera-se de extrema relevância a manutenção e o fortalecimento das ações de integração da saúde mental e da atenção básica, com ênfase nas ações de matriciamento realizadas pelo NASF e/ou pelo georreferenciamento dos CAPS e a aproximação dos outros setores com a participação no colegiado.

Em relação às Ações de EPS destaca-se a diversidade de ações cotidianas, como as reuniões e colegiados, os seminários, as de intercâmbio como o percurso formativo, as residências e, em especial, o Mental Tchê, como significativo espaço de produção de conhecimento e marco político na luta antimanicomial.

Todavia, há a necessidade de, além da manutenção, maiores investimentos na residência multiprofissional e de psiquiatria, ainda incipientes do ponto de vista de organização e estruturação acadêmico-pedagógica, mas extremamente potentes na qualidade de transformadoras e qualificadoras da produção do cuidado. Essas residências requerem um olhar atento para o paradigma de ensino proposto, que garanta um perfil de egressos coerente com o SUS, com a saúde coletiva, com a reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial.

Em relação às categorias de análise — o agir instrumental e o agir comunicativo — observou-se que nem sempre se tem condições de avaliar de apenas um modo, pois a avaliação depende das condições em que ocorrem os atos de fala, das relações de poder entre os falantes, da intencionalidade e, acima de tudo, da concreta possibilidade de haver um entendimento mútuo entre, pelo menos, dois sujeitos.

Destacam-se, como ações potencialmente instrumentais ou estratégicas, a definição e o cumprimento de protocolos, normas e fluxos rígidos, ações prescritivas, sem acordo coletivo, e com a inclusão do usuário e a medicalização considerando apenas os critérios técnicos.

Em relação ao agir comunicativo destacam-se: a pactuação de fluxos, as

discussões e encaminhamentos de casos, pactuações com o judiciário, em especial sobre as internações compulsórias, a Implantação do Apoio matricial pelo Georreferenciamento como proposta decorrente de um seminário realizado para problematizar e encaminhar uma proposta sobre a questão da saúde mental na atenção básica apontada em uma reunião do colegiado. Além disso, incluem-se todas as tomadas de decisão e deliberações do colegiado sobre questões da gestão ou da singularidade dos casos que são do mundo da vida, e que não se resolvem somente com ações instrumentais.

Nesta análise conclui-se que a gestão local está permeada ou atravessada pelo sistema, pelas normas, mas ela se confronta e opera cotidianamente no mundo da vida, o que depende radicalmente das ações comunicativas através dos atos de fala. São essas ações comunicativas que inventam e reinventam novas produções de cuidado em saúde, e dão o caráter protagonista da gestão local.

As práticas da gestão e do cuidado podem ser mais livres e mais criativas quando assumem diferentes configurações, em diferentes contextos, promovendo interação e articulação da rede, através do investimento nas relações e na mediação de conflitos na busca pelo entendimento e a produção de consensos.

Processos de gestão, como modos de fazer, de ativar conexões para integração entre os serviços, consideram-se processos permeados pela comunicação e que requerem atos de fala.

Quando um ato de fala é capaz de ativar redes, no final há produção do cuidado a partir do protagonismo dos autores e gera emancipação. Uma gestão pautada pela democracia é uma escolha política. No entanto, também é uma necessidade, de modo que processos de gestão que coordenam uma linha de cuidado, planejando, avaliando e produzindo cuidado através de ações comunicativas, se configuram em modos de emancipação, como capacidade de não se limitar, não depender do que está posto, do que já foi alcançado ou normatizado, enfim, capaz de produzir livremente.

Portanto, destaca-se a necessidade de manutenção e fortalecimento dos diversos espaços de comunicação — as reuniões de equipe, os seminários, o Mental Tchê, e, especialmente, o Colegiado Gestor reconhecidamente o Grupo Condutor Local da RAPS —, ampliando e incluindo novos atores nesses processos de gestão, sem retrocesso da potência dos encontros entre os sujeitos que fazem o trabalho da gestão e, do cuidado, um agir comunicativo.

Finalmente, considera-se que, em São Lourenço do Sul, os processos de gestão da RAPS são possivelmente produtores de cuidado em rede. Isto porque coordenam e promovem a integração de diversos pontos de atenção à medida que operam de modo participativo e democrático através de uma ação comunicativa linguisticamente mediada, buscando um poder criativo, protagonista e emancipatório dos sujeitos e da produção do trabalho em saúde.

Portanto, sustenta-se a **TESE de que processos de gestão de uma Rede de Atenção Psicossocial são essencialmente ações do mundo da vida, orientados por um agir comunicativo. E, ainda que também pautados pelo sistema, requerem a superação de um agir capturado por ações instrumentais ou estratégicas.**

A sustentação desta tese não encerra a análise, e nem a única das muitas e diversas questões que envolvem os processos de gestão de uma rede de atenção psicossocial. Com certeza deixa margem para outros estudos, considerando-se os limites próprios do recorte do tempo, dos aspectos metodológicos e da possibilidade de, em um único estudo, abranger o amplo contexto o objeto deste estudo.

Contudo, acredita-se ter cumprido um processo avaliativo em saúde que possa contribuir para as necessárias reflexões e a indicação de possíveis modos de fazer da gestão em saúde, mas que ainda suscitam outras questões: quais fatores da gestão pública interferem no exercício democrático da produção em saúde? De que modo os atores sociais implicados com o fazer em saúde podem enfrentar o enfraquecimento da participação comunitária em saúde? Como incluir os usuários na ativação de redes de saúde e no protagonismo da sua linha de cuidado?

## Referências

AALSMA, M.C.; BROWN, J. R.; HOLLOWAY, E. D.; OTT, M. A. Connections to mental health care upon communit reentry for detained youth: a qualitative study. **BMC Public Health**, v. 14, n. 117, 2014.

ADORNO, Theodor; HORKHEIMER, Max. **Dialética do Esclarecimento**. Rio de Janeiro: Zahar, 1986.

ALMEIDA, G. Nota preliminar do Tradutor. In: **Consciência Moral e Agir Comunicativo**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.

ALMEIDA, P.F.D.E; ESCOREL, S. Da avaliação em saúde a saúde mental: gênese, aproximações teóricas e questões atuais. **Saúde em Debate**, v. 58, n. 25, p. 35-47, 2001.

ALVES, A.M. O método materialista histórico-dialético: alguns apontamentos sobre a subjetividade. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 9, n. 1, 2010.

ANTONACCI, M.H. et al. Estrutura e fluxo da rede de saúde como possibilidade de mudança nos serviços de atenção psicossocial. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n.4, p. 891-898, 2013.

ARAYA, R.; ALVARADO, R.; SEPÚLVEDA, R.; ROJAS, G. Lessons from scaling up a depression treatment program in primary care in Chile. **Rev Panam Salud Publica**, v. 32, n. 3, p. 234-40, 2012.

ARAUJO, A.K.; TANAKA, O.Y. Host Process Evaluation in Mental Health in the Midwest of São Paulo: the analysis of the relation between UBS and CAPS. **Interface Comunic. Saúde, Educ.**, 2012.

ARENKT, H. **A Condição Humana**. Rio de Janeiro, RJ: Forense Universitária, 2005.

ARTMANN E. Interdisciplinaridade no enfoque intersubjetivo habermasiano: reflexões sobre o planejamento e AIDS. **Cien Saude Colet**, v. 6, n.1, p. 83-195, 2001.

ARTMANN, E.; RIVERA, F.J.U. Humanização no atendimento em saúde e gestão comunicativa. In: DESLANDES, S.F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

AZEVEDO, E. B. et al. Digital and social inclusion: the use of the microcomputers as a promoter of psychosocial rehabilitation. **J. Res. Fundm.Care on line**, v.5, n.3, p. 304-372, jul./set., 2013.

AUSTIN, J. **How to do Things with Words**. Oxford: Oxford University Press, 1962.

BALLARIN, M.G.S.; MIRANDA, I.M.S.; FUENTES, A.C.R.C. Centro de Atenção Psicossocial: Panorama das Publicações de 1997 a 2008. **Psicologia Ciência e Profissão**. v. 30, n.4, p. 726-737, 2010.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

\_\_\_\_\_. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BARROS, Manoel. **Biblioteca Manoel de Barros** [Coleção] / Manoel de Barros. São Paulo: LeYa, 2013.

BERGMANN, A.G.H. **São Lourenço do Sul** – cem anos – 1884-1984. São Lourenço do Sul: Hoffäter, 1984.

BEZERRA, Jr. B. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 2, p. 243-250, 2007.

BORYSOW, I.C.; FURTADO, J.P. Acesso, equidade e coesão social: avaliação de estratégias intersetoriais para a população em situação de rua. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 6, p.1069-76, 2014.

BOSI, M.L.M.; UCHIMURA, K. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Rev Saúde Pública**, v. 41, n. 1. p.150-153, 2007.

BOSI, M.L.M.; MERCADO-MARTÍNEZ, F.J. Modelos Avaliativos e reforma sanitária brasileira: enfoque qualitativo-participativo. **Rev. Saúde Pública**, v. 44, n. 3, p. 566-570, 2010

BOTTOMORE, Tom. **Dicionário do Pensamento Marxista**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2012. 683 p.

BOURAS, N.; HOLT, G. **Mental Health Services for Adults with Intellectual Disability – strategies and solutions**. New York: Psychology Press, 2010.

BRAGA, G.C. **Cartografando (en)(con)tros na atenção psicossocial: engendrando redes de trabalho afetivo na gestão**. 2012. 125 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2012.

BRASIL, **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: MS, 2011.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** Disponível em <<http://www.cidades.ibge.gov.br>> Acesso em 13 nov., 2016.

BRASIL. **Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental [Internet]. Brasília; 2001. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm)> Acesso em 08 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados** – ano 10, n. 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015. Acesso em 09 jul. 2016.

BRASIL. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Constitui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS. Brasília, DF: MS, 2011.

BRASIL. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Define as Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília, DF: MS, 2011.

BRASIL. **Resolução 217 A (III)**, de 10 de dezembro de 1948. Declaração universal dos direitos humanos. Assembleia Geral das Nações Unidas, Brasil, 1948.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis psychology. **Qual Res Psychol**, v. 3, p.77-101, 2006.

BRENMAN, N. et al. Demand and access to mental health services: a qualitative formative study in Nepal. **BMC International Health and Human Rights**, p.14-22, 2014.

CAMATTA, M.W. et al. Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: o olhar da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4405-4414, 2011.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Um método para a análise e cogestão de coletivos.** São Paulo: Hucitec, 2000.

\_\_\_\_\_. **Saúde Paideia.** São Paulo: Hucitec, 2003.

\_\_\_\_\_. **O Método da Roda ou Paidéia.** São Paulo: Hucitec, 2005.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p.399-407, fev. 2007.

CAMPOS, G.W.S.; AMARAL, M.A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.4, p.849-859, 2007.

CAPOZZOLO, A.A. **No olho do furacão:** trabalho médico e o programa saúde da família. 2003. 274 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Campinas, 2003.

CAPRA, M.L.P. **A Educação Permanente em Saúde como dispositivo de gestão setorial e de produção de trabalho vivo em saúde.** 2011. 241 f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação da UFRGS, Porto Alegre, 2011.

CHIEFFI, A.L.; BARATA, R.B. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. **Cad. Saúde Pública**, v.25, n.8, p.1839-1849, 2009.

CECÍLIO, Luis Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar.** Campinas, SP, 2003. (mimeo).

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Rev Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2014.

CHARMAZ, K. **Constructing Grounded Theory: a practical guide through qualitative analysis.** Thousand Oaks, CA: Sage, 2006.

CONTANDRIOPoulos, A.P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.L.; PINEAULT, R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.A.M. (Org.). **Avaliação em saúde:** dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

CONTANDRIOPoulos, A.P.; HARTZ, Z.M.A. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, p. 331-336, 2004.

CORDEIRO, L.R.O.; OLIVEIRA, M.S.; SOUZA, R.C. Produção Científica sobre os centros de Atenção Psicossocial. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n.1. p. 119-23, 2012.

COSTA, P.H.A.; COLUGNATI, F.A.B.; RONZANI, T.M. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n.10, p. 3243-3253, 2015.

COSTA-ROSA, Abilio. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Ensaios:** subjetividade, saúde mental, sociedade. Coleção Loucura & Civilização. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 141-168.

CRESWELL, J.W. **Qualitative Inquiry and Research Design: choosing among five approaches.** 2 edition. Thousand Oaks, CA: Sage Publications Inc., 2007.

DANTAS, C.R.; ODA, A.M.G.R. Cartografia das pesquisas avaliativas de serviços de saúde mental no Brasil (2004-2013). **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1127-1179, 2014.

DE LA CUESTA, C. Desafíos de la investigación cualitativa. **NURE Investigación**. v.1, p.1-2, 2006.

DELEUZE, Gilles; Guatarri, Félix. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia.** v.1, Rio de Janeiro: Editora 34, 1995.

DELFINI, P.S.S.; REIS, A.O.A. Articulação entre serviços públicos de saúde mental nos cuidados voltados à saúde mental infanto-juvenil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n. 2, p. 357-366, fev. 2012.

DENZIN N.K.; LINCOLN; Y.S. **Handbook of Qualitative Research.** Thousand Oaks: Sage, 1994.

\_\_\_\_\_. **Handbook of Qualitative Research.** Thousand Oaks: Sage, 2005.

DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. Pesquisa qualitativa nos serviços de saúde – Notas teóricas. In: BOSI, M.L.M.; MERCADO, F.J. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde.** Rio de Janeiro: Vozes, 2004. p. 99-120.

DESLANDES, S.F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cad Saúde Pública**, v. 13, n 1, p. 103-107, 1997.

DOMINGUES, José Maurício. **Sociologia e Modernidade.** Para entender a Sociedade Contemporânea. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

DONABEDIAN, Avedis. **La Calidad de la Atención Medica:** definición y métodos de evaluación. Ediciones Científicas La Prensa Medica Mexicana, S. A. Ediciones Copilco, S. A., 1984.

DONNANGELO, M.C.F. **Saúde e Sociedade.** 2. ed., São Paulo: Duas Cidades, 1979.

ECHEVERRIA, R. **Ontología del Lenguaje.** Santiago: Dolmen, 1997.

FERRAZA, D.A.; ROCHA, L.C.; LUZIO, C.A. Medicinalização em um serviço público de saúde mental: um estudo sobre a prescrição de psicofármacos. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 6, n.2, p. 255-256, jul./dez. 2013.

FIORATI, R.C. Acompanhamento terapêutico, clínica e atenção psicossocial: uma relação possível? Reflexão crítica segundo a hermenêutica dialética de Yürgen Habermas. **Psicologia e Sociedade**, v. 25, p. 82-89, 2013.

FIORATI, R.C.; SAEKI, T. As dificuldades na construção do modo de atenção psicossocial em serviços extra-hospitalares de saúde mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 305-312, abr./jun. 2013.

FLEURY, S.; OUVERNEY, A.M. **Gestão de redes:** a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

FONSECA, R.M. G.S. et al (Org.). **O trabalho da enfermagem em saúde coletiva no cenário CIPESC.** Curitiba: Mult-Graphic, 2006.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de

trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p.345-353, abr./jun. 1999.

FRANCO, Túlio; MAGALHÃES JUNIOR, Helvécio Miranda. Integralidade na Assistência à Saúde: A organização das Linhas de Cuidado. In: MERHY et al (Org.). **O Trabalho em Saúde**: olhando e experenciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 125-33.

FRANCO, T.B. **Gestão do Trabalho em Saúde Mental**. [s/d]. Disponível em: <[www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/gestao-trabalho-saude-mental.pdf](http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/gestao-trabalho-saude-mental.pdf)>. Acesso em: 15 nov. 2016.

FRANCO, C.M.; FRANCO, T.B. **Linhos do Cuidado Integral**: uma proposta de organização da rede de saúde. [s/d]. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/pdf>> Acesso em: 15 nov. 2016.

FRATESCHI, M.S.; CARDOSO, C.L. Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 545-565, 2014.

FREITAG, B.; ROUANET, S.P. **Habermas – Sociologia**. São Paulo: Ática, 1980.

FORNAZIER, M.L.; DELGADO, R.C. Reforma Psiquiátrica na Bahia: desafios e (DES) Caminhos. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.35, n.2, p.412-431, abr/jun, 2011.

FURTADO, Juarez. Um método construtivista para avaliação em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.6, n.1, p.165-181, 2001.

FURTADO, J.P. A avaliação de programas e serviços. In: CAMPOS, G.W.S.; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M.; DRUMOND, Jr. M.; CARVALHO, Y.M. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 715-740.

FURTADO, J.P. et al. Modos de morar de pessoas com transtorno mental grave no Brasil: uma avaliação interdisciplinar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 12, p. 3683-3693, 2013.

GADAMER, Hans George. **Verdade e método**: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. 3. ed, Petrópolis: Vozes, 1999. 731p.

GILBURT, H. et al. Promoting recovery-oriented practice in mental health mixed-methods study. **BMC Psychiatry**, v.13, n.167, 2013.

GLASER, B.G.; STRAUSS, A.L. **The Discovery of Grounded Theory**. New York: Aldine de Gruyter, 1967.

GOLDIM, José Roberto. Bioética: origens e complexidades. **Rev HCPA**, v. 26, n. 2, p. 86-92, 2006.

GONÇALVES, M.A. Teoria da ação comunicativa de Habermas: Possibilidades de

uma ação educativa de cunho interdisciplinar na escola. **Educação & Sociedade**, ano XX, n. 66, abr. 1999.

GUBA, E.; LINCOLN, Y. **Fourth Generation Evaluation**. Newbury Park: Sage, 1989.

\_\_\_\_\_. **Avaliação de quarta geração**. Campinas: UNICAM, 2011.

HABERMAS, Y. **Dialética e Hermenêutica**. São Paulo: Editora L&PM, 1987a.

\_\_\_\_\_. **Técnica e Ciência como Ideologia**. Lisboa: Edições 70, 1987b.

\_\_\_\_\_. **Teoría de la Acción Comunicativa**. v.1.Racionalidad de la acción y racionalización social. Mexico:Taurus, 2002.

\_\_\_\_\_. **Direito e Democracia: entre facticidade e validade**. v.l. 8. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003.

\_\_\_\_\_. **Teoria do Agir Comunicativo: racionalidade da ação e racionalidade social**. v.1. São Paulo: Martins Fontes, 2012a.

\_\_\_\_\_. **Teoria do Agir Comunicativo: sobre a crítica da razão funcionalista**. v.2. São Paulo: Martins Fontes, 2012b.

HAMMES, Edilberto Luiz. **São Lourenço do Sul**: radiografia de um município-das origens ao ano de 2000. v.1. São Leopoldo: Studio Zeus, 2010a.

\_\_\_\_\_. **São Lourenço do Sul**: radiografia de um município-das origens ao ano de 2000. v.2. São Leopoldo: Studio Zeus, 2010b.

HARDT, M.; NEGRI, A. **Multidão**: guerra e democracia na era do império. Rio de Janeiro: Record, 2005.

KANTORSKI, L.P. **O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental e a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul**. 1998. 214 f.Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

KANTORSKI, L.P.; WETZEL, C.; OLSCHOWSKY, A.; JARDIM, V.M.R.; BIELEMANN, V.L.M.; SCHNEIDER, J.F. Avaliação de quarta geração - contribuições metodológicas para a avaliação de serviços de saúde mental. **Interface – Comunic. Saúde Educ**, v.13, n. 31, p. 43-355, 2009.

KANTORSKI, L.P. et al. Avaliação Qualitativa no Contexto da Reforma Psiquiátrica. **Rev Eletrônica de Saúde Mental Álcool Drog**, n.6, p. 387-408, nov. 2010.

KHANDAKER, G.M. Evaluating care pathways for community psychiatry in England: a qualitative study. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v.19. p. 298–303, 2013.

LACEY, N.; LUUFF, D. **Trent Focus for Research and Development in Primary Health Care**: an Introduction to Qualitative Data Analysis. Trent Focus Group, Sheffield, UK, 2001.

LIMA, A.F. Sobre a Crítica de Yürgen Habermas ao Projeto Frankfurtiano. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v.11, n. 1, p. 181-196, 2011.

LIMA, J.C.; RIVERA, F.J.U. Agir comunicativo, redes de conversação e coordenação em serviços de saúde: uma perspectiva teórico-metodológica. **Interface**, Botucatu, v.13, n. 31, p.329-342, 2009.

LOPES, S.R.S. et. al. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Com. Ciências Saúde**, v.2, n. 18, p. 147-155, 2007.

LÖWY, Michael. **Ideologias e Ciências Sociais**: elementos para uma análise marxista. 16.ed. São Paulo: Cortez, 2003.

LUND, C.; TOMLINSON, M. de; SILVA, M.; FEKADU, A.; SHIDHAYE, R.; JORDANS, M.; PETERSEN, I.; BHANA, A.; KIGOZI, F.; PRINCE, M. PRIME: a programme to reduce the treatment gap for mental disorders in five low-and middle-income countries. **PLoS Med**,. v. 9, n. 12. 2012.

MACLAREN, S. et al. Talking a different language: an exploration of the influence of organizational cultures an working practices on transition from child to adult mental health services. **BMC Health Services Research**, v.13, n. 254. 2013.

\_\_\_\_\_. **O capital**. São Paulo: Abril Cultural, 1983. 284p.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **El Manifiesto del Partido Comunista**: el papel del trabajo en la trasnformación del mono en hombre. 10 ed., Argentina: Letras Universales, 2006. 93 p.

MAGALHÃES, Fernando. **10 lições sobre Marx**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

MARCUSE, Herbert. **A ideologia da Sociedade Industrial – O homem Unidimensional**. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

MARKSTRÖM, U. Staying the Course? Challenges in Implementing Evidence-Based Programs in Community Mental Health Services Int. J. Environ. **Res. Public Health**, v. 11, p. 10752-10769, 2014.

MARTIN, L.; HIRDES, J.P. Exploring the impact of common assessment instrumentation on communication and collaboration in inpatient an community-based mental health settings: a focus group. Study. **BMC Health Services Research**, v.14, n.457, 2014.

MARTINS, J.; BICUDO, M.A. **A Pesquisa Qualitativa em Psicologia**. São Paulo: Moraes, 1994.

MARTINS, P.H. MARES - Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano: aspectos conceituais e operacionais. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Org.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário**: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: CEPESC/ IMS/UERJ, 2009. p. 61-89.

MARTINS, R.V.; ROSSETTO, M.; SARTORI, Q.D.N.; PINTO, E.C.; VAN DER SAND, I.C.P.; HILDEBRANDT, L.M. Ações de saúde mental na região norte do Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS), v.33, n. 1. p.11-18, mar. 2102.

MATUS, C. **Teoria do Jogo Social**. São Paulo: FUNDAP, 2005.

MEIRELLES, M.C.P.; HYPOLITO, A.M.; KANTORSKI, L.P. Avaliação de quarta geração: reciclagem de dados. **J Nurs Health**, v. 2, n. 21, jan/jun. 2012.

MEIRELES, M.C.P. **Educação Permanente em Saúde no Processo de Trabalho de um Centro de Atenção Psicossocial**. 2009.128 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2009.

MELO, E.M. Ação Comunicativa, democracia e saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10 (sup), p. 167-178, 2005.

MENDENHALL, E. et al. Acceptability and feasibility of using non-specialist health workers to deliver mental health care: Stakeholder perceptions from the PRIME, district sites in Ethiopia, India, Nepal, South Africa, and Uganda. **Social Science & Medicine**, v.118, p. 33-42, 2014.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, DF: OPAS, 2011.

MERCADO-MARTINEZ F.J.; ROBLES, L.S. Los usos de la investigación cualitativa en salud, algo más allá de la difusión de resultados? **Invest Educ Enferm**, v. 26, p. 48-49, 2008.

MERCADO-MARTINEZ, F.J.; TEJADA-TAYABAS, L.M.; SPRINGETT, J. Methodological Issues in Emergent Evaluations of Health Programs: Lessons From Iberoamerica. **Qualitative Health Research**, v.18, n.9, September, p.1277-1288, 2008.

MERCADO-MARTINEZ, F.J.; DIAZ, B.A.; TEJADA-TABAYAS. L.M.; ASCENCIO-MERA, C.D. Investigación cualitativa en salud. Uma revisión crítica de la producción bibliográfica en México. **Salud Pública Mex**, v. 53, p. 504-512, 2011.

MERCADO-MARTINEZ, F.J. Qualitative research in health care, current and future challenges. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 4, p. 647-648, Out./dez. 2011.

MERHY, E E. et al. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E; ONOCKO, R. (Org.) **Agir em Saúde: um desafio para o**

público. São Paulo: HUCITEC, 1997.

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

MIELKE, F.B.; OLSCHOWSKY, A. Saúde Mental na Estratégia da Saúde da Família: avaliação de apoio matricial. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 63, n.6, p. 900-7, nov./dez. 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social In: MINAYO, M.C.; DESLANDES, S.F. (Org.) **Caminhos do Pensamento: epistemologia e método.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 83-107.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 26 ed. Petrópolis: Vozes, 2007. 108 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 10 ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 393p.

MÜLLER NETO, J.S.M.; ARTMANN, E. Política, gestão e participação em saúde: reflexão ancorada na teoria da ação comunicativa de Habermas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 12, p. 3407-3416, 2012.

NADEAU, L. et al. Partnership at the Forefront of Change: Documenting the Transformation of child and youth Mental Health Services in Quebec. **J Can Acad Child Adolesc Psychiatry**, v.21, n.2. May, 2012.

NESS, O.; BORG, M.; SEMB, R.; KARLSSON, B. "Walking alongside". Collaborative practices in mental health and substance use care. **International Journal of Mental Health Systems**, v.8, n.55, 2014.

NOVELLI, P.G.A.; PIRES, M.F.C. **A Dialética na Sala de Aula.** Botucatu: UNESP, 1996.

OLIVEIRA, E.B.; MENDONÇA, J.L.S. Dificuldades enfrentadas pela família no acolhimento do paciente com transtorno mental após a alta hospitalar. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n. 2. p.198-203, abr./jun. 2011.

OLIVEIRA, M.A.F. et al. Processos de Avaliação de Serviços de Saúde Mental: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 38, n.101, p. 368-378, abr./jun. 2014.

OLIVEIRA, Maria Marly de. Metodologia Interativa: um processo hermenêutico dialético. **Interfaces**, v. 1, n. 1. Brasil/Canadá, Porto Alegre, 2001.

OLIVEIRA, R.N.C. O agir comunicativo no contexto das práticas de educação em saúde pública: um estudo à luz da Teoria da Ação Comunicativa de Jürgen Habermas. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 267-283, abr./jun. 2011.

ONOCKO-CAMPOS, R.; FURTADO, J.P. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. **Rev Saude Publica**, v.42, n.6, p.1090-6, 2008.

ONOCKO, R.T. et al. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. supl, p.16-22, 2009.

ONOCKO-CAMPOS, R.T. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 46, n.1, p. 43-50, 2012.

\_\_\_\_\_. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n.12, p.4643-4652, 2011.

OPS-OMS. **El desafio educativo de las reformas sectoriales**: cambios en la capacitación y la evaluación para el trabajo en salud. Grupo de Trabajo sobre evaluación de la Capacitación en Salud. Buenos Aires: OPS-OMS, 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS); Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). **Declaração de Caracas. Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS)** [Internet]. Caracas; 1990 [citado 2009 set. 12]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_caracas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf)

OMS. Organización mundial de la salud. **Plan de acción sobre Salud Mental 2013-2020**. OMS: Ginebra, 2013.

PAES, L.G.; SCHIMITH, M.D.; BARBOSA, T.M.; RIGHI, L.B. Rede de Atenção em Saúde Mental na perspectiva dos coordenadores de serviços de saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 395-409, maio/ago. 2013.

PAWSON, R.; TILLEY, N. **Realistic evaluation**. London, UK: Sage, 1997.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO, R; BARROS, M.E.B.; MATTOS, R.A. (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/CEPESC/Abrasco, 2007.

PEREIRA, M.O.; MIRANDA, L.; SÁ, M.C. Um olhar sobre a atenção psicossocial a adolescentes em crise a partir de seus itinerários terapêuticos. **Cad. Saúde Pública**, v.10, n. 30, p.2145-2154, 2014.

PETERSEN, I. et al. Lessons from case studies of integrating mental health into primary health care in South Africa and Uganda. **International Journal of Mental Health Systems**, v. 5, n. 8, 2011.

PINHEIRO, R. Integralidade e práticas de saúde: transformação e inovação na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários do SUS. **Boletim ABEM**, v.31, p.8-11, 2003.

PINHO, L.B.; KANTORSKI, L.P.; WETZEL, C.; SCHWARTZ, E.; LANGE, C.; ZILLMER, J.G.V. Avaliação qualitativa do processo de trabalho em um centro de

atenção psicossocial no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 30, n.4, p.354-60, 2011.

PINTO, J.M.R. A Teoria da Ação Comunicativa de Jürgen Habermas: Conceitos Básicos e possibilidades de aplicação à administração escolar. **Paidéia**. FFCLRP-USP, Ribeirão Preto, fev./ago. 1995.

PIRES, M.F.C. O materialismo histórico-dialético e a educação. **Interface — Comunicação, Saúde, Educação**, v.1, n.1, 1997.

QUINDERÉ, P.H.; JORGE, M.S.B.; FRANCO, T.B. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.24, n. 1, p. 253-271, 2014.

QUEIROZ, M.S.; DELAMUTA, L.A. Saúde Mental e o trabalho interdisciplinar: a experiência do “Cândido Ferreira” em Campinas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.8, p. 3603-3612, 2011.

QUEIROZ, D.T. et al. Observação Participante na Pesquisa Qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **R Enferm UERJ**, v. 15, n. 2, p. 276-83, 2007.

RICOEUR, P. **Interpretação e ideologias**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.

\_\_\_\_\_. **Teoria da interpretação**. Rio de Janeiro: Edições 70, 2009.

RIGH, L. Redes de Saúde: uma reflexão sobre formas de gestão e o fortalecimento da atenção básica. In: BRASIL. Secretaria da Assistência à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cadernos Humaniza SUS**. v. 2 Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

RIVERA, F.J.U. **Análise Estratégica em Saúde e Gestão pela Escuta**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

RIQUIELME, Horacio. La medicina bajo del nazismo: una aproximación histórico-cultural. **Med UPB**, v.23, n. 1, p. 117-141, abr. 2004.

RITCHIE, J.; SPENCER, L. Qualitative data analysis for applied policy research. In Bryman & Burgess (Eds.). **Analysing qualitative data**, p.173-94, 1994.

RIO GRANDE DO SUL. Plano de Ação Regional de Atenção Psicossocial. Resolução nº 39/2016 - CIR Região 2. Comissão Intergestora Regional. Secretaria Estadual de Saúde, 2016

RODRIGUES, E.S.; MOREIRA, M.I.B. A Interlocução da Saúde Mental com Atenção Básica no Município de Vitória/ES. **Saúde Soc**, São Paulo, v.21, n.3, p.599-611, 2012.

ROL, Rud; VERHOEVEN, Rian. **Anne Frank: uma vida**. Porto: Campo das Letras, 1994.

- SANTOS, Boaventura de Sousa. **Um discurso sobre as Ciências**. 1985/6, p. 1-22.
- \_\_\_\_\_. **Pela Mão de Alice**: o Social e o Político na Pós-modernidade. São Paulo: Cortez, 1996.
- SANTOS, Milton. **O Espaço do Cidadão**. São Paulo: Nobel, 1993.
- \_\_\_\_\_. **Por uma Geografia Nova**. São Paulo: Hucitec, 1978.
- SCHRAIBER, L.B. **O Médico e suas Interações**. A crise dos vínculos de confiança. São Paulo: Hucitec, 2008.
- SEARLE, J.R. **A Taxonomy of Illocutionary Acts in Language, Mind and Knowledge**. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1976.
- SHIDHAYE, R. et al. Challenges for Transformation: a Situational Analysis of Mental Health Care Services in Sehore District, Madhya Pradesh. **Community Mental Health J**, v. 51, p.903-912, 2015.
- SIEBENEICHLER, Flavio. Encontros e desencontros no caminho da interdisciplinaridade:  
G. Gusdorf e J. Habermas. **Revista Tempo Brasileiro 98**, Rio de Janeiro, jul./set. 1989.
- SILVA, F.P.; FRAZAO, I.S.; LINHARES, F.M.P. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. **Cad. Saúde Pública**, v.30, n.4, p.805-814, 2014.
- SILVA, F. S. **O Setor Pesqueiro de São Lourenço do Sul, desde a sua gênese até as problemáticas atuais que envolvem a comercialização do pescado**. 2005. 63 f. fMonografia (TCC em Licenciatura Plena em Geografia) - Instituto de Ciências Humanas. Departamento de Geografia e Economia. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2005.
- SILVA, F. S. **O Setor Pesqueiro de São Lourenço do Sul, desde a sua gênese até as problemáticas atuais que envolvem a comercialização do pescado**. 2005. 63 p. Monografia (TCC Licenciatura Plena em Geografia) - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2005.
- SILVA, G.E.M. **Percorso Formativo na RAPS**: potência vivida de Educação Permanente em Saúde. 2015. 29 f. Monografia (TCC - Especialização em Formação Integrada Multiprofissional em Educação Permanente em Saúde) - Faculdade de Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.
- SSEBUNNYA, J.; KIGOZI, F.; KIZZA, D.; NDYANABANGI, S. Integration of Mental Health into Primary Health Care in a rural district in Uganda. **Afr J Psychiatry**, v. 13, p.128-131, 2010.
- STRAUSS, A.; CORBIN, J.M. **Basics of Qualitative Research**: Grounded Theory Procedures and Techniques. Thousand Oaks, CA: Sage, 1990.

STEIN, E. Dialética e Hermenêutica: uma controvérsia sobre método e filosofia. In: **Dialética e Hermenêutica**. (Jurgen Habermas). São Paulo: L&PM, 1987. p. 98-134.

TAYLOR, J.; JONES, R. M.; O'REILLY, P.; OLDFIELD, W.; BLACKBURN, A. The Station Community Mental Health Centre Inc: nurturing and empowering. **Rural and Remote Health**, v.10, p. 1411, 2010.

TESTA, M. Estrategia, coherencia y poder en las propuestas de salud. **Cuadernos Médico-Sociales**, n.38 (1<sup>a</sup> parte) y n. 39 (2<sup>a</sup> parte), 1987.

TEIXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Abrasco, 2003. p.89-111.

URADA, D. et al. Integration of substance use disorder services with primary care: health center surveys and qualitative interviews. **Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy**, v. 9, n.15, 2014.

WETZEL, C. **Avaliação de serviço em saúde mental**: a construção de um processo participativo. 2005. 290 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

WETZEL, C.; ALMEIDA, M. C. P. A Construção da diferença na assistência em Saúde Mental no município: a experiência de São Lourenço do Sul – RS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n.58, p. 77-78, maio/ago, 2001.

WETZEL, C; KANTORSKI, L P; OLSCHOWSKY A; SCHNEIDER J F; CAMATTA, M W. Dimensões do objeto de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p.2133-2143. 2011

WHO AND THE WORLD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS. **Integrating Mental Health into Primary Care**: a Global Perspective. Geneva, WHO, 2008.

WHO. **Human Resources and Training in Mental Health Mental Health Policy and Service Guidance Package**. World Health Organization, Geneva, 2005.

WHO. **Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Use Disorders in Non-specialized Health Settings: Mental Health Gap Action Programme (mhGAP)**. World Health Organization, Geneva, 2010.

WHO. Integrating Mental Health into Primary Health Care. Geneva, World Health Organization, 2007.

WHO. **World Health Report 2001, Mental Health**: new understanding, new hope. World Health Organization, Geneva, 2001.

SAO LOURENÇO DO SUL. Prefeitura Municipal. Disponível em <<http://www.saolourencodosul.rs.gov.br/contact.php>>. Acesso em: 17/10/2016.

## **Apêndices**

## Apêndice 1 – Relatório Visitas Técnicas

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



### Vivências de uma Doutoranda

**Maria Carolina Pinheiro Meirelles<sup>1</sup>**

Com o objetivo de aprimorar um processo pessoal, profissional e acadêmico de doutoramento, tive a oportunidade de realizar algumas visitas técnicas nas cidades de Lisboa e Porto (Portugal), Barcelona (Espanha) e Torino (Itália) na qual também estive em atividade de orientação com a Professora Dra. Luciane Kantorski. Cada uma das visitas, a seguir relatadas, se caracteriza em apenas vivências, que possibilitaram obter algumas noções sobre ensino, pesquisa e sistemas de saúde locais, mas suficientes para estimular e ampliar o desejo de aprender cada vez mais, necessários ao desafio de um projeto de pesquisa.

Conhecer e experimentar minimamente, outras histórias, geografias, arquiteturas, culturas e modos de vida ampliam a capacidade de observar, sentir e refletir sobre as diferenças e semelhanças possíveis entre as civilizações construídas ao longo da história da humanidade. Conhecer o que está próximo é imprescindível, e este é o mínimo compromisso do meu Projeto de Tese intitulado Avaliação dos Processos de Gestão de uma Rede de Atenção Psicosocial à Luz da Teoria da Ação Comunicativa, de uma cidade da região Sul do Rio Grande do Sul. Contudo, conhecer para além de nosso em torno, ajuda a compreender outras realidades historicamente construídas, que podem nos apontar outros caminhos, e provocar outros pensares e fazeres.

Em especial, o contato com civilizações que tiveram e ainda têm tantas influências na nossa tão recente história brasileira são importantes para o amadurecimento de qualquer estudo.

Em resumo as visitas podem ser assim apresentadas:

Portugal	Espanha	Itália
Porto 19/06/2015 14 às 17 horas Visita a Escola Superior de Enfermagem do Porto- ESEP  Lisboa 20/06/2015 9 às 12 horas Visita ao Espaço Pororoca.	Barcelona 22/06/2015 20 às 23 horas Roda de conversa com Expertos da Região da Catalunha.	Torino 24/06/2015 10 às 16 horas Visita a Serviços de Saúde Mental do Settimo Torinese (Distrito de Torino) - Visita ao Centro de Saúde Mental; - Visita a um Restaurante/Cooperativa - Visita a um Grupo Apartamento 25/06/2015 9 às 11 horas e das 14 às 15 horas Visita a Universidade de Torino.

Em **Portugal**, especialmente em Lisboa, difícil não reconhecer a inspiração de Fernando Pessoa e outros tantos poetas portugueses, além das belas e ornamentadas calçadas de pedra, das faixadas de azulejos e uma culinária impecável com sardinhas, bacalhau e o delicioso pastel de nata.

**Data:** 19/06/2015 – 14 às 17 horas

**Atividade 01:**

Visita a Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP)



Diálogos com a Professora Dra. Ilda Fernandes e o Professor Dr. José Carlos Carvalho.



**Relato da Experiência:**

Na oportunidade de visitar a ESEP, conversei com a Professora Ilda Fernandes, que me contou sobre a história da instituição, os avanços e os desafios. Conversamos também sobre as relações de trabalho dos profissionais da saúde, sobre o sistema de saúde em Portugal, e sua relação com o ensino.

Ao conversar com o Professor Jose Carlos sobre a área de Saúde Mental e dialogamos sobre a rede de saúde mental em Portugal, e sobre as pesquisas que estão desenvolvendo. Falei um pouco sobre as experiências brasileiras, em especial da minha região, e combinamos de compartilhar informações e publicações.

Os referidos diálogos e o material disponibilizado (Guia de Cursos da ESEP; Plano Nacional de Saúde Mental; Relatório de Estudos de Saúde Mental; Saúde Mental em Números; Artigos e outras publicações Portuguesas) me proporcionaram algumas noções sobre a história e estruturação do ensino de enfermagem na ESEP, o Sistema de Saúde em Portugal e sobre a atenção em saúde mental.

A Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) tem 119 anos, considerando sua origem na criação do Curso de Enfermeiros do Hospital Geral de Santo Antônio em 1896. Desde 2007, constitui-se da fusão de três instituições de ensino superior público de Enfermagem no Porto: As Escolas D. Ana Guedes, Cidade do Porto e São João. Divide sua oferta de ensino em dois ciclos, sendo o 1º de Licenciatura em Enfermagem (Graduação) e o 2º Ciclo com cursos avançados em nível de especialização e mestrado em diversas áreas. O 1º Ciclo é dividido em 5 Unidades Científico-Pedagógicas que buscam integrar o plano de estudos para cada um dos 4 anos, em unidades curriculares que somam 240 créditos, com atividades de ensino teóricas, teórico-práticas, práticas laboratoriais, orientação tutorial e estágio. Tanto na Graduação como na Pós-graduação, o currículo mostra a preocupação com a formação do enfermeiro para desenvolver competências para o cuidado, investigação, formação e gestão em saúde.

O Sistema Público de Ensino Superior em Portugal tem um custo ao aluno de uma taxa de € 1300/ano, e há 03 anos passaram a utilizar o exame nacional como forma de ingresso. A ESEP conta atualmente com 87 docentes exclusivos, e enfermeiros assistentes que atuam 20h nos serviços de saúde e 20 horas na docência (atividades práticas e de laboratório).

Em decorrência da crise econômica atual do País, não tem havido novos concursos públicos, nem aumento de salários, contudo houve aumento da Carga horária de 35 para 40 horas de muitos profissionais das instituições públicas.

A ESEP possui relevante Sistema de Informação de Registros de Enfermagem de Base Integrada (SIPE), o qual foi considerado base para o Sistema de Informação de utentes da rede de saúde portuguesa.

Bem como, considerei extremamente interessante e pedagógico o 7º Ciclo Cinema Saúde Doença (Sessões de filmes e conversas, que abordam a relação de autores e atores com serviços de saúde, como doentes, promovendo debates entre o público e com profissionais de diversas áreas de serviços de saúde local- folder em anexo).

O Sistema de Saúde de Portugal divide-se basicamente em cuidados primários (UBS com médicos de família e enfermeiros-referências para uma determinada população), cuidado hospitalar e cuidados de continuidade, como intermediário entre os outros níveis, mas especialmente em domicílio.

O País está dividido em Três Regiões e suas capitais (Norte-Porto; Centro-Coimbra; e Sul- Lisboa). O Sistema de Saúde é público, mas não é universal, e cobre cerca de 70% dos custos, e o usuário paga o restante. É orientado pelo Ministério de Saúde e divide-se em 05 Regiões de Saúde com Administrações Regionais de Saúde (ARS).

Com base na Lei Nacional de Saúde Mental, nº 36/98 e Decreto nº 35/99, possui um Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016). Buscam a ampliação de serviços e ações comunitárias descentralizadas, com maior participação de utentes e familiares. Possuem uma ampla cobertura de leitos hospitalares psiquiátricos adultos, sendo 4/25.000 habitantes. Além de 25 leitos para psiquiatria Infantil e 142 leitos Forenses. Possuem também 152 leitos em Unidades Residenciais de

Reabilitação (94 em hospital e 58 na comunidade). E contam com mais de 03 mil vagas em unidades residenciais do setor social (casas asilares abrigos).

Possuem carência em equipes multidisciplinares, com predominância de profissional médico, havendo concentração de profissionais em algumas regiões e falta em outras. Para um conjunto de equipes de cuidado primário, contam com enfermeiros especialistas em saúde mental.

Portugal possui uma população de 10.047.621 milhões de habitantes, na maioria de pessoas idosas. Demostram preocupação com a incapacitação da população devido ao alcoolismo, e a prevalência de transtornos mentais graves, em torno de 6 a 8% da população, em especial, depressão e demência. Bem como, com a crescente incidência de transtornos mentais na infância.

**Data:** 20/06/2015 – 9 às 12 horas

**Atividade 02:** Visita ao Espaço Pororoca



**Relato da Experiência:**

Eu diria uma experiência inusitada, ou uma bela surpresa. Ora Pois, fui conhecer o espaço de trabalho da Artista e Palhaça Denise Souto que mora em Portugal há 25 anos, e que provoca risos permanentemente. Chegando lá sou apresentada a sua parceira de trabalho, uma psicóloga chamada Susana, e ao Espaço Pororoca.

A partir daí, o resto fui puro encantamento, por tanto afeto, tantos saberes e práticas num espaço de produção de vida, do encontro entre uma Psicóloga Portuguesa e uma Palhaça Brasileira.

"O Projeto dela coube dentro do meu, e o meu coube dentro do dela"  
(Denise Souto).

O Termo Pororoca derivado do Tupi que significa "estrondo", corresponde a o fenômeno natural caracterizado por enormes ondas que são formadas a partir do encontro das águas do mar com as águas do rio.

"Acreditamos que a qualidade de uma civilização pode ser medida pela sua música, dança, pintura, teatro e literatura. E que o equilíbrio entre estas ações passam pela sensibilização dos pais, professores/educadores, crianças e idosos" (Susana Dias e Denise Souto).

Este trabalho constitui-se em um espaço polivalente de valorização das artes e oferta de atividades de apoio à vida para todas às faixas etárias, divididas em:

- Ateliers: brincadeira livre, teatro, expressão plástica, dança, hora do conto, música, e momentos recreativos;
- Programa de competência para crianças (3-5 anos, 6-12 anos);
- Idosos: informática/psicologia;
- Workshops/reflexões/ações de sensibilização para pais/professores/educadores/crianças/idosos;
- Atendimento Individual: naturopatia, homeopatia, nutrição, psicologia;
- Terapia Quântica SCIO;
- Massagens Terapêuticas;
- Reiki.

Assim que, conheci e encontrei o que acredito ser possível em tantos lugares do mundo, aqui bem perto, ou tão longe, apenas geograficamente falando. Pessoas cheias de sonhos, almas iluminadas pelo prazer de fazer a sua vida e de outros, mais feliz, mais alegre. Fazeres, que aproximam os saberes, o conhecimento dito científico, as coisas da vida, a arte a cultura, numa visão holística de cuidado.

Considerei esta experiência muito interessante no sentido de observar práticas que contemplam crianças, adultos e idosos, em momentos/atividades que possibilitam que estas gerações possam compartilhar da vida juntos, e em momentos específicos, conforme as necessidades de cada público. A ênfase em trabalhar criança, escola, família e comunidade sem dissocia-las. E a atenção às pessoas mais velhas, que em Portugal, são a expressiva maioria da população. Situação que no Brasil é cada vez mais próxima.

Relevante também a disponibilidade de criação e inventividade de acordo com as necessidades e disposição dos participantes.

#### **Seguindo em frente...**

Na linda cidade de Barcelona, Região da Catalunha na Espanha, a arte de Miró e especialmente os estupendos Mosaicos de Antônio Gaudí proporcionam estímulo, leveza e estética a uma breve estadia, e um primoroso encontro.

**Data:** 22/06/2015 – 20 às 23 horas

**Atividade 3:** Roda de conversa com Expertos da Região da Catalunha



**Relato da experiência:**

Deliciosa, leve e divertida experiência, assim posso descrever o encontro com pessoas tão especiais. Primeiramente por rever a querida Merche, a quem tive o prazer de conhecer em Porto Alegre num Fórum de Coordenadores Regionais de Saúde Mental, no período em que ela esteve aqui no Brasil, fazendo um intercâmbio, com a UFRGS.

Depois por conhecer Letícia, uma gaúcha de Rio Grande, que seguindo seus caminhos, foi construir sua vida na Catalunha, e Angel Martinez, o responsável por nos roubar Letícia e por uma importante produção na área da antropologia médica. Pessoas especialmente indicadas como referências aos meus estudos pela Dra. Károl Veiga Cabral. Ex-diretora e coordenadora de saúde mental da SES/RS, e membro da minha banca de qualificação do Projeto de Tese.

Nosso encontro se deu ao pé do Arco do Triunfo, seguido de uma bela caminhada pelo Parque de Ciudadela, aonde chegamos a um restaurante tipicamente grego. Também acompanhada de meu esposo Alexandre, degustamos bons vinhos, especialidades da culinária grega, e conversamos muito, muitíssimo. Sobre a vida e sobre nossas paixões, como Saúde Pública e Saúde Mental.

Descrevendo melhor de nossos anfitriões, posso assim resumir:



- Ángel Martínez Hernández: PhD em antropologia social pela Universidade de Barcelona e Mestre em Psiquiatria Social da mesma universidade. Foi professor associado na Universidade de Barcelona e professor / pesquisador visitante na Universidade da Califórnia em Berkeley, na Universidade Nacional Autônoma do México (UNAM) e da Università degli Studi di Perugia. Atualmente é professor da Universitat Rovira i Virgili, Coordenador do Mestrado em Antropologia Médica e Saúde Internacional e diretor de pesquisa na área de saúde de CIIMU (Institut d'Infància i Món Urba).

- Letícia Medeiros Ferreira – Doutora. Psiquiatra da Rede de Serviços de Saúde Mental de Tarragona.
- Mercedes Serrano Miguel: Mestre em Assistencial Social Psiquiátrica, e em Antropologia Médica e Saúde Internacional. Diplomada em Trabalho Social, Bacharel em Antropologia Social e Cultural. Tem trabalhado no campo da reabilitação e emprego para as pessoas com saúde mental. Atualmente ele está trabalhando na Saúde Instituto Catalão de Saúde como trabalhadora social. É docente no Bacharelado em Serviço Social na Universidade de Barcelona e docente do Mestrado em Reabilitação Psicossocial em Saúde Mental na Universidade Autónoma de Barcelona.

Conversamos sobre a situação da saúde mental no Brasil, e em especial no Rio grande do Sul. Letícia lembrou suas experiências no Hospital Psiquiátrico de Rio Grande, e da Residência em Porto Alegre. E conta também sobre sua inserção em um novo projeto de uma ONG para atendimento a refugiados políticos. Angel também conhece as experiências gaúchas de suas vindas ao Brasil, como Professor Convidado da UFRGS e Merche por sua recente estada no Brasil, como aluna UFRGS e participação em projetos de pesquisa multicêntrica, como a Pesquisa GAM.

Questionando sobre a organização e funcionamento da rede de saúde na Catalunha, foi possível obter breves informações como:

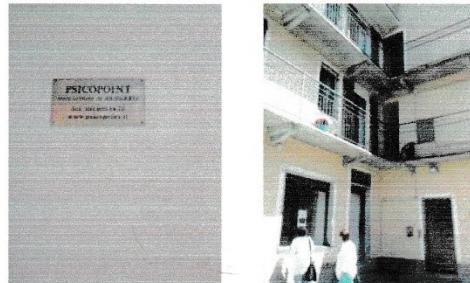
A criação da Comunidade Autônoma de Franco em 1975 é um marco histórico importante, assim como a Reforma da Assistência Psiquiátrica em 1985 e Lei Geral de Saúde de 1986.

A Catalunha possui um Sistema de Saúde Pública, não terceirizado, usa a rede existente e tem cobertura universal. A rede de saúde mental inclui serviços de reabilitação e centros de atenção primária em saúde mental. A atenção à saúde se dá 90% na APS e 10% em serviços especializados. Sendo utilizado o matriciamento em saúde mental como Programa de Suporte da APS.

Percebi que há fortes influências do contexto histórico, político, e cultural da Espanha e da Região da Catalunha na Reforma psiquiátrica catalã. É relevante a preocupação com reabilitação, no sentido da geração de trabalho, emprego, renda, e produção de vida. Há grande valorização e investimento no matriciamento em saúde mental como suporte da atenção primária.

Além da preocupação com menos serviços de saúde e mais cuidado em território, observei também importante valorização da clínica. Não uma clínica meramente bio ou fisiopatológica, que considera apenas a sintomatologia e o tratamento farmacológico, mas uma clínica que considera o usuário como sujeito e como protagonista de seu tratamento e de sua vida. Fiquei com muita vontade de estudar mais a clínica em saúde mental sob outros olhares, como da antropologia por exemplo. E a leitura de alguns artigos desses experts me estimulou ainda mais. Entre outros, MIGUEL, M. "GRUP DE PENSADORS": Narrativas y subjetividades en torno a la salud mental.; MARTÍNEZ HERNÁEZ, A. Antropología versus psiquiatría: el síntoma y sus interpretaciones.

- Visita a um Grupo Apartamento  
(Residencial terapêutico)



**Relato da experiência:**

Eu e Professora Luciane fomos recebidas pela Psicóloga Anna Acelta, numa Sala com café, na qual usuários e trabalhadores circulavam livremente, bem como em todos os espaços do serviço. Fui sendo apresentada para todos, como uma trabalhadora da gestão em saúde mental da região sul do Brasil, que estava ali para conhecer as experiências italianas em Torino. Estavam dando certa atenção para um novo usuário que havia sido encaminhado por um médico de família, sendo o mesmo, um estrangeiro vindo de Gana, que não compreendia bem o italiano, e um estudante de psicologia ajudava se comunicando em inglês.

Participamos de um grupo, coordenado por Ana, com alguns usuários (03 que também participam do "Grupo de Ouvidores de Vozes") e outros trabalhadores. Tanto os usuários, como os trabalhadores pareciam bem livres para entrar e sair da reunião, participando, conversando, levantando e sentando, e falando quando desejavam. E também observei um alto grau de autonomia e empoderamento dos usuários, que parecem estar numa relação muito horizontal junto aos trabalhadores. Bem como, todos falavam de forma muito segura, às vezes exaltada, e na maioria das vezes com muito humor, sobre suas experiências, mesmo as mais difíceis.

Anna os estimulava a falarem de suas experiências pessoais, e a me responderam algumas questões. Compreendendo pouco o italiano e falando menos ainda, precisei da tradução da Professora Luciane em muitos momentos. Contudo, pude compreender e registrar algumas falas de usuários, que considerei importantes.

Cada usuário falou de suas experiências com a loucura e com os diferentes serviços de saúde mental em que foram atendidos. Em algumas falas expressaram a importância de confiarem no trabalhador de saúde, como garantia de retorno ao serviço e na necessidade do cuidado não ser muito de perto, tirando a autonomia e nem muito de longe, dando a sensação de abandono. Falaram que às vezes delegam ao outro o próprio modo de pensar, e que o serviço que faz tudo não é útil. Algumas experiências demonstram modos de acolhimento em diferentes serviços, tem sido enfatizada a importância deste para os usuários avaliarem positivamente ou negativamente um serviço. Também questionei sobre onde são atendidos nas

situações de crise e disseram que na casa, no PS, no hospital, no centro, que depende da crise.

Ao final da reunião do grupo fomos almoçar num restaurante/cooperativa, que emprega usuários, com bolsa de trabalho.

Posteriormente fomos conhecer um grupo apartamento (residencial terapêutico). Um prédio na praça central do sétimo de Torino. No andar de baixo, há algumas salas, onde funciona o escritório da Cooperativa, e para encontro dos trabalhadores que acompanham estes usuários. Nos andares acima, moram um grupo de 04 usuários do sexo masculino, e 03 do sexo feminino. Possuem separadamente, por sexo, os quartos, cozinha, banheiros, sala e lavanderia, mas circulam livremente pelo prédio e pela rua. Os homens pareceram mais ativos, e as mulheres, um pouco mais dependentes, mais comprometidas física e mentalmente.

Quando retornamos ao Centro de saúde mental, conversamos com alguns enfermeiros, em especial com o Enfermeiro Fabrício. Ele nos contou sua experiência de acompanhamento dos usuários no território e o quanto os enfermeiros cuidam em casa. Diz que são 14 enfermeiros para darem conta do território, e usam muito o telefone. Conta que é referência para 50-60 usuários, que têm o seu número, mas que eles não ligam com frequência, porque se sentem seguros em saber que se precisarem alguém vai atender. Eles fazem plantões 24 horas para as chamadas e quando vão atender recebem por hora de trabalho ou compensam em folgas.

Conversamos um pouco sobre a atenção a usuários de drogas e ele conta que está tendo aumento do uso de heroína e cocaína em função de depressão; e que 80 % usam maconha. E que são atendidos em um centro de toxicodependência.

Também perguntamos sobre a gestão do trabalho e ele comentou que há um grande número de profissionais que são contratados pelas cooperativas que são pagas pelo estado (que entendi como terceirização). Havendo dificuldades em manter uma conduta única com todos os trabalhadores.

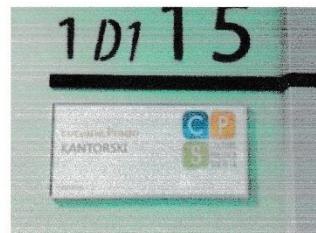
Ao final, houve um momento que havia 03 enfermeiros no Centro, com quem tivemos o prazer de se juntar para fazer a imagem abaixo. Enfermeiros, que trabalham incansavelmente no cuidado em saúde mental aos usuários nos domicílios, serviços e espaços diversos do território.



Considero muito relevante o fato, do centro de saúde mental, não ter oficinas e sim servirem para atendimentos individuais e em grupos. Em vários momentos percebemos atendimentos individuais (colóquios) de usuários, feitos por enfermeiros e outros profissionais em diversos espaços do centro, inclusive no pátio, debaixo de uma árvore. E principalmente como um centro de encontro dos trabalhadores do território, de todos os serviços. Em um momento presenciei alguns profissionais, psiquiatra, enfermeira, psicóloga discutindo um caso, numa sala. Achei interessante e positivo a entrada e saída de profissionais, o tempo todo, em especial os enfermeiros. Mais detalhes sobre a saúde mental de Torino foram disponibilizados em um estudo de tese sobre o Sétimo.

**Data:** 25/06/2015  
9 às 11 horas e das 14 às 15 horas

**Atividade 5:** Visita a Universidade de Torino e Orientação com a professora Luciane Kantorski.



#### **Relato da experiência:**

Neste último dia de vivências, recebi orientações sobre meu projeto de tese e visitamos a Universidade de Torino, incluindo a sala disponibilizada pela Instituição a Professora Luciane, no período de seus estudos de pós-doutorado.

No encontro de orientação conversamos sobre o delineamento do artigo da revisão bibliográfica sobre pesquisa qualitativa em saúde mental usada na tese, e combinações sobre a escrita de outro artigo oriundo da dissertação sobre Educação Permanente em Saúde no Processo de Trabalho de um CAPS.

Fui orientada sobre a coleta de dados da pesquisa, especialmente sobre as observações participantes. Devo manter as identificações informais (nomes, apelidos) dos participantes, e realizar a descrição da observação com maior detalhamento, incluindo horários, ambiente, e o clima emotivo das cenas, captando falas e emoções. Bem como, a fazer o relato das visitas técnicas.

A possibilidade de conhecer, mesmo que brevemente, os serviços, a organização e o trabalho em saúde, bem como, as experiências de grupos de pesquisas de Universidades Europeias são sem dúvida de grande valor acadêmico e profissional. Ampliar o conhecimento cultural e científico estimula nossa capacidade crítica e reflexiva e fundamenta as necessárias discussões a cerca da produção em saúde no Brasil e no mundo. O conhecimento científico precisa ser ao mesmo tempo relevante para as necessidades da realidade local, e contextualizado com a diversidade das experiências de um mundo cada vez mais próximo do ponto de vista da Comunicação.

Enfim, as aprendizagens durante esse curto e intenso período de 07 dias, foram variadas e significativas, permitindo compreender que muitas são as semelhanças e diferenças da realidade brevemente conhecida nos três países, e a realidade brasileira, possibilitando reflexões sobre nossos pensares e fazeres em saúde, que possam contribuir com uma atenção à saúde mental mais próxima do território vivo de cada usuário, de cada comunidade, baseado nas suas necessidades.

---

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestre em Ciências. Doutoranda do PPGENF/UFPel. Coordenadora Regional de Saúde Mental da 3<sup>a</sup> CRS/SES/RS. E-mail: carolinapmeirelles@yahoo.com.br

**Apêndice B – Relatório PDS****RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE DOUTORADO SANDUÍCHE NO EXTERIOR****MARIA CAROLINA PINHEIRO MEIRELLES****San Luís Potosí - México, dezembro de 2015.**

O Estágio de Doutorado Sanduíche no Exterior proporcionado pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas com

apoio da CAPES, foi realizado no período de três meses, de 01 de outubro à 31 de dezembro de 2015, na Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí – México.

Objetivando ampliar as oportunidades da doutoranda em aprofundar conhecimentos na área de pesquisa qualitativa em saúde e uso de softwares na sistematização de dados, o presente estágio de doutorado sanduíche no exterior, constituiu-se em parte do desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado “Avaliação dos Processos de Gestão de uma Rede de Atenção Psicossocial à Luz da Teoria da Ação Comunicativa”.

Durante o período de estágio foram desenvolvidas uma série de atividades apresentadas a seguir, que incluem as planejadas anteriormente e tantas outras de acordo com surgimentos de oportunidades ímpares aproveitas da melhor forma possível.

### **Atividades desenvolvidas em outubro de 2015**

- Apresentação a Direção e ao Departamento de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Autónoma de San Luis Potosí (UASLP) – San Luis Potosí (SLP) – Mexico;
- Participação nas Jornadas de Psiquiatria de 03-05 de outubro de 2015;



- Participação em aulas sobre o Sistema de Saúde no México com a Professora Dra. Maribel Cruz (UASLP);
- Orientação semanal com Professor Dr. Eduardo Ibarra (UASLP);
- Orientação quinzenal por e-mail ou Skype com a Professora Dra. Luciane Kantorski (UFPel);
- Conversa por Skype com Professor Dr. Francisco Mercado (Universidade de Guadalajara);
- Estudos sobre Sistemas e Planos de Saúde do México; e sobre a Política e Plano Nacional de Saúde Mental do México;

- Estudos sobre Bioética e Saúde Mental;
- Estudos sobre Interculturalidade e Saúde;
- Busca e leitura de resumos de cerca de 600 artigos para estudo de revisão de estudos qualitativos sobre ações e serviços de saúde mental de 2010-2015, em Português, Inglês e Espanhol;
- Reunião com a Coordenação Estadual e a Coordenação Municipal de Saúde Mental de San Luis Potosí, e a para troca de experiências sobre gestão, monitoramento e avaliação em saúde mental;
- Reunião com a coordenação do centro de atenção de adicções de San Luis Potosí;
- Visita a um Centro de saúde de atenção primária, da UASLP;
- Visita a um Centro de Saúde Mental de SLP;
- Visita ao Centro de Adicção de SLP;



- Realização de atividade de intercambio científico internacional, por Skype, com alunos e professores da UASLP, na Parada Gaúcha do Orgulho Louco, no Rio Grande do Sul, como parte das atividades da Semana da Ciência e Tecnologia da UASLP;



- Realização de Transcrição de entrevistas;
- Leitura e organização dos dados da Tese;
- Leitura e estudos sobre Teoria da Ação comunicativa;
- Leitura e estudos sobre Pesquisa Qualitativa em Saúde;
- Leitura e estudos sobre análise qualitativa, em especial análise hermenêutica e dialética;

#### **Atividades desenvolvidas em novembro de 2015**

- Revisão e elaboração de artigos sobre estudos qualitativos de ações e serviços de saúde mental de 2010-2015, em Português, Inglês e Espanhol;
- Participação em reunião da Pós-Graduação em Enfermagem sobre Projeto de Especialização em Saúde Mental;
- Assessoria ao projeto de Especialização em Saúde Mental;
- Participação no Curso de Ethnograph;
- Realização de Transcrição de entrevistas;
- Leitura e organização dos dados da Tese;
- Codificação de dados da Tese;
- Leitura e estudos sobre Teoria da Ação comunicativa;
- Leitura e estudos sobre Pesquisa Qualitativa em Saúde;
- Estudos sobre Monitoramento e Avaliação em Saúde;
- Leitura e estudos sobre análise qualitativa, em especial análise hermenêutica e dialética;
- Visita ao Hospital Psiquiátrico de SLP;
- Orientação semanal com Professor Dr. Eduardo Ibarra (UASLP);
- Orientação quinzenal por e-mail ou Skype com a Professora Dra. Luciane Kantorski (UFPel);
- Escrita de artigo sobre educação Permanente em saúde e Centros de Atenção Psicossocial;

#### **Atividades desenvolvidas em dezembro de 2015**

- Participação nas Jornadas de Bioética;



- Revisão de estudos qualitativos sobre ações e serviços de saúde mental de 2010-2015, em Português, Inglês e Espanhol;
- Realização de Transcrição de entrevistas;
- Leitura e organização dos dados da Tese;
- Codificação de dados da Tese;
- Leitura e estudos sobre Teoria da Ação comunicativa;
- Leitura e estudos sobre Pesquisa Qualitativa em Saúde;
- Conversa com a Professora Dra. Adriana Urbina (UASLP) sobre Investigação Participativa em Saúde;
- Leitura e estudos sobre análise qualitativa, em especial análise hermenêutica e dialética;
- Ministrada aula sobre SUS, Políticas e Rede de saúde Mental.
- Realizada reunião por Skype com Professores e alunos da Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da UASLP e o Grupo de Pesquisa em Saúde Mental Coletiva da Faculdade de Enfermagem da UFPel;
- Orientação semanal com Professor Dr. Eduardo Ibarra (UASLP);
- Orientação quinzenal por e-mail ou Skype com a Professora Dra. Luciane Kantorski (UFPel);
- Apoio por Skype e e-mail para Doutoranda Maria de Los'Angeles Covarrubias da Universidade de Guadalajara;
- Elaboração de Parecer Técnico sobre Curso de Especialização em Saúde Mental;
- Tradução de resumos de artigos, do espanhol para o português para Professora Maria Teresa Guerrero.

Sem dúvidas este estágio foi de extrema importância para o desenvolvimento pessoal, acadêmico e profissional da doutoranda e para o incentivo ao necessário e relevante intercâmbio e cooperação entre as instituições ensino do Brasil e do exterior, através desta oportunidade de Doutorados Sanduíche.

Destaca-se as contribuições do Pr. Dr. Luis Eduardo Hernández Ibarra, Licenciado em Psicologia (1998-2003), Mestrado em Saúde Pública (2006-2008), e Doutorado em Ciências de Saúde Pública (2008-2011), pela Universidad de Guadalajara-Mexico, que desde 2010 é professor em tempo integral da Faculdade de Enfermagem da Universidade Autônoma de San Luis Potosi. Bem como, sua implicação, conhecimento e interesse com a pesquisa qualitativa em saúde, e capacidade de contribuição como coorientador estrangeiro para as atividades desenvolvidas durante o estágio.

Além, do apoio e envolvimento dos demais professores da Facultad de Enfermeria-USLP, incluindo especialmente as Professoras Doutoras Maribel Cruz, Maria Teresa Guerrero, e Martha Landeiros. Sem deixar de citar o apoio, e orientações do Professor Dr. Francisco Mercado da Universidad de Guadalajara.

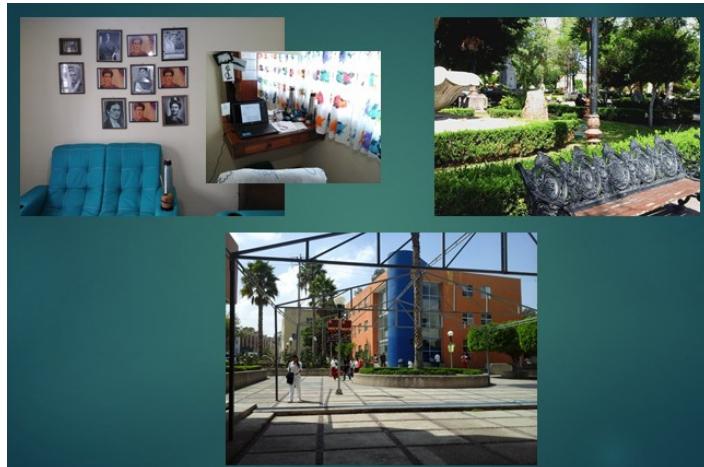
O estágio contribuiu para o aprofundamento teórico e prático da doutoranda no tema da pesquisa qualitativa em saúde, e possibilitou a oportunidade de compartilhar ideias e conhecimentos com um coletivo de pesquisadores e trabalhadores de serviços renomados envolvidos na saúde coletiva no México, além do contato com os discentes, através de um ambiente de cordialidade e intercâmbio permanente em nível acadêmico, político, social e cultural.

A Universidad Autónoma de San Luis Potosí situa-se na cidade e região de mesmo nome, no México. Possui uma área de mais de 15 mil metros quadrados, divididos em 05 Campos Universitários, com mais de 36.000 alunos. Possui 07 institutos e 10 centros de pesquisa, com 57 programas de Pós-graduação, 91 cursos de graduação, e 808 professores em tempo integral, sendo 380 reconhecidos pelo Sistema Nacional de Investigadores. É reconhecida em 8º lugar pela qualidade do SEP e 5º como excelência acadêmica, em 2012.

A Faculdade de Enfermagem da Universidad Autónoma de San Luis Potosí disponibilizou biblioteca, laboratórios de informática, acesso à Internet, acesso a base de dados, serviço de computação, espaço físico para estudo, entre outros espaços que possam auxiliar na realização do estágio, incluindo o Software Etnograph. De modo que a Dda. Maria Carolina Pinheiro Meirelles contou com apoio administrativo, logístico e de infraestrutura que lhe permitiu desenvolver plenamente o cumprimento das metas acadêmicas previstas.

Contudo, é preciso reconhecer que a maior relevância da realização deste estágio, de difícil relato e imensa valoração, se encontra nas experiências, nas vivências, nos sentidos afetados pelo contato com as pessoas de um outro povo, de uma outra história cultural, econômica e social. A oportunidade de viver um afastamento geográfico e temporal do território onde se vive a construção das próprias histórias é de extrema importância para o desenvolvimento de um pesquisador como ser humano e como sujeito de seu trabalho, de sua investigação.

A riqueza cultural mexicana não caberia em poucas linhas, precisa ser vivida, contudo, finaliza-se este relato com algumas imagens que possam representar uma pequena mostra desta experiência.



A Casa, a Praça de Tequisquiapan, a Universidade de San Luis Potosí



Novas amigas e amigos



Los altares de los muertos



A diversidade Cultural

## **Apêndice C - Roteiro de Observação Participante**

### **Identificação da Observação:**

Data:

Local:

Ação/Atividade: reunião do colegiado gestor

Participantes (nº e perfil): conforme lista de presença

Relato da Observação:

Impressões e Considerações do Observadora: notas de campo

## Apêndice D - Roteiro de Entrevistas

### Identificação da Entrevista:

#### Dados de Identificação do Sujeito:

Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Formação: \_\_\_\_\_

Pós-Graduação: \_\_\_\_\_

#### Questões temáticas disparadoras:

1. Eu gostaria que tu me falasses sobre tua trajetória profissional ou pessoal se quiseres, como tempo de formação e atuação, função atual, enfim sua história e implicação com a rede de atenção psicossocial de São Lourenço do Sul;
2. O que você entende por rede de atenção psicossocial do município, ou como você percebe essa rede? Como ela se construiu, como ela está constituída, como ela se organiza, como ela funciona agora? Quais são os fluxos entre os pontos de atenção da RAPS?
3. Quais são as formas ou modos de comunicação entre os pontos de atenção? Com quem, quando, e onde você fala para resolver as situações cotidianas?
4. Como você percebe o monitoramento e avaliação da RAPS ou como você entende que poderia ser?

## Apêndice E – Roteiro de Análise

1. Características da Rede de Atenção Psicossocial Local:
  1. Contexto Histórico e Dialético da RAPS Local:
  2. Constituição da RAPS Local (pontos de atenção, normas e fluxos):
2. Perfil dos Sujeitos:
  1. Sexo, Idade, Escolaridade, Formação, Pós-Graduação:
  2. Tempo de atuação profissional, tempo de atuação ou relação com a RAPS Local:
3. Processo de Gestão da RAPS Local:
4. Ações Estratégicas ou Instrumentais e Ações Comunicativas do Processo de Gestão da RAPS Local:

## Apêndice F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

### UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE ENFERMAGEM/DOUTORADO EM CIÊNCIAS



#### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Apresentamos ao Senhor (a) a pesquisa **Avaliação dos Processos de Gestão de uma Rede de Atenção Psicossocial à Luz da teoria da Ação Comunicativa**, a qual servirá para a construção da Tese de Doutorado em Enfermagem requerida pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas - UFPel. Este estudo tem por objetivo avaliar os processos de gestão de uma rede de atenção psicossocial, no município de São Lourenço do Sul, na Região Sul do Rio Grande do Sul, no período de 2015 a 2016.

Esta pesquisa incorpora os preceitos da Resolução nº 466/2012, a qual tem como pilar preponderante respeitar a dignidade humana e a autonomia dos participantes, assegurar sua vontade, reconhecer sua vulnerabilidade e, do mesmo modo, tem com base proteger os participantes do estudo.

Portanto, destaca-se que a pesquisa *envolve os benefícios* de possivelmente contribuir com a produção de conhecimentos na área da gestão em saúde mental, além das reflexões necessárias ao ensino, pesquisa e práticas em saúde.

*Não prevê riscos por procedimentos invasivos*, contudo compreendemos a possibilidade de desencadear algum conflito ou reações emocionais advindas das etapas metodológicas do estudo (entrevista e observação). Deste modo, a pesquisadora se responsabiliza por providenciar a atenção à saúde necessária aos participantes, caso venham a apresentar algum agravo à saúde, comprovadamente em função da pesquisa.

A todos os participantes será garantido o anonimato, o direito a desistir da pesquisa a qualquer momento e o livre acesso aos dados quando for de seu interesse, por intermédio deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

**Pelo presente Termo de Consentimento, declaro que fui esclarecido:** da utilização do gravador na realização de entrevistas ou observação participante. Tendo sido esclarecido (a) de forma clara e detalhada, quanto a minha autonomia em participar ou não da pesquisa; da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de

participar do estudo, sem que isto me traga prejuízo algum; da segurança de que será mantido o anonimato do participante; de estar livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, quanto aos objetivos, justificativa e benefícios da presente pesquisa e esclarecido quanto aos riscos e benefícios advindos da participação do estudo.

Caso você tenha disponibilidade e interesse em participar como sujeito deste estudo, autorize e assine o consentimento abaixo:

*Pelo presente consentimento livre e esclarecido, declaro que fui informado (a) de forma clara, dos objetivos, da justificativa, e dos instrumentos utilizados na presente pesquisa. Declaro que aceito voluntariamente participar do estudo e autorizo o uso do gravador durante a entrevista, e fui igualmente informado (a) da garantia de: solicitar resposta a quaisquer dúvidas relativas à pesquisa.*

Eu, \_\_\_\_\_, aceito participar da pesquisa Avaliação dos processos de gestão de uma rede de atenção psicossocial.

São Lourenço do Sul, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

\_\_\_\_\_  
da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Participante  
Pesquisador

Em caso de qualquer dúvida ou necessidade em relação à pesquisa entrar em contato com respectivamente a pesquisadora e orientadora.

Maria Carolina Pinheiro Meirelles: 53 81350582 [carolinapmeirelles@yahoo.com.br](mailto:carolinapmeirelles@yahoo.com.br)

Luciane Prado Kantorski: [kantorski@uol.com.br](mailto:kantorski@uol.com.br)

## **Anexos**

**Anexo 1 – Autorização do Gestor**

MUNICÍPIO DE SÃO LOURENÇO DO SUL  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**AUTORIZAÇÃO**

Autorizo a realização da pesquisa intitulada **Avaliação dos Processos de Gestão de uma Rede de Atenção Psicossocial à Luz da teoria da Ação Comunicativa**, a qual servirá para a construção da tese de doutorado em enfermagem requerida pelo programa de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas- UFPel, a ser realizada pela pesquisadora Maria Carolina Pinheiro Meirelles, com o objetivo de avaliar os processos de gestão de uma rede de atenção psicossocial, no município de São Lourenço do Sul, no período de 2015 à 2016.

São Lourenço do Sul, 27 de novembro de 2014.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Arlison da Silva Cardoso".

---

Arlison da Silva Cardoso  
Secretário de Saúde de São Lourenço do Sul

## Anexo 2 – Parecer do CEP

<b>FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS</b>	
<b>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>	
<b>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</b>	
<b>Título da Pesquisa:</b> Avaliação dos Processos de Gestão de uma Rede de Atenção Psicossocial à Luz da Teoria da Ação Comunicativa	
<b>Pesquisador:</b> Maria Carolina Pinheiro Meirelles	
<b>Área Temática:</b>	
<b>Versão:</b> 1	
<b>CAAE:</b> 43857715.9.0000.5317	
<b>Instituição Proponente:</b> Faculdade de Enfermagem	
<b>Patrocinador Principal:</b> Financiamento Próprio	
<b>DADOS DO PARECER</b>	
<b>Número do Parecer:</b> 1.064.170	
<b>Data da Relatoria:</b> 14/05/2015	
<b>Apresentação do Projeto:</b> Considerando a relevância da expansão da rede de atenção psicossocial e os desafios colocados à gestão em saúde para potencializar a construção de redes de saúde, de modo emancipatório, este projeto de tese tem como objetivo avaliar os processos de gestão de uma rede de atenção psicossocial, a partir da Teoria da Ação Comunicativa de Jürgen Habermas. Trata-se de um estudo de avaliação qualitativa, a ser realizado em município da região sul do Rio Grande do Sul.	
<b>Objetivo da Pesquisa:</b> <b>Objetivo Primário:</b> Avaliar os processos de gestão de uma Rede de Atenção Psicossocial à Luz da Teoria da Ação Comunicativa.	
<b>Objetivo Secundário:</b> - Contextualizar, descrever e analisar a constituição da RAPS; - Descrever e analisar as instituições, as estruturas, e as normas que operam nos processos de gestão da RAPS; - Descrever e analisar o perfil dos sujeitos participantes do grupo condutor da RAPS; - Descrever e analisar as atividades do processo de gestão da RAPS, identificando espaços de	
<b>Endereço:</b> Rua Prof Araújo, 465 sala 301 <b>CEP:</b> 96.020-360 <b>Bairro:</b> Centro <b>Município:</b> PELOTAS <b>UF:</b> RS <b>Telefone:</b> (53)3284-4960 <b>Fax:</b> (53)3221-3554 <b>E-mail:</b> cep.famed@gmail.com	
Página 01 de 03	

FACULDADE DE MEDICINA DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
PELOTAS



Continuação do Parecer: 1.064.170

interação e comunicação que determinam as relações entre os sujeitos; Identificar e analisar as ações estratégicas (instrumentais) e as ações comunicativas nos processos de gestão da RAPS;

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Não prevê riscos por procedimentos invasivos, contudo compreendemos a possibilidade de desencadear algum conflito ou reações emocionais advindas das etapas metodológicas do estudo (entrevista e observação). Deste modo, a pesquisadora se responsabiliza por providenciar a atenção à saúde necessária aos participantes, caso venham a apresentar algum agravio à saúde, comprovadamente em função da pesquisa

**Benefícios:**

Contribuir com a produção de conhecimentos na área da gestão em saúde mental, além das reflexões necessárias ao ensino, pesquisa e práticas em saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um estudo de avaliação qualitativa, a ser realizado em município da região sul do Rio Grande do Sul. A coleta de dados inclui entrevistas individuais com os sujeitos participantes do grupo condutor e observação participante dos processos de gestão da rede local. A análise de dados é de abordagem hermenêutica e dialética. São considerados sujeitos da pesquisa os membros do grupo condutor da RAPS local e participantes do grupo condutor, durante o período de coleta de dados. A coleta será feita através de entrevistas e observação participante. A análise hermenêutica e dialética.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

OK

**Recomendações:**

OK

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

OK

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Endereço:** Rua Prof Araujo, 465 sala 301

**Bairro:** Centro

**CEP:** 96.020-360

**UF:** RS

**Município:** PELOTAS

**Telefone:** (53)3284-4960

**Fax:** (53)3221-3554

**E-mail:** cep.famed@gmail.com

FACULDADE DE MEDICINA DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
PELOTAS



Continuação do Parecer: 1.064.170

PELOTAS, 14 de Maio de 2015

---

Assinado por:  
Patricia Abrantes Duval  
(Coordenador)

Endereço: Rua Prof Araujo, 465 sala 301  
Bairro: Centro CEP: 96.020-360  
UF: RS Município: PELOTAS  
Telefone: (53)3284-4960 Fax: (53)3221-3554 E-mail: cep.famed@gmail.com