

JOSÉ MARIA XIMENES GUIMARÃES
JOSÉ JACKSON COELHO SAMPAIO

INOVAÇÃO NA GESTÃO EM SAÚDE MENTAL:

**INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS E (RE)INVENÇÃO
NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Ed
UECE



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

REITOR

José Jackson Coelho Sampaio

VICE-REITOR

Hidelbrando dos Santos Soares

EDITORA DA UECE

Erasmio Miessa Ruiz

CONSELHO EDITORIAL

Antônio Luciano Pontes	Lucili Grangeiro Cortez
Eduardo Diatahy Bezerra de Menezes	Luiz Cruz Lima
Emanuel Ângelo da Rocha Frago	Manfredo Ramos
Francisco Horácio da Silva Frota	Marcelo Gurgel Carlos da Silva
Francisco Josênio Camelo Parente	Marcony Silva Cunha
Gisafran Nazareno Mota Jucá	Maria do Socorro Ferreira Osterne
José Ferreira Nunes	Maria Salete Bessa Jorge
Liduina Farias Almeida da Costa	Silvia Maria Nóbrega-Therrien

CONSELHO CONSULTIVO

Antônio Torres Montenegro UFPE	Maria do Socorro Silva Aragão UFC
Eliane P. Zamith Brito FGV	Maria Lírida Callou de Araújo e Mendonça UNIFOR
Homero Santiago USP	Pierre Salama Universidade de Paris VIII
Ieda Maria Alves USP	Romeu Gomes FIOCRUZ
Manuel Domingos Neto UFF	Túlio Batista Franco UFF

JOSÉ MARIA XIMENES GUIMARÃES
JOSÉ JACKSON COELHO SAMPAIO

INOVAÇÃO NA GESTÃO EM SAÚDE MENTAL:

**INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS E (RE)INVENÇÃO
NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

1ª Edição

Fortaleza - CE

2016



**INOVAÇÃO NA GESTÃO EM SAÚDE MENTAL: INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS E
(RE)INVENÇÃO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

© 2016 *Copyright by* José Maria Ximenes Guimarães e José Jackson Coelho Sampaio

Efetuada depósito legal na Biblioteca Nacional

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

Editora da Universidade Estadual do Ceará – EdUECE
Av. Dr. Silas Munguba, 1700 – Campus do Itaperi – Reitoria – Fortaleza – Ceará
CEP: 60714-903 – Tel: (085) 3101-9893
www.uece.br/eduece – E-mail: eduece@uece.br

Editora filiada à



Coordenação Editorial

Erasmio Miessa Ruiz

Figura da Capa

Obra de Maurits Cornelis Escher

Diagramação

Narcelio de Sousa Lopes

Revisão de Texto

Editora EdUECE

Ficha Catalográfica

Vanessa Cavalcante Lima – CRB 3/1166

G963i Guimarães, José Maria Ximenes.
Inovação na gestão em saúde mental: incorporação de tecnologias e
(re) invenção nos centros de atenção psicossocial [livro eletrônico] / José
Maria Ximenes Guimarães, José Jackson Coelho Sampaio. – Fortaleza:
EdUECE, 2016.

348 p.
ISBN: 978-85-7826-330-0

1. Gestão em saúde mental. 2. Atenção à saúde – Humanização.
3. Educação em saúde mental. I. Título.

CDD: 150

Epígrafe

... o momento fundamental é o da reflexão crítica sobre a prática. É pensando criticamente a prática de hoje ou de ontem que se pode melhorar a próxima prática. O próprio discurso teórico, necessário à reflexão crítica, tem de ser de tal modo concreto que quase se confunda com a prática. O seu “distanciamento” epistemológico da prática enquanto objeto de sua análise deve dela “aproximá-lo” ao máximo. Quanto melhor faça esta operação tanto mais inteligência ganha da prática em análise e maior comunicabilidade exerce em torno da superação da ingenuidade pela rigorosidade. [...] não é possível a asunção que o sujeito faz de si numa certa forma de estar sendo sem a disponibilidade para mudar.

(Paulo Freire, 2011)

APRESENTAÇÃO

Este livro é resultado da tese defendida por José Maria Ximenes Guimarães, sob orientação do Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio, no programa de Doutorado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará.

No estudo empreende-se uma análise sobre o modelo e os processos de gestão dos serviços de saúde mental, particularmente os centros de atenção psicossocial, situados no município de Fortaleza, tomando como dimensões analíticas centrais a humanização e integralidade como princípios orientadores da implementação do modelo de gestão e de atenção à saúde. O aporte teórico-metodológico que o norteia situa-se na interface das Ciências Sociais com a Saúde Coletiva.

Com base na experiência de gestores e trabalhadores de saúde mental, busca-se compreender o modelo de gestão da saúde mental, identificando as tecnologias incorporadas e os arranjos e dispositivos operacionalizados com vista a materialização das práticas gerenciais e de cuidado em saúde.

O livro encontra-se estruturado em seis capítulos, nos quais se apresentam as argumentações que sustentam a análise da experiência em estudo. Nestes termos, o capítulo I compreende as dimensões histórico, teórico-conceitual, técnicas e operacionais no referente a gestão do Sistema Único de Saúde, as quais balizam o desenvolvimento da pesquisa.

No Capítulo II, apresentam-se as dimensões metodológicas que permitiram o desenvolvimento da pesquisa de campo com vistas a apreensão das informações necessárias à compreensão do fenômeno social em apreensão.

No Capítulo III, intitulado Gestão da rede de saúde mental: planos e fluxos conformadores da experiência de Fortaleza, está expresso o resultado do exercício de compreensão do modelo e dos processos de gestão operados nos serviços de saúde mental, durante o período de 2005-2010, correspondente ao primeiro e parte do segundo mandato da atual chefe do Executivo Municipal de Fortaleza. Nesse sentido, descreve o processo de Reforma Psiquiátrica e de Implantação da RASM, na perspectiva dos diferentes sujeitos implicados na experiência local, evidenciando-se os contrastes entre o desenho expresso nos documentos e a realidade concreta dos serviços, bem como as tensões reveladas na transição do modelo de gestão e de atenção operados nos CAPS.

No Capítulo IV, denominado Gestão do trabalho e educação permanente em saúde mental: velhos problemas, desafios atuais, a discussão aponta para os modos como os aspectos macroestruturais do modelo de gestão impactam na configuração da gestão do trabalho, particularmente na organização dos processos de trabalho e na educação permanente em saúde, dos trabalhadores dos CAPS.

No Capítulo V, definido como Gestão da atenção à saúde: sobre a integralidade e a humanização no cotidiano das práticas em saúde mental, delineou-se um debate acerca de dimensões concernentes à integralidade e à humanização do cuidado, com ênfase nos processos subjetivos que permeiam o cotidiano da atenção psicossocial, particularmente no que diz respeito aos sentidos e significados atribuídos a esses termos. Abordam-se, ainda, os arranjos e dispositivos operados, que potencializam a produção de saúde de forma integral e humanizada.

Em relação ao capítulo VI, denominado A inovação e gestão em saúde mental: os desafios que persistem, está expressa uma síntese dos principais achados do estudo, a sistematização de algumas conclusões provisórias e de proposição de estratégias e ações aos gestores e trabalhadores, voltadas ao processo de reflexão crítica dos processos de gestão e atenção, à superação dos desafios e das contradições e tensões entre os processos de gestão instituintes e a reprodução dos modos hegemônicos de gerir e produzir saúde, ao investimento na estruturação e ampliação da RASM no sentido de promover a integralidade da atenção. Todos esses aspectos estão voltados, em última instância, para a efetiva mudança dos modelos de gestão e atenção à saúde mental, com vistas à ampliação do acesso e qualificação das práticas sanitárias nesta área.

Desse modo, o livro tem o potencial de fomentar reflexões críticas acerca dos processos de gestão operados no âmbito dos serviços de saúde mental, apontando pistas que podem contribuir a efetiva mudança dos modelos de gestão e atenção, com vistas a consolidação do modelo de atenção psicossocial.

Boa Leitura!

PREFÁCIO

Considerou-se a sua plasticidade, expressa na intensa trama de relações intersubjetivas, constitutivas das práxis dos diferentes atores envolvidos na pesquisa, perpassada por conflitos e contradições entre modelos de gestão e atenção cristalizados e os instituintes, decorrentes da proposta de mudança das práticas sanitárias (GUIMARÃES, 2012).

Quando nos determinamos a fazer ciência, assumimos um compromisso permanente de projetar à sociedade uma diversidade de possibilidades de conhecimento científico, com potencial de aprimorar saberes e práticas. Será sempre indispensável, portanto, revisitarmos conhecimentos já elaborados e amadurecermos o pensar crítico para inovar e garantir a evolução, a transformação.

Se hoje trabalhamos e tomamos como científico o campo da Saúde Mental, podemos atribuir à sociedade o olhar observador, o pensar inventivo e a atitude transformadora, fundado em dimensões histórica, política e social, capaz de dar conta da loucura, da *(des)razão*, do impróprio, do asilamento, da exclusão, da medicalização e da hospitalização, até chegarmos às condições mais plurais e complexas de cuidar interdisciplinarmente de modo centrado nas pessoas, nos sujeitos, na comunidade, no território. Sim, saímos de uma compreensão moralista e de uma prática excludente para um movimento acolhedor e inclusivo aos sujeitos que necessitam de cuidado, portanto, inovamos, transformamos. Fizemos reforma psiquiátrica no mundo e no Brasil.

O processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria, que passa por seguir um contexto internacional de lutas pela superação do modo asilar e dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos. A realidade brasileira destaca-se pela ebulição de movimentos reformistas na saúde ao final dos anos 1970, onde se propõe o estabelecimento de novos paradigmas sanitários. Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica são movimentos que se inscrevem no contexto de redemocratização do país e de mobilização político-social.

A reforma psiquiátrica brasileira ultrapassa os limites da luta antimanicomial, da denúncia da violência institucional, da (des)hospitalização, pois propõe mudanças nos modelos de atenção e gestão da saúde mental, construção de uma rede de equipamentos, serviços e estratégias para um território de atuação, com características inclusivas e emancipatórias. Todo esse movimento transcorre na perspectiva de enfretamentos e tensionamentos contínuos com os paradigmas dominantes. Para tanto, traz o protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde como agentes desencadeadores de transformação dos processos de gestão e produção de cuidado.

Entre acontecimentos, eventos, conferências, atos, leis e normas se erige um conjunto de mudanças civis e jurídicas nas políticas governamentais e nos serviços de saúde que passam a configurar a política pública de saúde mental. Tal política, em sua essência, visa garantir o cuidado aos usuários com transtorno mental em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, superando a lógica das internações de longa permanência que tratam o paciente isolando-o do

convívio com a família e com a sociedade. Por conseguinte, complexas e extensas são também as dificuldades enfrentadas na consolidação dessas políticas e das novas formas de cuidar em saúde mental.

É exatamente nesse íterim que começa a se desenhar historicamente o objeto dissertado, inferido e defendido pelos professores doutores **José Maria Ximenes Guimarães e José Jackson Coelho Sampaio** neste ato de socialização do conhecimento. Trazem de forma pungente, pautados por suas histórias singulares de estudiosos e militantes no campo da saúde mental, a exemplificação categórica das questões de gestão em serviços de saúde mental no cenário dos Centros de Atenção Psicossocial-CAPS, considerados dispositivos estratégicos na organização da rede de atenção e para o estabelecimento do novo modelo de atenção à saúde mental.

Os pressupostos e as inferências defendidas pelos autores originam-se dos fenômenos reais de reforma do sistema de saúde no Brasil relativos à atenção e à gestão da saúde mental, mais especificamente no nordeste brasileiro, na cidade de Fortaleza-CE, onde um novo cenário de políticas, dispositivos e práticas são estabelecidos para o cuidar de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes.

As mudanças na atenção à saúde mental no município de Fortaleza têm em seu processo histórico e político um teor desafiador por ousar transformar em realidade a proposta da reforma psiquiátrica brasileira mediante um cenário inóspito dado pelo predomínio da atenção pautada na Psiquiatria Clássica e o poder institucional do conglomerado de hospitais psiquiátricos existentes na capital.

Se comparada a outros municípios cearenses, que no início dos anos 1990 já se lançavam pioneiros no processo, Fortaleza não implementa as mudanças no modelo hospitalocêntrico, tendo em vista os interesses dos hospitais psiquiátricos e ambulatorios de psiquiatria em postos de saúde pública, e as limitações da gestão com os novos dispositivos e equipamentos especializados em saúde mental, bem como na relação com a comunidade/usuário. No entanto, apesar das dificuldades encontradas no contexto local, é possível identificar uma proposta de atenção à saúde mental em rede.

Ao permitir, no plano discursivo, a expressão dos diversos atores envolvidos na operacionalização da atenção e da gestão do cuidado nos CAPS de Fortaleza os autores/pesquisadores apresentam uma perspectiva histórica e crítica da compreensão do modelo e dos processos de gestão operados nos dispositivos de saúde mental estudados, sem desconsiderar os aspectos burocráticos e normativos.

Se considerarmos um constructo a partir desta obra, o leitor perceberá que o modelo de atenção e gestão nos Caps de Fortaleza se estabelece em um híbrido de um novo modelo de atenção à saúde mental, com seus arranjos e dispositivos mediante os entraves impostos de um modo de fazer gestão pública pautada nos princípios fundamentais da Administração Científica, e ainda dependente de uma lógica político-partidária.

Com esmero, os autores descrevem sujeitos e práticas. Destacam o amplo investimento na criação de equipamentos substitutivos ao hospital psiquiátrico, os quais passam a configurar a Rede Assistencial de Saúde Mental (RASM),

que se propõe, na perspectiva do modo de fazer gestão, como inovadora à medida que incorpora tecnologias que potencializam a construção da democracia institucional, operados e expressos por meio da cogestão.

São apontados aspectos que caracterizam a multidimensionalidade dos processos de atenção e gestão em saúde mental. Assim, suas fragilidades ganham dimensões políticas, sociais institucionais, operacionais e subjetivas na tentativa de romper modos cristalizados de gestão. Portanto, seus discursos destacam a necessidade de ampliar o potencial de atuação da RASM, minorar o impacto do trabalho na saúde dos trabalhadores, qualificar e valorizar saberes e práticas para que o cuidado em saúde mental seja sempre melhorado, qualificado por ações humanizadoras de atenção à saúde.

Ao profundar a compreensão da análise e das considerações apontadas pelo estudo, é imperativo, ressaltar, a forma dialógica da elaboração das recomendações para os gestores e trabalhadores da RASM. Por entender que este fenômeno, preservado em sua singularidade, as diretrizes recomendadas podem ser aplicadas à realidade da atenção à saúde mental no Brasil.

Deste modo, encontramos neste trabalho, a partir da função social de uma pesquisa e da responsabilidade dos autores/pesquisadores, o compromisso ético e político com a qualificação dos processos de gestão e atenção à saúde mental, o que instiga o leitor à continuidade da leitura, à medida que o situa no contexto sócio-político e institucional do município Fortaleza, numa tessitura que o conduz à implicação e ao desejo de transformação desta realidade

social. A obra, ressaltado, em um plano atemporal aponta modos de operar processos de gestão e atenção que podem ser consideradas como novas possibilidades para a gestão da saúde mental no universo dos municípios brasileiros.

Dra. Ana Patrícia Pereira Morais

Enfermeira. Doutora em Saúde Pública e especialista em Saúde Mental.

Professora Adjunta da Universidade Estadual do Ceará.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	17
------------------------	-----------

Capítulo I. Gestão em Saúde: dimensões histórico-conceituais, técnicas e operacionais..... 30

Gestão em Saúde: o panorama no processo de construção do Sistema Único de Saúde	30
Gestão em saúde e democracia institucional: inovação tecnológica para potencializar o protagonismo de sujeitos e coletivos	49
Modelos de gestão e de atenção à saúde: imbricações, tensões e possibilidades de mudança das práticas sanitárias no SUS	60
Os modelos de atenção à saúde mental: a luta por um cuidado integral e humanizado ao portador de transtorno mental	79

Capítulo II. Operacionalização metodológica da pesquisa: contexto e técnicas..... 96

Desenho geral e cenário da pesquisa	97
Gestores e trabalhadores de saúde mental: os sujeitos do estudo..	102
Procedimentos e técnicas de apreensão das informações	105
Procedimentos e técnicas de análise e interpretação dos dados.....	110
Aspectos éticos da pesquisa	111

Capítulo III. Gestão da rede de serviços saúde mental: planos e fluxos conformadores da experiência de Fortaleza 113

Reforma Psiquiátrica, Política e Rede de Atenção à Saúde Mental: uma implementação inconclusa	113
Modelo de gestão: avanços, descompassos e tensões entre o ideal e o real	139
O financiamento das ações e serviços na Rede de Atenção à Saúde Mental	160

Relação público-privado na gestão da rede de saúde mental de Fortaleza.....	172
A sustentabilidade da política e da Rede de Saúde Mental em questão	186

Capítulo IV. Gestão do trabalho e educação permanente em saúde mental: velhos problemas, desafios atuais194

Da ampliação dos postos de trabalho à inserção dos trabalhadores nos serviços públicos de saúde: os traços da precarização do trabalho nos CAPS.....	196
Gestão e organização do processo de trabalho no CAPS: reinvenção e construção coletiva	211
Entre o sofrimento e o prazer no trabalho: a dinâmica desvelada no cotidiano dos serviços de atenção psicossocial.....	224
A humanização da gestão do trabalho no SUS: sobre a (des)valorização do trabalhador na atenção psicossocial	243
A educação permanente em saúde: os processos desenvolvidos na RASM.....	251

Capítulo V. Gestão da atenção à saúde: sobre a integralidade e a humanização nas práticas em saúde mental.....259

Humanização e atenção à saúde: sentidos e significados veiculados entre gestores e trabalhadores da saúde mental	259
A humanização e a integralidade no fazer cotidiano: os modos de operar arranjos e dispositivos de cuidado nos CAPS.....	275
Desafios à construção da integralidade: oferta, demanda e articulação das redes de atenção	300

Capítulo VI. A inovação e gestão em saúde mental: os desafios que persistem313

REFERÊNCIAS	321
--------------------------	------------

INTRODUÇÃO - Demarcando os passos iniciais do estudo

O modelo de gestão de serviços de saúde mental, operado nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, constitui o objeto sobre o qual se desenvolve, nesta obra, uma análise com aporte nas percepções dos diferentes atores implicados na condução dessas organizações no Município de Fortaleza, Ceará. Pretende-se contextualizar a experiência desses atores – gestores/gerentes e trabalhadores – segundo o lugar que ocupam na chamada Rede Assistencial de Saúde Mental – RASM, articulando-a com dimensões concernentes à humanização das práticas em saúde.

Os CAPS foram implantados no Brasil, no cerne do Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica-MBRP, como proposta de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, caracterizando-se como equipamentos de saúde com o potencial de transformação do modelo de atenção à saúde mental, tradicionalmente hegemônico, centrado na perspectiva da cura, pautado na reclusão do portador de transtorno mental e consequente exclusão do convívio familiar e social, castrando-lhe a autonomia e a cidadania (GUIMARÃES, 2007; AMARANTE, 2006; 1996).

Desde a implantação do primeiro CAPS no Brasil, em 1987, denominado Prof. Luís Cerqueira, em São Paulo/SP, ocorre uma expansão desses equipamentos por todo o País, os quais ocupam posição estratégica na reorientação do modelo de atenção à saúde mental. Como serviços públicos de saúde, integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS, os CAPS devem atuar visando a materializar os princípios que

norteiam esse sistema, garantindo universalidade, equidade, integralidade, descentralização, participação democrática dos diferentes atores - gestores, trabalhadores, usuários e seus membros familiares - e resolubilidade da assistência.

Consoante o seu caráter estratégico, os CAPS assumem posição central na articulação da rede de cuidados, agregando os três níveis de atenção – primário, secundário e terciário – o direcionamento local de políticas e programas de saúde mental e a promoção de reflexões contínuas acerca do modelo de gestão do trabalho, do modelo assistencial e da clínica operada no seu cotidiano (SAMPAIO; GUIMARÃES; ABREU, 2010; ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2009; SILVA; LANCMAN; ALONSO, 2009). Configuram-se, portanto, como espaços de criatividade, de produção de uma cultura viva, de novos saberes e práticas voltadas para o cuidado e a reabilitação psicossocial, cujas ações devem confluir para a consecução do modelo de atenção psicossocial territorial (SAMPAIO; GUIMARAES; ABREU, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), os CAPS têm vários objetivos, dentre os quais se destacam:

1. oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, em regime de atenção diária, substituindo as internações em hospitais psiquiátricos;
2. realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários por meio de ações intersetoriais que ampliem o acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários;
3. gerenciar os projetos terapêuticos, oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado;

4. organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território, mediante suporte/supervisão da atenção à saúde mental na Estratégia Saúde da Família-ESF e regulação da porta de entrada na rede de assistência à saúde mental; e
5. coordenar, junto com o gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território.

A consecução desses objetivos materializa o ideário do MBRP, o qual proporciona intensos debates acerca das novas exigências políticas, técnicas e éticas no cerne das mudanças no modelo de atenção, propostas pela política nacional de saúde mental. Nessa perspectiva, Amarante (1997) considera que o principal objetivo da Reforma Psiquiátrica é poder transformar as relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleceram com a doença mental e com seu portador, direcionando tais relações para a superação do estigma, da segregação, da desqualificação dos sujeitos; ou, ainda, estabelecer com o portador de doença mental uma relação de coexistência, troca, solidariedade, positividade e de cuidados.

Por conseguinte, pode-se considerar que a construção de um novo modelo de atenção em saúde mental torna premente a adoção de noções e conceitos fundantes, como acessibilidade, acolhimento, corresponsabilização, estabelecimento de vínculos, atenção territorial, intersetorialidade, integralidade e humanização do cuidado. Destaca-se, ainda, o fato de que os novos serviços, nos quais plasmam essa lógica de organização e produção de cuidado, deverão contar com equipe multiprofissional com vistas a ampliar e atender aos objetivos e princípios supramencionados.

Na organização do serviço e na produção das práticas de saúde nos CAPS, portanto, prevê-se o deslocamento do foco da atenção na doença para a reinvenção de saúde, mediante a concepção ampliada de saúde, a potencialização das habilidades dos portadores de doença mental, a reinserção social com garantia do exercício de sua cidadania, o fortalecimento dos vínculos familiares e com o território e o estreitamento da relação trabalhador-usuário, o que possibilitará a humanização dos serviços e das práticas em saúde, bem como estimulará o reconhecimento da saúde como direito do cidadão (SAMPAIO; GUIMARÃES; ABREU, 2010; GUIMARÃES, 2007; SAMPAIO, 2006).

Objetivando o estabelecimento da rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, o Ministério da Saúde, com base na política Nacional de Saúde Mental, incentiva a implantação de CAPS nos municípios brasileiros. Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a), a taxa de cobertura nacional evoluiu de 0,21 em 2002 para 0,66 CAPS/100.000 habitantes. No País, atualmente, existem aproximadamente 1620 CAPS.

No Ceará, segundo dados da Secretaria de Saúde do Estado (CEARÁ, 2010), existem cerca de 100 equipamentos dessa natureza, correspondendo a uma cobertura de 0,92 CAPS/100.000 hab. Em Fortaleza, há 14 CAPS, com uma cobertura correspondente a aproximadamente 0,60 CAPS/100.000hab.

É reconhecido, entretanto, o fato de que somente a implantação de novos serviços não se mostra suficiente para a efetivação da mudança do modelo de atenção. Faz-se necessário o desenvolvimento de um novo modo de agir em saúde, o que pressupõe a constituição de sujeitos proativos e

comprometidos com os processos de transformação social. Além disso, torna-se premente a adoção de um modelo de gestão coerente com os princípios e diretrizes adotadas na reorientação das práticas assistenciais e, ao mesmo tempo, capaz de potencializar a sua operacionalização.

A gestão dos serviços de saúde no âmbito do SUS tem apresentado, historicamente, problemas e desafios considerados centrais na sua configuração institucional e para o seu desenvolvimento, entre eles: efetividade, resolubilidade, legitimação, eficiência e sustentabilidade. Ressalta-se que a sustentabilidade do SUS está assentada nos seguintes pilares: 1. econômico-financeiro; 2. jurídico-legal; 3. participação e controle social; 4. constituição de sujeitos; 5. nova institucionalidade (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

Convém assinalar que, desde a implantação do SUS, o Brasil vivencia grandes avanços no âmbito das políticas públicas de saúde. Como exemplos, pode-se mencionar: a inclusão social de milhões de brasileiros, antes sem acesso aos serviços de saúde, por meio da qual todos são reconhecidos como cidadãos portadores do direito à saúde; a expansão da rede de serviços de saúde, sobretudo após o processo de municipalização, quando se expandiram, inclusive, os serviços substitutivos de saúde mental; a efetivação de espaços de participação política e controle social, materializados em Conselhos Locais, Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde; e a expansão da capacidade gestora do sistema, o que possibilita uma expressão crescente de experiências inovadoras nos campos da gestão e da atenção à saúde.

A inovação pode ser observada, na dimensão macropolítica, expressa na reformulação dos papéis e funções dos entes governamentais, na adoção de novos critérios para

distribuição e transferência de recursos, na criação e ampliação de instâncias colegiadas de negociação, integração e decisão, envolvendo a participação dos gestores, prestadores, profissionais de saúde e usuários. No âmbito micropolítico, destacam-se as experiências alternativas de gestão, as quais redirecionam para a adoção de modelos gerenciais com práticas participativas, mediante a inclusão dos diferentes atores no sistema de direção (CECÍLIO, 2010; LINS; CECÍLIO, 2007; CECÍLIO; MENDES, 2004). Deste modo, são incorporados novos instrumentos gerenciais, técnicos e políticos de democratização da gestão.

Adota-se a ideia de inovação conforme concebida por Pinheiro e Mattos (2006) que, apoiados em Santos (1997), a consideram como tensões, rupturas e transição com o paradigma instituído. Acrescentam que as inovações correspondem ao conjunto de saberes e práticas social e historicamente constituídas, em determinado espaço-tempo, no plano molecular, isto é, nas relações/interações entre os sujeitos em suas práticas no cotidiano das instituições, com as quais se comporia o solo epistêmico dos planos micro e macropolítico.

A lógica de construção do SUS e da (re)organização dos serviços de atenção à saúde promove tensões, rupturas e transições paradigmáticas, ressignificação de saberes, práticas e poderes, engendrando novas subjetividades nas práxis de gestão, as quais escapam aos cânones da Administração científica, caracterizando-se como propostas alternativas/inovadoras. Reafirma-se, portanto, como imprescindível a invenção de modelos e de tecnologias de gestão e de gerência dos sistemas e serviços de saúde.

Destaca-se que os termos gestão e gerência, e, por conseguinte, gestores e gerentes, serão utilizados ao longo

deste trabalho com sentidos diferentes em decorrência da sua diferenciação estabelecida pela NOB/96 (BRASIL, 2001). A gestão é responsável por uma visão macro da política e do sistema de saúde e pelo poder de ordenar despesas, enquanto à gerência corresponde a tarefa de direção, organização e administração dos serviços de saúde.

No campo da saúde mental, os CAPS têm potencial inovador tanto do ponto de vista da produção do cuidado quanto da organização dos processos de trabalho e no desenvolvimento de experiências de gestão. A atuação de equipes multiprofissionais requer a inserção de novos trabalhadores e a criação de novas estratégias de cuidado. Assim, tornam-se prementes a elaboração e a adoção de novos arranjos institucionais que solicitam a incorporação de novas tecnologias e modelos de gestão.

Efetivamente, conduz-se à construção de modelos de atenção e de gestão dos serviços de saúde voltados à ampliação da democracia nessas organizações (GUIMARÃES, 2007). Essa constatação força-nos a pôr em relevo a inseparabilidade entre gestão/atenção à saúde, a qual resulta da intrínseca relação entre a produção do cuidado e os modos de gerenciar os recursos envolvidos. Por conseguinte, a efetivação de mudanças no modelo de atenção torna premente a reconfiguração do modelo de gestão, de modo a permitir que os sujeitos – gestores, trabalhadores e usuários – possam exercer autonomamente seus papéis, com vistas a potencializar práticas humanizadas.

Segundo Campos (1999) e Campos e Domitti (2007), ocorre nesses serviços uma incorporação de novas metodologias representadas por novos dispositivos, arranjos e democratização da gestão, conferindo-lhes experiências

diferenciadas e inovação nos processos gerenciais. Parece, contudo, imprescindível que as tecnologias de gestão sejam construídas com base em uma perspectiva democrática e emancipadora, cujo principal instrumento seja a participação social dos atores. As tecnologias de gestão devem, portanto, ser potentes para garantir condições democráticas de inter-relações dos diferentes conhecimentos relativos à sua constituição, entre os quais se destacam a epidemiologia, as ciências biomédicas, as ciências humanas e sociais, com vistas a contribuir para a construção de estratégias de atenção mais eficazes para o enfrentamento dos problemas de saúde da população (PINHEIRO; MATTOS, 2006).

Acredita-se que a gestão opera processos complexos, perpassados por distintas dimensões. Nessa seara, defende-se a ideia de que os modelos de gestão/administração produzem processos de subjetivação que tanto podem resultar em subjetividades produtoras de espaços coletivos democráticos, quanto sustentar espaços de controle da autonomia dos diferentes sujeitos. Portanto, a gestão em saúde requer estudos que, ultrapassando o âmbito da Administração científica e do planejamento, apoiem-se em outras perspectivas teóricas que possibilitem a compreensão do cotidiano dos serviços de saúde, pondo em evidência a relação entre os modelos de gestão e a produção do cuidado.

Ao se considerar a expressividade da expansão dos serviços substitutivos, especificamente de CAPS, bem como os problemas e desafios que se apresentam à gestão ao longo do processo de construção do SUS, evidencia-se a necessidade crescente de avaliações que permitam identificar as relações presentes no encontro gestão e atenção, a configuração das práticas, bem como a eficácia, eficiência e efe-

tividade dos serviços e, quando necessário, apontar novos direcionamentos a serem percorridos.

Abordar a temática da gestão em saúde significa, portanto, considerar a sua centralidade no tocante aos processos de (re)organização do sistema e dos serviços de saúde e (re)orientação das práticas sanitárias, como conjunto de estratégias e metodologias para a operacionalização das políticas de saúde.

Com base nesse entendimento, demarcou-se alguns questionamentos que orientaram o desenvolvimentos de nossa análise, entre eles: qual (is) modelo(s) e tecnologias de gestão são adotados nos CAPS? Quais princípios e dispositivos concernentes à humanização da atenção e gestão em saúde são operacionalizados no cotidiano dos CAPS? Como se dá a (não) participação dos trabalhadores nos processos de gestão e quais suas implicações no cotidiano de suas atividades no CAPS? O modelo de gestão adotado contribui para a transformação do modelo de atenção, tendo em vista a humanização das práticas de saúde mental no interior dos CAPS?

O espaço eleito para o estudo é o Município de Fortaleza, Ceará. Demarcou-se um recorte temporal correspondente ao período de gestão que vai de 2005 a 2010, o qual corresponde ao primeiro e parte do segundo mandato de um mesmo gestor municipal. A seleção decorre do fato de constituir uma capital onde a Reforma Psiquiátrica foi implantada tardiamente, mas experimentou a inauguração simultânea de 11 CAPS, expandindo consideravelmente o acesso a esse serviço especializado, tendo como desafio a convivência e o objetivo de superação do modelo psiquiátrico clássico centrado no hospital, considerando a subsistên-

cia de seis hospitais psiquiátricos. Além disso, sinaliza uma proposta alternativa de modelo de gestão pautada na participação democrática dos diferentes sujeitos, a cogestão.

Ressalta-se o entendimento, em conformidade com Sampaio (2006), de que a gestão/gerência de sistemas, serviços ou programas de saúde tem objetivos específicos, associados ao lugar que ocupam na rede e a características próprias, mas não devem ser analisados de forma isolada, isto é, sem articulação com os objetivos gerais do SUS, associados aos seus princípios: equidade, eficácia, eficiência, qualidade e humanização das práticas de atenção/gestão.

Com efeito, torna-se fundamental compreender como se inserem as novas modalidades de gestão no quadro das transformações da relação Estado e sociedade contemporâneos em face dos avanços tecnológicos na produção de bens e riquezas sociais, bem como das complexas demandas da sociedade, caracterizadas pela heterogeneidade dos grupos sociais e das marcantes desigualdades sociais.

Partindo das considerações teóricas expressas, com o firme propósito de explicitar a trajetória teórico-metodológica adotada, apresentam-se três pressupostos teóricos que balizam a pesquisa:

Primeiro Pressuposto: O processo de construção do SUS, orientado por princípios como universalidade, equidade, integralidade e participação social, implica a democratização dos processos de gestão dos serviços de saúde. Efetivamente, as teorias da Administração científica não são suficientes para fomentar a organização e a gestão dos sistemas e serviços de saúde na atual conjuntura sociopolítica da sociedade brasileira (CAMPOS, 2006a). Emerge, portanto,

a necessidade de incorporação de novas estratégias de gestão capazes de efetivamente contribuir para a consolidação do SUS. Com base nessa premissa, o sistema de saúde brasileiro, particularmente nos serviços públicos municipais de saúde mental em Fortaleza, avança na perspectiva de promover descentralização, flexibilidade no gerenciamento dos serviços e dos processos de trabalho, promovendo a integração das diferentes profissões na constituição de um processo de trabalho coletivo, desburocratizado, democrático e capaz de incorporar a dimensão da subjetividade.

Segundo pressuposto: a política pública de saúde mental reorienta os modos de produção de serviços nesta área, mediante a transformação do modelo de atenção – agora denominado de modelo de atenção psicossocial (SAMPAIO; SANTOS, 2001). Considerando a emergência de um novo modelo de atenção, para o qual foi necessária a reconfiguração dos processos de trabalho por meio da atuação de equipes multiprofissionais, com processos de trabalho interdisciplinares, pode-se afirmar que novas práticas de saúde estão sendo continuamente inventadas com vistas à sua consolidação. Esse processo requer, por outro lado, a incorporação de novas tecnologias e arranjos de gestão, capazes de atender, ao mesmo tempo, as necessidades de saúde dos usuários e promover a satisfação dos trabalhadores (CAMPOS, 2007; 2006a). Essas premissas apontam, portanto, para a inseparabilidade da atenção e gestão na configuração de sistemas e serviços de saúde. Assim, a gestão dos CAPS é operada mediante a adoção de dispositivos e arranjos que possibilitam a atuação solidária, o protagonismo e a corresponsabilização dos diferentes atores envolvidos na atenção/gestão. Sendo assim, pode-se considerar que, em

certa medida, dimensões concernentes à humanização da atenção e gestão gradativamente são institucionalizadas, contribuindo para a implementação de modelo de gestão pública regido pelo princípio básico da saúde como direito.

Terceiro pressuposto: atualmente, no campo da saúde mental, não se pode desconsiderar a marca histórica dos modelos asilar e psiquiátrico clássico, os quais ainda persistem no contexto do Município de Fortaleza (SAMPAIO; SANTOS; ANDRADE, 1998). Tem-se, ainda, sobreposições e contradições entre modelos de atenção e de gestão. Os primeiros permanecem com traços de hegemonia e o segundo como força instituinte, contrapondo-se àqueles, conformando-se como política da atual administração municipal. Não obstante, percebe-se que a gestão de serviços de saúde está subordinada à política hegemônica vigente. Ao se considerar a dimensão dinâmica dessa afirmação, entende-se que a gestão é, ao mesmo tempo, produto e produtora de determinado contexto, portanto um instrumento fundamental para a efetivação de políticas, seja para transformação da realidade ou manutenção do *status quo* (CAMPOS, 2006a). No cerne desse processo, há diferentes sujeitos e forças operantes. Portanto, a gestão configura-se como uma arena na qual estão presentes diversos interesses nem sempre convergentes e/ou consensuais. Desse modo, considera-se a existência de contradições internas, antagonismos, tensões e conflitos de interesses capazes de emperrar as mudanças e/ou reproduzir velhas práticas e modelos.

Com base nos questionamentos e pressupostos exibidos, elegeu-se alguns objetivos que orientaram a inserção cenário da pesquisa e os argumentos apresentados.

- Compreender o modelo e os processos de gestão operados nos CAPS, gerais, com base nas concepções e práticas dos diferentes atores implicados no município de Fortaleza.
- Identificar de que modo as dimensões concernentes à humanização da atenção e gestão em saúde se fazem presentes no interior dos CAPS.

CAPÍTULO I

Gestão em Saúde: dimensões histórico-conceituais, técnicas e operacionais

A gestão em saúde constitui uma prática social, operacionalizada por sujeitos situados em contextos históricos e políticos, os quais determinam os modelos, as técnicas e os processos operacionais. Neste capítulo, desenvolve-se um resgate histórico da gestão no sistema de saúde brasileiro, bem como dimensões conceituais e operacionais, na perspectiva de balizar, do ponto de vista teórico o estudo apresentado neste livro.

Gestão em Saúde: o panorama no processo de construção do Sistema Único de Saúde

A discussão acerca da gestão do sistema de saúde brasileiro requer uma incursão sobre os modos como foi pensada a sua arquitetura institucional, bem como a respeito dos contextos sociopolítico, econômico e administrativo que o conformaram.

De início, é reconhecido o fato de que o debate deve se reportar ao Movimento Brasileiro de Reforma Sanitária – MBRS, procurando evidenciar o compromisso de transformação social que o fundamenta numa perspectiva de confrontá-lo aos rumos tomados na implantação e consolidação do Sistema Único de Saúde - SUS.

O MBRS, desencadeado na década de 1980, pautou-se no ideário de formação de uma sociedade cujos valores fundantes fossem os princípios democráticos, a solidariedade e a justiça social. Assim, constituiu-se em processo civilizatório na medida em que pretendeu produzir mudanças dos valores presentes na sociedade brasileira (PAIM; TEIXEIRA, 2007). Como intenção de reforma setorial no campo da saúde, tensionou o País com vistas a promover uma verdadeira reforma de Estado.

Constava como proposta desse movimento a construção de um sistema de saúde universal, equânime e integral, aberto à participação popular, portanto, democrático. A ação política do MBRS, no panorama de transição política do regime de exceção para a democracia, induziu a inserção do debate sanitário na ação dos partidos políticos e sua inclusão na agenda legislativa. Por conseguinte, essas propostas foram consagradas como princípios e diretrizes que norteiam a organização do SUS, instituído legalmente no texto da Carta Magna de 1988, garantindo-se a saúde como direito de cidadania e como política de Estado. O projeto SUS conforma uma política de construção da democracia, que visa a ampliar a atuação do Estado, a inclusão social e a redução das desigualdades. Com efeito, sua implantação é responsável por transformações nos modos de pensar e produzir serviços de saúde no Brasil (PAIM; TEIXEIRA, 2007; GERCHSMAN, 2004).

O reconhecimento legal da saúde como direito de todos e dever do Estado na Constituição de 1988, inspirado na ideia de seguridade social, demarca uma ruptura com o padrão de política social vigente no País, caracterizado pela exclusão de milhões de brasileiros aos bens e serviços co-

letivos de fruição pública. Essa nova ordem constitucional representou a possibilidade de superação da oferta estratificada de serviços e ações, diferenciando os indivíduos em indigentes e segurados da previdência social, moradores do campo e da cidade, e das diferentes regiões geográficas, o que configurava uma situação de iniquidade no acesso à saúde, decorrente da desigual distribuição de recursos (VASCONCELOS, 2006).

A radicalidade da mudança proposta e inscrita no ordenamento jurídico teve sua implantação dificultada pelos desafios que se expressaram na transição dos padrões de política social, dos modelos assistenciais e do próprio modelo de Administração pública. Pode-se considerar que

[...] a mudança abrupta no ideário, que se fez por um ato legislativo, não se traduziu, de imediato, em ações para assegurar o direito à saúde assentado nos princípios constitucionais. A implementação do SUS se fez no leito institucional, consolidado, das instituições sanitárias e da medicina previdenciária, que tinham como marcas a centralização, o autoritarismo, a permeabilidade do clientelismo e dos interesses mercantis e o rechaço à participação dos trabalhadores e usuários nos processos de gestão (VASCONCELOS, 2006, p. 55).

Desse modo, a reforma do sistema de saúde brasileiro assumiu um curso incremental no qual as iniciativas de mudanças e as novas instituições criadas foram configuradas e influenciadas pelas tradições – numa tensão contínua entre o instituído e o instituinte, gerando rupturas e continuidades.

des nos modelos de atenção e gestão – e pelo modelo de reforma da Administração Pública brasileira vigente na década de 1990.

Por conseguinte, a regulamentação dos princípios constitucionais do SUS, por meio da sanção da Lei Orgânica da Saúde – LOS, a implementação do sistema e a materialização de seus princípios, foi continuamente tensionada por obstáculos estruturais e conjunturais, sobretudo aqueles que dizem respeito às reformas do Estado e à adoção da ideologia neoliberal na gestão pública brasileira (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Do ponto de vista legal, a LOS deveria ser regulamentada, o que não aconteceu de imediato, vindo a ocorrer somente 21 anos depois, por meio do Decreto nº 7.508/2011 (BRASIL, 2011a). Daí decorre o fato de o Ministério da Saúde, para dar organicidade ao SUS, ter utilizado como recurso normativo a edição de Portarias: as Normas Operacionais Básicas - NOB's, nos anos 1990; as Normas Operacionais de Assistência à Saúde – NOAS, início dos anos 2000; e o Pacto pela Saúde, em 2006. Todas configuravam instrumentos normativos para a estruturação da atenção à saúde e da gestão do sistema nas distintas esferas de governo.

É reconhecido o fato de que, na implementação do SUS, houve grandes avanços na sua institucionalização, decorrente dos seus instrumentos de organização da atenção e da gestão, representados, sobretudo, por essas portarias. Portanto, apesar dos inúmeros questionamentos acerca da sua legalidade, do seu poder normatizador e do respeito à autonomia de cada ente federado (CARVALHO, 2001; LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001), as normas operacionais tiveram grande impacto na organização do sistema. Por ou-

tro lado, mesmo considerando tais avanços, entende-se que essa presença marcante de artifícios normativos adotados pelo Ministério da Saúde é reveladora da tendência hegemônica de elaboração e efetivação das políticas de saúde, razão pela qual é questionado se os desenhos institucionais que configuram o SUS na atualidade realmente respondem aos desafios de democratização do setor, conforme proposto pelo MBRS, sendo esta a perspectiva que orienta o direito constitucionalmente assegurado à saúde (GUIZARDI *et al.*, 2006).

Os diversos elementos constitutivos dessa realidade sinalizam que uma reforma setorial tensiona a macroestrutura estatal e, ao mesmo tempo, é alvo de contingências decorrentes dos modelos macropolíticos, macroeconômicos e de gestão pública vigentes. Estes últimos, historicamente, influenciados e tensionados pelas teorias clássicas da Administração, as quais conformaram a racionalidade gerencial hegemônica (CAMPOS, 2007; 2006a; 1998; SILVA, 2004; PASCHE, 2003).

Apesar da relevância das teorias da Administração, em virtude de sua interface com o objeto deste estudo, optou-se pela recuperação somente dos aspectos históricos fundamentais ao debate sobre a Administração Pública em torno dos quais se configuraram os processos de gestão do SUS. Com efeito, destaca-se que o surgimento das teorias administrativas foi concomitante às transformações políticas, sociais e econômicas consolidadas no século XIX, na emergência do capitalismo europeu, o que, por sua vez, coincide com o debate sobre o papel do Poder Público e o surgimento do Estado moderno (CAMPOS, 2007; 2006a; 1998; SILVA, 2004; PASCHE, 2003).

No intuito de caracterizar algumas especificidades da gestão pública, ressalta-se que, no surgimento do Estado moderno, buscou-se adotar um modelo de administração que possibilitasse a superação das formas patrimonialistas de gestão, comuns em regimes absolutistas, onde não havia limites entre o público e o privado. Para tanto, foi implementado o modelo de Administração Pública burocrática, segundo os princípios da teoria proposta por Max Weber sobre burocracia. Nesta perspectiva, a eficiência do aparelho de Estado, mediante a hierarquização e racionalidade da autoridade sob uma divisão rígida entre Administração e Política, centralização, direção do topo para a base, divisão do trabalho baseada na especialização funcional, sendo a promoção profissional baseada em sistema de mérito (BRESSER-PEREIRA, 2009; 2008).

Ao discutir a burocracia pública e as classes dirigentes no Brasil, Bresser-Pereira (2007) caracteriza a sua constituição e a configuração do aparelho de Estado, definido como a expressão da sociedade e instrumento de ação coletiva, por excelência. Considera duas categorias de burocratas: profissionais – técnicos detentores de cargo público; e políticos – detentores de mandato eletivo. Ambos passaram a constituir a burocracia pública, portanto, esta é um setor de uma classe social, a qual também se torna parte constitutiva do Estado, no qual defendem seus interesses. O autor faz uma síntese das formas assumidas pelo Estado brasileiro, demonstrando a imbricação com a natureza de sua sociedade, além de articular aos modelos administrativos adotados em cada período histórico, conforme pode ser visualizado no Quadro 1.

Quadro 1: Formas históricas de Estado e Modelos de administração no Brasil.

Categoria	1821-1930	1930-1985	1990
Relação Estado/sociedade	Patriarcal-dependente	Nacional-desenvolvimentista	Liberal-dependente
Regime político	Oligárquico	Autoritário	Democrático
Classes dirigentes	Latifundiários e burocracia patrimonial	Empresários e burocracia pública	Agentes financeiros e rentistas
Modelo de Administração	Patrimonial	Burocrática	Gerencial

Fonte: Bresser-Pereira (2007).

Ao visualizar a evolução da configuração do Estado brasileiro, tomando como analisadores o padrão de relação com sociedade, o regime político, a constituição das classes dirigentes e os modelos gerenciais em cada período histórico, destacado no quadro 1, torna-se pertinente assinalar que a burocracia moderna de Estado, já vigente desde o final do século XIX, somente é implantada no Brasil no contexto do processo de industrialização desencadeado em 1930, com a proposta de formação de um Estado-nação, pautado no modelo nacional-desenvolvimentista.

Entre o final da década de 1980 e início dos anos 1990, no cerne da redemocratização brasileira, surge uma proposta alternativa ao modelo burocrático, inscrita no contexto do movimento internacional de reforma do aparelho de Estado iniciado na Europa e nos Estados Unidos, a chamada Nova Gestão Pública ou Administração Pública Gerencial, envolta num discurso em defesa de um Estado mais ativo, mais eficiente e capaz de promover desenvolvimento econômico (BRESSER-PEREIRA, 2007).

Esse discurso foi a tônica da reforma administrativa operada por Luís Carlos Bresser-Pereira, quando assumiu o

Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, em 1995, cuja proposta era fundamentada no desenho estrutural da Administração Pública gerencial (BRESSER-PEREIRA, 2007; PAULA, 2005).

De acordo com Paula (2005), o desenho dessa reforma, expressa no Plano Diretor, apresentado por Bresser Pereira, o qual passara a integrar as discussões da reforma constitucional, dividia as atividades estatais em duas modalidades:

1. 1. atividades exclusivas do Estado – entre estas: a legislação, a regulação, a fiscalização, o fomento e a formulação de políticas públicas, pertencentes ao domínio do núcleo estratégico do Estado, constituído pela Presidência da República e os Ministérios (Poder Executivo), e que seriam realizadas pelas secretarias formuladoras de políticas públicas, pelas agências executivas e pelas agências reguladoras; e
2. 2. atividades não exclusivas do Estado – representadas pelos serviços de caráter competitivo e as atividades auxiliares ou de apoio. No âmbito das atividades de caráter competitivo, estão os serviços sociais (e.g. saúde, educação, assistência social) e científicos, que seriam prestados tanto pela iniciativa privada como pelas organizações sociais que integrariam o setor público não estatal. As atividades auxiliares ou de apoio, no entanto, como limpeza, vigilância, transporte, serviços técnicos e manutenção, seriam submetidas à licitação pública e contratadas com terceiros.

Dessa maneira, a Reforma Administrativa do Estado adotou a prescrição impressa no receituário neoliberal, que tomou conta da vida nacional. Nesse âmbito, apesar da aparente defesa de um Estado mais ativo, o que se pretendia era a adaptação da gestão pública à concepção de Estado mínimo, onde suas funções se restringem àquelas ligadas aos negócios jurídicos, de segurança e administração próprias do Governo. Desse modo, foi possibilitada a redução da capacidade de intervenção do Estado, a qual foi mediada pela privatização e terceirização das atividades estatais, descentralização, desregulamentação radical, processos decisórios orientados pela análise de custo-benefício e desestímulo à participação social na gestão, inclusive no setor saúde. Assim, para alcançar seus objetivos, o novo modelo de gestão, que serviu de referência para as três esferas governamentais – federal estadual e municipal – deveria privilegiar a profissionalização e o uso de práticas de gestão típicas do setor privado.

Evidencia-se o fato de que as propostas reformistas mostraram-se contrárias aos princípios constitucionais, sobretudo quando aplicadas ao SUS. Em conformidade com Mendes (2002), ressalta-se que a gestão de sistemas de serviços de saúde se configura com suporte no exercício concomitante das macrofunções de regulação e financiamento, cuja gestão é papel exclusivo do Estado no caso dos sistemas públicos de saúde. Essa exclusividade não caberia à gestão das unidades prestadoras de serviços de saúde, responsáveis pelo exercício da macrofunção de prestação de serviços.

Defende-se sempre a prerrogativa de que as diversas iniciativas e medidas voltadas às reformas administrativas estão sempre imbuídas do propósito de aumentar a eficiên-

cia no uso dos recursos públicos e melhorar a capacidade de governo. É pertinente observar, no entanto, que, em seus princípios e na prática, a tendência hegemônica da racionalidade gerencial adotada para as reformas administrativas do Estado pode ser (in)congruente ou (contra)producente para com a direcionalidade constitucional e normativa estabelecida para as políticas públicas em determinados setores de governo, em particular, o da saúde (LUTUFO; MIRANDA, 2007).

Assim, a proposta da reforma sanitária, constituiu-se em um projeto contra-hegemônico em relação ao modelo de Administração Pública implementado no Brasil na década de 1990. O arcabouço normativo e a arquitetura organizacional do SUS se contrapõem ao projeto de reforma do Estado, desencadeado nesse período, o qual teve como pano de fundo a materialização da proposta neoliberal, orientada para a busca da eficiência por meio da teoria gerencialista, cujo maior impacto no SUS foram as sucessivas propostas e ações de mercantilização do setor saúde.

Com efeito, as propostas contidas no projeto da Reforma Administrativa Gerencial direcionadas à saúde encontraram um grande obstáculo, qual seja: o arcabouço legal do SUS foi obra coletiva legitimada pelos diversos movimentos populares no cerne do processo de redemocratização, inscrito na Constituição Federal no capítulo da seguridade social, garantindo o direito universal à saúde, sendo sua gestão competência do Estado. Sua regulamentação, embora continuamente tensionada pela implementação da reforma administrativa - com princípios neoliberais, impede sua total mercantilização, em decorrência da sua grande legitimidade social como sistema público com grande audiência junto à

população. Seus princípios e diretrizes, como universalidade de acesso, integralidade das ações, equidade e descentralização das ações e serviços de saúde, foram apropriadas pelo imaginário popular. Acredita-se que, por estes motivos, se evita o confronto direto e de conjunto, em larga escala, entre implantação da reforma administrativa do Estado e a construção do SUS, como sistema público universal.

Advoga-se, inclusive, a ideia de que a grande inovação na gestão do SUS é representada por sua proposta de mudança voltada para a democratização institucional, cuja possibilidade se manifesta na participação dos usuários e na existência de espaços de negociação e decisão intergovernamental, numa perspectiva de construção coletiva do sistema de saúde (FLEURY; OUVRENEY, 2008; LUTUFO; MIRANDA, 2007; VASCONCELOS, 2006). Seu caráter inovador reside também na busca da ruptura com o modelo sobre o qual o sistema de saúde brasileiro foi estruturado ao longo de várias décadas, no meio de uma conjuntura político-econômica bastante desfavorável à consolidação de políticas sociais abrangentes e redistributivas (BRASIL, 2004).

O Quadro 2 demonstra, de forma sintética, a estrutura organizacional do SUS no tocante aos diferentes espaços instituídos, onde são possibilitados os processos de democratização das decisões da política de saúde nas distintas esferas de governo.

Quadro 2: Estrutura simplificada de suporte ao processo decisório da política de saúde no SUS.

Instâncias colegiadas de decisão			
Gestores	Negociação e pactuação intergovernamental	Formação da vontade política	Participação e controle social
Esfera federal	Comissões tripartites	Conferências Nacionais de Saúde	Conselho Nacional de Saúde
Esfera estadual	Comissões bipartites	Conferências Estaduais de Saúde	Conselhos Estaduais de Saúde
	Consórcios		
Esfera municipal		Conferências Municipais de Saúde	Conselhos Municipais de Saúde

Fonte: adaptado de Fleury & Ouverney (2008).

De acordo com o exposto no Quadro 2, o sistema de direção do SUS privilegia a participação de diferentes grupos nos processos decisórios, o que pressupõe a constituição de diferentes arenas nas quais os diversos atores disputam interesses, expõem conflitos, estabelecem consensos os quais nem sempre estão pautados nos aspectos estritamente técnicos, mas incluem também os políticos. Há, portanto, arenas específicas para cada tipo de decisão – política, técnica e administrativa – nas quais podem acontecer o compartilhamento de responsabilidades entre os entes federativos e a definição de competências institucionais, além da incorporação das demandas da população no escopo das políticas e das decisões em saúde.

Não obstante, é reconhecido o fato de que algumas ações contrárias a esse sistema ocorreram de forma tangencial, pois, no contexto de implementação da reforma neoliberal, fortemente centrada no modelo gerencialista e na

desresponsabilização do Estado em relação aos direitos sociais, foi negligenciada e deslegitimada por diversos governos a participação da sociedade na formulação das políticas e na gestão em saúde. Ocorreu, ainda, impacto negativo no financiamento do setor. No cerne dessa reforma, foram criadas alternativas que constituíram grandes obstáculos para a configuração institucional do SUS, em conformidade com seus princípios e diretrizes, quais sejam: a disseminação de organizações não governamentais, organizações civis de interesse público, cooperativas e empresas de terceirização da gestão (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

Criou-se, segundo Paim e Teixeira (2007), uma polarização entre a exigência legal de Administração Pública direta e a desresponsabilização estatal praticada pelo modelo econômico hegemônico, o que embotou a busca de alternativas que, respeitando os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária e do SUS, permitissem a superação de problemas ainda existentes no seu interior: a falta de profissionalização de gestores, a descontinuidade administrativa, o clientelismo político, a interferência político-partidária no funcionamento dos serviços e a precarização dos vínculos de trabalho. Estes problemas comprometem a reputação do SUS perante os cidadãos e não asseguram a efetividade, a qualidade e a eficiência nos serviços prestados pelo SUS.

Na emergência dessa problemática, inúmeras justificativas são apresentadas com vistas a legitimar essa forma de atuação dos governos na condução do SUS. Dentre estas, uma chama a atenção e se circunscreve no contexto deste debate: a baixa capacidade de gestão no sistema de saúde. Nesse sentido, Campos (2006a) pondera que não se desenvolveram teorias de gestão específicas para sistemas e ser-

viços de saúde, pois estes, tradicionalmente, foram gerenciados com base em noções incorporadas da Administração Científica (CAMPOS, 2006a). Há, portanto, pouco desenvolvimento de técnicas de gestão na área da saúde.

O autor retromencionado destaca, ainda, que a gestão ocupa posição subordinada, dependente da política hegemônica em determinado período. Assim, os brasileiros são caudatários da tradicional prática médica liberal que encontrou solo fértil para sua reprodução no modelo econômico neoliberal, pautado no padrão de intervenção mínima do Estado, permitindo a consolidação dos interesses corporativos e de mercado, em contraposição aos propósitos institucionais do SUS. Esses conflitos de interesses produziram inúmeros desafios e, ao mesmo tempo, dificultaram a criação e implementação de práticas de gestão inovadoras e potentes para promover a transformação das relações Estado e Mercado, com vistas à defesa do SUS como política pública universal.

Eis alguns dos desafios para a gestão: como garantir o acesso com qualidade aos serviços de saúde em meio às contradições e tensões presentes no modelo de Estado que adota uma perspectiva social democrata, com a proposta de políticas sociais universais, em confronto com a política econômica de cunho neoliberal? Como equacionar os interesses corporativos sem desconsiderar os princípios, objetivos e a missão institucional? De que forma perseguir a finalidade de uma organização de saúde – produzir ações de saúde como valor de uso – e, ao mesmo tempo, promover a satisfação e a realização pessoal e profissional do coletivo de trabalhadores? Como lidar com a dicotomia controle e autonomia do coletivo de trabalhadores sem comprometer os resultados

pretendidos pela organização de saúde?

Configuram-se como desafios porque, sempre que ocorrer predominância das regras do mercado, operadas segundo os mecanismos administrativos próprios da racionalidade gerencial hegemônica, particularmente, na produção de serviços e ações de saúde, há uma tendência ao não desenvolvimento de técnicas gerenciais, coerentes com uma política pública universal, tanto internamente a cada unidade quanto em relação ao sistema como um todo (CAMPOS, 2006a).

Com efeito, resta o reconhecimento de que durante a institucionalização do SUS a reforma sanitária brasileira adquiriu um caráter de processo reformista, porém feito com um gradualismo lento e sem um desenho estratégico global. Assim, a organização e os processos de gestão do sistema caracterizaram-se por negociações lentas, orientadas segundo os ditames das Normas Operacionais, as quais primavam por uma racionalização maior na distribuição de recursos, indução ao desenvolvimento da capacidade gestora dos municípios, viabilizada pelas estratégias de descentralização, operadas mediante o estabelecimento de critérios para habilitação em níveis de gestão no processo de municipalização.

Breve análise do processo de descentralização do SUS à luz da reforma administrativa do Estado, na década de 1990, permite-se afirmar que ela estava prevista como estratégia para consecução dos objetivos da nova gestão pública, caracterizando-se como delegação de poder para níveis inferiores, ao mesmo tempo tornando mais forte o núcleo estratégico do Estado e mais eficazes os mecanismos de responsabilidade social. Entretanto, a descentralização não era total, pois a característica central da reforma gerencial foi separar a formulação de políticas, que permaneceu centralizada, da exe-

cução, que foi descentralizada (BRESSER-PEREIRA, 2008).

Desse modo, a descentralização das responsabilidades de gestão no SUS, única diretriz organizativa que não entra em conflito com os propósitos neoliberais implementados, não foi acompanhada da respectiva descentralização do poder decisório, tampouco dos recursos financeiros. Além disso, existiram diversas contradições e paradoxos atrelados à descentralização, que aconteceu via municipalização, marcada pela outorga e tutela do Governo federal, pelo controle burocrático que inibiu a autonomia dos municípios, pela dualidade nos movimentos de centralização-descentralização e concentração-desconcentração do poder decisório, centralização financeira na esfera federal, fragmentação do sistema na ausência de regionalização e reprodução do modelo de atenção tradicional (VASCONCELOS, 2007; LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001; MENDES, 2001; CARVALHO, 2001; LUZ, 2000). Pode-se considerar que esse modelo de gestão pública não se coaduna com a perspectiva de exercício democrático da gestão defendido no âmbito dos serviços de saúde, reiterando-se a clássica dicotomia entre a elaboração e a execução proposta pela racionalidade gerencial hegemônica.

Não obstante, avanços indiscutíveis na construção do SUS são reconhecidos por Paim e Teixeira (2007), sobretudo no referente aos três primeiros pilares de sustentabilidade do sistema, já mencionados. Tais avanços, contudo, não foram suficientes para evitar retrocessos na gestão do SUS, após experiências exitosas. Desse modo, os principais problemas e desafios dizem respeito à configuração institucional do SUS, ou seja, ao seu desenho como macro-organização. Considera-se que a problemática da “institucionalidade”

do SUS compreende um conjunto de aspectos referentes à sua condução político-gerencial, ou seja, à prática de gestão do sistema. Entende-se que esta constitui um processo complexo que, se por um lado pretende adotar como referencial os princípios incorporados à legislação do SUS – entre estes a descentralização com comando único em cada esfera de governo e participação social no processo decisório – por outro reproduz práticas políticas arraigadas na cultura organizacional do Estado brasileiro, particularmente na área social. O enfrentamento do desafio de constituir uma nova institucionalidade para o SUS requer um debruçar-se sobre os problemas que emanam da atual configuração macro-organizacional do sistema e do processo de gestão nos diferentes níveis do sistema, de modo a subsidiar a identificação de propostas alternativas que potencializem o fortalecimento e a consolidação de práticas coerentes com os princípios e valores da Reforma Sanitária.

Com base nessa análise, acredita-se que a efetiva implementação do SUS, de forma coerente com seus princípios e diretrizes, tem também como grande desafio a ser superado a construção de redes de atenção à saúde com definição de linhas de cuidado, com vistas à superação do modelo hospitalocêntrico e médico-centrado. A concretude dessa construção requer a articulação entre diferentes serviços nos âmbitos municipais e até regionais ou estaduais que se configurem como sistema de saúde descentralizado e sob comando único em cada esfera de governo. Essa mudança do modelo de atenção à saúde será materializada na operacionalização de novas práticas sanitárias desenvolvidas no território, privilegiando a concepção ampliada do processo saúde-doença e o usuário como centro do processo de cuidado, o que por sua vez requer uma reorientação nos modos

de gerenciar os serviços de saúde (MERHY, 2006).

Esse desafio requer, ainda, a transformação nas relações entre as esferas de formulação e gestão do SUS: Ministério da Saúde, secretarias estaduais de saúde e secretarias municipais de saúde. Assim, torna-se premente que os gestores e gerentes do sistema estejam comprometidos com a qualidade da atenção e com garantia da saúde como direito. Nesta perspectiva, constitui condição necessária à consolidação do SUS a qualificação da gestão no âmbito do SUS, mediante a profissionalização dos gestores e a continuidade administrativa, além de elaboração de arranjos e dispositivos gerenciais que potencializem a democratização das relações entre os diferentes atores, bem como a qualidade da assistência prestada à população.

Mostra-se, ainda, como imprescindível à consolidação do SUS, a invenção de modelos e tecnologias de gestão e gerência dos sistemas e serviços de saúde. É imperativo ao sistema de saúde, além do desenvolvimento de uma logística organizacional específica e de tecnologias complexas baseadas nos princípios e diretrizes constitucionais – universalidade, integralidade, equidade, descentralização, participação popular – lidar no cotidiano com processos de mediações políticas permanentes entre os gestores governamentais do setor; mediações constituídas sob a égide do novo pacto federativo, que estabelece uma equivalência de prerrogativas de poder decisório, apesar da assimetria no domínio de recursos e capitais políticos, técnicos e administrativos, e uma interdependência de margens de autonomia institucional (LUTUFO; MIRANDA, 2007).

Acrescenta-se a essa discussão a problematização acerca da democracia institucional nos serviços de saúde. Nesse

campo, destaca-se o conflito entre os modelos de gestão caudatários da racionalidade gerencial hegemônica, pautada no controle dos trabalhadores e na separação entre concepção e execução do trabalho, e o projeto ético-político, que prima pela democratização do SUS. Esses conflitos emergem, de forma clara, no cotidiano dos serviços de saúde quando se depara com os limites dessa racionalidade administrativa e do planejamento no momento da concretização dos projetos e programas elaborados (GUIZARDI *et al.*, 2006).

É preciso considerar que a participação política e a democratização nas instituições de saúde põem em xeque a rigidez burocrática e a racionalidade gerencial hegemônica. Isto requer, por conseguinte, o estabelecimento de propostas alternativas de gestão em saúde que reconheçam o potencial da participação dos trabalhadores e usuários nos processos decisórios, primando pelo protagonismo e pelo fortalecimento de sujeitos e coletivos em sua capacidade de análise e intervenção; potentes para promover a autonomia dos trabalhadores aliada ao compromisso com missão institucional, com vistas à mudança nos modos de produção e de organização das práticas sanitárias. Nessa lógica, Campos (2006; 1998) propõe um método que permite a ampla participação do coletivo de trabalhadores no sistema de direção da organização de saúde, opondo-se às formas tradicionais das teorias administrativas, o qual se pauta na cogestão, elaborado com base na leitura crítica das propostas da pedagogia, da análise institucional e do planejamento.

Gestão em saúde e democracia institucional: inovação tecnológica para potencializar o protagonismo de sujeitos e coletivos

No Brasil, a democracia constitui um fundamento ético-político do processo de construção do sistema de saúde, defendido desde os anos 1970 e 80, quando se forjou o MBRs, cujo lema era “Saúde é democracia”, em que se reivindicava a saúde como direito de cidadania (GERSCHMAN, 2004). Ao ser instituído constitucionalmente, o SUS incorporou essa premissa, sendo consolidada em seu arcabouço legal como cimento da arquitetura institucional do sistema no que diz respeito aos processos decisórios, evidenciado na formalização de espaços para a participação política e a tomada de decisões compartilhada entre as três esferas de governo.

Por outro lado, a implementação do SUS é caracterizada pela produção de artifícios normativos que revelam a reprodução da tendência hegemônica de formulação e execução das políticas de saúde no País, marcadas pela centralização normativa e verticalização do poder.

Não se trata de negar os avanços permitidos pelos instrumentos normativos que marcaram a institucionalização do SUS, particularmente as normas voltadas à organização da atenção, dentre as quais se destacam: as normas operacionais, a reorganização da Atenção Primária com a Estratégia Saúde da Família, a Política Nacional de Saúde Mental, que possibilitou a expansão de serviços substitutivos, como os CAPS, entre outras que responderam pela estruturação do sistema em âmbito nacional. É de se evidenciar, porém, uma contradição interna no seu processo de construção: conquanto seus compromissos democráticos, a efetivação

do SUS seguiu os ditames da racionalidade gerencial hegemônica, marcada pelo exercício do controle e da disciplina. Destaca-se o fato de que, no âmbito de emergência da Administração científica, a gerência está voltada principalmente para o controle do trabalhador mediante a castração de sua autonomia, possibilitada pela separação entre o momento da concepção e o da execução do trabalho (CAMPOS, 2007; 1998). Desse modo, o SUS atualiza, de certa forma, velhas tradições gerenciais.

Essa constatação situa todos na interface gestão em saúde e democracia institucional. Desde esse lugar, é possível problematizar acerca dos modos como a gestão do sistema e dos serviços atende ao desafio de operacionalizar o projeto democrático do SUS. Segundo Guizardi e Cavalcanti (2010a), ao se deslocar o olhar da arquitetura institucional do sistema, de sua configuração em âmbito nacional, para uma aproximação com a realidade dos serviços de saúde, tomando como foco de análise a gestão no cotidiano institucional, nos cenários onde se concretizam as práticas de saúde, percebe-se ser marcante o fato de que estes artifícios negam ou diminuem demasiadamente a possibilidade de se fazer gestão de forma democrática, pactuada, incluindo em seus processos decisórios os diferentes atores implicados nos contextos locais (GUIZARDI; CAVALCANTI, 2010a).

É no cotidiano das organizações de saúde, no plano micropolítico, que se depara continuamente com os limites da racionalidade gerencial hegemônica, bem como se apresenta o desafio de reinventar modos de gestão coerentes com a perspectiva democrática do SUS, capazes de possibilitar o protagonismo e a participação política dos diferentes atores envolvidos na produção de saúde. Se, por um lado,

esses modelos tentam controlar a autonomia dos trabalhadores, como requisito para o seu alinhamento à consecução da missão organizacional, de outra parte, sempre deparam os diversos fluxos de interesses que perpassam a gestão, incluindo-se aqui os corporativos. As diferentes corporações profissionais, em decorrência da especialização, detêm certo poder e grau de autonomia na determinação dos modos como se organizam os processos de trabalho e as práticas de cuidado. Os acordos entre os profissionais e a organização do trabalho, desse modo, são quase sempre pautados em interesses corporativos de cunho privado.

Na análise dessa tensão permanente, presente no cotidiano dos serviços de saúde, evidencia-se um aspecto peculiar dessas organizações que as difere das demais. Essa constatação encontra ressonância no estudo de Mintzberg (1989) sobre as organizações, no qual ele descreve os conjuntos de variáveis constituídos com base na identificação das partes componentes que caracterizam as configurações organizacionais. Assim, os serviços de saúde podem ser classificados como organizações do tipo profissional.

Nesse tipo de organização, diferentemente das demais, a variável mais expressiva não é o **centro de decisões** – lugar ocupado pelos dirigentes – mas o **centro operacional**, onde estão os responsáveis pela execução do trabalho finalístico, aqui executado pelos profissionais de saúde em relação direta com os usuários (CARVALHO; BARBOSA, 2010).

Nas organizações profissionais, como é o caso da saúde, o centro operacional tende a ser mais desenvolvido em decorrência do elevado nível de qualificação dos seus agentes, sendo que o mecanismo de coordenação do trabalho prevalecente é baseado na padronização das qualificações.

Todo o processo de qualificação/especialização profissional é constituído externamente à organização e antecede o vínculo com ela, sendo também legitimada fora dela, pelas entidades de classe. Tal aspecto tem como consequência a fraca vinculação do profissional com a organização, sendo o maior compromisso estabelecido com os interesses da corporação. Tem-se, portanto, importante autonomia em relação às decisões técnico-profissionais (CARVALHO; BARBOSA, 2010; MINTZBERG, 1989). Não obstante, a relativa autonomia dos trabalhadores, particularmente do médico, poderia constituir uma vantagem que assegura maior qualidade ao trabalho clínico (CAMPOS, 2007; 1998).

Segundo Carvalho e Barbosa (2010), apoiados nas formulações de Dussault (1992), os profissionais tendem a traçar estratégias para controlar as organizações a fim de manter e até mesmo ampliar o seu poder sobre as decisões que influenciam seu trabalho. Para tanto, buscam ocupar espaços nos diferentes setores como centro de decisões, na tecnoestrutura e mesmo nas atividades de logística.

O reconhecimento dessas questões impõe a necessidade de se problematizar as configurações das organizações de saúde, sobremaneira, no tocante à gestão, no contexto das mudanças propostas pelas reformas do setor. Assim, retorna-se a algumas questões já explicitadas: como operar uma gestão democrática mantendo o equilíbrio entre controle e autonomia, de forma a garantir a consecução dos objetivos organizacionais e, ao mesmo tempo, atender as necessidades objetivas e subjetivas dos trabalhadores, produzindo sujeitos? Em outras palavras, como superar os efeitos da racionalidade tradicional hegemônica, geradora de desinteresse, objetivação do trabalhador, alienação e de

um agir mecânico? Como transformar o cotidiano dos serviços de saúde em espaços de produção de autonomia, de produção de sujeitos comprometidos com a missão organizacional?

Negligenciar estas questões no âmbito macropolítico implica desconsiderá-las como importantes vetores de mudança dos modelos de atenção e de gestão, cujo distanciamento promove certos retrocessos na institucionalização do SUS. Nesse sentido, mesmo diante dos avanços em investimentos, ampliação da rede de serviços, emergem desafios no referente à qualidade da atenção, evidenciados no descrédito em relação aos serviços públicos de saúde, na sua baixa resolubilidade e ainda no descompasso na relação oferta e demanda, o que, de certa forma, expõe as fragilidades de gestão do sistema.

No âmbito da Saúde Coletiva, diversos autores fundamentados em vertentes teóricas distintas, como a Psicossociologia (AZEVEDO, 2002; AZEVEDO; BRAGA NETO; SÁ, 2002) e a Análise Institucional, Psicanálise e teorias administrativas (MERHY, 2006b; 2006c; CECÍLIO, 2006; CAMPOS, 2007; 1998; 1994), defendem a proposta de que a mudança organizacional no SUS não ocorrerá somente com a reordenação da dimensão estrutural. Faz-se necessário intervir, principalmente, na dimensão molecular das relações intersubjetivas engendradas no cotidiano dos serviços de saúde, considerando os diferentes fluxos de saber e de poder entre os diferentes sujeitos, os quais balizam a materialização das práticas na efetivação ou não do direito a saúde nas várias organizações sanitárias.

Assim, Merhy (2007; 2006c; 2002) aponta a necessidade de profundas transformações nos modos de gerenciar e or-

ganizar os processos de trabalho em saúde. O autor defende a ideia de que o trabalho em saúde, mesmo quando realizado em cenários onde se reproduzem práticas tradicionais da Administração, jamais será totalmente capturado por esta lógica, pois se configura como trabalho vivo em ato, operado com predomínio das tecnologias leves – acolhimento, vínculo, responsabilização, autonomia e gestão; consumido no momento em que é produzido. Há, portanto, um espaço de autogoverno no encontro entre o trabalhador e o usuário, no momento de execução dos atos de cuidar, ou seja, na micropolítica das relações que se estabelecem no cotidiano organizacional.

Desse modo, mesmo na presença de uma centralização normativa nas instituições de saúde atualizando velhas práticas gerenciais, jamais ocorrerá total centralização dos processos decisórios nos modos de fazer gestão em saúde, pois os trabalhadores em seus espaços privados de encontro com o usuário no uso de sua autonomia clínica conformam os modos de produzir saúde. São os trabalhadores, com base em suas escolhas, quem configuram a atenção prestada nas opções que determinam as implicações de suas ações no cotidiano, em suas relações com os demais trabalhadores e com os usuários dos serviços de saúde.

Em consonância com Merhy (2007, 2006c), no âmbito micropolítico, se encontra a permeabilidade para a incorporação de tecnologias que permitam engendrar novos modos de gerenciar e produzir cuidados, materializados no aumento do coeficiente de autonomia dos trabalhadores, na inserção destes na organização e gestão dos processos de trabalho, na “publicização” das várias intencionalidades e racionalidades que permeiam os espaços institucionais.

Como crítica e, ao mesmo tempo, condição de possibilidade de enfrentamento e superação da reprodução da tradicional Administração científica, Campos (2007) desenvolveu um método potente para aumentar a capacidade diretiva das organizações de saúde, mediante a inclusão do coletivo de trabalhadores em atividades de direção, apostando na sua potência para a construção de novos modos de subjetivação nos serviços de saúde, enfim de construção de sujeitos – o Método da Roda.

Segundo Campos (2007), o Método da Roda contrapõe-se ao taylorismo, tendo como eixo a construção de processos de gestão compartilhada e participativa, configurando sistemas de cogestão. Para ele, o exercício da cogestão depende da produção simultânea de espaços coletivos, os quais cumpririam três funções básicas: uma clássica, de administrar e planejar processos de trabalho direcionados para a produção da saúde como valor de uso; outra de caráter político, a cogestão como uma forma de alterar as relações e os fluxos de poder e construir a democracia institucional; Por fim, uma função pedagógica e terapêutica – a capacidade que a gestão tem de influir sobre a constituição de sujeitos. A cogestão tem potência para influir sobre a produção de subjetividades, a partir da reflexão crítica dos saberes, das práticas e das relações que conformam os serviços de saúde, na perspectiva de superar a alienação – característica marcante dos modelos de gestão tradicionais, presidida pela separação entre os proprietários da organização e os produtores – alienação formal; pela separação dos produtores dos meios de produção e do resultado de seu trabalho – alienação real.

Investir na constituição e/ou fortalecimento de sujeitos

com capacidade de análise e intervenção implica aumentar coeficientes de autonomia. No entendimento de Campos (2007), o necessário equilíbrio entre controle e autonomia reside no estabelecimento de compromissos sociais, no estabelecimento de objetivos de forma compartilhada.

Sempre haverá algum grau de compromisso entre produção de valores de uso para atender as necessidades sociais e o interesse e desejo dos trabalhadores, sem o que, nenhum Coletivo se organizaria. Esta formação de compromissos é o cimento que une Sujeitos em Coletivos Organizados para a produção. [...] a possibilidade de ampliar a realização pessoal para além da sobrevivência exige outro componente: a Gestão de contratos, em que os trabalhadores tivessem mais autonomia para interferir tanto sobre o resultado do trabalho quanto sobre a Organização (CAMPOS, 2007, p. 72-73).

Consoante esse pensamento, Cecílio (1999) pondera que operar modos de gestão democráticos, possibilitando o fortalecimento dos sujeitos, implica a criação de múltiplos dispositivos ou contextos de negociação, nos quais se encontram e se confrontam as múltiplas racionalidades organizacionais, com base na ideia de que nenhum macroator – direção ou governo – tem o poder de imprimir a racionalidade da organização, sem enfrentar um complexo, permanente e dialógico processo de negociação que envolveria todos os atores organizacionais.

Outro aspecto importante do Método da Roda é sua proposta de formação de espaços coletivos, sendo que nes-

tes se produz uma relação dialética entre indivíduo e coletivo, sendo que um coletivo democrático implica a existência de espaços para expressão e reconstituição dos interesses e desejos de seus membros.

Desse modo, a cogestão pressupõe o exercício do poder de forma compartilhada e não de modo isolado, solitário. Não se trata do exercício do poder absoluto ou de sua negação, mas de explicitar a correlação de forças presentes nas organizações, reconhecendo que todos detêm determinados coeficientes de poder.

Com base nessa consideração, admite-se que sempre haverá antagonismo, conflitos e contradições entre a missão organizacional e os interesses dos trabalhadores, gerando disputas por espaços nos quais se exercem certo poder de barganha com vistas a assegurar e resguardar os interesses de cada indivíduo ou corporação. Conforme ressalta Campos (1998), no entanto, o Método não se propõe eliminar conflitos e contradições, mas permite admiti-los como inevitáveis e criar espaços para explicitá-los e equacioná-los sempre de forma negociada, considerando os múltiplos interesses envolvidos.

Essa lógica forja mecanismos de fortalecimento dos sujeitos e coletivos, possibilitando nas relações o exercício do poder, bem como o reconhecimento de que o sujeito jamais será totalmente expropriado de seu exercício se os processos de gestão permitem contextualizar a experiência e ampliar o protagonismo dos sujeitos (GUIZARDI; CAVALCANTI, 2010b).

Na configuração de processos de gestão compartilhada e participativa, formulada por Campos (2007, p. 72), assegura-se a participação dos usuários, “mas não com o mesmo sentido e proporção dos trabalhadores”. Assim, os usuários

deveriam compor os conselhos gestores por mecanismos de representação, mas não teriam assento nos colegiados, espaço privilegiado das equipes de saúde.

Este aspecto é problematizado por Guizardi e Cavalcanti (2010a; 2010b), por considerarem os efeitos que podem derivar dessa diferenciação entre as implicações dos grupos sociais nos espaços de gestão. Segundo os autores, ao se atribuir maior pertinência à participação dos trabalhadores, o conceito de cogestão proposto poderá permitir a reprodução dos modos como as instituições são apropriadas por usos corporativistas e privatistas, indo em direção oposta, contrária ao projeto de “publicização” e democratização.

Aqui, considera-se pertinente o questionamento apresentado pelos autores, mas há de se destacar o fato de que o próprio Campos (2007) já propõe estratégia que pode relativizar esses efeitos, ao apontar o apoio institucional, com função de ofertar ferramentas teóricas, políticas, técnicas e operacionais para o enfrentamento dos entraves de cada coletivo organizado.

Neste trabalho, adota-se a proposta de cogestão formulada por Campos (2007), por contemplar metodologias capazes de potencializar a democracia institucional e produzir sujeitos comprometidos com a produção de saúde. No Município de Fortaleza, constata-se adoção formal da cogestão como modelo para condução dos processos de gestão no âmbito municipal, conforme se evidencia no plano municipal de saúde (FORTALEZA, 2008). Sua implementação, entretanto, no âmbito dos serviços de saúde mental, segue como processo instituinte, tensionando os modelos tradicionais instituídos, conforme identificado nos estudos realizados por Guimarães (2007) e Guimarães *et al.* (2011).

Cabe, ainda, assinalar que a proposta de Campos (2007) comporta um conjunto de tecnologias que permitem ampliar a capacidade de intervenção das equipes de saúde, tanto nos processos de gestão quanto de atenção à saúde, possibilitando inclusive aumentar a capacidade resolutiva dos serviços de saúde mediante uma articulação em rede. Tais tecnologias foram agrupadas por Onocko-Campos (2007) em arranjos e dispositivos de gestão, os quais serão aqui conceituados, dada a relevância para este estudo.

Na concepção de Onocko-Campos (2007), os arranjos têm certa estruturação e permanência, cuja institucionalização potencializa a redução da lógica de captura e controle dos processos de subjetivação na gestão do trabalho, entre os quais se destacam os que vêm na sequência.

1. Colegiados de gestão e unidades de produção – arranjos de funcionamento regular, com normas previamente acordadas, ou seja, tem caráter estrutural e aparecem no organograma. Impõem mudanças nas linhas de mando. Eliminam-se as coordenações, gerências ou diretorias especializadas, e instituem as unidades de produção – identificada pelo produto. Toda unidade de produção deve ter um espaço colegiado de deliberação e discussão clínica. Os coordenadores dessas unidades, todos juntos, compõem o colegiado de gestão, que delibera as questões gerais, os rumos da organização.

2. Apoio matricial e equipe de referência – são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, cujo objetivo é ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Por dispositivos, concebem-se os agenciamentos operados no sentido de produzir mudanças e tensionamentos potentes para subverter as linhas de poder instituídas (BAREMBLIT, 1994), sendo relevantes para este estudo as rodas de gestão, as oficinas e assembleias realizadas no âmbito dos serviços de saúde mental em estudo.

Destaca-se o fato de que a gestão colegiada, consoante Cecílio (2010) é adotada em diferentes realidades do SUS, como eixo dos processos de gestão inovadores ou alternativos aos modelos tradicionais de administração.

Consoante esta afirmação, considera-se que a demarcação teórico-conceitual delineada aqui constitui fundamento deste estudo, sobretudo quando se evidencia em estudos anteriores, conforme já mencionado, processos instituintes dessa modalidade de gestão nos CAPS componentes do campo empírico desta pesquisa.

Modelos de gestão e de atenção à saúde: imbricações, tensões e possibilidades de mudança das práticas sanitárias no SUS

O setor saúde no Brasil, nas últimas décadas, é palco de importantes reformas institucionais, particularmente no âmbito da atenção à saúde mental. Os processos de compartilhamento de responsabilidades e de descentralização das prerrogativas e competências institucionais entre as esferas governamentais produzem experiências singulares, onde são externadas contradições importantes entre as premissas constitucionais e normativas estabelecidas, as opções de direcionalidade institucional, as condições de governabilidade e a capacidade efetiva de implementar as políticas e estratégias adotadas.

Ao se defender a consolidação de um sistema público e estatal, os aspectos referentes à gestão ganham contornos que merecem cuidados na sua operacionalização e concreitude. Mostra-se fundamental nas articulações e sobredeterminações intercambiadas entre as dimensões micro e macropolíticas a criação de condições de possibilidades para a (re)invenção de alternativas gerenciais, comprometidas com os princípios do SUS.

Historicamente, o processo de construção do SUS passa por grandes desafios, os quais podem ser analisados agrupados em duas ordens: a primeira, de natureza macropolítica, na qual se inscreve a necessidade de regulamentação jurídico-legal do sistema, respeitando a garantia constitucional do direito universal à saúde, bem como a sua sustentabilidade político-institucional, o que requer definição clara de orçamento e a formação de modelos de gestão coerentes com suas bases doutrinárias; a segunda, circunscrita no âmbito microinstitucional, diz respeito à possibilidade de reinvenção de serviços e práticas de saúde com vistas à transformação do modelo de atenção (MERHY, 2006b; PAS-CHE, 2003).

Os desafios situados na primeira ordem aqui apontada resultam das contradições que demarcaram o encontro entre a sua construção política, ideológica e técnico-operacional no referente aos modelos de gestão e atenção propostos, como política social universal, e o modelo de gestão pública vigente no Brasil na sua implantação, já discutidos. Convém assinalar que a dimensão macropolítica dos processos de gestão engloba as questões relacionadas às prioridades da política de saúde, ao desenho político-institucional do sistema de saúde e aos investimentos necessários à sua

implementação. Com efeito, a vontade política constitui um elemento determinante na elaboração de estratégias que viabilizem o atendimento às necessidades de saúde da população.

No rol das questões inerentes à segunda ordem de desafios apontada, estão as dificuldades encontradas no cotidiano dos serviços de saúde, as quais estão em torno da organização de unidades de saúde, de modo a ampliar o acesso, da organização dos processos de trabalho, das práticas em saúde, as quais devem incorporar novas tecnologias com potência para atender as necessidades de saúde, ampliando a resolubilidade dos serviços de saúde. Assim, em sua dimensão micropolítica, as práticas de gestão são perpassadas pelo processo de produção do cuidado. Nesse âmbito, reside a potência para a mudança nos modos de operar as práticas sanitárias, tensionada pelos modos como se configuram as organizações de saúde e os padrões de gerência.

A materialização dos princípios dos SUS, no âmbito micropolítico, enseja o comprometimento do coletivo de trabalhadores numa luta diária para a sua efetivação. O reconhecimento desse movimento implica reconhecer que, além do arcabouço normativo e organizacional, existem a dimensão política e a produção subjetiva do coletivo de trabalhadores, as quais se fazem presentes no agir em saúde, delimitando as formas segundo as quais se gerenciam ou se produzem os atos de cuidado.

Desse modo, a invenção de um modelo de gestão que atenda às exigências impostas pelo próprio modelo de atenção proposto pelo SUS representa um desafio em aberto, cujo enfrentamento ocorre, de modo processual, no cotidiano dos sujeitos implicados, na dimensão macro e micropo-

lítica dos serviços de saúde. Segundo Campos (2007, 1998), essa nova forma de gestão deverá assegurar a produção qualificada de saúde, a sobrevivência do sistema e a realização dos trabalhadores.

Nesse momento não se pode mais se furtar de demarcar, do ponto vista conceitual, o entendimento que norteia a discussão acerca dos dois eixos centrais abordados nesse tópico do estudo: os modelos de gestão e de atenção. Avança-se, ainda, no sentido de identificar as articulações possíveis e seus desdobramentos na configuração das práticas de saúde.

Por modelo de gestão, entende-se o conjunto de métodos e técnicas implementado pelos ocupantes de cargos de direção no intuito de operar a gestão de determinado sistema (ABREU-DE-JESUS, 2006). Esse autor, advoga a ideia de que a reorientação de um modelo de gestão em saúde deve partir da análise criteriosa dos elementos constitutivos do sistema de saúde, entre eles: a infraestrutura, o financiamento, a organização, a gestão e o modelo de atenção adotado.

No âmbito da saúde coletiva, uma corrente de pensadores debate e propõe o desenvolvimento de um modelo de gestão estratégica em saúde, na qual o planejamento e sua racionalidade instrumental constituem importante tecnologia de gestão, potencializando modos de governar organizações complexas, como é o caso da saúde, mediante a oferta de ferramentas teórico-conceituais e operacionais para se lidar com dimensão política em situações concretas nas quais os atores jogam em cena com poder compartilhado (MATUS, 1993) e com a dimensão do poder o qual pode acumular ou desacumular, seja ele no âmbito da política, da técnica ou da administração (TESTA, 2004; 1997).

Na sua formulação teórica, Matus (1993) assevera que o quadro de operacionalização do planejamento é o Governo, sendo que a arte de governar exige a articulação de três elementos fundamentais, esquematizados no que ele denominou de Triângulo de Gestão ou Triângulo de Governo, conforme demonstrado na Figura 1.

Para Matus (1993), governar exige a constante articulação das variáveis expostas em cada vértice do triângulo, quais sejam:

- **projeto de governo:** conteúdo propositivo contendo as ações que o gestor propõe realizar para alcançar seus objetivos. Portanto, é definido a partir da seleção dos problemas que o gestor se dispõe enfrentar com as respectivas estratégias de enfrentamento. Adverte-se para o fato de que o desenho do projeto deve ser criterioso e estratégico, pois implica a capacidade de executá-lo, considerando a sua viabilidade política e obtenção dos resultados dentro do período de governo do gestor;



Figura 1: Triângulo de Governo Proposto por Matus (1993).

- **capacidade de governo:** compreende o acervo de técnicas, métodos, destrezas, habilidades e experiências reunidas pelo gestor e seu *staff* administrativo que lhes conferem a competência necessária para conduzir um processo social a objetivos declarados;
- **governabilidade:** definida como a relação entre as variáveis que o ator controla e aquelas que ele não controla no processo de gestão, somada à percepção que o gestor tem dessa relação. Reside nessa percepção a possibilidade de o gestor identificar entre os atores envolvidos aqueles que têm maior controle da situação, as alianças possíveis, os enfrentamentos inevitáveis e as operações mais viáveis. Portanto, possibilita a condução estratégica da gestão.

Nesse âmbito, autores como Rivera e Artman (2003) e Rivera (2003) estabelecem uma crítica à ênfase atribuída à racionalidade instrumental do planejamento como tecnologia de gestão, a qual caracteriza as organizações formais, onde as normas e regras são rigidamente sobrepostas aos comportamentos e às relações. Reconhecem que a complexidade do trabalho em saúde, a relativa impossibilidade de controle dos trabalhadores e de padronização de suas condutas, bem como as lógicas de acumulação e desacumulação do poder nas organizações, impõem a adoção de um modelo de gestão negociado, cujo eixo norteador seja o agir comunicativo.

Defende-se, portanto, a importância de se adotar a comunicação e a negociação como elementos decisivos de determinado modelo de gestão. Assim, é de se reconhecer que a adoção da racionalidade comunicativa potencializa o desenvolvimento de organizações dialógicas e da gestão comunicativa negociada mediada pela escuta, incluindo a aprendizagem e a construção de redes na dinâmica dos serviços de saúde (RIVERA; ARTMAN, 2003; RIVERA, 2003).

Nessas formulações, observa-se uma tendência fundamentada na perspectiva funcionalista (CAMPOS, 1994), na qual a ênfase está centrada na organização e no cumprimento de sua missão, supondo a existência de único objetivo a ser percorrido por todos os segmentos dos serviços de saúde: a saúde da população, capaz de por si mesma ordenar o sentido maior das intervenções técnicas e administrativas. Tal perspectiva desconsidera as contradições internas, os conflitos e tensões constitutivas das práticas em saúde, nas quais, além da missão institucional, entram em cena os interesses corporativos e as disputas interteóricas do coletivo de trabalhadores, nem sempre convergentes com a missão e os objetivos institucionais.

Assim, o que os modelos teóricos clássicos da Administração cultivam pode ser sintetizado na busca pelo controle do processo de trabalho, com a finalidade de aumentar a produção e o capital. Por conseguinte, configura-se como um modelo que consome o sentir, o qual é encarado como mais um elemento da engrenagem mecânica capitalista. Segundo Campos (2007), a gerência está voltada para a eliminação de todo traço de subjetivismo no momento da execução das tarefas. Essa é a ideia central no pensamento de Taylor, que conjuga cientificidade com a racionalidade

administrativa, afastando qualquer traço que não seja de ordem positivista, pautada na ideia de que em uma organização tradicional, em geral, não há espaço nem tempo para escuta ou construção coletiva e o lugar de tomada de decisão é privilégio da cúpula dirigente. A busca pelo controle não admite variação, opta-se pelo consenso, por uma racionalidade eliminadora de conflitos.

Contraopondo-se a essa perspectiva, autores como Cecílio (2010; 2006), Merhy (2007; 2006a; 1999; 1997), Campos (2007; 2006b; 1998; 1994) e Onocko-Campos (2007), apoiados nas vertentes teóricas do planejamento em saúde, mas principalmente na Psicanálise e na análise institucional, se debruçam sobre a temática da gestão em saúde, de forma crítica, propondo modelos alternativos de cunho democrático, descentralizado, produtor de sujeitos autônomos com capacidade de análise e intervenção, mesmo que não ocupem cargos típicos de gestão.

O debate em torno da subjetividade dos diferentes sujeitos ganha visibilidade como elemento intrínseco aos processos de gestão em saúde, a qual pode ser conformada nos modos como se organizam e se exercem as práticas gerenciais. Assim, Campos (2007; 2006c;) e Pasche (2003) consideram que os processos de gestão pautados na racionalidade gerencial hegemônica procuram cada vez mais estratégias para enquadrar o trabalhador, promovendo o seu controle e a dicotomia entre direção e execução do trabalho. Assim, reduz os trabalhadores à condição de sujeito-objeto, de sujeitos dóceis ao objetivo da organização, alienados e pouco produtivos. Castra-lhes a autonomia, portanto, desconsidera os seus desejos, interesses e conflitos vivenciados em relação à lógica de organização produtiva; enfim, a sua produção subjetiva.

Esses autores defendem a prerrogativa de que a reforma dos serviços de saúde, e também dos modelos de gestão, não deverá ocorrer somente na estrutura organizacional, mas no nível das relações entre os diferentes atores – gestores, trabalhadores e usuários – mediante a construção de sujeitos autônomos, capazes de “publicizar” seus desejos, interesses e necessidades. Coloca-se aqui um desafio: gerenciar para produzir sujeitos. Para tanto, faz-se necessária a elaboração de um saber crítico que negue o suposto determinismo absoluto do geral sobre o particular, do econômico e político sobre as instituições e destas sobre as pessoas; adoção de processos gerenciais que permitam a expressão subjetiva do coletivo de trabalhadores com certo grau de liberdade, com coeficientes de autonomia, na busca incessante de aperfeiçoamento e transformação. Requer, ainda, um esforço contínuo para redução da distância entre os que exercem cargos de comando e os que executam as ações. Implica, portanto, a possibilidade de participação de todos, em alguma medida, na gerência; na reformulação de organogramas; e na distribuição de poder decisório de modo que seja atribuída às equipes a livre organização do seu processo de trabalho.

Evidencia-se o fato de que a reorientação da gestão em saúde, na concepção de Merhy (2007; 2006a; 2006c) e Campos (2007; 2006b; 1998; 1994), implica a reorganização dos processos de trabalho que, por sua vez, redirecionam a produção das práticas de cuidado.

A discussão delineada até aqui põe em relevo uma questão fundamental a ser considerada: a inseparabilidade gestão/atenção em saúde. Há, portanto, uma imbricação entre essas duas dimensões das práticas sanitárias, sendo que

a construção e/ou transformação de um modelo de atenção somente se concretizará quando estiver aliado a um projeto político-institucional, ou seja, um modelo de gestão que o avalize (ABREU-DE-JESUS, 2006).

Consoante esse pensamento, Azevedo (2002) defende o argumento de que a melhoria do modelo de atenção implementado no SUS requer mudanças na gestão, de tal forma que os sujeitos envolvidos – gestores, trabalhadores e usuários – assumam papéis de relevância, potencializando o estabelecimento de práticas humanizadas; sendo este processo dificultado por importantes entraves como modelos de gestão centralizados e verticalizados, os quais, ao expropriar do trabalhador o seu processo de trabalho, dificultam ou impedem o protagonismo e a autonomia dos sujeitos envolvidos diretamente na execução das políticas de saúde.

De forma complementar, Merhy (2006c; 1999) considera que é preciso repensar o modo de atuação na saúde como requisito indispensável para se forjar um novo modelo de atenção que tenha como eixo de construção uma nova possibilidade de ser trabalhador na saúde desde uma outra maneira de se relacionar com o sofrimento e com a vida na dimensão individual e coletiva. Para tanto, não é suficiente apenas investir mais recursos no sistema, pois se deve modificar o modo de gerenciar serviços e de se trabalhar na saúde.

A consolidação da proposta do SUS no tocante às formas de intervenção em saúde requer a mudança do modelo de atenção, superando o que o antecedeu. Não obstante, é reconhecido o fato de que, historicamente, a organização do sistema de saúde brasileiro configurou-se baseada em distintas formas de intervir no processo saúde-doença, reve-

lando uma diversidade de modelos de atenção na realidade concreta dos serviços, os quais diferem quanto aos modos de organização dos serviços e do processo de trabalho, expondo a necessidade de convidar os trabalhadores da saúde à reflexão acerca do seu trabalho e do modelo de atenção à saúde que lhe é subjacente (BEZERRA *et al.*, 2011).

Sabidamente, o debate acerca dos modelos de atenção foi a tônica do MBRS, ganhando contornos cada vez maiores na década de 1980, quando se observam a produção acadêmica de pesquisadores em torno da temática, o desenvolvimento de experiências inovadoras de gestão e a organização dos processos de trabalho e dos serviços de saúde.

No âmbito da Saúde Coletiva brasileira, constata-se uma diversidade de abordagens teórico-conceituais em relação aos modos de intervenção em saúde: modelo assistencial em saúde (PAIM, 2008; MERHY, 1998), modelo de atenção à saúde (PAIM, 2008; MERHY, 2006b; TEIXEIRA, 2003; CAMPOS, 2007b; 1998), modelo tecnoassistencial em saúde (MERHY, 2006c; 2006d; 2003; SILVA-JUNIOR, 2006). Observa-se, portanto, a utilização dessas denominações em diferentes contextos, ora como sinônimas ora com sentidos distintos, cujas concepções são elaboradas com base em referenciais teóricos, políticos, sociais e técnico-operacionais que constituíram as estratégias de mudanças nos serviços e sistemas de saúde que foram palcos de experimentação e reflexão crítica de cada uma das propostas. Desse modo, todas são expressivas do ideário que orienta a conformação de determinado sistema ou serviço de saúde.

Ao explorar as contribuições teóricas dos autores em epígrafe, encontram-se aspectos que subsidiam a sua construção conceitual, permitindo identificar as aproximações,

limites e diferenciações nas dimensões tomadas como referência para a definição dos modelos de atenção em saúde.

Em relação aos modelos assistenciais em saúde, Paim (2008; 2003) considera que, durante a década de 1980, esta expressão se referia aos modos de organização dos serviços de saúde, envolvendo unidades com distintas complexidades tecnológicas relacionadas entre si nos diferentes espaços e populações. O autor amplia esta concepção ao redefini-la como combinações de saberes e técnicas utilizadas na resolução de problemas e atender às necessidades de saúde. Configuram, portanto, o conteúdo dos sistemas de saúde, ou seja, as ações; entretanto, não se reduzem somente às formas de organizar serviços, tampouco apenas um modo de administrar. Pode-se considerar que esta concepção se fundamenta na teoria do processo de trabalho (TEIXEIRA, 2003).

Segundo Teixeira (2003) e Paim (2008), desde essa perspectiva, os modelos de atenção à saúde podem ser entendidos como formas de organização das relações entre os diferentes sujeitos, mediadas por tecnologias, materiais e não materiais, operadas no interior do processo de trabalho com vistas ao atendimento às necessidades de saúde individuais e coletivas, definidas de acordo com o contexto histórico, político, sociocultural e econômico.

Nessa perspectiva, Mehry (2006b) e Campos (2007b) defendem a noção de que o modelo de atenção se refere aos modos como se produz saúde, articulando-se aos modos como a sociedade e o Estado desenvolvem e utilizam tecnologias para produzir e distribuir ações de saúde, situando-se em uma conjuntura social, econômica, cultural e histórica. Defendem, ainda, noção de que o modelo de

atenção se materializa e conforma nos microespaços e no cotidiano dos serviços, expressando-se por um conjunto de processos de trabalho. A análise destes modelos deve levar em consideração os seguintes aspectos: as concepções de saúde em vigor, os saberes, tecnologia e as relações estabelecidas entre os atores envolvidos, bem como os interesses e as disputas presentes no contexto sócio-histórico.

Nas contribuições teóricas de Silva Junior (2006), Merhy (2006c) e Campos (2006a), encontra-se a concepção de modelo technoassistencial, o qual compreende a forma como são organizadas as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais. Envolve a articulação entre os modos de gerir e produzir ações de saúde, pautada numa perspectiva sistêmica (TEIXEIRA, 2003), por incluir as seguintes dimensões: a) gerencial – relacionada à condução dos processos de reorganização das ações e serviços; b) organizativa – refere-se ao estabelecimento das relações entre as unidades prestadoras de serviços; c) technoassistencial – compreende as relações entre os sujeitos do trabalho e seus objetos de trabalho, mediadas por saberes e técnicas. Incluía-se, ainda, no conteúdo dessa formulação a defesa da saúde como direito, propondo o denominado modelo em defesa da vida, cuja gestão do trabalho seja exercida de maneira democrática, promovendo a autonomia dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de trabalho, o qual deverá ser organizado de forma coletiva.

Cabe ressaltar que, neste estudo, se opta por adotar a terminologia modelo de atenção à saúde por considerá-la mais coerente à proposta do SUS, inscrita na Lei 8080/90 (BRASIL, 2001), que incorpora a assistência como integrante da ideia de atenção, que ultrapassa os limites da tradicional

assistência médica, propondo a articulação entre esta e as ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Além disso, percebe-se uma perspectiva ideológica e ético-política mais comprometida com o reconhecimento do usuário como sujeito de direito à atenção e não como mero paciente objeto da assistência.

Ao analisar a evolução dos modelos de atenção à saúde no Brasil e as propostas de mudanças nos diferentes contextos, observa-se a convivência de modelos operados simultaneamente, que, embora apresentem contradições e antagonismos entre si, podem se complementar. Nesse sentido, Paim (2008) identifica a existência de modelos hegemônicos ainda subsistentes e a iminência de modelos alternativos como propostas singulares, resultantes de experiências exitosas, com potência para mudar as práticas de cuidado no SUS.

Breve resgate histórico dos modos de intervenção em saúde no Brasil revela a dicotomia/separação entre a assistência médica e ações de saúde pública voltadas para a promoção da saúde, prevenção e controle de doenças. Tem-se, desde a proclamação da República, quando o Estado brasileiro acumula mais autonomia, a instauração de dois modelos que se tornaram hegemônicos: o médico assistencial privatista e o sanitarista campanhista (BATISTA *et al.*, 2011; SILVA JUNIOR, 2006; FINKELMAN, 2002).

Em linhas gerais, o modelo médico-assistencial privatista tem como traços fundamentais: o atendimento à demanda espontânea; assistência individual com o foco da atenção centrado na doença, privilegiando, portanto, a Medicina curativa; ênfase no biologicismo; estímulo ao consumismo médico; participação passiva ou subordinada do consumidor; e o médico como único responsável pelo tratamento.

Aqui, predominava a prática médica liberal exercida segundo as leis de mercado; no entanto, tal modelo não é representativo somente da iniciativa privada, uma vez que se reproduz no setor público. O modelo sanitarista tem como marco histórico expoente o desenvolvimento das campanhas de controle de varíola, febre amarela e peste, entre outras, lideradas por Oswaldo Cruz, cuja modalidade de intervenção se reproduz nos dias atuais no combate às endemias e epidemias. Expandiu-se a partir da década de 1940, com instalação de centros e posto de saúde, imbuídos da missão de executar programas especiais (SILVA JUNIOR, 2006; CAMPOS, 2006a; FINKELMAN, 2002).

Historicamente, a assistência médica individual passou a constituir questão de Estado no Brasil na década de 1920, direcionada aos trabalhadores vinculados ao mercado de trabalho formal, cujos mecanismos legais, administrativos e operacionais consolidaram a assistência médica previdenciária. Essa mesma perspectiva que elegeu o Estado como financiador da assistência médica, via previdência social, marcou a política de saúde nos anos 1960 e 1970, período no qual se deu forte indução à ampliação do número de hospitais no País, com financiamento público, e eleição destes como *locus* privilegiado de assistência à saúde em detrimento das ações de saúde pública, que passaram a ser subfinanciadas, caracterizando o que ficou conhecido como modelo hospitalocêntrico (BATISTA *et al.*, 2011; FINKELMAN, 2002).

A emergência dos movimentos sociais, particularmente do MBRS, no cenário do processo de redemocratização do País vivenciado na década de 1980, trouxe à tona as questões relacionadas ao modelo de atenção vigente, entre elas: o acesso às ações e serviços de saúde restrito aos con-

tribuintes da previdência social, o entendimento de saúde como ausência de doença, o alto custo do sistema, a baixa resolubilidade, o baixo impacto dos serviços na saúde da população, a segmentação do sistema manifestada na separação entre assistência médica e ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos. Estas, entre outras, constituíram a banda de luta pela reforma sanitária no Brasil, cujo ápice dessa luta foi a implantação do SUS, discutida ao longo deste trabalho.

O SUS inaugura a reorientação do modelo de atenção, ainda marcado pela predominância da assistência médica individual curativa, também definido por Merhy (2006b; 2006c; 2006d; 2007) como modelo médico-centrado. Emergiram vários modelos alternativos baseados em experiências inovadoras e exitosas como propostas instituintes, ocorridas em diferentes cenários, as quais promoveram mudanças significativas no modelo de atenção no contexto em que foram implementadas, ganhando visibilidade com o debate e constituição teórica delineada por pesquisadores de várias universidades brasileiras. Nesse sentido, destacam-se os seguintes modelos: ações programáticas de saúde (SCHRAIBER, 1993), em defesa da vida (CAMPOS, 2006a; MERHY, 2006a; 2006b; 2006d; CECÍLIO, 2006), vigilância à saúde (PAIM, 2003; TEIXEIRA, 2002; TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 1998), promoção da saúde (TEIXEIRA; SOLLA, 2006; CARVALHO, 2005), saúde da família (BRASIL, 2001).

Existem confluências entre esses modelos, sendo que a principal reside na perspectiva de superação do modelo assistencial privatista, médico-centrado, na perspectiva de deslocar o foco da atenção da doença para a produção de saúde, do indivíduo para a família e o território, numa pers-

pectiva de construção da integralidade da atenção à saúde, considerando as necessidades de saúde da população.

Há que se destacar, no entanto, a existência de elementos que os diferem, determinados pelo seu contexto de origem, os fundamentos filosóficos e teóricos que os embasam, o conteúdo de sua proposta, o grau de porosidade, do diálogo entre eles na prática, bem como a possibilidade de articular mudanças concretas. Dentre eles, percebe-se que o modelo em defesa da vida e o de ações programáticas privilegiam a mudança no espaço microinstitucional por meio da reorganização dos processos de trabalho; o modelo de promoção da saúde, por exemplo, busca desencadear mudanças macropolíticas, referentes a formulação e implementação de políticas, extrapolando, inclusive, a circunscrição dos sistemas de saúde; no campo intermediário, situam-se as propostas de vigilância da saúde e a de saúde da família, ambas enfatizando os aspectos técnicos e organizacionais do conjunto de práticas de saúde, tomando como referência a noção de integralidade (TEIXEIRA; SOLLA, 2006).

Considerando a sua expressividade e o seu caráter estratégico atribuído pelo Ministério da Saúde, destaca-se a implantação do Programa Saúde da Família, na década de 1990, posteriormente considerado como estratégia para reorientação do modelo hegemônico, assumida como reorganizadora da atenção básica, introduzindo mudanças no objeto da atenção, no modo de atuação e na organização dos serviços de saúde. Busca romper com as práticas pautadas no biologicismo, o qual orientava a abordagem do processo saúde-doença voltado predominantemente para ações curativas; com a assistência centrada no médico, propondo a atuação de equipe multiprofissional; com a lógica

hospitalocêntrica, elegendo o território como palco das ações de saúde.

De acordo com Merhy (2007; 2006b) e Franco e Merhy (2006), a Estratégia Saúde da Família emergiu inscrita em projetos mais abrangentes oriundos do MBRS, apresentando possibilidades de transformação do modelo de atenção, ao pressupor mudanças nos modos de produção do cuidado, ao buscar fazer o traslado da lógica de oferta de serviços com base no atendimento à demanda espontânea para a incorporação da noção de necessidades de saúde. Nesse sentido, não prescindiu da reorganização do processo de trabalho, sobretudo no tocante à centralidade do saber e da prática médica, o que determinou a configuração do trabalho em equipe e o desenvolvimento de práticas sanitárias que reconhecem a centralidade do usuário como sujeito do processo saúde-doença.

Coadunam-se e, ao mesmo ao tempo, potencializam a implementação dessa lógica de reconfiguração dos processos de trabalho e das práticas em saúde as proposições do modelo em defesa da vida, quando propõem o acolhimento, o vínculo e a construção de autonomia como tecnologias de cuidado reordenadoras dos modos de operar o trabalho e os serviços de saúde. Nessa lógica, toma-se a noção de necessidades de saúde como determinante da definição dos projetos terapêuticos e a centralidade no usuário como sua premissa fundamental (MERHY, 2007; 2006a; 2006b; 2006c; 2003; CAMPOS, 2007; 2006c; CECÍLIO, 2006). Tudo isso implica o reconhecimento do usuário como sujeito, impondo uma nova direcionalidade na prática clínica, a qual deverá evoluir da prática médico-centrada ou procedimento-centrada, que configuram a clínica degradada ou oficial, para

uma clínica ampliada, capaz de reconhecer a singularidade do sujeito e suas múltiplas dimensões – biológica, psicológica, social, cultural, espiritual e política (CAMPOS, 2007b; CARVALHO; CUNHA, 2006).

A centralidade no usuário significa não apenas o atendimento as suas necessidades de saúde mais imediatas, mas também a possibilidade de estimular a sua participação e protagonismo na reflexão e ação sobre a saúde como direito a ser defendido e como responsabilidade coletiva. Assim, requer o desenvolvimento de uma consciência sanitária que permita o enfrentamento dos problemas de saúde de forma individual e coletiva, com vistas a uma sociedade mais justa, solidária e democrática (MERHY, 2007; 2006ab; 2006c).

Ante o desafio de qualificar a atenção e a gestão no âmbito do SUS, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) incorpora esses elementos à Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde - PNH como dispositivos, dentre outros, a serem operados nos processos de humanização das práticas em saúde.

Por fim, consoante a Campos (2006c), é reconhecido o fato de que transformações nos modelos de gestão somente se concretizarão mediante mudanças nas práticas de saúde, nos modos como se organizam os processos de trabalho. Fazem-se necessária a ampliação da autonomia das equipes, mediante a sua corresponsabilização no gerenciamento do processo de trabalho e a construção de relações entre trabalhadores e usuários baseadas no acolhimento, vínculo e autonomia, permitindo o reconhecimento do outro do sujeito corresponsável pela sua saúde e seu modo de andar a vida, resultando, em última instância, na ampliação da resolubilidade dos serviços e ações de saúde.

Toda essa discussão delineada no campo da saúde coletiva faz interface com os processos de mudanças observados na saúde mental desde o MBRP. Desse modo, vê-se que os movimentos de reforma psiquiátrica e sanitária têm a mesma gênese, o que promoveu a interfertilização de ambas na reconstrução dos modelos de atenção. Em decorrência, porém, de suas especificidades, a saúde mental percorreu caminho próprio, embora circunscrito e com seus rumos potencializados pelas propostas democráticas do MBRS e pela construção do SUS. Por esta razão, se fará, a seguir, um debate acerca dos modelos de atenção à saúde.

Os modelos de atenção à saúde mental: a luta por um cuidado integral e humanizado ao portador de transtorno mental

Discutir a constituição de modelos de atenção a saúde mental, requer situá-los no contexto de constituição do paradigma psiquiátrico e dos movimentos de reforma psiquiátrica, cuja centralidade reside em propostas voltadas para a reversão da assistência psiquiátrica historicamente marcada pela reclusão e segregação social do portador de transtorno mental.

Esse traço marcante na constituição do modelo tradicional está presente desde a lógica fundadora do hospício no século XVIII, que, pautada no paradigma científico vigente, considerava que era preciso isolar para conhecer e conhecer para intervir. Apontava-se, portanto, para o isolamento como instrumento de tratamento (FOUCAULT, 1997; AMARANTE, 2006; 1996).

Na realidade do hospício/asilo, instituiu-se a Psiquiatria como especialidade médica, tendo como seu mentor o médico francês Philippe Pinel. Este instituiu o tratamento moral como modalidade terapêutica, pautado na concepção de que a loucura era um distúrbio da razão, cuja correção ensejava a volta à razão e a cura da alienação mental. Esse tratamento sustenta-se em três premissas básicas: o isolamento do mundo externo, a organização do espaço asilar e manutenção da sua disciplina e submissão à autoridade. Essa modalidade de tratamento pautou a prática psiquiátrica como principal recurso terapêutico até meados do século XX (ALVES; GULJOR, 2006; OLIVEIRA, 2002; PESSOTTI, 1995).

Os avanços da ciência e da tecnologia médica, ocorridos no século XX, permitiram o domínio de um amplo, sólido e complexo conhecimento empírico e científico, fundamentado numa racionalidade cognitivo-comportamental sob a qual se assentou o modelo biomédico que também inspirou os modos de intervenção na Psiquiatria.

Ainda na primeira metade deste século, começaram a ser introduzidas outras modalidades de tratamento psiquiátrico, como a intervenção cirúrgica, a eletroconvulsoterapia e a psicofarmacoterapia, todas consolidando a racionalidade biomédica, de caráter reducionista, circunscrita a dimensões biológicas e mecanicistas sobre a saúde e o corpo. Assim, operam com reducionismos em relação à concepção de saúde e loucura, assumindo uma mecânica de corpo e de mente; portanto, operado nas mesmas bases do modelo biomédico ou médico assistencial hegemônico (DALMOLIN, 2006; ROCHA, 2005).

No que pese a inserção de novos recursos terapêuticos, o hospital psiquiátrico permanece como local privilegiado

de execução das práticas. Nesse modelo, as intervenções estão voltadas para cura, tomando como objeto de intervenção a doença. O médico ocupa lugar central na organização dos processos de trabalho e nas decisões acerca das terapêuticas adotadas, portanto, com muito acúmulo de poder decisório. Com efeito, o que se observou foi a submissão dos indivíduos a longas e repetidas internações, a cronificação da doença e, muitas vezes, o dilaceramento dos laços familiares e sociais, decorrentes da segregação.

Os traços que demarcam a configuração desses modos de operacionalização das práticas no campo da Psiquiatria, nos dois períodos históricos mencionados, moldam os modelos de atenção tipificados por Sampaio (1988) como modelo asilar e modelo psiquiátrico clássico, respectivamente. Nessa obra, o autor sinaliza o desenvolvimento do terceiro modelo, denominado psicossocial territorial, o qual foi mais bem caracterizado em trabalhos posteriores (SAMPAIO, 2001; SAMPAIO, 2006; SAMPAIO, 2006; SAMPAIO; GUIMARÃES; ABREU, 2010; SAMPAIO *et al.*, 2011), discutido mais adiante, como processo em construção desde o MBRP.

Evidenciam-se, com início no fim da Segunda Guerra Mundial, movimentos de reforma psiquiátrica na Europa e nos Estados Unidos, assentados na preocupação em reorientar as práticas de assistência à loucura. Questionavam-se o papel e a natureza, tanto da instituição psiquiátrica quanto do saber psiquiátrico. A eclosão dessa preocupação foi favorecida, no cenário pós-guerra, em virtude da necessidade de reconstrução dos diferentes países envolvidos, particularmente os europeus, do surgimento de movimentos civis e da maior tolerância às minorias, aliada à percepção de que o tratamento era ineficaz.

Com características próprias, decorrentes dos fundamentos que os sustentaram, nos distintos contextos, desenvolveram-se várias experiências de reformas, entre as quais Psiquiatria de Setor Francesa – final da década de 1940; Análise Institucional Francesa – início da década de 1950; Comunidade Terapêutica na Inglaterra – início da década de 1950; Antipsiquiatria na Inglaterra – década de 1960; Psiquiatria Preventiva e Comunitária nos Estados Unidos – década de 1960; Psiquiatria Democrática na Itália – na década de 1970 (SAMPAIO; GUIMARÃES; ABREU, 2010).

Apesar dos diversos movimentos de reforma em diversos países com vistas à modificação e até mesmo à substituição do modelo de atenção psiquiátrica, centrado no asilo/hospital, tomando a doença como objeto de intervenção, a partir de 1960, foi desencadeada no Brasil a expansão da rede de hospitais psiquiátricos, bem como a construção de ambulatórios especializados, concorrendo para a implementação do modelo médico-hegemônico. Constituiu-se um importante marco de inflexão nas políticas de saúde mental no País.

Somente na década de 1970, sob forte influência dos movimentos de reforma em curso na Europa e nos Estados Unidos, começou a se desenvolver o Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica, questionando a iatrogenia do hospital psiquiátrico que, ao excluir e manter o doente confinado por longos períodos, submetendo-o a maus-tratos, conduzia-o à perda da identidade e da dignidade, acabava por torná-lo um crônico. Denunciavam-se a violência dos hospitais psiquiátricos, a exclusão social e a cronificação (OLIVEIRA, 2002; AMARANTE, 2007; 2006).

No campo prático, começa-se a privilegiar a discussão e a implementação de experiências de desinstitucionalização, entendida não apenas como desospitalização, mas como processo de construção de práticas de atenção operadas no território, configurando um processo operacional de desconstrução dos saberes e das práticas asilares (AMARANTE, 2006; 1996).

Nesse sentido, Amarante (2007) baseia-se e, ao mesmo tempo, aposta na proposta de desinstitucionalização da experiência basagliana, operada na Reforma Democrática italiana, como modelo a ser seguido. Contrapondo-se ao modelo psiquiátrico no qual a centralidade estava na doença e o sujeito era posto entre parênteses, propõe que a doença seja colocada entre parênteses para se ocupar dos sujeitos em suas experiências concretas, em seu sofrimento. Para o autor, pensar a desinstitucionalização dessa forma pressupõe lançar mão de diversos aspectos conceituais e práticos não circunscritos à Psiquiatria em si, mas imbricados numa relação dialética entre o conceito e seus sentidos, cujo desdobramento é uma construção histórica, socialmente determinada do lugar do louco na sociedade.

Partindo dessas premissas, a Reforma Psiquiátrica norteou a formulação da política de saúde mental brasileira nas últimas décadas, pautada num arcabouço normativo, que orienta a redução dos leitos em hospital psiquiátrico e a implantação/implementação de uma rede de atenção substitutiva constituída por serviços territoriais abertos, entre estes: CAPS, residências terapêuticas, centros de convivência, leitos em hospital geral, equipes de atenção primária à saúde, hospital-dia, projetos de apoio a permanência do portador de transtorno mental na família – a exemplo do Projeto

de Volta pra casa, cuja implementação forja a configuração do modelo psicossocial territorial.

É reconhecido, no entanto, o fato de que esse movimento não se limita apenas a uma política de assistência, mas requer um conjunto articulado de ações que possibilite a reinserção social do portador de transtorno mental, o seu viver no território, exercendo a sua cidadania.

Assim, a Reforma Psiquiátrica brasileira, sem dúvida, se configura como um movimento transformador de caráter político, jurídico, social, econômico e cultural do lugar social atribuído à loucura. Para Amarante (2007), ela representa mais do que um movimento pela reorganização de serviços de saúde mental; constitui em processo social complexo que envolve quatro dimensões, que em se tratando de processo, devem ser trabalhadas de forma simultânea e inter-relacionadas:

- dimensão teórico-conceitual – relacionada ao campo epistemológico. Compreende o conjunto de conceitos/saberes que fundamentam as ações desenvolvidas no âmbito da saúde mental;
- dimensão técnico-assistencial – refere-se ao modelo de atenção adotado e às práticas advindas desse paradigma;
- dimensão jurídico-política – envolve as questões relacionadas à revisão das legislações sanitária e psiquiátrica, resgatando para a pauta das discussões questões como cidadania e garantia de direitos (sociais, civis e políticos), ao mesmo tempo em que direciona para a necessidade de redefinição das relações sociais até então estabelecidas com a loucura e com o portador de doença mental;

- dimensão sociocultural – discute a perspectiva de transformação do imaginário social referente à loucura e os modos de lidar com ela. Implica estabelecer diálogo com a sociedade que potencialize a transformação do valor social desses sujeitos como ponto de partida para a construção de uma rede de relações e de suporte.

Do ponto de vista histórico, há experiências de desinstitucionalização que representam marcos importantes na Reforma Psiquiátrica no Brasil, entre elas: o fechamento da Casa de Saúde Anchieta, em 1989, com a implantação do primeiro CAPS no País e de várias outras estratégias, conformando uma rede para além do subsistema de saúde mental com a participação da sociedade civil, permitindo a inclusão da loucura na agenda da cidade (AMARANTE, 2006; ROCHA, 2005). No Ceará, a Reforma Psiquiátrica tem início no interior do Estado mediante a implantação do primeiro CAPS, na cidade de Iguatu, em 1991; seguido dos CAPS de Canindé e Quixadá, ambos em 1993; Icó, em 1995. A capital, Fortaleza, somente em 1998 implanta seu primeiro CAPS (SAMPAIO; SANTOS, 2001).

Do ponto de vista normativo, Borges e Baptista (2008) empreendem uma análise do modelo de atenção, destacando o fato de que somente foi possível discutir políticas de saúde mental recentemente com a Reforma Psiquiátrica. Contextualizam a evolução/transformação do modelo de atenção à saúde mental, tomando como referência o aparato legal, instituído por um conjunto de portarias editadas pelo Ministério da Saúde, as quais compõem as seguintes linhas de atuação, desde 1990: qualificação/desospitalização, avaliação/desospitalização, reorganização da assistência

hospitalar avaliação e acreditação, instituindo a Autorização de Internação Hospitalar – AIH, implantação e expansão dos CAPS, Programa de Volta pra Casa, Serviço Residencial Terapêutico, ações de Saúde Mental na Atenção Primária.

Ao discutir a reconfiguração do modelo de atenção psiquiátrica, Alves (2006) procura sistematizar a evolução histórica das formas de organização dos serviços e seus consequentes modos de intervenção, conforme demonstrado abaixo.

Quadro 3: Modelos de Atenção Psiquiátrica (ALVES, 2006).

Período	Pressupostos	Serviço
Até os anos 1970	Preventivismo Especialização	Simplificação Hospícios
Anos 1970 – 80	Especialização Setorização	Hospícios ou Ambulatórios especializados
Anos 1980 - 90	Racionalidade Regionalização Hierarquização Intensidade	Porta de entrada Rede de serviços regionais Referência/contrarreferência
Anos 1990	Território Diversificação Complexidade	Responsáveis regionais Único/ integral Rede social
Tendência nos anos 2000	Inversão do modelo	PSF/PACS Internação domiciliar

Para Alves (2006), a conformação do novo paradigma de atenção à saúde mental, ao reconhecer a ineficácia do tratamento proposto no modelo anterior expressa na cronificação, deve ultrapassar da perspectiva de tratar a doença para a de cuidar do sujeito. Para tal, deve primar pela integralidade das ações em suas dimensões ideológicas e técnico-operacionais. Então, se torna fundamental a operacionalização de práticas voltadas para reinvenção de saúde,

considerando as potencialidades de cada sujeito, os seus desejos, o seu modo de andar a vida e o seu projeto de felicidade, como condições para o êxito técnico e o sucesso prático das equipes de saúde (AYRES, 2009; 2008), conformando um conjunto de ações que promovam a sua reinserção social, o seu transitar pela cidade.

Nesse sentido, Amarante (2006) assevera que, no movimento de Reforma Psiquiátrica, se pode adotar a noção de integralidade como bandeira de luta, como eixo norteador de práticas e valores não restritos à organização dos serviços ou a construção de modelos ideais.

Essa noção de integralidade fundamenta-se na perspectiva teórica apontada por Mattos (2006), para quem esta possui três conjuntos de sentidos fundamentais: o primeiro reporta-se ao campo das práticas dos profissionais de saúde, propondo um deslocamento da perspectiva reducionista de considerar os aspectos biológicos presentes na queixa-conduta, para uma abordagem mais abrangente, no encontro trabalhador da saúde do usuário, no sentido de contemplar as necessidades de saúde. O segundo sentido, apontado pelo autor, privilegia as questões relacionadas à organização dos serviços e das práticas em saúde. Propõe pensar a construção da integralidade a partir do engendramento de articulação entre ações e serviços de saúde, de forma horizontalizada, onde a atenção esteja sempre aberta às necessidades de saúde do usuário, privilegiando a construção de linhas de cuidado. No terceiro, problematiza-se a fragmentação como traço marcante da elaboração das políticas de saúde, na qual os objetos são descontextualizados em relação aos sujeitos sobre os quais a política incide. Destaca-se a importância de se adotar a articulação intersetorial na formulação das políti-

cas públicas, numa perspectiva de superar os reducionismos que se manifestam com a descontextualização dos sujeitos e de suas necessidades concretas, tomando como objeto apenas problemas contingenciais.

Desse modo, a noção de integralidade instrumentaliza a construção do modelo de atenção psicossocial, articulando-se com a proposta de humanização da atenção à saúde mental, bem como com a qualidade das ações e serviços. Nesse sentido, Sampaio, Guimarães e Abreu (2010), defendem a noção de que, no atendimento à demanda aos portadores de sofrimento psíquico, faz-se necessário considerar o sujeito em suas diversas dimensões, considerando as suas necessidades de saúde mediante a construção de projetos terapêuticos singulares; articulação entre os diferentes serviços e redes de atenção existentes no território, no sentido de constituir fluxos de atendimento às diferentes problemas, rompendo a clássica separação entre mente e corpo; articulação entre as políticas de saúde mental e de assistência social, potencializando a reinserção social e a construção da cidadania, como perspectiva para possibilitar alternativas de circulação do portador de transtorno mental na cidade; Por fim, acredita-se que a humanização dos serviços, qualificando a atenção e a gestão, requer a resignificação das práticas e das relações estabelecidas entre os diferentes sujeitos, e, sobretudo, o reconhecimento da saúde como direito de cidadania.

Observa-se, neste momento, que importantes diferenças podem ser identificadas, entre os modelos tradicionais de atenção psiquiátrica e o modelo de atenção psicossocial territorial, refletindo mudanças na organização dos serviços e das práticas. Nesse sentido, Costa-Rosa (2000) sistematiza um conjunto de diferenças entre o que ele chamou de

modos asilar e psicossocial, evidenciando que estas se expressam tanto em termos de saberes e práticas quanto em relação aos discursos que os sustentam. Para o autor, as mudanças se refletem na dimensão ética do cuidado em saúde mental, entre as quais menciona a conceituação do objeto de intervenção, as formas de organização institucional, incluindo os meios de trabalho, a composição das equipes e as formas de estabelecer as relações com os usuários, conforme demonstrado no quadro 4.

Evidenciam-se, na sistematização apresentada, rupturas ideológicas, políticas, éticas, estéticas, socioculturais, técnicas e operacionais. Estas devem ser concretizadas na consolidação do modelo de atenção psicossocial, como condição para efetivar a produção do cuidado integral e humanizado em saúde mental, sendo os CAPS serviços estratégicos na ordenação da rede de cuidados ao portador de sofrimento psíquico.

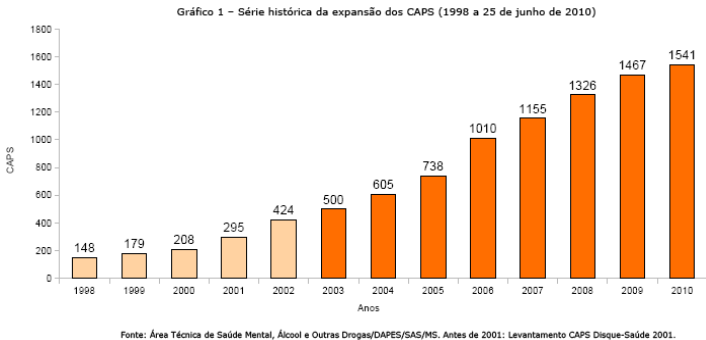
Destaca-se o fato de que a implantação dos CAPS foi regulamentada ainda no início do processo de implantação do SUS, por meio da Portaria nº 189/91 e da Portaria nº 224/92. Somente com a Portaria nº 336/2002, no entanto, foram definidas as suas modalidades, levando em conta a ordem crescente e a complexidade da abrangência populacional. Além disso, reitera a dimensão técnica destes centros e determina o mínimo de categorias profissionais que deverão atuar nestes serviços. Assim, têm-se as seguintes modalidades de CAPS: Geral I, II e III, destinados ao atendimento da demanda da população adulta em sofrimento psíquico; CAPS ad, destinado ao atendimento de usuários de álcool e outras drogas; e CAPS i, destinado ao atendimento da população infantojuvenil (BRASIL, 2005).

Quadro 4: Características fundamentais dos modelos de atenção asilar e psicossocial (COSTA-ROSA, 2000).

Analisador	Modo asilar	Modo psicossocial
Concepções do objeto de intervenção	<ul style="list-style-type: none"> - doença; - ênfase nas determinações orgânicas; - pouca ou nenhuma consideração do sujeito - isolamento 	<ul style="list-style-type: none"> - sujeito - determinações políticas e biopsicossociais e culturais - integração social
Meios de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> - Recursos multiprofissionais; - fragmentação do processo de trabalho; - médico-centrado; - Ênfase na medicação e controle disciplinar como instrumentos de intervenção. 	<ul style="list-style-type: none"> - Equipe multidisciplinar numa perspectiva de interdisciplinaridade; - Integração dos processos de trabalho; - usuário-centrado; - Ênfase na reinserção social como instrumento de trabalho
Cenário de práticas	- hospital psiquiátrico	- serviços territoriais abertos
Formas de organização institucional	<ul style="list-style-type: none"> - Organogramas verticalizados - Fluxo de poder centralizado/verticalizado - Estratificação do poder e do saber - Sem participação social (usuários e familiares) 	<ul style="list-style-type: none"> - Organogramas horizontais - fluxo de poder descentralizado - horizontalização das relações - Participação social
Relação com a clientela	<ul style="list-style-type: none"> - Instituição como espaço depositário da clientela – tutora - Reprodução de relações intersubjetivas verticalizadas - Interdição do diálogo - Restrição de espaços aos usuários e a população em geral 	<ul style="list-style-type: none"> - Instituição como espaço de interlocução: fala e escuta. - Relações intersubjetivas horizontais - Subjetividades e singularidades consideradas
Finalidade	- Cura	<ul style="list-style-type: none"> - produção de cuidado - desospitalização - desmedicalização - Implicação subjetiva, política e sociocultural
Efeitos terapêuticos	<ul style="list-style-type: none"> - remissão dos sintomas - cronificação 	<ul style="list-style-type: none"> - reposicionamento subjetivo - ética da singularização, horizontalização e interlocução - reinserção sociocultural

Consoante o seu carácter estratégico na reordenação da rede de cuidados em saúde mental, a expansão desses serviços ocorre expressivamente na última década, conforme pode ser visualizada na Figura 2, na qual se mostra a evolução do número de CAPS, no Brasil, no período de 1998-2010.

Figura 2: Evolução do número de CAPS no Brasil, no período de 1998 a 2010 (BRASIL, 2011a)



No que pese a expansão do número de CAPS, chama-se a atenção para o fato de que velhos modelos poderem se reproduzir com novas roupagens. Ou, ainda, a implantação de um modelo não suprime de imediato o anterior. Ao contrário, podem conviver simultaneamente, apesar de suas contradições e antagonismos, promovendo a continuidade de práticas que deveriam ser superadas. Nesse sentido, Quinderé *et al.* (2010), com base em estudo realizado em Fortaleza – Ceará, detectam a permanência ainda hegemônica do modelo asilar/psiquiátrico clássico, revelado na existência de seis hospitais psiquiátricos e no modo de organização das práticas operadas no seu interior, convivendo com a implantação do modelo psicossocial, ainda instituindo-

te. Além disso, alertam para o risco de reprodução dos seus fundamentos filosóficos, ético-políticos, teóricos e práticos nos serviços constitutivos do novo modelo.

Conforme a essa argumentação, Nunes *et al.* (2008), ao investigarem os modos de produzir cuidados em um CAPS baiano, detectaram a coexistência de três modelos de produção do cuidado operados por diferentes grupos de trabalhadores, concorrendo entre si, com distintas lógicas de compreensão do cuidado em saúde mental. Os modelos identificados foram nomeados como: 1. Modelo biomédico humanizado – com ênfase na psicopatologia, com cuidado assistencialista e, por vezes, tutelar, adotando postura pedagógica centrada na mudança de comportamentos, tendo em vista a adequação à reinserção social. Destaca-se que as ações são bem-intencionadas, mas com traços normalizadores e pouco críticas; 2. Modelo psicossocial com ênfase na instituição – aproxima-se bem mais de uma concepção psicossocial do cuidado e com um fazer institucional pouco direcionado para as práticas territoriais. Apesar da preocupação com mudanças no fazer terapêutico, estas permanecem adscritas à esfera teórico-técnica; e 3. Modelo psicossocial com ênfase no território – caracterizado pela valorização dos aspectos sociais do processo de adoecimento, concebendo o cuidado em saúde mental como uma prática que deve ser vinculada com a família e com o território, articulando-o com a sua dimensão político-jurídica.

As questões expressas nos dois trabalhos mencionados apontam para uma heterogeneidade de práticas nas diferentes realidades, as quais podem decorrer dos contextos e dos modos como os serviços são organizados e, sobretudo, da inserção das diferentes categorias profissionais na

composição das equipes multiprofissionais, as quais muitas vezes passaram por processos formadores orientados para uma lógica de atuação distinta da que se inaugura nesses serviços, a qual requer a reinvenção de modos de cuidar com a incorporação de novas tecnologias adequadas para a produção de novas formas de organizar o trabalho e de operar as relações estabelecidas entre os diferentes atores, conferindo ao trabalho em saúde mental uma grande complexidade (GUIMARÃES *et al.*, 2011; SAMPAIO *et al.*, 2011; GUIMARAES, 2007).

Desse modo, a implementação dos processos de Reforma Psiquiátrica permitiu a entrada em cena de novas gerações de trabalhadores, sendo estes que se confrontam, no cotidiano, com as demandas complexas, e são instigados a exercer certo protagonismo para a consolidação de um ideário que muitas vezes desconhecem ou não estão preparados ou dispostos a lutar por sua concretização. Assim, muitos trabalhadores não estabelecem uma reflexão mais crítica acerca da realidade e dos seus processos de trabalho, o que aumenta o risco de reproduzirem modos de subjetivação alienantes em suas práticas sanitárias (MERHY, 2006d; CAMPOS, 2007).

Devem-se, ainda, considerar como determinantes da configuração desses modelos de atenção a complexidade do objeto; o lidar cotidianamente com a vasta rede de determinações, hierarquizadas de modo diferente em cada momento histórico-social, que subordina a forma de atuação das equipes de saúde – econômicas, políticas, administrativas, culturais, administrativas, corporativas, teóricas e do objeto de intervenção; os conflitos internos às equipes; os interesses dos diferentes sujeitos, nem sempre harmônicos,

mas não necessariamente antagônicos; as disputas interteóricas, intercorporativas e interpessoais (SAMPAIO *et al.*, 2011) que permeiam o cotidiano dos serviços de saúde.

Com base nessas considerações, é detectado um conjunto de desafios impostos à Reforma Psiquiátrica. Primeiro, conforme apontado há pouco, amenizar o risco de reprodução de práticas próprias dos modelos tradicionais nos serviços substitutivos; segundo, destaca-se a importância de potencializar o desenvolvimento de um trabalho multi e interdisciplinar, organizado de forma coletiva e integrada, que dinamize a articulação intra e intersetorial no território, capaz de favorecer a reinserção social e o exercício da cidadania das pessoas portadoras de transtornos mentais. Por último, mas articulado aos anteriores, a incorporação de arranjos e dispositivos capazes de qualificar a atenção e gestão, promovendo a democratização institucional e a consolidação do modelo de atenção psicossocial territorial.

Observam-se o desenvolvimento e a incorporação de arranjos que permitem a horizontalização das relações, possibilitando a construção coletiva dos processos de trabalho e inserindo os trabalhadores nos processos decisórios, como é o caso dos colegiados de gestão (CAMPOS, 2007; 1998; ONOCKO-CAMPOS, 2007), que possibilitam a articulação do trabalho em rede, potencializando as ações no território, a exemplo do apoio matricial (CAMPOS, 2007; 1999; 1998; CAMPOS; DOMITTI, 2007; ONOCKO-CAMPOS, 2007; ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2009); e, dispositivos como a supervisão clínico-institucional (CAMPOS, 2007; SAMPAIO; GUIMARÃES; ABREU, 2010), que possibilita a reflexão crítica dos processos de trabalho, da clínica e da gestão com potencial para evitar a reprodução das práticas tradicionais.

Ressalta-se que propostas de modelos de gestão e de atenção no campo da saúde mental são experimentadas e reconfiguradas na realidade concreta, as quais são perpassadas pelas múltiplas relações e determinações histórico-sociais próprias da organização dos processos de trabalho no cotidiano das organizações de saúde, nas quais estão inscritos os distintos interesses e intenções que colaboram para o entrelaçamento das tendências que se revelam ao longo do tempo nos serviços de saúde.

CAPÍTULO II

Dimensões metodológicas da pesquisa: contexto e técnicas

No desenvolvimento de uma pesquisa, inúmeros são os dilemas enfrentados pelo pesquisador. Eles emergem já no delineamento do objeto de estudo e permanecem até a síntese conclusiva, passando pela própria definição da opção metodológica. Não obstante, o rigor científico impõe ao pesquisador a tarefa de explicitar/descrever, desde o início, teorias, métodos, técnicas e procedimentos adotados na operacionalização da pesquisa. Para tal, torna-se premente a eleição da perspectiva geral, definida segundo a lógica científica, adequada à apreensão do objeto e ao consequente caminhar na direção das soluções que se pretenda oferecer ao problema. Portanto, todo esse processo requer uma relação de coerência entre as questões levantadas, os objetivos propostos, o referencial teórico-metodológico selecionado e os resultados a serem alcançados.

O referencial teórico-metodológico que dá suporte a investigação encontra na interface das Ciências Sociais com a Saúde Coletiva a sua base mais sólida e profícua. Dois aspectos contribuíram para essa eleição: a afinidade do pesquisador com a produção científica da área e o entendimento de que estudos na Saúde Coletiva, particularmente sobre Gestão em Saúde, inscrevem-se numa dimensão mais ampla das pesquisas que tratam do ser humano em sociedade, de suas

relações e instituições. Por conseguinte, implicados permanentemente na coprodução de sentidos, simbologias, valores e normas que transcendem os limites do pensamento positivista, o qual fundamenta grande parte dos estudos em saúde.

A Gestão em Saúde pode ser considerada um fenômeno social. Tal entendimento autoriza a se adjetivar este estudo como uma pesquisa social em saúde – da forma conceituada por Minayo (2006), como toda investigação que aborda o processo saúde-doença, as práticas e instituições construídas para seu enfrentamento e suas representações pelos diferentes atores que atuam no campo: trabalhadores, gestores e usuários.

Desenho geral e cenário da pesquisa

Ao demarcar possibilidades teórico-metodológicas para o desenvolvimento da pesquisa, elegeu-se a abordagem qualitativa, histórica e social, a qual possibilita se conhecer os processos históricos que configuram os distintos padrões de relação entre Estado e Sociedade, assim como as características dessa configuração no delineamento e encaminhamento de propostas de intervenção no setor saúde (TEIXEIRA, 2006).

Essa opção também encontra sustentação no fato de que as abordagens qualitativas são capazes de incorporar a dimensão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construtos humanos significativos (MINAYO, 2006). Com base nessa prerrogativa, entende-se que os diferentes atores envolvidos com os processos de gestão

dos serviços de saúde mental, desde o seu fazer cotidiano, podem se constituir sujeitos de transformação no sentido de incorporar novas tecnologias e estratégias de gestão, capazes de promover o desenvolvimento de novos arranjos gerenciais, pautados, sobretudo, por democratização e flexibilidade do gerenciamento do processo de trabalho; de contribuir para a transformação do modelo de atenção à saúde; de permitir que os serviços de saúde atinjam sua finalidade; e, por fim, de promover a consolidação do SUS.

Em se tratando de estudos acerca de fenômenos sociais, a abordagem qualitativa é apontada por Serapioni (2000) como a mais adequada por sua capacidade de fazer emergir aspectos novos, de ir ao fundo do significado e de estar na perspectiva do sujeito. Por conseguinte, possibilita a descoberta de novos nexos e explicações de significados, apta a apreender os aspectos subjetivos, raramente aparentes na realidade.

Com base nessas considerações, tornou-se possível visualizar e, ao mesmo tempo, demarcar um desenho metodológico: o estudo de caso. Segundo Deslandes e Gomes (2004), essa modalidade de desenho de pesquisa se configura como uma das mais frequentes na análise das experiências de serviços de saúde, em decorrência da sua capacidade de traduzir, de forma emblemática, a lógica científica da abordagem qualitativa. Dentre as diferentes modalidades desse desenho de pesquisa, optou-se pelo estudo de caso único (YIN, 2005), considerando que o campo empírico é representado apenas por CAPS, modalidade geral, situados no Município de Fortaleza.

Segundo Yin (2005), o estudo de caso é uma investigação empírica de um fenômeno contemporâneo, considerando o seu contexto na realidade concreta, cujo desenvolvi-

mento encontra justificativa no desejo de compreensão de fenômenos sociais complexos. O autor postula a ideia de que o estudo de caso permite uma investigação na qual se pretende preservar as características holísticas e significativas dos acontecimentos da vida real. Para tal, sua aplicação deverá ocorrer em cenários onde seja possível realizar observação direta sobre o fenômeno em questão. Sua utilidade está na possibilidade de produzir conhecimento sobre características significativas e situações vivenciadas, entre as quais intervenções e processos de mudanças organizacionais – como é o caso da Gestão em Saúde Mental.

Do ponto de vista metodológico, Minayo (2006, p. 164) advoga a ideia de que:

[...] os estudos de caso evidenciam ligações causais entre intervenções e situações da vida real; o contexto em que uma ação ou intervenção ocorreu ou ocorre; o rumo de um processo em curso e as maneiras de interpretá-lo; o sentido e a relevância de algumas situações-chave nos resultados de uma intervenção. (grifo nosso).

Evidencia-se, na afirmação da autora, que há uma riqueza metodológica nessa modalidade de abordagem da realidade que converge para a sua aplicabilidade no estudo da Gestão em Saúde, considerada como um processo social dinâmico, produto e produtor de um contexto, que, a depender de como é efetivamente executado, tem o potencial de promover a transformação da realidade ou a manutenção do *status quo*, consoante o pensamento de Campos (2006a).

Nesse sentido, a dimensão dialética da análise, isto é, a análise crítica, aufere relevo, em se considerando a necessidade de estabelecimento de diálogo entre o caso e o sistema do qual é parte constitutiva. O estudo de caso abre a possibilidade de se produzir conhecimento sobre um geral baseado na singularidade de um caso. Portanto, com base na análise das singularidades, particularmente das relações e processos organizacionais operados em um serviço de saúde, pode-se dialogar de forma consistente, com o Sistema de Saúde no qual aquele serviço está inscrito.

Ao se demarcar o caso a ser estudado, elegeu-se os CAPS modalidade geral. Por conseguinte, selecionou-se a coordenação regional de saúde mental das respectivas Secretaria Executiva Regional - SER, além disso, como gestora da rede, a coordenação colegiada municipal de saúde mental e a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. Destaca-se que esses serviços representam equipamentos de saúde substitutivos ao hospital psiquiátrico, representativos de um modelo de atenção pautado na lógica do território, segundo o paradigma da atenção psicossocial.

O Município, em decorrência do crescimento demográfico e da extensa ocupação territorial, foi dividido, administrativamente, em seis secretarias executivas regionais – SER, denominadas respectivamente de SER I, SER II, SER III, SER IV, SER V e SER VI, as quais têm sob sua responsabilidade a administração dos diversos setores que compõem a esfera pública municipal na sua área de abrangência. Contudo, no ano de 2010, por meio da Lei Complementar nº 0077, foi criada a SER Centro. Funcionam, por conseguinte, como instâncias executoras das políticas públicas municipais, atendendo à população dos 118 bairros do município. Para tal,

cada SER tem sua organização constituída por distritos, os quais reproduzem as macropolíticas definidas pelas Secretarias Municipais, entre elas: Educação, Saúde, Meio Ambiente, Assistência Social, Finanças e Infraestrutura. De acordo com o exposto, pode-se perceber que o município prima por um modelo descentralizado de gestão, no qual os distritos assumem as responsabilidades executivas na sua área de abrangência. Assim, os distritos de saúde são responsáveis pela execução e realizam, portanto, o projeto de gestão da Secretaria Municipal de Saúde (FORTALEZA, 2008; 2007).

No âmbito da atenção à saúde mental, o Município é marcado pela hegemonia do modelo asilar. Nesse sentido, evoca-se o fato de que teve seu primeiro hospital psiquiátrico inaugurado em 1872. Em 2006, contava com oito instituições dessa natureza. Entre 2007 e 2010, aconteceram o fechamento de três desses hospitais e a redução do número de leitos dos demais. O perfil no período do estudo era o seguinte: um hospital psiquiátrico público estadual, dois filantrópicos e um privado lucrativo, prestadores de serviço ao SUS.

Fortaleza caracteriza o que Sampaio e Santos (2001: 130) chamaram de “bastião da resistência à reforma psiquiátrica”, ao descreverem o processo de implantação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico no Ceará. Esses autores relatam que a Reforma Psiquiátrica teve seus primeiros resultados no interior do Estado, mediante a implantação de cinco CAPS, entre 1991 e 1996, sendo pioneiros os Municípios de Iguatu, Canindé, Quixadá, Icó e Cascavel. Somente em 1998 foi implantado o primeiro CAPS em Fortaleza.

A implantação de serviços substitutivos, portanto, teve início com a implantação de um CAPS geral na SER III, em

1998, vinculado à Universidade Federal do Ceará – UFC. Até 2005, existiam apenas três CAPS no município de Fortaleza, enquanto havia 32 CAPS no interior do estado (CEARÁ, 2007). A partir de 2006, a gestão municipal iniciou um processo de estruturação de uma Rede Assistencial de Saúde Mental–RASM, seguindo as diretrizes propostas pela legislação que regulamenta a Reforma Psiquiátrica. Este processo resultou na ampliação dos serviços, chegando a um total de 14 CAPS: seis CAPS gerais, um por SER; seis CAPS para usuários de álcool e outras drogas, denominado CAPS ad, um por SER; dois CAPS específicos para a infância, denominado CAPS i (ANDRADE *et al.*, 2007).

A rede municipal de serviços substitutivos de saúde mental estava composta por 14 CAPS, duas Residências terapêuticas e dois serviços comunitários de saúde mental – Ocas terapêuticas. Cada SER conta, no mínimo, com um CAPS II (geral) e um CAPSad. Somente as SER III e IV possuem CAPSi, em funcionamento. Ressalta-se o fato de que 11 CAPS foram implantados no mesmo período histórico, a gestão municipal da Prefeita Luizianne Lins, de modo subdimensionado, com um CAPS geral para 350 mil habitantes, em média.

Gestores e trabalhadores de saúde mental: os sujeitos do estudo

Considerando o objeto em apreensão, optou-se por envolver a participação de gestores e trabalhadores de saúde que atuam nos CAPS, por se entender que o modelo de gestão em curso nesses serviços de saúde prima pela ampliação da capacidade de análise e intervenção do coletivo, a qual

é potencializada pela participação desses atores sociais nos processos decisórios, configurando um modelo de cogestão, no qual o método da roda constitui dispositivo para sua efetivação.

Sabe-se que a gestão dos serviços de saúde mental de Fortaleza, se faz complexa, na medida em que é operacionalizada mediante a atuação de uma estrutura descentralizada. Assim, pressupõe-se a existência de uma relação dialógica que vai do nível central ao local, passando pelo intermediário e vice-versa. Assim, a gestão da RASM compõe-se da seguinte estrutura: um colegiado gestor – responsável pelas diretrizes macroestruturantes do sistema no âmbito do Município; uma coordenação situada em cada SER, responsável pela execução dos processos de gestão dos serviços de saúde mental situados na área; e uma coordenação local, situada em cada serviço.

Na tarefa de aprofundamento das questões levantadas no estudo faz-se necessário “dar atenção a todos os grupos que interagem com o foco principal, buscando compreender o papel de cada um em suas interações” (MINAYO, 2006, p. 197). Com efeito, busca-se compreensão dos processos de gestão, desde a práxis dos diferentes atores envolvidos, situando em relevo as especificidades e singularidades que compõem a trama de relações nos diferentes níveis gerenciais e as articulações estabelecidas entre estes. Por esta razão, constituíram-se sujeitos do estudo os gestores municipais, regionais e locais, além dos trabalhadores dos seis CAPS selecionados, os quais compõem os seguintes grupos de representação:

Grupo I. Gestores/gerentes do Sistema de Saúde Mental do Município de Fortaleza – responsáveis pela gestão da

rede de serviços de saúde mental nos níveis central, regional e local, cujos representantes são o Secretário municipal de saúde, os membros do Colegiado Municipal de Gestão em Saúde Mental, os coordenadores de saúde mental das SER e os coordenadores de CAPS geral;

Grupo 2. Trabalhadores de nível superior dos CAPS – responsáveis diretos pela coordenação de projetos terapêuticos e indiretamente pela gestão do serviço, devido à prática cotidiana, a participação nas reuniões semanais de equipe. Trabalhadores de nível médio, responsáveis diretos pela operacionalização e acompanhamento de práticas de cuidado, além das decisões gerenciais, e indiretamente pela gestão do serviço, em razão da prática cotidiana, a participação nas reuniões semanais de equipe.

O estudo contou com a participação de 32 sujeitos, sendo 13 ocupantes de cargo de gestão – o secretário municipal de saúde, dois membros da Coordenação Colegiada de Saúde Mental, quatro coordenadores regionais de saúde mental - SER I, SER III, SER IV, SER V, seis coordenadores de CAPS geral; e 19 trabalhadores de saúde mental. Todos os sujeitos acumulam experiência no âmbito da atenção/gestão em saúde mental.

Em relação aos ocupantes de cargos de gestão, todos foram considerados informantes-chave do estudo, em virtude da experiência vivenciada nas funções representativas nas instâncias governamentais, durante o período de coleta das informações. Não foi possível realizar, contudo, entrevista com dois coordenadores regionais. Em uma SER, estava ocorrendo transição de coordenador, sendo que foram mantidos vários contatos no sentido de agendar a entrevista com o novo gestor, mas sempre foi alegada indisponibilidade

de de tempo. Noutra, a gestora estava afastada por licença médica, sendo que as atividades inerentes a sua função estavam sendo exercidas, temporariamente, por coordenadores dos CAPS.

Para a seleção dos trabalhadores informantes-chave, foram considerados os seguintes critérios: atuar no CAPS há pelo menos seis meses e participar regularmente das rodas de gestão.

Consoante à orientação teórico-metodológica adotada, optou-se por uma amostra qualitativa intencional (MINAYO, 2006), por se entender que ela é capaz de refletir a totalidade do objeto estudado nas suas múltiplas dimensões (ASSIS, 1998), cuja escolha dos entrevistados foi facilitada pela familiaridade do pesquisador com os serviços e com os atores sociais que neles atuam.

No referente ao processo de delimitação quantitativo de sujeitos que participam do estudo, a pesquisa qualitativa não atribui relevância ao critério numérico, como estratégia para possibilitar a generalização dos achados (MINAYO, 2006; TRIVIÑOS, 1990). Desse modo, o critério norteador deve ser o aprofundamento, a abrangência e a diversidade na atividade de compreensão dos vários setores sociais - grupos específicos, organização, instituição, política ou representação, e não as generalizações.

Procedimentos e técnicas de apreensão das informações

A seleção das técnicas e instrumentos aptos à obtenção do material empírico pautou-se na intenção de manter a coerência entre o referencial teórico e o desenho metodológico selecionado. Desse modo, ao buscar o aprofunda-

mento sistemático da compreensão do objeto investigado, elegeram-se técnicas potencialmente capazes de conduzir esse processo (MINAYO, 2006; YIN, 2005), entre elas: a análise documental, a entrevista semiestruturada e a observação.

A entrevista semiestruturada revela-se apropriada para a obtenção de informações, por permitir a interação do pesquisador com o pesquisado, permitindo, então emergir a subjetividade do sujeito entrevistado. Caracteriza-se por enumerar, de forma abrangente, os questionamentos para os quais o pesquisador pretende encontrar respostas junto aos sujeitos pesquisados.

Conforme o pensamento de Triviños (1990), a entrevista semiestruturada, ao mesmo tempo em que valoriza a presença do pesquisador, oferece todas as possibilidades para os entrevistados alcançarem a liberdade e a espontaneidade necessárias para a adequada apreensão do objeto de investigação. O processo interativo estabelecido durante a realização da entrevista, portanto, não constitui simplesmente um processo mecânico de obtenção de informações, mas uma relação. Sendo assim, as informações emitidas pelos sujeitos podem ser profundamente afetadas pela natureza do encontro. Essa premissa situa o investigador diante de um exercício contínuo de encontrar a objetividade em meio à subjetividade produzida nessa dinâmica relacional.

De acordo com Minayo (2006), a entrevista constitui uma técnica privilegiada de coleta de informações para as Ciências Sociais, pois oferece a possibilidade da fala revelar condições estruturais, sistemas de valores, normas e símbolos e, ao mesmo tempo, ter a magia de transmitir, por meio de um porta-voz, as representações de determinados grupos, em condições históricas, socioeconômicas e culturais

específicas. Ao se utilizar a fala dos informantes como instrumental analítico do sistema de valores, das concepções ou das normas que regem a dinâmica dos seus grupos e instituições, torna-se premente o entendimento de que se deve conceber os relatos fornecidos, por meio da entrevista, não apenas como mera produção subjetiva e individual de determinada pessoa. Com efeito, eles são integrantes de uma produção coletiva, dadas as circunstâncias e determinantes comuns a que os sujeitos estão submetidos e implicados no seu cotidiano.

Ao se tomar esse posicionamento, adentra-se o território discursivo acerca da representatividade da pesquisa qualitativa. De tal modo, Minayo (2006) pondera que ao se aceitar o fato de que todos os membros do mesmo grupo ou da mesma classe são produtos de condições objetivas idênticas, surge então a possibilidade de se perceber, na análise da prática social, o efeito da universalização e da particularização, na medida em que eles se homogeneízam, distinguindo-se dos outros grupos.

Foram realizadas 32 entrevistas individuais, no período de julho de 2010 a dezembro de 2011, executadas no local de trabalho de cada ator social, com horário previamente agendado, de acordo com a disponibilidade de tempo do entrevistado e de espaço disponível no serviço, com vistas a assegurar a privacidade do sujeito. Cada entrevista teve duração média de 50 minutos. Ressalte-se que a sua operacionalização foi guiada por um roteiro com perguntas abertas.

A análise documental, fonte secundária de dados, foi utilizada na perspectiva de compreender melhor o contexto e de estabelecer interconexões com os dados obtidos nas entrevistas e na observação, mediante o entrecruzamento

de informações. Conforme assinala Chizzotti (1995, p. 109), são documentos “qualquer informação sob a forma de texto, imagens, sons, sinais etc., contida em um suporte material (papel, madeira, tecido, pedra), fixados por técnicas especiais como impressão, gravação, pintura, etc”. Desdobrando a técnica, foram considerados fundamentais para o esclarecimento de aspectos referentes aos processos de gestão os seguintes documentos: o texto da política municipal de saúde mental; o plano de gestão municipal; e o relatório de gestão.

Como técnica complementar de apreensão da realidade empírica, adotou-se a observação assistemática dos processos de gestão dos serviços de saúde mental. Desse modo, foram observadas, durante o período de julho de 2010 a março de 2011, as reuniões do Colegiado de Saúde Mental, as rodas de equipe/gestão nos seis CAPS pesquisados, as quais ocorrem uma vez por semana. Além disso, foram registradas informações acerca da organização dos serviços e do atendimento à demanda. Desse modo, registraram-se aproximadamente 310 horas de observação. Pode-se considerar que configura uma estratégia imprescindível no trabalho de campo, por se tratar de uma pesquisa qualitativa em que se busca apreender a rotina de um grupo no seu fazer cotidiano. Com efeito,

[...] a importância dessa técnica reside no fato de podermos captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que observados diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real (CRUZ NETO, 1994, p. 59).

A observação é uma técnica utilizada nos estudos antropológicos como forma de abordagem que supõe a intersubjetividade na relação sujeito-objeto de investigação. As observações diretas do campo de estudo não devem se restringir a um roteiro específico, mas correspondem às variadas inserções do investigador no campo empírico (SILVA, 2004).

Representa, portanto, o processo pelo qual se mantém a presença do pesquisador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. Dessa maneira, o observador se coloca na posição e no nível dos outros elementos componentes do fenômeno social pesquisado. Como consequência, conforma-se como parte do contexto sob observação, podendo modificar e, ao mesmo tempo, ser modificado por essa realidade (CRUZ NETO, 1994).

No intuito de não permitir que o fluxo de informações e impressões referente ao cenário observado perca de vista sua objetividade, aposta-se na necessidade de um instrumento para registrá-las, conferindo-lhes maior potencial analítico. Com tal preocupação, adotou-se o diário de campo como instrumento para o registro dessas informações.

Em relação ao conteúdo desse registro, Minayo (2006) pondera que deve ser constituído por aspectos não contemplados nas falas das entrevistas, representados pelas impressões pessoais, que vão se modificando com o tempo, os resultados das conversas informais, os comportamentos que se apresentam contraditórios com as falas, manifestações dos interlocutores inerentes aos diferentes pontos em estudo. Para a autora, a utilização desse acervo de impressões e notas sobre as contradições encontradas entre falas, comportamentos e relações estabelecidas tem o potencial de conferir mais veracidade à pesquisa de campo.

Procedimentos e técnicas de análise e interpretação dos dados

Na perspectiva de um diálogo profícuo acerca da gestão de serviços de saúde mental, como prática social, buscando a afirmação ético-política do pensamento, com suporte nos aspectos objetivos e subjetivos, contrastando-os com as concepções dos atores sociais envolvidos, elegeu-se como técnica de processamento e interpretação do material empírico a análise de conteúdo, modalidade temática, numa perspectiva crítico-reflexiva, conforme proposto por Minayo (2006).

Adotou-se uma perspectiva de estabelecimento de relações entre as informações procedentes das distintas fontes. Para tanto, procedeu-se um processo de triangulação do material empírico e o referencial teórico, para efetivamente se elaborar considerações capazes de explicar as questões referentes à gestão da saúde mental, num contexto particular, permeado por dimensões políticas, histórico-sociais e econômicas que plasmam a Administração Pública brasileira.

Segundo Minayo (2004), a triangulação de dados configura uma técnica utilizada na pesquisa qualitativa em que a intersecção dos diferentes olhares e falas permite a verificação e validação da pesquisa, por meio da operacionalização das técnicas de análise.

Desde essa perspectiva, sistematizou-se a análise dos dados, seguindo alguns passos operacionais, os quais permitiram o estabelecimento de relações entre as diferentes fontes, buscando estabelecer articulação entre o material empírico e o referencial teórico-metodológico adotado, na tentativa de responder aos questionamentos e objetivos que nortearam o estudo. Dessa forma, os passos sugeridos

por Minayo (2006) estão delineados na sequência, os quais possibilitaram a elaboração de três grandes categorias temáticas, configurando três planos de análise, demonstrados na forma de capítulos interdependentes e interconectados que concebem, na totalidade, a compreensão aproximada do objeto em análise neste livro. São eles: Capítulo III. **Gestão da rede de serviços saúde mental: planos e fluxos conformadores da experiência de Fortaleza**; Capítulo IV. **Gestão do trabalho e educação permanente em saúde mental**: velhos problemas, desafios atuais; Capítulo IV. **Gestão da atenção à saúde**: sobre a integralidade e a humanização no cotidiano das práticas em saúde mental.

Aspectos éticos da pesquisa

Em atendimento a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996), o projeto de pesquisa, que deu origem a este livro, foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará - UECE, o qual avaliou a sua pertinência, os objetivos e os riscos/benefícios a que estão vulneráveis os participantes, emitindo parecer favorável.

Ressalta-se que a todos os sujeitos participantes do estudo foi apresentado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, contendo esclarecimentos acerca da pesquisa, solicitação para o fornecimento de informações e consentimento de participação no estudo, bem como assegurando o sigilo e o anonimato das informações fornecidas. O Termo foi assinado por todos os participantes como expressão da aquiescência de sua inclusão na pesquisa.

Na prerrogativa de preservar o anonimato dos participantes, os recortes de falas apresentados foram codificados, por meio de uma sigla, a qual representa o cargo/função ocupado, seguida de um algarismo arábico, que não guarda relação com o serviço no qual o ator exerce suas funções, mas com a ordem em que foi realizada a entrevista.

CAPÍTULO III

Gestão da rede de serviços saúde mental: planos e fluxos conformadores da experiência de fortaleza

No âmbito da discussão acerca da gestão da rede de saúde mental, emergem aspectos relacionados à dimensão formal e objetiva, bem como traços constitutivos da experiência intersubjetiva, presentes no material discursivo, revelando as vivências individuais e coletivas dos atores junto aos serviços. Além disso, os conteúdos dos documentos e do diário de campo permitem complementar a análise, por fornecerem elementos que balizam as inferências e contextualizam o cenário de ocorrência da experiência sob análise. Procura-se, nesse momento, desenvolver um esforço analítico com vistas a compreender o modelo e os processos de gestão operados nos serviços de saúde mental, durante o período de 2005-2010.

Reforma Psiquiátrica, Política e Rede de Atenção à Saúde Mental: uma implementação inconclusa

Parte-se do entendimento de que o início dessa gestão pode ser caracterizado como um período de transição no qual se desencadeia, efetivamente, a implantação da Reforma Psiquiátrica no Município de Fortaleza. Nesses termos, a inovação ocorre na medida em que busca uma ruptura com o modelo de atenção à saúde mental operado na lógica asi-

lar, com vista a implantação do modelo de atenção psicossocial territorial. Isso pode ser apreendido nos depoimentos, que permitem uma aproximação mais contextualizada do cotidiano, revelando os movimentos que confluíram para a estruturação da atual Rede de Atenção à Saúde Mental de Fortaleza - RASM, bem como os traços e as percepções dos diferentes sujeitos em suas experiências singulares.

Com efeito, o Gestor Municipal relatou que

Na saúde mental, o que nós sentimos é que simplesmente não tinha acontecido a reforma psiquiátrica em Fortaleza. Apesar de ter tido secretários comprometidos no passado, a sensação foi essa. Havia três CAPS instalados há bastante tempo, quer dizer, em 11 anos, se nós considerarmos desde a Lei Mário Mamede que estabeleceu o marco da Reforma Psiquiátrica no Ceará. Em 11 anos da lei tinham sido instalados apenas três CAPS e nós, nos três anos sucessivos, instalamos 11 CAPS. Primeiro é concepção afinada com a Reforma, no sentido de tirar as pessoas, os cidadãos e cidadãs dos manicômios, de retirá-los dos hospitais psiquiátricos e devolvê-los para a sociedade. Então o CAPS tem essa função e isso era plenamente consciente na nossa gestão. [...] Foi uma decisão de gestão. (GMS).

Para a composição da equipe responsável pela coordenação da rede de saúde mental, foram convidadas pessoas que militavam no movimento de Luta Antimanicomial, comprometidas com o ideário da Reforma Psiquiátrica, cujos relatos consubstanciam o entendimento do Gestor Municipal.

[...] ela me chamou e eu aceitei. Assumi diante de não sei quantos profissionais, acho que ela até se assustou com o meu discurso. Eu disse várias coisas, mas o que eu acho que assustou foi o seguinte: nada nem ninguém vai atrapalhar a gente a implantar a reforma psiquiátrica em Fortaleza, os obstáculos serão estímulos para que a gente realmente consiga implantar. (CSM1).

[...] quando a gente chegou à gestão, a gente vinha do movimento social. Eu era do fórum nacional da luta antimanicomial, [...]. A gente já veio com autonomia de gestão, política, pra fazer a reforma, pela própria prefeita, com proposta de campanha para implantar uma política diferente do que vinha acontecendo. Em segundo lugar, a gente tinha o apoio total e irrestrito do secretário que também já vinha incumbido pela própria prefeita de fazer. (CSM2).

Em relação à Reforma Psiquiátrica no Ceará, considera-se que esta foi iniciada no interior do Estado, em municípios onde o gestor municipal assumiu uma política de saúde mental mais efetiva e crítica em relação ao modelo psiquiátrico clássico, tendo sido o primeiro CAPS implantado, em 1991, no Município de Iguatu. Naquele momento, Fortaleza não deflagra sua adesão à Reforma Psiquiátrica, sobretudo por causa da concentração de hospitais psiquiátricos (SAMPALIAO; SANTOS, 2001). Somente em 1998, foi implantado o primeiro CAPS na Capital cearense, que aguardou até 2001 para receber mais dois equipamentos de saúde dessa natureza, somando os três CAPS relatados pelos entrevistados.

Com a proposta de mudança nos rumos da atenção à saúde mental, desenvolveu-se um processo de elaboração de uma política municipal específica para essa área, com o intuito de legitimar, do ponto de vista normativo, e instrumentalizar, do ponto de vista operativo, a implantação da Reforma Psiquiátrica no Município, cuja experiência foi relatada por um dos membros da Coordenação de Saúde Mental.

Então a gente já veio com autonomia e com certeza do que a gente queria. Ai, a gente pegou os documentos nossos do fórum, recebemos documentos da SO-CEP, recebemos documento do Conselho de Saúde que tinha a resolução 60 da época do J* que já orientava a política de saúde mental. Pegamos essa resolução, pegamos um documento indicativo do Conselho Nacional de Saúde, pegamos os documentos do Conselho Federal de Psicologia. Enfim pegamos vários documentos, pegamos a última Conferência municipal de saúde pra ver as propostas que tinham sido aprovadas. [...] Assim, tinha vários documentos. A gente pegou esses documentos e convidamos o pessoal: alguns professores da UECE, da UFC, o S*, o P*, A*. Esse pessoal todo e fizemos um grupo para articular o documento da política. Esse documento, ao contrário do que as pessoas dizem, não fui eu ou L* quem fez, foi um documento construído. O grupo era de mais ou menos umas quinze pessoas, a gente se reunia lá no Instituto Aquilae. Então, a gente começou a construir o documento da política com os princípios e diretrizes.

O documento circulou entre as pessoas, a gente foi aprimorando durante o primeiro semestre de 2005, quando foi em maio a gente lançou o documento no site da SMS. (CSM2).

Desse modo, foi lançada, ainda em 2005, a Política de Saúde Mental (FORTALEZA, 2005). Dentre seus princípios, destacam-se:

I – Implementação de uma política de promoção dos direitos em saúde mental comprometida com as necessidades da população, seguindo o ideário da Reforma Psiquiátrica, defendido amplamente em Fóruns da sociedade organizada, nas Conferências Nacionais de Saúde em geral e de Saúde Mental, em conformidade com as determinações constantes na legislação federal, pela Lei 10.216/01, dentro de uma lógica antimanicomial e não hospitalocêntrica;

II – Concepção do campo das ações de saúde mental de forma ampla, estimulando práticas que possibilitem maior humanização e acolhimento nos serviços de saúde e espaços públicos em geral, seguindo as diretrizes do HUMANIZASUS;

III – Promoção da integralidade das ações de saúde mental com as demais Redes Assistenciais, com ênfase na atenção básica [...].

IV – Promoção de cuidados comunitários em saúde mental [...], de forma a estimular o envolvimento das comunidades, familiares e pessoas usuárias dos serviços de saúde mental;

V – Favorecer a universalidade do acesso aos serviços de saúde em geral que se fizerem necessários às pessoas em situação de sofrimento mental e/ou portadoras de transtorno mental;

VI – incentivar constantemente a organização social e política da população, sobretudo de usuários e familiares dos serviços de saúde mental [...], avançando na construção da inclusão social. (FORTALEZA, 2005, p. 1-2).

Em virtude da mobilização e da força política dos diferentes atores, inseridos na gestão, os esforços empreendidos lograram êxito mediante sua consagração como projeto de governo (MATUS, 1993), inscrito no Plano Municipal de Saúde – PMS 2006-2009 (FORTALEZA, 2008). Destaca-se o fato de que o processo de elaboração do PMS 2006-2009 foi participativo e ascendente, considerando as diferentes propostas procedentes de cada uma das seis SER's, as quais foram consolidadas, gerando o objetivo, a diretriz e as metas da gestão municipal para a saúde mental. Assim, tem-se como objetivo implementar princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica no Município de Fortaleza; e como diretriz a implantação e implementação da Rede Assistencial de Saúde Mental.

Evidencia-se que o discurso que fundamenta a Política de Saúde Mental, cuja origem remonta à militância no Movimento de Luta Antimanicomial e se afina com os princípios do SUS, circula de forma fluente entre os diferentes sujeitos que atuam no plano das práticas.

[...] a política se confunde com a própria reforma mesmo. Então, a gente aqui no CAPS faz de tudo pra não internar. (CCAPS6).

Nossa política é muito clara, pretende redirecionar o modelo de atenção à saúde mental em Fortaleza. Pra isso, a gente precisa criar uma rede substitutiva que dê conta disso. (CSM2).

A questão da ampliação do acesso, a gente realmente tenta tornar o serviço acessível. Inclusive com o benefício do vale-transporte para as pessoas que não têm condições de pagar pra chegar ao serviço. Acho que isso é fundamental para operar o princípio da universalidade, da integralidade e da equidade, é tentar mensurar quem mais precisa e promover uma assistência maior. (CRSM1).

[...] a gestão se coloca como dentro de uma política preconizada pela reforma psiquiátrica brasileira, e com os princípios de atenção à saúde mental, regionalizada, hierarquizada, com foco no território, com a prioridade para que as pessoas com transtornos mentais sejam atendidas em serviços de apoio psicossocial. (TNS2).

Os discursos revelam a intencionalidade de mudança de modelo da atenção à saúde mental, com evidente sustentação nos princípios e diretrizes que orientam o próprio processo de construção do SUS. Observa-se, entretanto, um deslocamento dos aspectos políticos, ideológicos e teórico-

técnicos, contidos na formulação da referida política, para os operacionais referentes à implementação, os quais lhes conferem materialidade, fato evidenciando nas percepções de outros sujeitos, quando foram convidados a falar sobre os princípios e diretrizes dessa política.

A gente tem o CAPS funcionando, tem o apoio matricial das unidades de saúde porque isso ajuda o território entender o que é lidar com a questão da saúde mental e não achar que é só o CAPS que lida com essa questão e que tem que receber a demanda. [...] Existem várias coisas acontecendo e, sobretudo, aqui no território que é interessante perceber que tem também as atividades de promoção da saúde mental a partir do movimento de saúde mental. (CCAPS2).

[...] dentro da política o que deu um salto de qualidade dentro das regionais foi a história do matriciamento. (CCAPS1).

Eu penso que essas diretrizes precisam avançar, se discute muito, mas ainda se faz pouco. Nós temos problemas que são estruturais, problemas que são culturais que estão lá na formação, na fragmentação, de centrar as ações na medicalização, essa cultura da queixa-conduta ainda é muito presente. Isso só se consegue quebrar com Gestão, gestão local e gestão central, que tem que ter a perspectiva de atuação ampliada do que é política pública. (CCAPS4).

Acho que a política, a gente sabe toda a questão da luta antimanicomial, essa política tem essa identificação. Temos metas a cumprir, a gente sabe que pra se modificar é preciso ter metas a cumprir. Mas ao mesmo tempo em que temos metas a cumprir, temos dificuldades porque a gente não tem serviços estruturados da forma que realmente deveria ser. Essa política, nós temos reunião toda semana, as quartas-feiras, que a gente chama de reunião de gestão, com todos os coordenadores dos serviços e o colegiado. (CCAPS5).

A política foi assinada expressando o esforço de se efetivar na prática a reforma, de realmente se implantar uma política, mas é um esforço pontual no sentido de que se constrói o CAPS, achando que construção de CAPS e colocar profissionais dentro dele, muitos até mesmo sem conhecer a filosofia de um CAPS, a perspectiva de trabalho de um CAPS e achar que fazer isso é construir política de saúde mental, eu não considero que seja. Isso só fragiliza o modelo. Então é isso que eu to vendo: a política em si é limitada e pontual. (TNS5).

A política está funcionando, mas precisa melhorar. Precisa melhorar em atendimento mais adequado para atender melhor o usuário. (TNM1).

Desse modo, constata-se que os sujeitos não têm clareza em relação aos princípios e diretrizes da política de saúde

mental. Entende-se que cada ator social procura explicar a realidade desde o lugar que ele ocupa, como parte da mesma, e da sua visão de mundo (MATUS, 1993). De tal modo, os diversos discursos revelam a intensa implicação desses atores com a execução das ações, tanto no plano da gestão quanto da atenção à saúde, no cotidiano dos serviços. Por outro lado, a hipótese que se levanta ante esse deslocamento é a possibilidade do desconhecimento, por parte desses atores, acerca do conteúdo formal expresso no texto do documento-síntese da política em pauta.

A hipótese apresentada encontra ressonância na discussão delineada com base na experiência de supervisão clínico-institucional realizada em alguns CAPS de Fortaleza, na qual foi constatado que diversos trabalhadores e coordenadores desses serviços não haviam lido e outros desconheciam o referido documento (SAMPAIO; GUIMARÃES; ABREU, 2010).

Essa não apropriação do conteúdo formal que norteia as práticas operadas na RASM, por parte dos diferentes sujeitos nela atuantes, pode decorrer da alta rotatividade de profissionais, sendo seu maior determinante a precarização dos vínculos trabalhistas, assunto discutido em outra secção deste livro. De qualquer maneira, a consequência mais direta desse desconhecimento é a limitação do entendimento crítico acerca dos planos e fluxos conformadores das práticas sanitárias materializadas no cotidiano dos serviços, o que, de certa forma, pode comprometer a sua consecução de forma coerente com os pressupostos políticos, ideológicos, filosóficos, éticos, técnicos e operacionais que lhes conferem sustentação e legitimidade social.

No tocante à constituição da RASM, como projeto da gestão municipal no período 2005-2010, constataram-se aspectos organizacionais específicos da sua configuração: os serviços de saúde mental municipais, até então representados pelos três CAPS implantados entre 1998 e 2001, encontravam-se vinculados à Atenção Básica à Saúde, formalmente inscritos em seu organograma. As especificidades e singularidades do processo de transição, que conformaram a experiência vivenciada pelos seus atores, têm seus traços mais marcantes e percepções expressos nos seguintes discursos:

Inclusive quando eu cheguei aqui, a primeira coisa que eu fiz foi questionar porque que a saúde mental era dentro da atenção básica. [...] No momento em que houve muito desgaste na atenção básica e tudo, então a gente peitou o secretário pra tirar a saúde mental de dentro da atenção básica. Isso foi em 2006. A gente foi com argumentos técnicos. Como é que uma rede fica dentro da outra? Se dentro de um modelo de gestão nós temos várias redes e a saúde mental é uma delas, então nós precisamos sair da atenção básica. Então nós peitamos mesmo. (CSM1).

[...] nesse tempo a saúde mental era dentro da atenção básica. Eu não fiquei diretamente coordenando a saúde mental, mas eu e L*, pela nossa experiência, pela nossa militância, qualquer coordenação que tivesse a gente acabava dando o norte das coisas. [...] A gente começou a

ver que a saúde mental não comportava dentro da atenção básica. Era para além disso. A própria conjuntura viu que não cabia, foi quando o Secretário propôs [...] o modelo dele, o modelo das redes. A saúde mental, dentro da forma como o Secretário pensava o sistema, ela é uma rede, porque ela é transversal no sistema, está em todas as linhas de cuidado, etc. O fato é que numa reunião se decidiu que a saúde mental, a partir de então, era uma rede e que ela sairia da atenção básica. Assim, esse é o último argumento técnico e eu venho defendendo isso até hoje, que ela é uma rede. Aí fomos pra rede, mas a gente não tinha lugar – isso é bem simbólico -, mas a gente tinha uma salinha bem pequena que só cabia praticamente um birô e duas cadeiras, sem estrutura. (CSM2).

Conforme pode ser apreendido, a configuração da RASM resulta de ruptura com o antigo modelo de gestão, bem como de enfrentamentos em defesa da sua constituição como rede de atenção independente, ou seja, com gestão autônoma em relação às demais redes. Com a desvinculação real da saúde mental com a coordenação da atenção básica, passando a compor um Colegiado Gestor específico, começou-se um processo de implementação da RASM concretizado na inauguração de serviços de atenção psicossocial. Fala-se em desvinculação real porque formalmente a saúde mental ainda permanece inscrita no organograma da SMS, como integrante da Atenção Básica.

[...] a gente não tem uma estrutura organizacional na secretaria municipal de saúde, no tocante a rede de saúde mental. Nós ainda estamos dentro da atenção básica, em termos de organograma. (GSM).

A implementação da RASM, contudo, encontra-se formalmente instituída e legitimada como projeto da gestão municipal, em virtude de sua inserção no PMS 2006-2009 (2008, p. 70), onde são expostas como metas:

1. Implantar a Política Municipal de Saúde Mental, ampliando a rede de atenção à saúde mental no município de Fortaleza;

[...]

4. Ampliar o número de Centros de Apoio Psicossocial – CAPS de 03 (três) para 15 (quinze) unidades;

[...]

6. Implantar 03 (três) Serviços de Residência Terapêutica em áreas estratégicas do município de Fortaleza;

[...].

A construção de redes de atenção em saúde atende a uma premissa constitucional do SUS, segundo a qual o sistema deve ser constituído por redes regionalizadas e hierarquizadas de saúde. Para Andrade *et al.* (2007), a ideia da RASM está baseada em princípios e diretrizes que viabilizem a feitura de um novo discurso e de novas práticas, tecnologias e saberes em saúde mental.

Nesse íterim, defende-se o argumento de que a gestão pública em saúde não pode fugir do formato de redes de serviços sociais, sob pena de não serem garantidos os direitos que se pretende proteger. Para tanto, deve-se assumir a ideia de que a lógica e o fundamento da construção de redes na gestão pública residem na efetividade da garantia de direitos sociais, como o é o direito à saúde. Assim, a necessidade de interligar serviços tem por objetivo melhorar a sua eficiência e diminuir os custos, ampliar o acesso, interligar políticas sociais intersetoriais, com vistas à obtenção de ganhos na qualidade, eficiência, efetividade e alcance de seus fins. Por conseguinte, uma rede não é o simples ajuntamento de serviços ou organizações, pois a sua configuração como tal requer a adoção de elementos que deem sentido a esse entrelaçamento de ações e processos. Há que se garantir institucionalidade, organicidade e governança a fim de potencializar seus recursos e meios (SANTOS, 2008).

Na visão dos diferentes atores ocorreu, desde 2006, um esforço de implantação de serviços substitutivos em saúde mental, os quais ampliaram o acesso da população e a quantidade de ações ofertadas.

Ocorreu a implantação, em três anos, de 11 CAPS e uma residência terapêutica. Essas coisas aconteceram ainda nos primeiros quatro anos de governo e foram decisivas. [...] O consultório de rua que foi implantado e todo o esforço junto ao Movimento de Saúde Mental do Bom Jardim pra implantar mais uma residência terapêutica. [...] abrimos depois na Santa Casa 12 leitos para desintoxicação, [...] E outra coisa que também foi muito forte

nessa gestão da Prefeita Luizianne Lins foi a saúde mental comunitária, com as ocas, com os massoterapeutas, a terapia comunitária que é a experiência do professor Adalberto lá no Projeto Quatro Varas que se estendeu para outras duas ocas, tem também uma experiência já consagrada que é o movimento de saúde mental comunitária. Tem uma oca no São Cristóvão pra trabalhar a terapia comunitária. Outro avanço importante nessa gestão foi a designação de um veículo do SAMU e treinamento de pessoa exclusivamente para o transporte psiquiátrico, inclusive os bombeiros substituindo a polícia. (GMS).

A partir daí, começamos a contratar as equipes ainda em agosto de 2005. Então, fomos implantando os 11 CAPS novos, o último foi o CAPSi da III que foi criado. Ampliamos o que tínhamos que eram só três CAPS. A gente fez uma residência na SER I, fizemos agora outra residência na V. (CSM2).

Quando a gente fala a rede, ela não é exclusivamente CAPS. A rede inclui os CAPS, as residências terapêuticas, os centros de convivência, a articulação com a atenção básica por meio do matriciamento. São diversos dispositivos para que você consiga construir uma rede. [...] mas o que a gente percebe que pra que essa rede se consolide e realmente se perceba que existe uma rede, ela precisa de outros dispositivos. (CRSM2).

Os sujeitos sinalizam a sua percepção de ampliação da RASM, operacionalizada a partir de 2005, porém, apesar de reconhecerem a importância da inauguração dos CAPS, expressam o entendimento de que é necessário implantar outros dispositivos para que efetivamente se construa uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. Além disso, apontam problemas na estrutura dos serviços, considerando que as instalações são inadequadas para a realização das atividades.

Em matéria de estrutura física temos muitas dificuldades. Não temos uma estrutura física adequada. Esse espaço já foi o ideal, mas hoje pela demanda que a gente tem, deixou de ser adequado pra atender essa demanda. Temos salas pequenas, algumas salas não têm privacidade, a questão da ventilação e iluminação das salas deixa a desejar. (CCAPS2).

[...] A maior dificuldade atualmente é a estrutura física. Nós temos 43 profissionais, tudo bem que não são todos de 40 horas, mas tem dias que tem tanto profissional aqui dentro que eu não tenho onde colocar pra atender. A sala da coordenação, eu já fiz a doação pro médico atender nela. Eu não tenho mais sala, só a utilizo em alguns momentos a tarde. Mas pela manhã, quando tem uma quantidade maior de profissionais, não tem estrutura e eles não têm onde atender. (CCAPS6).

Corroborando esse relato, destaca-se que foi observada em alguns CAPS, em particular no referido por CCAPS6, a presença de infiltrações, de salas abafadas sem ventilação

adequada e inexistência de armários para guarda de material, razão pela qual se presenciou um amontoado de caixas com materiais e insumos em algumas salas. Além disso, foram vistos trabalhadores atendendo usuários no meio do corredor, onde havia grande circulação de pessoas, portanto, um atendimento destituído de qualquer privacidade.

Considera-se tal situação como expressão de uma desresponsabilização da Administração Pública Municipal com a manutenção dos serviços instalados na ampliação da RASM. Não obstante, em dois CAPS, esta situação é tratada de forma diferenciada, em decorrência de convênios firmados com organizações do terceiro setor, o que permitiu maior investimento na qualidade das instalações dos CAPS. Com efeito, o relato abaixo é representativo dos atores vinculados aos serviços mencionados.

[...] posso garantir que a gente tem aproximação com a excelência porque nosso ambiente está em conformidade com a normatização. O CAPS está bem estruturado, com salas climatizadas, móveis bem conservados, mas o espaço precisaria ser aumentado até porque faltam salas para que os profissionais atendam em alguns horários. Mas o ambiente é agradável, é feita manutenção de pintura uma vez por ano. O ambiente foi pensado de forma que seja acolhedor. [...] Às vezes não temos espaço físico adequado naquele momento pra aquele profissional atender ou fazer o grupo. Então você tem que reorganizar todo o serviço pra que tanto o profissional que vai atender como usuário que vai ser atendido esteja num ambiente bom, agradável. (CCAPS4).

Evidencia-se que, mesmo nos CAPS com instalações conservadas, com boa manutenção periódica, permitindo certo conforto aos trabalhadores e aos usuários, faz-se necessário investir em sua ampliação, pois se tornaram pequenos em decorrência do aumento da demanda de usuários e da oferta de serviços, como consultas individuais e atividades de grupo.

Essa situação configura um problema crônico que resiste ao longo da implementação do SUS, sendo que, no caso dos CAPS de Fortaleza, o fato é apontado há muito tempo em diversos estudos (GUIMARÃES; JORGE; ASSIS, 2011; GUIMARÃES, 2007).

Outro aspecto relevante constatado na implementação da RASM diz respeito ao fechamento de hospitais psiquiátricos.

Na minha gestão nós fizemos o descredenciamento da Clínica Dr. Suliano que eram 103 leitos conveniados, isso a partir de um relatório, feito com a participação do Ministério Público, do Conselho de Medicina e de muitos outros órgãos, e nós fechamos por vários motivos: primeiro, foi a questão da assistência muito precária, inclusive eu disse na Assembléia (referindo-se a Assembléia Legislativa do CE) em audiência pública que eu temia o surgimento de outro Damião, aquele caso de Sobral que levou o Brasil pra OEA, sendo condenado na Corte de Direitos Humanos. E aí outro hospital, o IPC, resolveu por decisão própria, alegando problemas de estrutura, problemas com as chuvas, precisava de reforma, então

fechou abruptamente 80 leitos. Então, enquanto íamos suspender 103, acabou sendo suspensos 183 que gerou impacto muito maior. [...] Então, aí aconteceu o que, 180 leitos foram fechados, nos tínhamos já na central uma demanda de 10, 11, 12, 13 pacientes aguardando internação, mas com o fechamento aumentou só para 25 pacientes, o que significa que rapidamente os outros hospitais se adequaram, agilizaram seus processos de alta, o que reforça numa avaliação nossa de que muitos pacientes que estão internados, mas o hospital fica segurando. (GSM).

O fechamento de hospitais psiquiátricos, paradigmáticos do modelo de atenção que se tenta superar, constitui uma bandeira de luta dos militantes do MBRP. Esse processo, no entanto, deve ser acompanhado do devido compromisso com a continuidade do cuidado aos usuários hospitalizados. Assim, a desospitalização decorrente do descredenciamento das instituições psiquiátricas mencionadas repercutiu no cotidiano dos diferentes atores que atuam nos CAPS, os quais demonstram preocupação com o impacto dessa demanda no processo de trabalho das equipes, as quais atuam com dimensionamento mínimo de pessoal para uma demanda cada vez mais crescente.

Agora vem a demanda dos hospitais que estão fechando os leitos e a gente não está preparado para atender essa crise. (TNS4).

[...] com o fechamento desses hospitais, a gente está tendo que ter esse cuidado. Estamos começando a trabalhar, a ter única e exclusivamente pacientes com transtornos graves, o que é nossa cliente-la mesmo. (TNS7).

[...] então se o Suliano já fechou as portas, o IPC já fechou as portas, a gente está se preparando, tendo certo cuidado pra receber essas pessoas. Elas vão bater aqui na nossa porta e já começou a bater. Então, fechar leitos, não que eu seja contra isso, eu acho que isso tem que acontecer, só que fica a pergunta no ar: em que condições esse serviço está acontecendo? (TNS10).

Particularmente, o grupo de trabalhadores de nível superior manifesta preocupação com o fechamento dos hospitais psiquiátricos. Não obstante a adesão ao ideário da Reforma Psiquiátrica, sobretudo no referente à proposta de redução de leitos psiquiátricos, esses atores sinalizam que os CAPS apresentam limitações para receber a demanda de forma adequada, responsável e cuidadosa com os usuários. Referem a existência de uma demanda grande, que precisa ser redimensionada, cuja estratégia é admitir nos serviços somente os portadores de transtornos mentais severos e referenciar para atenção básica os usuários com diagnósticos de transtornos considerados leves, tomando o matriciamento como forma de acompanhamento que permite a corresponsabilização entre CAPS e Estratégia Saúde da Família – ESF.

Além disso, a preparação dos trabalhadores dos CAPS para receber a demanda procedente do processo de desos-

pitalização envolveu a composição de equipes que visitaram os dois hospitais nesse período, com a missão de identificar os usuários e encaminhá-los para o CAPS ao qual o seu território está adstrito.

Durante reunião do colegiado, na qual o pesquisador estava presente, ocorreu a deliberação, por partes de todos os coordenadores – nível central, regional e local, dos CAPS, para a formação de equipes compostas por trabalhadores de nível superior, de acordo com a disponibilidade de cada serviço, as quais em horários distintos iriam visitar os hospitais psiquiátricos Dr. Suliano e IPC, para realizar cadastros dos usuários de alta, identificando o seu local de moradia para encaminhá-los para o CAPS existente na SER na qual está inserido o bairro no qual ele reside. Para tal, foi disponibilizado um carro para deslocamento das equipes. Posteriormente, presenciou-se nos CAPS o repasse dessa deliberação para o coletivo de trabalhadores, os quais passaram a se mobilizar nesse sentido (Diário de campo).

Apesar da concentração de hospitais psiquiátricos no Município de Fortaleza e do reconhecido impacto que esses serviços podem causar, constatou-se, nos diferentes atores, inclusive antes do processo de fechamentos das instituições mencionadas, uma atitude de negação e/ou rejeição ao papel que eles podem desempenhar na constituição da RASM:

O que a gente fazia em relação aos hospitais era receber a lista de egressos e cuidar dessas pessoas. A gente começou por aí, como até hoje é prioridade absoluta os egressos dos hospitais psiquiátricos. Mas a gente não tinha uma interrelação. (CSM1).

Pronto, nesse CAPS isso é bem forte, na reunião passada, eu fiz questão de enfatizar isso: nesse CAPS de forma nenhuma se indica internação, é proibido. Quanto ao paciente em surto, tudo o que for preciso fazer no próprio CAPS, na própria unidade, a gente faz. (TNS8).

[...] a gente do CAPS, a proposta do CAPS é contra internação psiquiátrica. Só que às vezes a equipe não consegue evitar a internação psiquiátrica. (TNS9).

Esses discursos são representativos do posicionamento ético-político assumido por parte da gestão e do coletivo de trabalhadores. Duas questões parecem importantes nessa discussão. A primeira está relacionada à negação do hospital psiquiátrico na constituição de uma rede de cuidados. Por um lado, justifica-se pela proposta de modelo de atenção psicossocial que o Município se propõe implantar, cujos serviços devem estar abertos, inseridos e articulados no território, de modo a possibilitar a reinserção do portador de transtorno mental ao seu contexto social, político e cultural. Assim, o cuidado deverá ser executado mediante a articulação em rede de serviços de saúde que permitam o acesso às ações desde o nível de atenção primária até a terciária.

Em relação ao cuidado de saúde mental no âmbito hospitalar, sabe-se que está vedada a sua ocorrência em ins-

tituições com características asilares, devendo ocorrer em hospitais gerais, sobretudo quando todas as possibilidades extra-hospitalares estiverem esgotadas, conforme estabelecido na Lei nº 10.216 (BRASIL, 2005). Por outro lado, como negar a sua existência diante da longa tradição como *locus* de assistência na realidade particular do Município de Fortaleza? Como desconsiderar sua legitimidade social com a população carente que, muitas vezes, no momento da crise, necessita de intervenção imediata, sobretudo no período noturno, horário no qual o hospital é o único serviço aberto?

A segunda questão vincula-se à oposição ao internamento psiquiátrico. Cabe problematizar qual o entendimento que se tem acerca dessa modalidade de intervenção. Será que ela se confunde com internação em hospital psiquiátrico? Será que a internação psiquiátrica é dispensável mesmo nos casos mais graves e complexos, particularmente quando se requer maior tempo para se estabelecer diagnósticos diferenciais e estabilizar crises graves, que não respondem facilmente à modalidade terapêutica aplicada? Os questionamentos levantados não estão direcionados à defesa da internação em massa e, sobretudo em hospitais psiquiátricos clássicos, reificando a existência deles. Trata-se, antes de tudo, de reconhecer a internação psiquiátrica como espaço de intervenção que não pode ser considerada como dispensável de forma acrítica, sem a devida compreensão do seu papel e pertinência.

Evidenciam-se, portanto, contradições entre o plano discursivo e a materialidade das práticas operadas na RASM, as quais se concretizam na inviabilidade total de aplicabilidade desse posicionamento adotado pelos gestores e trabalhadores.

A gente não faz internação porque tá dentro da política. Tem familiares que chegam e dizem: doutora a gente quer o encaminhamento do CAPS pra internar. Mas a gente diz: a gente não interna e não manda pra internação. Isso é uma coisa que é a família quem decide. Então a gente tenta acolher o usuário, que ele fique sendo atendido aqui e que não precise dessa internação. A gente sabe que nem sempre isso é possível, porque os CAPS funcionam só durante a semana, durante o dia. Então, muitas vezes os familiares se sentem desassistidos porque não tem suporte nos outros horários e acabam levando pra internação. Mas, desde que eu entrei aqui, é muito forte a questão da gente não encaminhar pra internação. Já aconteceu de crises bem graves e precisar internar, mas é muito raro. (CCAPS6).

Não existem leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Não tem um fluxo estabelecido, não tem um protocolo de atendimento. Isso existe em outras especialidades. (CRSM2).

[...] muitos levam para os hospitais psiquiátricos pra internação, e o CAPS ele poderia resolver, atendendo essa crise, se fosse um CAPS tipo III ele poderia está ficando com esse paciente enquanto houvesse, tivesse uma melhora considerável. (TNS7).

As situações relatadas apontam para a fragilidade existente na composição da RASM, a qual limita os processos de cuidado e, conseqüentemente, a construção da integralida-

de na atenção à saúde mental. Tal fragilidade se concretiza na ausência de serviços de saúde considerados relevantes na configuração do modelo de atenção psicossocial, a exemplo dos leitos para internação e emergência psiquiátrica em hospital geral, sendo que estes não entraram no rol de prioridades na implementação da RASM, visto que sequer foram incluídos como metas no PMS 2006-2009 (FORTALEZA, 2008).

Apesar da ampliação dos serviços de atenção à saúde mental na implementação da RASM, sabe-se que a rede carece ser complementada, conforme pode ser evidenciado no plano discursivo do coletivo de trabalhadores e até mesmo dos ocupantes de cargos de gestão nos diferentes níveis.

A ideia era ter em cada regional três CAPS (um geral, um ad e um infantil). Inclusive, a intenção era progredir, implantando CAPS 24h – tipo III. ... O reforço de internações hospitalares gerais, mas se esbarrou numa dificuldade grande porque isso seria preferencialmente em leitos de clínica médica e nós temos um *déficit* grande de leitos resolutivos. (GMS).

Estamos com duas residências terapêuticas implantadas. Mas precisaria ter mais quatro. Isso se a gente pudesse realmente, se o Ministério da Saúde resolvesse investir, porque dizem que vai fazer um investimento, mas até agora nada. (CSM2).

Essa rede precisa ser ampliada. A gente não pode achar que com essa política que está aí, somente um CAPS geral vá dar conta da população de uma regional inteira. (CCAPS5).

A complementação da rede passaria, ainda, por um fortalecimento da articulação com ESF, com forte indução desde a interlocução dos gestores de ambas as áreas.

Também não há uma articulação efetiva entre atenção básica e saúde mental. Não se considerou que o matriciamento é uma estratégia que a gestão pode potencializar pra que a gente possa ampliar as nossas ações de saúde mental como parte dessa política. A própria gestão (referindo-se ao colegiado) não deixa isso claro. De um lado, ela repete esse discurso e de outro, não coloca efetivamente o matriciamento dentro do seu rol de ações. Ou seja, não se coloca isso pra atenção básica como uma política, como uma estratégia da gestão e que ela deve realmente incorporar. Daí surge dificuldades, entre elas boa parte das equipes de PSF não aceitam as ações de saúde mental como parte das suas atividades. É um esforço para a gente conseguir essa articulação, para que eles realmente atendam a demanda. (CRSM3).

Evidenciou-se, no relatório de gestão publicado, o fato de que algumas metas não foram efetivamente alcançadas. Projetava-se a implantação de três residências terapêuticas e de duas ocas comunitárias, conforme consta no PMS 2006-2009, sendo efetivamente inaugurada somente uma de cada até 2007, segundo o Relatório de Gestão da Saúde 2007 (FORTALEZA, 2010).

Desse modo, evidenciam-se avanços no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica e da configuração

RASM em Fortaleza. Os relatos dos diferentes atores, contudo, revelam hiatos entre a intencionalidade e a efetiva implementação das ações com vistas à materialização da rede, tal como desenhado no plano ideológico e normativo, confluindo para a formatação de mudanças cuja operacionalização é processual, configurando uma transição entre o velho modelo e a constituição de um novo modo de agir em saúde mental.

Modelo de gestão: avanços, descompassos e tensões entre o ideal e o real

As práticas em saúde são perpassadas por diversas racionalidades, conformadas por conexões políticas, históricas, sociais, teórico-conceituais e técnico-operacionais. Estas constituem o substrato que embasa sua operacionalidade e fomenta o plano discursivo dos diferentes sujeitos, envolvidos na trama intersubjetiva que sustenta a sua materialidade.

Observou-se que ocupantes de cargos de direção no Município de Fortaleza, ao assumirem o mandato em 2005, comprometeram-se com a instauração de um novo modelo de gestão, rompendo com tradição administrativa verticalizada e centralizadora do poder decisório, até então vigente. Com base nesse pressuposto, busca-se desvelar os diferentes aspectos que conformam esse processo voltado à inovação na gestão em saúde, particularmente em saúde mental, tomando como referência os discursos dos atores sociais implicados, bem como os documentos e as práticas observadas nos espaços de gestão da RASM.

Desse modo, inicia-se a exposição dos diversos discursos relacionados a esta dimensão de análise com o relato do Gestor Municipal, por entender que revela a intenção germinativa do desenho do modelo de gestão, cuja arquitetura passou a ser configurada no cotidiano dos CAPS.

Tem-se esse objetivo de ser uma gestão democrática, ouvindo os trabalhadores e participando. [...] a gestão colegiada, na realidade em Fortaleza, ela foi uma decisão em todos os níveis, não somente na saúde mental. [...] A gestão colegiada ela aconteceu em todas as redes, digamos assim, do município e em todas as instâncias. E na saúde mental como é uma área de potencial de conflitos, [...] é importante que as ideias sejam compartilhadas. [...] O SUS já prevê uma espécie de cogestão por meio do controle social onde tem os conselhos participando e nós defendemos que entre os gestores e trabalhadores houvesse essa partilha. (GSM).

O discurso revela a intenção de construção de uma gestão democrática, participativa, consentânea aos princípios do SUS. Mostra-se, portanto, potencialmente porosa à participação dos trabalhadores nos processos decisórios, reconhecendo a importância do compartilhamento de propostas na resolução de problemas e conflitos. Com efeito, repensar modos de governar as instituições significa recriá-las para uma nova expressão da correlação de forças nelas existentes, o que constitui um exercício de aprimoramento da democracia institucional (BRASIL, 2010).

Evidencia-se convergência entre o relato do Gestor Municipal e dos diferentes sujeitos, sinalizando a formatação da democracia institucional nos diferentes níveis da gestão – central, regional e local – conforme se visualiza nas falas expostas a seguir.

O modelo de gestão é democrático. Então, é um modelo participativo, entendendo que tem decisões que fazem parte do nível central e que lá no nível da atenção tem que acontecer, embora eles não queiram. Entende? Porque faz parte das diretrizes da política de saúde, do SUS, da reforma psiquiátrica, da política de saúde mental. (CSM1).

Acho mais democrático, mais participativo. Não vou dizer que é perfeito, mas é um exercício. (CRSM2).

A gestão atual, que eu estou atuando, é muito pautada nisso, na questão da gestão compartilhada, tudo que a gente vai fazer aqui é acordado, não tomamos decisões isoladamente. (CCAPS1).

A gestão é bem democrática. Consideram e se importam realmente com as nossas opiniões. (TNS3).

A demarcação das convergências das falas, no contexto geral, aponta a gestão compartilhada como importante ferramenta para democratizar as relações no interior das organizações, particularmente nos CAPS, cuja aplicabilidade é percebida como um exercício, portanto, processual e

passível de aprimoramentos. Assim, criam-se condições de possibilidade para a delimitação de coincidências entre missão organizacional e os interesses e necessidades dos trabalhadores (CAMPOS, 2007).

Apesar do reconhecimento de convergências nos discursos, um olhar mais cuidadoso permite identificar traços de modelos gerenciais mais centralizadores e autoritários, caracterizados por impor constrangimentos à autonomia e aos interesses dos trabalhadores em prol da supremacia das finalidades institucionais. Desse modo, quando CSM1 considera que algumas decisões do nível central deverão ser cumpridas mesmo que os trabalhadores não concordem, tornam-se evidentes as contradições entre a proposta de gestão e as práticas efetivadas, configurando tensão entre o modelo de gestão instituído e o instituinte; situação que se repete em diferentes momentos e contextos, atravessando toda a discussão delineada nesta obra.

No plano formal, detecta-se a intenção de institucionalizar práticas de gestão participativa mediante a sua inserção no PMS 2006-2009, configurando como meta: “Implantar a Coordenação Colegiada e o Colegiado Gestor de Saúde Mental, envolvendo os diferentes atores da SMS e dos territórios regionais” (FORTALEZA, 2008, p.70). Identifica-se, de tal modo, a seleção de tecnologias que permitam garantir a atuação dos diversos sujeitos, implicados na saúde mental, nos processos decisórios. São estabelecidos, portanto, sistemas de cogestão, o que representa uma estratégia de redimensionamento dos fluxos de poder na organização, mediante a horizontalização do organograma e das relações entre os sujeitos (CAMPOS, 2007).

Como tecnologia de gestão, o Colegiado Gestor configura-se como um arranjo que confere permanência ao modelo de gestão participativa, possibilitando sua institucionalização no plano real e, ao mesmo tempo, permitindo a circulação dos fluxos de ideias, debates, negociação e compromissos, que favoreçam o sucesso da organização, mas também o desenvolvimento dos sujeitos com ela implicados (CAMPOS, 2007).

Desse modo, fazer gestão colegiada, concretizada em colegiados de gestão, nos diferentes níveis de decisão no sistema de saúde e em todos os espaços de trabalho, se transformou em mecanismo de garantia de inovação gerencial, a qual deverá resultar em efetivas mudanças no paradigma clássico da Administração Pública, caracterizada pela rigidez, baixa comunicação, autoritarismo, alienação do coletivo de trabalhadores e insensibilidade para com as necessidades dos usuários (CECÍLIO, 2010).

No plano operacional, a constituição da Coordenação Colegiada da RASM, como processo histórico e social, foi perpassada por conflitos e tensões.

[...] aconteceram outras coisas, outras coisas que foi uma sacanagem que fizeram comigo. Por que foi sacanagem? Porque foi dito uma coisa pra ela (referindo-se à coordenação da atenção básica), como se eu tivesse me infiltrado ali, que era contra a política de saúde mental. Aí foi uma coisa de louco. Eles tiravam os papéis da minha mão, ficou uma coisa persecutória, que eu não entendia. Depois disso, foi inventada a coordenação colegiada na saúde mental. Então, a coordenação co-

legiada nasceu de uma crise. Lógico que ela também já trouxe consigo essa coisa da gestão participativa. (CSM1).

Então, depois dessas confusões, houve uma reunião e eu propus pra L*. que eu não ia ficar mais com ela. [...] Ah, antes disso, a L* tinha criado uma espécie de colegiado, mas continuava do mesmo jeito porque era ela que acabava decidindo. O fato é que nessa reunião se decidiu que a saúde mental a partir de então era uma rede e que ela sairia da atenção básica. (CSM2).

Conforme pode ser evidenciado, a ideia de composição de Coordenação Colegiada foi germinada num contexto de conflitos, particularmente entre os responsáveis pela área da saúde mental, naquele momento, subordinados, no plano formal e no real, à Coordenação da Atenção Básica, e à coordenadora desse setor. Portanto, configurou-se uma situação de crise que culminou na ruptura dessa relação de subordinação, no plano real, entre essas duas áreas específicas, e na formatação da RASM, atuando de forma autônoma, o que requereu a definição da sua estrutura de direção.

A estruturação da Coordenação Colegiada da RASM e do Colegiado Gestor assumiu a seguinte formatação:

Então a gente já saiu da atenção básica enquanto Coordenação Colegiada. Era eu, M*. e a R*. Entendeu? A gente se formou colegiado, por causa dessas questões. [...] O colegiado de saúde mental nessa época era composto por mim, pelo M. e pela R., do nível central, pelos seis

coordenadores de saúde mental das SER's e pelos 14 coordenadores dos CAPS, totalizando 23 membros, além do coletivo de trabalhadores. Depois saiu o M*, que foi assumir as funções no estado. Então a gente coordena, somos a gestão da saúde mental do município de Fortaleza, juntamente com os seis coordenadores regionais e os 14 coordenadores de CAPS. E o colegiado ampliado inclui todos os trabalhadores da saúde mental. (CSM1).

O relato é representativo em relação aos demais. Expõe a estrutura do Colegiado em termos quantitativos; no entanto, é preciso fazer uma ressalva com vistas a explicitar que a participação do coletivo de trabalhadores, na verdade, dá-se via representação, sendo os coordenadores locais portadores das demandas sistematizadas nas decisões do nível local. A participação direta dos trabalhadores é efetivada somente no espaço institucional dos CAPS.

Essa afirmação encontra consonância na observação das práticas *in loco*, bem como no relato de outros atores. Destaca-se que foi possibilitada a observação da dinâmica de funcionamento do Colegiado, operada mediante a presença de um pesquisador nas reuniões regulares dessa instância de gestão.

As reuniões ocorrem semanalmente, cujo espaço de realização não é fixo, ocorre uma rotatividade de locais, mas sempre em serviços da rede, no sentido de possibilitar a interação e o compartilhamento de experiências entre os diferentes coordenadores, cuja seleção do local é feita

previamente na reunião anterior. Porém, mesmo acontecendo dentro de alguns serviços, tinha-se uma sala reservada para tal, e, em cada reunião constava a presença apenas dos coordenadores – da coordenação colegiada, das coordenações regionais e dos CAPS, bem como dos assessores (Diário de campo).

Quando é pra se tomar uma decisão na reunião do colegiado, geralmente quando é pra votar na roda maior eu sempre faço a ressalva de que vou levar o assunto pra discussão da equipe no serviço e que meu voto enquanto eu não discutir com a equipe é quase uma abstenção. Isso a Coordenação Colegiada acha ruim. [...] mas eu coloco que se têm implicações no cotidiano do CAPS a decisão deve ser tomada com a participação da equipe (CCAPS1).

Reafirma-se que é no espaço micropolítico do cotidiano dos serviços que a participação dos trabalhadores nos processos decisórios se efetiva de forma direta, conforme, reiteradamente, emerge nos relatos dos coordenadores dos CAPS e dos próprios trabalhadores, representados a seguir:

[...] a equipe aqui se compromete em fazer uma gestão compartilhada no CAPS. Assim, eu assumo oficialmente o CAPS, respondo legalmente por ele, assino toda a documentação, mas a gestão é compartilhada. Eu não gerencio sozinha. (CCAPS1).

É feito aqui no CAPS todo um trabalho, primeiro com a equipe, de consultar, de permitir a participação nas decisões. (TNS10).

Em ambas as dimensões, macro e micro-organizacionais da RASM, a cogestão se materializa em espaços coletivos, adotando como dispositivo o Método da Roda, assumindo explicitamente a proposta formulada por Campos (2007).

[...] Isso aí é a experiência do professor lá de Campinas – Gastão Wagner, da roda de gestão. Foi criado em cada regional e até em cada unidade de saúde foi estimulado que criassem rodas. As rodas têm três objetivos: objetivo pedagógico, gerencial-administrativo e até um objetivo terapêutico – onde a equipe acaba fazendo as catarses. (GSM).

De tal modo, todos os CAPS sistematizaram espaços para a realização das rodas de equipe/gestão, abertas à participação de todos os trabalhadores, as quais acontecem semanalmente, constituindo espaço para discussão e debate; de tomada de decisões e deliberações relacionadas à organização dos serviços, à organização dos processos de trabalho e dos projetos terapêuticos dos usuários; de formação e de cuidado do trabalhador, incluindo-se as relações que se estabelecem entre os diferentes sujeitos no cotidiano do serviço.

[...] todas as discussões são levadas pra roda, pra gente decidir como vai agir melhor. A gente discute muito em equipe no processo de cogestão. A gente discute a questão dos atendimentos, como organizar. Então a gente procura dividir as nos-

sas rodas de gestão, as rodas de equipe em quatro momentos, onde primeiro a gente faz uma abordagem da questão administrativa, sendo discutidas as questões administrativas e de organização do CAPS, por exemplo, como está a demanda, o acolhimento. Depois, na roda, fazemos espaços de formação com estudos de casos pra fortalecer essa equipe, pra aprender mais, vendo como atendemos os pacientes e elaboramos o plano terapêutico do paciente. Esse um momento de formação da equipe. Aqui, discutimos inclusive a atuação de cada profissional pra que a gente saiba o que cada profissional faz e a gente cresce conhecendo as outras profissões porque tem coisas específicas de cada profissional. Também tem um momento que chamamos de cuidando do cuidador. A equipe até brinca dizendo que está cuidando de quem é muito maltratado porque tem muito trabalho. (CCAPS5).

É tudo compartilhado na roda. Aqui, a roda é soberana, é um espaço democrático, é um espaço em que colocamos todos os nossos projetos. [...] A roda é a maior tecnologia que nós temos que é o encontro. É nela que se constrói e reconstrói, que é o espaço crítico porque todos podem participar, podem dizer isso aqui não tá funcionando. (CCAPS4).

Na roda é discutido o funcionamento, a dinâmica da unidade, o que é que não está funcionando, o que precisa ainda de um ajuste. Também é discutida relação interpessoal, tanto o interprofissional quanto

o interpessoal [...]. Na última reunião, duas auxiliares de enfermagem não estavam se batendo e a gente teve que colocar em pauta. O que que a gente vai fazer? Até que ajustou o horário, ficou legal, ficou bacana. Tem essa questão de como é que está a saúde mental do trabalhador. Às vezes são colocados vídeos, são feitas dinâmicas. E têm os momentos formativos que a gente discute algum tema interessante. A gente separa uma para comentar sobre aquilo que é de interesse do grupo. Já fizemos sobre medicamentos, dependência química, sobre psicoses. (TNS8).

Consoante os relatos, pode-se considerar que esses espaços constituem um solo fértil para a construção da autonomia do coletivo de trabalhadores, por potencializar seu protagonismo, sua capacidade criativa e de análise e intervenção, na reorientação do modelo de gestão e de atenção em saúde, mediante a remodelagem das práticas sanitárias.

Se, por um lado, é possível a missão institucional não coincidir com os interesses dos trabalhadores, por outro, a implementação de modelos gerenciais inovadores, que adotem tecnologias promotoras da democratização institucional, mostram-se efetivamente potentes para a redução do distanciamento entre esses dois polos, os quais não são, necessariamente, antagônicos ou contraditórios entre si.

[...] as pessoas têm que se apropriar e se sentirem parte do processo. Eles se sentem bem, sentem-se mais responsáveis pelo serviço, não excluídos do processo. Eu acho que a equipe é nova, mas está ficando forte em relação a isso. (CCAPS6).

Eu acho que quando você pode se colocar é melhor, como pessoa, como profissional, como um sujeito da história, você tem um modelo que permite a gente expressar a nossa subjetividade. (TNS4).

[...] você faz uma roda de trabalhadores do CAPS pra que eles possam se apropriar e perceber que a opinião deles é importante. A vantagem de você trabalhar de forma coletiva é possibilitar a mesma linguagem entre os sujeitos, você não tem que instituir por decreto as mudanças institucionais, elas são frutos da discussão coletiva. (CCAPS4).

[...] no momento em que eu participo de uma decisão, isso traz pra mim um nível de responsabilidade bem maior. (TNS6).

O estabelecimento de fóruns coletivos, no âmbito das organizações, que permitam a expressão de interesses e desejos, embora estes possam ser contrapostos e/ou ressignificados, representa estratégia fundamental para a constituição de sujeitos capazes de estabelecer compromissos ético-políticos afinados com as finalidades organizacionais (CAMPOS, 2007; CECÍLIO, 2010). Este é o caso dos serviços de saúde, comprometidos com a produção de atos de cuidado, primando pela reorientação do modelo de atenção, com vistas à integralidade e à humanização das práticas de saúde (MERHY, 2006a; 2006d; 2007).

Outro aspecto de relevo no tocante à gestão participativa na saúde, diz respeito à inclusão dos usuários nos sistemas de cogestão. Afinal, representam o segmento com

maior interesse na obtenção de ações e serviços que atendem às suas necessidades, o que justifica, em tese, que a gestão esteja aberta à vocalização de suas demandas.

No âmbito da RASM de Fortaleza, foi relatada a operacionalização de dispositivos nos CAPS que permitem a participação dos usuários.

Nós temos incentivado o conselho. Mas não queremos fazer um conselho à força. A gente tem incentivado que o pessoal potencialize a criação de conselhos locais de saúde. Basicamente, 80% dos CAPS têm conselho local. Tem ainda as assembleias dos usuários. [...] Mas eu também sou extremamente atenta a tudo que chega na ouvidoria. Eu peço pra ver o que chega lá de reclamação porque o usuário diz a verdade. Então, a assembleia é um mecanismo, o conselho é um mecanismo. Assembleia é um espaço importante que a gente potencializa. (CSM2).

Por meio das assembleias de usuários [...]. Antes das assembleias a participação dos usuários se dava por meio das demandas apresentadas isoladamente e aí a gente reunia os usuários e decidia. Depois, com as assembleias acontecendo, de forma sistemática, inclusive, isso reflete no cotidiano do serviço, já foram tomadas decisões que refletiram em toda a organização do serviço, por exemplo, a questão do vale-transporte, questões relacionadas a projeto terapêutico. (CRSM2).

Quando eu cheguei aqui em 2008 o Conselho local não estava feito, e ainda não está. A gente está organizando agora. [...] Essa assembleia é dos usuários, familiares e comunidade. (CCAPS2).

Os relatos confirmam que a efetiva participação dos usuários impacta na organização dos serviços e dos projetos terapêuticos deles. Identificam como dispositivos as assembleias de usuários e os diálogos e decisões diretas com os dirigentes; e, como arranjos, os conselhos locais de saúde – CLS. Além disso, utiliza-se, ainda, a Ouvidoria como instrumento para a canalização das diferentes demandas da população aos ocupantes de cargos de direção.

Identifica-se o fato de que as características estruturais e gerenciais locais determinam a existência ou não de CLS. Assim, de acordo com observação de campo, dois CAPS não haviam organizado o CLS, mas em todos foi identificado o funcionamento de assembleias dos usuários. Além disso, observou-se, ainda, por várias vezes, o acesso direto dos usuários e membros familiares à Coordenação, apresentando reclamações, críticas e sugestões, as quais foram recebidas e postas em discussão nas rodas de gestão.

Outro dispositivo de participação direta dos usuários é a ocorrência ocasional de reuniões, convocadas quando da emergência de problemas importantes, nas quais se fazem presentes os membros da Coordenação colegiada:

Por exemplo, teve a história de um CAPS que viria para o centro, pra ser tipo III. A decisão saiu daqui (referindo-se à Coordenação Colegiada), mas os usuários se mobilizaram. [...] quando comunicamos

que ia mudar, o que os usuários fizeram? Reuniram-se, fizeram abaixo-assinado e mandaram prá nós. Exigiram nossa presença lá pra discutir com eles e a gente foi discutir com eles. Decidiram que o CAPS não vai ficar aqui no centro, mas também não vai ficar lá, vai ficar no meio. Isso porque a gente precisa que tenha uma aproximação maior do centro, mas eles também queriam que tivesse uma aproximação maior dos bairros deles. Isso não é uma coisa que seja fácil, todo dia existem tensões que passam. (CSM1).

Consoante o modelo de sistema de cogestão proposto por Campos (2007), identifica-se o fato de que, na prática, os usuários têm assegurada sua participação nos espaços coletivos, com certa capacidade de interferência nos processos decisórios.

Para o autor, a participação dos usuários deve ocorrer de forma diferenciada em relação aos trabalhadores. Reconhece que, no Brasil, os conselhos e as conferências de saúde foram regulamentados com essa função de cogestão, como forma de efetivar o que ele convencionou denominar de controle social comunitário. Nestes arranjos, têm assento garantido os usuários, os trabalhadores e os gestores (CAMPOS, 2007).

Nos relatos e na observação do campo, identifica-se o fato de que os usuários não participam diretamente do Colegiado Gestor no nível central, nem das rodas de gestão no nível local. Daquele participam apenas ocupantes de cargos de direção; enquanto destas participam o coordenador e os trabalhadores do respectivo serviço, podendo ter a presença de membros da Coordenação Colegiada.

Retomando a ideia de que o modelo operado em Fortaleza se baseia na experiência de Campos (2007), é possível identificar certo distanciamento entre a concepção formulada pelo autor e os contornos delineados na prática e relatado pelos atores.

A segunda modalidade de Espaço Coletivo são os Colegiados, voltados para operacionalizar a gestão interna das Organizações. Estes Colegiados criam um lugar mais ou menos protegido, onde as Equipes de trabalhadores possam organizar-se e elaborar seus projetos e visão de mundo. Também por convenção se sugere chamá-los de Colegiados de Gestão. São órgãos internos das Organizações, em que participam dirigentes, assessores, supervisores e trabalhadores. Desses Colegiados saem as representações internas para compor os Conselhos de cogestão (CAMPOS, 2007:148).

Parece que o denominado como Colegiado Gestor no município de Fortaleza, por estar situado no nível central, estabelecendo diretrizes de funcionamento para toda a RASM, deveria guardar semelhança com o que Campos (2007) denominou de Conselhos de Cogestão. Estes, segundo o autor, deverão ser compostos por atores sociais internos e externos aos coletivos, dentre estes, trabalhadores, representantes da sociedade civil e do Governo exercendo a cogestão em organizações públicas. Caberia, portanto, a representação dos usuários.

Quando se analisa a dinâmica de funcionamento do Colegiado Gestor, torna-se evidente que o modelo potencializa a horizontalização das relações de poder e promove

o estabelecimento de compromisso, a corresponsabilização dos diferentes atores.

O colegiado de gestão é a possibilidade de a gente estar fazendo com que essa gestão seja corresponsabilizada. É importante porque a gente sai daquela história de pirâmide, de poder piramidal, onde alguém manda e eu só vou obedecendo. [...] Porque tem algumas questões que a gente traz pra roda do serviço e, aí a equipe também se sente comprometida com o processo, a gente retorna pra roda do colegiado. [...] Nisso, você começa a circular o poder. Não fica um poder centralizado. (CCAPS2).

Algumas decisões são discutidas, como por exemplo, essas oficinas que estão acontecendo, elas são discutidas com a equipe. A equipe tem uma voz ativa dentro desse processo. Elas não são tomadas de cima pra baixo não, nós temos a liberdade de questionar. (CCAPS3).

Deve-se destacar a noção de que a Coordenação Colegiada integra o Colegiado Gestor. Tem assento nas reuniões sistemáticas, atua mediando ou até mesmo determinando os processos e fluxos de informações e de tomada de decisões. Muitas vezes, durante a pesquisa, foi observado o fato de os atores fazerem referência ao grupo que compõe a Coordenação Colegiada como Colegiado de Saúde Mental, o que, de certa forma, causa confusão em relação às suas funções/atribuições. Além disso, dentro desse modelo de gestão, parecia não estarem claras as funções do coordena-

dor municipal de saúde mental, do coordenador regional e do coordenador do CAPS, razão pela qual foram elaborados três documentos estabelecendo a missão, atribuições e responsabilidades de cada um dos ocupantes desses cargos. Destaca-se o fato de que tais documentos foram elaborados de forma participativa, pelos atores que compõem o Colegiado Gestor, durante o período desta pesquisa.

De forma divergente em relação aos últimos relatos, evidenciou-se a existência de traços característicos de modelos tradicionais de gestão, marcados pela centralização e pela verticalização, além de certo distanciamento daqueles que executam as ações de saúde no cotidiano – fato revelado no discurso de outros atores quando se referem aos processos de tomada de decisões e ao fluxo estabelecido nas inter-relações da Coordenação Colegiada com o nível local.

Se por um lado, o colegiado (referindo-se à Coordenação Colegiada) tem demandas de gestão, ele não consegue fazer com que isso dialogue mais tranquilamente com o planejamento dos serviços. Se bem que se propõe uma horizontalização da gestão, mas ainda se tem fortemente a cultura da verticalização da gestão. Essa cultura verticalizada acaba dificultando mais o trabalho do gestor local e regional porque você terá que fazer mediações o tempo todo com os serviços. Então, a gente fica muito mais tempo tentando mediar essa pressão que o colegiado faz pra esses profissionais que já vem com outra pressão que é a da demanda para que eles possam continuar fazendo o trabalho deles. (CRSM3).

Eu acho que ainda não é um colegiado (referindo-se à Coordenação Colegiada) porque há uma centralidade em um membro do colegiado. Isso acaba desvirtuando o modelo de colegiado. Enfim, ainda não há uma cultura democrática na essência do que é um colegiado gestor porque algumas decisões ainda acontecem no nível central, num modelo verticalizado que a gente sabe que acontece. (CCAPS4).

Desse colegiado que tá implementado, em vigência, ao contrário do princípio do colegiado que eu pensei há uma imposição, eles pensam, e isso tem que ser obedecido pelos trabalhadores e pelos gestores subordinados. (TNS2).

Além do plano discursivo dos coordenadores regionais, locais e dos trabalhadores, os quais conformam um bloco de falas convergentes, foi possível observar a sua materialidade no cotidiano dos serviços em diferentes momentos da pesquisa. Desse modo, no intuito de corroborar o discurso desses atores, transcrevem-se abaixo dois recortes de relatos da observação de campo, elucidativos da afirmação de que a Coordenação Colegiada não dialoga com planejamento e as decisões tomadas nos serviços, bem como dos processos centralizados e verticalizados referidos. Um refere-se às reuniões do Colegiado Gestor e o outro ao cotidiano da coordenação do CAPS.

As pautas em todas as reuniões são trazidas pela coordenação colegiada, discutidos e realizados os devidos encami-

nhamentos. Contudo, algumas questões já vieram acompanhadas de encaminhamentos os quais deviam ser acatados pelos coordenadores regionais e locais, algumas vezes, permitindo apenas ajustes às especificidades locais. Muitas das questões, necessidades, demandas e/ou decisões dos coordenadores locais e/ou regionais, referentes aos problemas do seu cotidiano, são colocadas como informes ou discutidas paralelamente, de forma particular. (Diário de campo – reunião do Colegiado Gestor).

Em dois CAPS foi planejado que no período entre Natal e Ano Novo, considerando que os trabalhadores tinham horas de trabalho excedentes e como não seriam pagas horas-extras, os mesmos teriam folga nesse período, tendo sido feito escalas que garantisse, ao mesmo tempo, o não fechamento do serviço e um recesso a esses trabalhadores, tudo pactuado na roda de gestão local. Em certa manhã, quando o pesquisador chega aos serviços, encontra as coordenadoras chateadas e com ar de preocupação, porque haviam recebido uma ligação de um membro da Coordenação Colegiada determinando o retorno dos trabalhadores que estavam de folga. Contrariadas, as duas coordenadoras, começam a telefonar para os trabalhadores comunicando o fato e solicitando retornos dos mesmos ao trabalho, sendo que alguns não foram localizados por terem viajado. (Diário de campo – CAPS).

Desse modo, é posta em xeque a autonomia dos gestores locais, bem como o são os princípios de uma gestão dita democrática. Revela-se, portanto, uma atualização das práticas herdadas da racionalidade gerencial tradicional, contrapondo-se aos fundamentos ético-políticos e operacionais do novo modelo que se tenta implementar. Esta situação foi identificada em outros estudos (GUIMARÃES, 2007; GUIMARÃES; JORGE, ASSIS, 2011), sendo que, naquele momento, se advogou a existência de conflitos e tensões entre o modelo instituído e o instituinte, considerando que a visita ao campo empírico ocorreu ainda no início do segundo ano da gestão municipal.

Outra questão importante suscitada, com a percepção de distanciamento entre Coordenação Colegiada e o cotidiano dos CAPS, refere-se à representatividade e à própria legitimidade da composição dessa instância de gestão, entendida como Colegiado Gestor pelos trabalhadores, conforme já demarcado. Nesse sentido, os trabalhadores problematizam:

[...] mas como se constituiu esse colegiado? Que papel nós tivemos na constituição desse colegiado da saúde mental? Em qual momento os CAPS foram consultados sobre essa constituição? Em nenhum. Então acaba mesmo sendo procedimento técnico ou burocrata e aí acontecem os choques porque se depara com equipes que não estão acostumados com esse tipo de relação verticalizada, porque o colegiado por si só pressupõe a democratização das relações. Supõe-se que quem esteja dentro do colegiado, esteja também representando suas bases. Então, como a gente pode se reconhecer

dentro de um colegiado do qual a gente não participou da sua constituição. Pra mim, o Colegiado é modelo que horizontaliza, que é representativo, mas a gente foi excluído. (TNS5).

Nós, de nível médio, não temos contato com ninguém do colegiado. O contato que nós temos é só de ouvido, de escuta, do coordenador daqui que vai pra reunião do colegiado e traz os informes do que o colegiado decidiu e do que ele não decidiu. Mas nenhum trabalhador de nível médio sabe quem é o colegiado, como se constituiu o colegiado, como é que eles são eleitos, como trabalham. (TNM7).

Essas questões encontram ressonância no estudo realizado por Cecílio (2010), quando também detecta o fato de que muitos trabalhadores revelam não saberem o que acontece nas reuniões do colegiado. Assim, considera a questão da representatividade e da comunicação dos colegiados de gestão com o conjunto de trabalhadores como faces da mesma moeda que, no entanto, parecem ser algo mal resolvido na percepção do coletivo de trabalhadores.

O financiamento das ações e serviços na Rede de Atenção à Saúde Mental

No cerne dos relatos acerca da estruturação da RASM de Fortaleza emergiram, no plano discursivo, aspectos relacionados ao financiamento dos serviços de saúde mental, evidenciando dimensões relacionadas às suas fontes e dinâmica de alocação dos recursos.

Destaca-se o fato de que a discussão sobre o financiamento no âmbito dos sistemas de saúde envolve as fontes de recursos a partir das quais se efetuam os gastos com a saúde da população. Em se tratando de sistemas públicos de saúde, como no caso do SUS, os gastos são financiados fundamentalmente pelos tributos arrecadados, cujos recursos financeiros podem subvencionar os investimentos – voltados à implantação e/ou implementação de ações e serviços e à aquisição de materiais e equipamentos; e o custeio – recursos alocados para a manutenção de ações e serviços de saúde, incluindo as despesas com pagamento de salários (UGÁ; PORTO, 2008).

No caso brasileiro, a definição de uma política de financiamento capaz de atender as demandas estruturais do SUS, possibilitando implementar suas diretrizes e efetivar seus princípios, particularmente assegurando o direito à saúde, representa um grande impasse na área sanitária nas últimas décadas, o que impacta negativamente na concretização do sistema público de saúde de caráter universal, instituído constitucionalmente.

O panorama de implementação do SUS, atravessado por processos de ajustes macroeconômicos no aparelho de Estado, fundamentados na concepção neoliberal, mostrou-se desfavorável à sua materialização em virtude do engessamento e/ou redução dos investimentos em seguridade social, descompassado em relação às crescentes demandas e necessidades da população. Nesse sentido, tem-se um cenário complexo, representado pela crise do sistema de saúde a qual perpassa as suas dimensões macropolíticas – gestão e financiamento – impactando diretamente na dimensão micropolítica – modelo de atenção e processos de trabalho. Tal fato de-

sencadeia mobilizações em torno da definição de estratégias para garantir a efetividade das ações de saúde nas três esferas de governo (MENEZES; ASSIS, 2006). O principal avanço nesse âmbito foi a aprovação da regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, definindo o volume de recursos que devem ser destinados à saúde pelas três esferas de governo.

No contexto de implantação da RASM, a crise do financiamento se faz presente na fala do Gestor Municipal, ao considerar que os repasses de recursos do Governo federal são insuficientes para manter os serviços funcionando.

[...] o problema grave do financiamento, porque os recursos dos CAPS não são suficientes para mantê-los. Só pra você ter ideia, os CAPS funcionavam com recursos de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade-APAC, que durante algum tempo era financiado pelo Fundo Nacional de Ações Estratégicas e Compensação-FAEC, só que depois de um tempo isso passou para o teto financeiro do município de Fortaleza. Então, o que passou para esse teto foi 290 mil reais/mês que foi a série histórica desses CAPS, já dos 14 CAPS, porque a produção era mal computada, mal processada. E só de pessoal terceirizado nós pagamos cerca de um milhão de reais/mês, portanto um déficit aí de mais de 700 mil reais. Sem falar aluguéis e outras coisas. Então, um dos grandes entraves foi o financiamento. Com o fechamento dos hospitais foram quase 200 mil reais realocados para reforçar o financiamento da rede de saúde mental pública municipal. [...] tem duas fontes

de recursos: uma é fechar leitos dos hospitais psiquiátricos e aplicar os recursos na implantação e gestão dos CAPS; a outra, são os recursos de outras fontes que precisam ser remanejadas. (GSM).

O relato de um membro da Coordenação Colegiada de Saúde Mental se mostra convergente, ao afirmar que:

Acho que o governo federal tem muito compromisso com saúde mental, mas você sabe que o financiamento da saúde em geral tá defasado. [...] A gente é uma rede que tem um custo de quase 1,3 milhão/mês, sendo que o incentivo do Ministério da Saúde é de aproximadamente 400mil. Assim, a rede é quase toda bancada pela prefeitura. Se não fosse o envolvimento político que nós temos com a saúde mental, não teríamos essa rede, porque o valor que a gente recebe não dá pra pagar um terço das despesas. (CSM2).

Os discursos revelam que o custeio dos CAPS ocorre por meio de repasses do Governo federal, o qual se mostra ínfimo, exigindo elevada contrapartida do Município. Nesse âmbito, confirma-se uma tendência histórica observada no processo de implantação do SUS: a crescente desresponsabilização do Governo federal com os gastos em saúde, a qual se expressa na sua redução gradativa. Por outro lado, sucede o aumento substancial dos recursos gastos pelos municípios, cujo limite ultrapassa o mínimo estabelecido legalmente, que é da ordem de 15% da receita municipal. Comprova-se tal asserção ao se verificar os dados expostos na Tabela 1.

Tabela 1: Participação das esferas de governo no gasto público em saúde. Brasil 1980-2003 (%).

Esfera de governo	Período						
	1980	1990	1992	1993	2000	2003	2008
Federal	75	73	68	72	60	51	45
Estadual	18	15	14	12	18	23	26
Municipal	7	12	18	16	22	26	29
Total	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: Ugá & Porto (2012).

Em conformidade com o pensamento dos sujeitos do estudo, sabe-se que o Governo federal tem compromisso com a saúde mental, expresso em um conjunto de artifícios normativos que visam a dar operacionalidade à Política Nacional de Saúde Mental – PNSM, mediante a redução dos leitos em hospitais psiquiátricos e expansão de serviços extra-hospitalares, materializada na implantação de um conjunto de ações e serviços substitutivos ao modelo tradicional, entre eles os CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos, Projeto de Volta pra Casa, ações de saúde mental na Atenção Básica.

Esse compromisso com a expansão da rede extra-hospitalar, entretanto, não foi acompanhado do necessário comprometimento com o investimento financeiro para a execução da PNSM. Revela-se, portanto, uma contradição entre o que se propõe realizar e o que efetivamente se viabiliza em termos orçamentários e financeiros, razão pela qual há descompassos entre o formal e o real na implementação das políticas de saúde no Brasil. Além da ausência de orçamento suficiente para viabilizar os avanços pretendidos, detecta-se que houve redução de gastos em saúde mental da

ordem de 40% no período de 1998 a 2004 (ANDREOLI, 2007). Tal situação efetivamente compromete o custeio e limita a capacidade de investimento em saúde pelos municípios, conforme sinalizado pelos entrevistados.

Outro aspecto fundamental quando se discute o financiamento da atenção à saúde mental foi mencionado pelo Gestor Municipal. Ele considera que a redução de leitos em hospitais psiquiátricos permite realocar os recursos para o custeio da RASM. Em virtude da elevada concentração de hospitais psiquiátricos em Fortaleza, o Município acompanha a tendência nacional no referente aos gastos com saúde mental. A expansão gradual da rede extra-hospitalar é incentivada, mas historicamente, de modo contraditório, o maior volume de gastos em saúde está concentrado em gastos hospitalares referentes a internações psiquiátricas, fundamentalmente em hospitais psiquiátricos. Observa-se, porém, tendência de inversão, a qual começa a se consolidar a partir de 2006 (SOUZA; LIMA; PINHEIRO, 2007), o que pode ser verificado na Tabela 2.

Tabela 2: Proporção de gastos com Saúde Mental no SUS destinados aos hospitais psiquiátricos e serviços extra-hospitalares. Brasil, 1997, 2002-2006.

Proporção de gastos	Período					
	1997	2002	2003	2004	2005	2006
% gastos hospitalares	93,1	75,1	67,3	63,1	55,5	48,7
% gastos extra-hospitalares	6,9	24,9	32,7	36,9	44,5	51,3
Total	100,0	100,	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: adaptado de Souza, Lima, Pinheiro (2007).

No âmbito do Colegiado de Saúde Mental, um membro informa que a gestão financeira dos serviços de saúde fica a cargo da Secretaria de Finanças do Município, razão pela qual desconhece o valor global do orçamento para sua área, mas revela o potencial de ordenação de fluxos de recursos que detém. Nesse sentido, aponta alguns gastos realizados para manter os CAPS funcionando.

Em termos de financiamento, o que acontece? A gente não tem gestão financeira direta, mas a gente interfere no orçamento e temos poder de influência pra definir pra onde vão os recursos. [...] gastamos mais de um milhão/mês só com pessoal terceirizado. Ai tem a manutenção dos CAPS com vale-transporte, com alimentação, com material de oficina, com manutenção de equipamentos, com uma série de coisas. A gestão financeira fica a cargo do setor de finanças da prefeitura. [...] Por isso, eu não sei te falar qual o orçamento total que a saúde mental tem. Mas todos os gastos são consolidados no mês e se faz o pedido de repasse pra Secretaria de Finanças. (CSM1).

Em decorrência da descentralização político-administrativa, mediante a qual o Município está dividido em SER, a ordenação de despesas ocorre no nível central, mas os recursos são repassados para o setor de finanças de cada SER, conformando um fluxo descentralizado dos recursos financeiros para os coordenadores regionais de saúde mental, ficando estes responsáveis por acompanhar sua aplicação.

Algumas coisas são direcionadas ao orçamento da regional, o recurso é repassado especificamente para aquelas coisas, como aluguel de CAPS, alimentação e vale-transporte para os usuários e que atualmente esse fluxo está melhor porque a gente vem se organizando junto com a Secretaria Municipal de Saúde. Vai pra regional o documento discriminando os valores pra cada coisa, então a coordenadora da saúde mental vai até a chefe de distrito e avisa da entrada de recurso e sua destinação, aí ela vai para o DRAF – departamento regional administrativo-financeiro discutir com eles a utilização do recurso em termos administrativos, embora isso seja do processo administrativo-financeiro. [...] a gente tenta manter um valor que nos é repassado mensalmente. Por mais que se tenha um orçamento, esse ano ainda não foi apresentado este orçamento. Mas esse repasse nunca é suficiente porque a gente tem um gasto bem superior devido o aluguel de casa, produtividade de servidor, vale-transporte, alimentação, material de oficina. Enfim, quando a gente junta toda essa despesa o recurso não dá, as vezes a gente tem meio que escolher o que se paga primeiro. (CRSM1).

Apesar da existência do fluxo, todavia, os gestores regionais consideram que não têm acesso a todas as informações referentes, ficando reféns da atuação do Departamento Administrativo Financeiro – DRAF. Além disso, informam sobre a irregularidade dos repasses financeiros e a insuficiên-

cia do volume de recursos, o que prejudica a organização dos serviços no nível local por ocasionar falta de insumos, materiais e equipamentos.

Isso é um grande complicador, um grande desafio, até porque a gente não tem acesso, de certa forma, como a gestão gerencia esses recursos que vem do Ministério da Saúde. O recurso ele entra no Fundo Municipal de Saúde e a partir daí ele é distribuído para as regionais, segundo a fonte, porque cada regional tem sua especificidade. Então, nosso recurso da saúde mental entra no FAE. Custeia alimentação, vale-transporte, material de limpeza. Às vezes, chega material pra oficinas, mas a gente passou quase um ano sem receber nada. Então, nós coordenadores fazemos empenho, solicitamos e o recurso vem pra regional. Agora está chegando um material para as oficinas que a gente tinha solicitando um tempão atrás. Mas a gerência disso não é diretamente com a gente, é com o DRAF. A gente sabe o valor, mas somente temos acesso mediante os empenhos. Mas não temos suprimento de fundo também. Então algumas coisas não têm regularidade, tá com mais de um mês que não temos material de limpeza. Então tudo isso é muito complicado. Como você pode gerenciar os dispositivos de saúde mental se você não tem um fluxo direto de recursos financeiros específicos para que você possa fazer as devidas manutenções de forma regular. (CRSM2).

Em relação ao nível local, a experiência revelada pelos atores aponta para a existência de um repasse financeiro para o CAPS, o que se dá via SER, destinado ao custeio de materiais de expediente e atividades de manutenção da infraestrutura dos serviços com baixo custo. Os discursos a seguir são representativos dessa dinâmica.

Nos CAPS, criados legalmente (inscritos no organograma da SMS), eles têm suprimento de fundo porque as pessoas que estão lá são servidores. Mas não há regularidade nesse repasse. Como nos CAPS novos não temos servidores, então não se consegue suprimento de fundo. Agora algumas negociações, na nossa regional, permitiram a disponibilidade desse suprimento de fundo. (CRSM3)

Para o repasse, nesse segundo convênio, houve um acordo que toda a parte de pagamento de pessoal seria de responsabilidade da prefeitura. Além disso, chegou-se a um valor para a manutenção do CAPS, que está coberto por esse convênio, de um repasse para a manutenção. Ele não é suficiente porque não é repassado como deveria, não há regularidade. Estamos sempre com uma defasagem de tempo no repasse. Em 14 meses nós temos sete parcelas pagas. Isso traz muita dificuldade, de vez em quando a gente fica sem o recurso e não temos custeio via regional como os outros, tudo é pelo convênio. Mas mesmo assim ainda estamos melhores que os outros. (CCAPS4).

Nós no CAPS temos uma coisa chamada suprimento de fundo que vem via regional. É um recurso que a SMS repassa pra regional e é repassado prá gente. Isso é mensal, eram R\$ 500,00 até junho. Agora aumentou pra mil reais. Sendo que em 2010 eu só recebi junho, depois disso não recebemos mais, vamos terminar o ano sem esse recurso. Se a gente fosse brincar a gente diria que gerenciamos o CAPS com R\$ 500,00 durante todo o ano de 2010. (CCAPS1).

Olha, é complicado. A gente não recebe nada de dinheiro. O que vem é pela regional, é demorado muitas vezes. Tem mais de duas semanas que a gente pediu vale e ainda não chegou. O suprimento de fundos que deveria vir todo mês, fazia um ano que não vinha, recebi agora, mas um recurso muito pequeno. É muito difícil porque eu não sei como fazer a gestão de um serviço e não ter recurso pra nada. Quebrou uma lâmpada eu tenho que ligar pra regional pra consertar e às vezes leva um mês. Às vezes são coisas urgentes que ficamos sem resolver porque não tem recursos. Eu não recebo recurso nenhum. Aliás, recebi esse suprimento de fundo no valor de R\$ 500,00 pra comprar o monte de coisa que tá faltando há um ano. Foi o único recurso que eu tive acesso, mas que há um ano não era repassado. (CCAPS6).

Identifica-se, nos discursos, a existência de três formas de repasse de recursos aos CAPS, conformando fluxos distintos, o que parece ser justificado pelos aspectos legais,

ou seja, a institucionalidade do serviço no organograma da SMS. Para facilitar o entendimento, serão sistematizados, conforme sua especificidade, três blocos explicativos dos fluxos evidenciados nos quais estão agrupados os CAPS integrantes deste estudo, cujas informações foram abstraídas das entrevistas.

- a) Bloco 1: composto por dois CAPS, ambos implantados em 2001, instituídos legalmente no organograma da SMS. Estes recebem um valor, denominado suprimento de fundos, com repasse mensal.
- b) Bloco 2: composto por dois CAPS, ambos implantados em 2005, no processo de implementação da RASM. Estes não constam do organograma oficial da SMS, razão pela qual os entrevistados afirmam que não recebem suprimento de fundos diretamente no serviço. Assim, todo o recurso fica na SER, sendo solicitado por comunicação interna.
- c) Bloco 3: composto por dois CAPS, sendo que apenas um destes está inscrito no organograma municipal. Ambos possuem parceria com outras instituições, por meio das quais foi viabilizado um convênio com a SMS, permitindo o repasse de recursos financeiros para sua manutenção, sendo o aporte financeiro maior que o dos CAPS anteriores.

Independentemente do modelo de fluxo, todos os atores reiteram a irregularidade no repasse dos recursos. Além disso, enfatizam o baixo valor repassado, o que caracteriza subfinanciamento. Tais aspectos produzem impacto nos serviços, os quais dificultam a execução de algumas atividades por escassez de recursos, muitas vezes até deixando de

executá-las. Assim, o discurso seguinte é representativo do coletivo de trabalhadores.

Para tu teres uma ideia da falta do recurso, nós não recebíamos nem a refeição para usuários, [...] então a gente não tinha como manter as atividades dos usuários, nem material de expediente. (TNS11).

Consoante os relatos dos entrevistados, foi observado em dois CAPS o fato de que os usuários em tratamento intensivo, ou seja, aqueles com maior inserção nas atividades terapêuticas, os quais passam parte do dia no serviço, não estavam presentes. Segundo informações dos trabalhadores, a suspensão do acompanhamento intensivo se justificava pela falta de alimentos para oferecer lanches e almoço. Ainda, durante alguns momentos de observação da dinâmica de trabalho da coordenação dos CAPS, percebeu-se que alguns usuários participantes de grupos terapêuticos, quando chegavam para receber o vale-transporte, a coordenadora lhes informava que estava faltando. Por esta razão, as atividades de grupos terapêuticos estavam parcialmente suspensas pela ausência de usuários, que, em virtude da baixa condição socioeconômica e da não oferta do vale-transporte, alegavam não poder comparecer ao CAPS.

Relação público-privado na gestão da rede de saúde mental de Fortaleza

Nos processos de gestão da RASM foi posto em relevo a existência de modalidades institucionais de gerência não subordinadas à Administração Pública direta, concretizadas

na criação e no estabelecimento de relações com organizações do Terceiro Setor, com as quais se firmam contratos de gestão.

A temática mostra-se extremamente relevante na atualidade, inclusive, sendo objeto de calorosos e polêmicos debates, situados na dimensão político-ideológica, entre os atores políticos do SUS, contrapondo-as ao ideário de um SUS público estatal. Assim, embora poucos sujeitos tenham revelado aspectos inerentes à relação público e privado na saúde mental de Fortaleza, optou-se por delinear essa discussão numa seção à parte, em decorrência da sua especificidade e singularidade na prática cotidiana desses sujeitos, ao apontarem suas percepções e alguns desdobramentos.

Inaugura essa discussão o relato do Gestor Municipal, ao anunciar que

[...] houve uma decisão do Secretário com a prefeita de criar uma Organização Social – OS, o Instituto de Desenvolvimento Tecnológico e Apoio em Gestão em Saúde – IDGS. A organização social, pelo menos, ela é uma estrutura que permite um acompanhamento mais próximo pelo poder público. Nós tínhamos antes contratos de gestão com uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público - OSCIP que era o Instituto Sol. (GSM).

Observa-se a existência de sucessivos contratos com organizações não integrantes da Administração Pública direta, as quais se destinam, sobretudo, a viabilizar a contratação de pessoal para atuar na RASM, visto que não foi realizada a criação de cargos oficiais, razão que justifica tam-

bém a não realização de concurso público, o que inviabiliza a contratação direta pela SMS, em decorrência também de contingências administrativas, impostas pelas normas de Direito Público.

Existe uma questão forte no caminho, uma montanha rochosa. O que aconteceu: a gestão encerrou o contrato com Instituto Sol que era a terceirizada que contratava. Então, toda a nossa rede ficou vários meses recebendo por empenho, sem garantia de ser contratado, sem nada. Ai foi criado o IDGS, porque antes era uma OSCIP, agora é uma OS, que é a privatização do SUS que eu sou totalmente contra. Eu entendo que se a gente tem dificuldades em termos de concursos ou em termos de licitações, então vamos mudar as leis pra gente ver o que vamos fazer e não a gente tá privatizando saúde, porque a saúde, o SUS, não consegue pagar ninguém, então vamos agir na causa e não ficar arranjando um monte de estratégias de burlar o público. (CSM1).

No intuito de contextualizar, do ponto de vista político, administrativo, histórico e operacional, os contornos que conformaram a relação público e privado no SUS, retorna-se à afirmação de que a sua construção, pautada no ideário da Reforma Sanitária, representa mais do que a reforma de um setor, mas uma reforma de Estado. O modelo de gestão e de articulação interfederativa, entretanto, desenhado em seu arcabouço normativo, exigindo compartilhamento de responsabilidades entre os entes federativos e a gestão por

consenso, não comporta dentro do padrão de Administração Pública vigente, com base nos cânones da burocracia weberiana, além da tensão entre neoliberalismo e ampliação do papel do Estado (NOGUEIRA, 2011; SANTOS, 2011; CARVALHO; BARBOSA, 2010). Assim, o SUS encontra inúmeros desafios políticos, jurídicos e administrativos, sobretudo no referente à prestação de serviços, os quais ultrapassam os limites legais do atual modelo de gestão pública, indicando a urgência de reforma mais ampla da Administração Pública brasileira.

Foi no contexto da prestação de serviços no SUS que se permitiu a abertura à participação do setor privado no sistema de saúde brasileiro. Considerando que sua implantação tendeu a promover o alargamento das funções do Estado, justificava-se a atuação da iniciativa privada de forma complementar aos serviços públicos, mediante contratação, quando estes se mostrassem insuficientes para o atendimento à população, conforme estabelecido na Constituição de 1988 (BRASIL, 2006). Tal complementaridade prevista constitucionalmente tinha por condão não criar embaraços à Administração Pública, no referente à oferta de serviços de saúde, visto que na época contava com 70% dos serviços prestados pelo setor privado, contratados pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e da Previdência Social – INAMPS, não sendo possível ignorar essa situação (SANTOS, 2011).

Se, por um lado, o SUS avança com certa eficiência, em termos macroestruturais, sobretudo no tocante à organização federativa, os quais podem ser exemplificados pela descentralização das funções administrativas e de prestação de serviços, pelo funcionamento permanente de instâncias de

cogestão entre os diferentes níveis de governo, com vistas à pactuação de metas em comum (NOGUEIRA, 2011); por outro, identifica-se o fato de que um setor da gestão pública do SUS, a gerência das unidades assistenciais, enfrenta problemas no referente à efetividade e à qualidade dos serviços, os quais parecem ser reflexos da baixa autonomia financeira e técnico-administrativa. Há que se considerar, ainda, o subfinanciamento dessas unidades prestadoras (BAHIA, 2011; NOGUEIRA, 2011). Revela-se, portanto, a baixa capacidade do Estado em harmonizar a universalidade da proteção social, com ampliação do acesso, e de administrar com eficácia, eficiência e efetividade a prestação de serviços. Esse quadro produz insatisfação e impacta na credibilidade e legitimidade do SUS, por parte dos usuários.

Assim, entra em cena o debate sobre a necessidade de maior autonomia administrativo-financeira, por parte das gerências das unidades assistenciais, reforçando a ideia de urgência na reforma do modelo de burocracia pública estatal, como possibilidade de conferir maior agilidade, eficiência e qualidade aos processos de gestão.

Na década de 1990, iniciou-se uma reforma da Administração Pública brasileira, promovida pelo ministro Bresser Pereira, a qual passou a adotar o modelo gerencialista, conforme já discutido. Contrariando a ideia de um SUS totalmente público estatal, oficializa-se a atividade de prestação de serviços sociais como atividade não essencial do Estado, podendo ser transferida à iniciativa privada por permissão ou concessão.

Inserem-se, então, mecanismos da gestão empresarial no setor público. O problema, segundo Santos (2011), é que a gestão pública pouco se modernizou, enquanto o mundo

empresarial – dentro da sua lógica de maior eficiência para obtenção de lucro – continuou perseguindo a inovação para manter-se em coerência com o mundo globalizado. Assim, a Administração Pública, ao pretender incorporar as inovações do setor privado que visam ao desempenho, ao resultado, à eficiência, à eficácia e à racionalidade dos gastos, não atentou para a sua finalidade, que é a efetividade dos direitos garantidos na Constituição Federal e não o lucro.

Com efeito, com a adoção do modelo de Administração pública gerencial, ocorreu a elaboração de artifícios normativos, os quais permitiram a incorporação de modalidades institucionais de gerência de serviços de saúde que possibilitaram flexibilização, parceria e terceirização da gestão pública (NOGUEIRA, 2011), conforme pode ser percebido na realidade concreta da RASM de Fortaleza – situação também identificada nos CAPS do Rio de Janeiro (RIETRA, 1999).

Além do estabelecimento de contratos de gestão com OS, evidenciaram-se outras estratégias de terceirização da gestão, mais particularmente no âmbito de dois CAPS. No primeiro, o convênio está firmado entre uma fundação, vinculada à Universidade Federal do Ceará – UFC, e a SMS, com definição de repasse de recursos para a manutenção do CAPS situado no território da SER III.

Existe um convênio firmado entre Universidade e a Prefeitura, sendo que a instituição interveniente é a Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura. Dentro do contrato a Fundação deve receber mensalmente o recurso para a manutenção do CAPS. Isso para a manutenção do CAPS, mas a parte de contratação de

pessoal ficou firmado no convenio atual que fica com o IDGS. Não acontece como deveria e já aconteceram dois momentos de muita tensão que é a Universidade e o CAPS mostrando que quer o que lhe é de direito. Aí tem a figura do gestor maior daqui, que tem colocado isso, que tem colocado também pra sociedade porque escreve artigos e divulga. Isso gera tensionamentos. Mas em relação às decisões trabalhistas e do cotidiano não temos tido dificuldade. (CCAPS4).

No segundo caso, há um convênio com uma ONG, caracterizando uma parceria público-privado, por meio do qual se garante fluxo de recursos para a manutenção do CAPS, bem como para a contratação de pessoal de nível médio.

Aqui, no CAPS, a gente tem o convênio entre a SMS e o Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim. [...] desse convênio, 25% do recurso é destinado para o CAPS, destinado pra contratação de pessoal de nível médio, material de expediente, material de limpeza e alimentação dos usuários. Então a gente consegue gerenciar assim. (CCAPS2).

Identificam-se, portanto, na gestão da RASM, três modalidades de contratos com a iniciativa privada – com a OSCIP, com Fundação de Apoio, com a ONG – com vistas a viabilizar a gestão dos serviços, além das funções administrativas sob responsabilidade direta da SMS. Pode-se considerar a existência de *mix* público-privado na gestão dos serviços de saúde mental. Desse modo, abre-se espaço para o debate

acerca da polarização entre a defesa da ampliação de serviços públicos estatais e a desresponsabilização do Estado, na sua missão de promover a efetividade do direito à saúde, garantido constitucionalmente, que ganhou visibilidade na última Conferência de Saúde do Estado do Ceará.

Emergem algumas questões em relação à natureza jurídica dessas organizações com as quais se firmam contratos. Em relação à fundação vinculada à UFC, caracterizada como Fundação de Apoio, destaca-se que a lei federal que facultou a criação dessas organizações data de 1994, portanto, antecede as iniciativas de reforma administrativa do Estado. O decreto mais recente que as regulamenta foi emitido em 2004, explicitando que suas atividades abrangem, em instituições federais, o gerenciamento de projetos de pesquisa, ensino e extensão, e de desenvolvimento institucional, científico e tecnológico. De início, seu espectro de atuação não abarcava contratos de gestão de pessoal em unidades prestadoras de serviços de saúde. Suas atividades desenvolviam-se apenas em unidades vinculadas às universidades federais e, mais tarde, foram estendidas às unidades pertencentes às universidades estaduais (NOGUEIRA, 2011).

Segundo Nogueira (2011), com o passar dos anos, as fundações de apoio de grandes hospitais diversificaram suas atividades e acabaram por exercer auxílio não apenas às atividades de ensino e pesquisa, mas também à gestão flexível dessas unidades assistenciais, particularmente no âmbito da gestão de pessoal.

Efetivamente, causa estranheza o fato de uma organização vinculada a uma universidade federal, cujas ações deveriam ter como palco os hospitais a que está vinculada ou a instituições da estrutura estadual, firmar contrato de gestão

com Administração Pública municipal, voltado para o exercício de modalidades gerenciais em CAPS da rede municipal. Sabe-se, no entanto, que, pela proximidade com a UFC, o referido CAPS constitui campo de práticas na formação acadêmica de seus discentes da área da saúde. Não obstante, cabe a indagação: estes contratos respeitam o princípio da estrita legalidade na Administração Pública? Quais os fundamentos da sua legitimidade?

Nós temos convênios aqui que foram decididos por questão de influência político-partidária. Pra nós eles não deveriam ter sido feitos. Nós não teríamos feito e dissemos mil vezes no gabinete da prefeita. Entende? Então tem coisas que realmente não é por causa de uma questão técnica e nem de uma política de saúde pública, mas acontecem devido à influência do partido. (CSM1).

Subsistem, portanto, velhas práticas de Administração Pública pautadas na interferência político-partidária, com predominância de clientelismo político, prevalecendo o interesse privado em detrimento do público – aspectos estes, muitas vezes, velados, em nome da moralidade, a qual constantemente é denegrada pela atuação de gestores comprometidos com interesses próprios, concretizados no uso da máquina pública para manutenção e/ou reprodução do poder, garantida mediante o estabelecimento de uma base aliada que lhe confira governabilidade, cujo preço é a concessão de privilégios na Administração Pública.

As organizações sociais, por sua vez, configuram-se como entidades gestoras, de caráter privado, mas sem fins

lucrativos, vinculando-se às secretarias de saúde por meio de contratos de gestão (NOGUEIRA, 2011; CARVALHO; BARBOSA, 2010). De qualquer modo, configura forma de terceirização da gestão de serviços de saúde.

As OSCIP constituem ONG, típicas do Terceiro Setor, que não concorrem com as OS para efeitos de prestação de ações e serviços de saúde pelo SUS. Não podem administrar bens, serviços e recursos humanos originários da esfera da Administração Pública. Assim, sua contratação figura ilegalidade na gestão pública em saúde (NOGUEIRA, 2011).

Convém assinalar que todas as organizações com as quais a SMS mantém contratos de gestão estão circunscritas ao âmbito da sociedade civil, regidas pelas normas de Direito Privado, razão pela qual estas relações podem ser caracterizadas como de terceirização da gestão pública.

Ressalta-se que, dentre as modalidades institucionais de gerência, regidas pela flexibilidade das normas de Direito Público, são propostas as Fundações Estatais, caracterizadas pela vinculação à Administração Pública indireta (NOGUEIRA, 2011; CARVALHO; BARBOSA, 2010), modelo não adotado no contexto de Fortaleza.

Por promover flexibilização na Administração Pública, por agilizar processos de compras dispensando licitação e contratação de pessoal sem infringir a Lei de Responsabilidade Fiscal, essas modalidades institucionais de gerência se expandiram no SUS, inclusive constituindo alternativa viável na concepção de gestores mais pragmáticos.

Desse modo, alguns entrevistados consideram como vantajosa a existência desses contratos de gestão, por eles chamados de convênios.

[...] temos a questão do convênio que é uma grande diferença que se faz. Esse convênio tem seus contras, mas não podemos negar suas vantagens. É um serviço que em termos de alimentação, vale-transporte e tudo já está dentro do recurso do convênio. Não há falta de recursos e materiais no serviço. Mas houve um período em que o convênio estava quatro meses atrasado. (CRSM3).

[...] no repasse de recursos e na contratação do pessoal que antes era pela Fundação e depois passou para o IDGS, quanto a isso eu acho que assegurou até mais direitos, para os profissionais. (TNS11).

Para alguns atores, a contratação pelo IDGS foi considerada como forma de ter, minimamente, os direitos trabalhistas assegurados, visto que são contratados segundo as regras da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT; sobretudo, ao se considerar que, anteriormente, quando eram contratados diretamente pela SMS, por contrato temporário de trabalho, não tinham sequer a garantia de recebimento do salário, conforme percebido em relatos de trabalhadores, durante a observação de seu cotidiano de trabalho nos CAPS.

Por outro lado, os contratos de gestão com OS oneram sobremaneira a Administração Pública.

Só um psiquiatra 40h custa pra mim hoje 16 mil reais, porque ele ganha oito mil, mas eu pago o dobro pra o IDGS porque é carteira assinada. (CSM2).

Não obstante, o pragmatismo da flexibilização da gestão na contratação de pessoal sem concurso público e na realização de compras dispensando licitação, o relato sinaliza que essa modalidade institucional de gerência, onera significativamente o Erário, pois os encargos trabalhistas referentes à contratação mediante CLT têm seus custos inclusos no contrato de gestão, de forma a duplicar o valor referente aos vencimentos de cada trabalhador.

O cenário da gestão no SUS, segundo Santos (2011), revela sinais indicativos de que é impossível defender uma Administração Pública que possa executar os serviços de forma direta, ou seja, somente por meio de unidades de saúde públicas estatais, sem a participação do setor privado de forma complementar. O desafio é, segundo a autora, não permitir que ocorra a transformação do que deve ser complementar em principal, substituindo o Poder Público na gestão da saúde. Assim, o que se torna importante é o Poder Público poder complementar seus serviços sob as regras do Direito Público, com primazia do interesse público sobre o privado, em quantidade que realmente se possa denominar de complementar à atuação da iniciativa privada na saúde.

Desse modo, se não é possível desconsiderar a atuação da iniciativa privada, de forma complementar na saúde, torna-se premente que a celebração de contratos de gestão estabeleça de forma clara o papel, a área de atuação, seus instrumentos de ajuste, os quais devem superar o modelo de convênios, por não ser mais adequado para regular essas relações (SANTOS, 2011), que muitas vezes são de prestação de serviços. Por esta razão, precisam ter metas claras, prazos, preços, penalidades e critérios de rescisão.

No cerne da discussão sobre a privatização do SUS, apontada pelos entrevistados, deve-se considerar uma questão polêmica, porém atual, que merece certo cuidado na demarcação do que se entende por público e por privado na saúde. Nesse sentido, Bahia (2011, p. 119) considera que

[...] nem as considerações clássicas sobre o que é bem público provenientes da economia fundamentada nos pressupostos do uso comum, do acesso a qualquer membro da comunidade [...], nem aquelas lastreadas nas noções de natureza da propriedade e dos contratos a elas subjacentes, emanadas das teorias do direito, têm sido levadas em consideração [...], para nominar o público e, especialmente, o privado na saúde. Por outro lado, é plausível admitir que uma parcela desse distanciamento entre percepções, valores e fatos decorra de uma assimilação da ampliação do conceito tradicional da Saúde Pública. Com a universalização do direito à saúde, passa-se a conceber como Saúde Pública tudo o que é governamental e não apenas as ações eminentemente direcionadas à prevenção, como ocorria na vigência da clivagem entre medicina previdenciária e aquelas emanadas do Ministério da Saúde.

Para a autora, têm-se imprecisões conceituais que, no âmbito das instituições, tornam obscuras as demarcações dos limites entre o público e o privado na saúde. Com efeito, Carvalho e Barbosa (2010) chamam a atenção para a inadequada compreensão presente na formulação de diferentes dirigentes e profissionais de saúde, expandindo-se aos cida-

dãos, sobre o que são o público e o privado na saúde, sobre o que constituem o estatal e o público, mais especificamente, limitando o conceito de público ao de estatal. Destacam que estatal é tudo que é de propriedade do Estado, mesmo na condição de acionista; o público não é necessariamente estatal. Assim, o SUS é público, no entanto, apenas parte dele é ofertada por meio de organizações de propriedade estatal.

Nessa lógica, reside a necessidade de contratação da iniciativa privada de forma complementar. Reitera-se, entretanto, o fato de que se deve estar atento para que os serviços prestados por entes privados, regidos pelo Direito Privado, tenham regras claras de contratação, com definição de metas, de indicadores de desempenho, critérios de rescisão de contratos, não se permitindo que, sob a égide da lucratividade, estabeleçam diferenciações no acesso entre usuários do SUS e os particulares, por desembolso direito ou por planos de saúde.

Ante a expansão dessas modalidades institucionais de gerência de unidades de saúde, o controle social, exercido particularmente pelos conselhos de saúde, se manifesta contrário a essa lógica.

Houve conflitos com o Conselho Municipal de Saúde - CMS. O CMS deu um prazo de seis meses pra que houvesse concurso, mas obviamente o Conselho mesmo sendo um órgão deliberativo não pode se sobrepor a uma decisão do município, da prefeita que é eleita. (GMS).

O relato se refere à forma de contratação via OS, demonstrando uma oposição do CMS a essa lógica. Mesmo, porém, numa gestão que se define como participativa, num governo de esquerda, dito progressista, parece que

são atualizadas práticas oligárquicas, de desrespeito e deslegitimação da participação social no sistema de saúde, constituindo entraves para que se efetive o controle social na gestão do SUS (GUIMARÃES *et al.*, 2010). Revelam-se, portanto, traços de uma cultura política local marcada por contradições entre o discurso oficial e a prática concreta, ou seja, anuncia-se uma gestão democrática, mas podam-se as reivindicações expressas nas instâncias deliberativas, legalmente instituídas. Desse modo, o CMS pode ser tomado pela gestão municipal como mero espaço de legitimação de suas ações, mediante a aprovação de seus planos e relatórios de gestão, conforme a exigência legal do SUS. Isto parece provocar tensões entre o Executivo Municipal e o próprio CMS, considerando que durante a coleta de dados, quando solicitados, em 2010, os relatórios de gestão dos anos anteriores foi-se informado de que somente tinham sido aprovados pelo Conselho os referentes aos anos de 2006 e 2007. Os demais estavam na dependência de esclarecimento de questões junto ao CMS.

A sustentabilidade da política e da Rede de Saúde Mental em questão

Esta seção destina-se à discussão de aspectos concernentes à sustentabilidade da RASM de Fortaleza, questão deveras relevante na implementação e na avaliação de programas e serviços de saúde. Assim, embora apenas cinco atores apresentem elementos que consubstanciam os fundamentos que conduzem à problematização ora expressa, optou-se por empreendê-la em razão de sua relevância e pertinência, considerando que emergiram num contexto singular da experiência de gestão sob análise.

No Município de Fortaleza, sabe-se que houve elevado investimento na elaboração e implementação da Política de Saúde Mental, com vários serviços voltados ao atendimento da demanda da população em sofrimento psíquico e /ou portadora de transtorno mental, sendo postos em funcionamento.

Existia um interesse da gestão, do próprio secretário de saúde, de criar tudo isso. Foi o próprio secretário quem fez com que tudo isso acontecesse. Deu a grande alavancada, inclusive porque foi um investimento muito alto. (CRSM4).

Considerando que a RASM resulta de um projeto de gestão, haveria possibilidade de interrupção do seu processo de consolidação? Seria possível extinguir serviços implantados no período de gestão que vai de 2005 a 2012, mesmo considerando que houve reeleição do Governo municipal e manutenção do projeto de governo inicial, no qual estava inscrito a RASM? Com efeito, não se sabe.

Destaca-se a existência de evidências que apontam sinais de mobilidade, no sentido de avançar rumo à constituição de uma rede mais resolutiva, humanizada e integral. Por outro lado, não se pode negar a existência de impasses na sua implantação, como: subfinanciamento, serviços funcionando precariamente (GUIMARÃES, 2007), desarticulação com as demais redes de atenção, demanda reprimida e a subsistência da hegemonia dos modelos de atenção psiquiátrica tradicionais, materializada, sobretudo, na existência de seis instituições psiquiátricas no início da gestão, tendo sido reduzida para quatro, com o fechamento dos dois hospitais já mencionados.

No processo de implantação, constata-se que

[...] a situação atual ainda é preocupante. Primeiro os novos CAPS ainda não fazem parte da estrutura da prefeitura, ou seja, eles não existem legalmente, no organograma da SMS. (GSM).

Outra coisa, a gente não tem uma estrutura organizacional na Secretaria Municipal de Saúde, no tocante à rede de saúde mental. Nós ainda estamos dentro da atenção básica, em termos de organograma. [...] só tem três CAPS criados oficialmente. Existe apenas um cargo que é o chefe da saúde mental que está vinculado à atenção básica. Temos que formalizar toda essa estrutura porque realmente ela já foi criada. (CSM2).

No discurso dos gestores, adquire visibilidade a preocupação com institucionalidade da RASM, particularmente no tocante aos novos serviços. Em consonância com Paim e Teixeira (2007), a institucionalidade diz respeito à configuração institucional, isto é, ao desenho da RASM, como macro-organização, composta por um conjunto de serviços de saúde, que desempenham funções diversas, entre elas, a prestação de serviços e a gestão e formação de pessoal. Indica o elemento instituído de uma organização, determinada pelos propósitos de governo, pelo método e pela História.

O exposto nos discursos aponta para uma institucionalização incompleta, sem a devida regulamentação, justificada pela cultura do improviso, pelos entraves legais e burocráticos, por problemas administrativo-financeiros e até

mesmo pela urgência em dar resposta às demandas sociais cada vez mais crescentes, segundo pode ser apreendido no relato do Gestor Municipal.

Acho que isso é a primeira coisa, até porque primeiro você tem que criar o CAPS, a estrutura de cargos de direção e os cargos de profissionais para futuro concurso. Mas houve um processo inverso, foi primeiro implantado e está aguardando a criação legal. No SUS a gente faz muito isso, vai implantando e vai construindo simultaneamente, pra depois ir legalizando o que a gente vai fazendo. Mas também se a gente não tivesse feito isso, Fortaleza não tinha criado nenhum CAPS. Se fosse depender da estrutura e de concurso público não teria sido criado nenhum. Então a gente sempre apresentou isso, olhe nós defendemos a institucionalização durante a gestão da prefeitura. [...] Os CAPS era o passo seguinte pra nós, mas aí vieram as dificuldades, a lei de responsabilidade fiscal, a prefeita resolveu durante a primeira gestão implantar plano de cargos, carreira e salários, então isso mais do que dobrou a folha de pagamento, houve uma pressão muito grande de todos os setores pra isso: os médicos fizeram dias de paralisação, outros profissionais de saúde, professores, guardas municipais, quer dizer, é uma estrutura pesada e a gente não conseguiu, infelizmente. (GMS).

Os relatos dos gestores regionais corroboram essa afirmação, conforme representado a seguir.

Mas, no caminho se perdeu, por não se fazer entender que essa implantação era algo que deveria ter sido fixado. [...] Então, não foi instituído, do ponto de vista legal, até agora. (CRSM4).

Assim, os sujeitos entendem que a não regulamentação da ampliação dos serviços integrantes da RASM implica sua sustentabilidade jurídico-legal, tanto em relação à gestão quanto à mudança do modelo de atenção.

Eu acho que é uma questão de sustentabilidade até do modelo de atenção, [...] passa também pelas relações de trabalho mais tranquilas porque não existe nada pior que a gente ver o sofrimento de profissionais com relação de terceirizados. Eles sofrem principalmente porque estão hoje e poderão não estar amanhã. (TNS5).

Levanto essa bandeira, (referindo-se a defesa da realização de concurso público) por entender que é a partir daí que a gente dá continuidade a uma política, com profissionais que têm estabilidade. (CRSM2).

Desse modo, acreditam que é preciso efetivar estratégias que permitam garantir a continuidade dos serviços e das ações, concretizadas na definição de artifícios normati-

vos que explicitem o desenho estrutural da RASM. Isto requer mobilização sociopolítica, no sentido de sensibilizar os chefes do Executivo e do Legislativo Municipal para a elaboração e aprovação da arquitetura legal da RASM, permitindo a sua instituição normativa, conforme os ditames da Administração Pública.

Mas deverá haver uma pressão pra legalizar os CAPS. Então, nós redigimos um projeto de lei, encaminhamos ao gabinete da prefeita pra que pudesse ser encaminhado à Câmara pra aprovação e institucionalização dos CAPS. [...] Porque se a prefeitura não fizer o sucessor, você pode simplesmente no dia seguinte, no dia 01 de janeiro, ver desaparecerem os 11 CAPS de Fortaleza e esse avanço que houve a população pode perder. (GSM).

Mas a gente já vem fazendo toda uma movimentação junto ao gabinete da prefeita pra criar essa estrutura, criar os cargos, criar os CAPS. [...] Tem-se que transformar essa política de saúde mental numa política de Estado e não de governo. Quando a Luizianne sair, a gente não sabe quem vem e como vai ficar toda essa rede. (CSM1).

Os relatos corroboram o entendimento de que os atores sociais comprometidos com os avanços da RASM e, por conseguinte, com o SUS, encontram-se obrigados a enfrentar cotidianamente todos estes obstáculos de natureza política, normativa, administrativa e de reorganização do modelo de atenção, procurando demonstrar, simultaneamente, a

viabilidade da universalidade e da integralidade da atenção à saúde (CAMPOS, 2007c).

Ultrapassando o aspecto normativo, identifica-se outro fato comprometedor da sustentabilidade da RASM, relacionado à crise de financiamento, já discutida. Enfatiza-se o fato de que o subfinanciamento da saúde, por parte do governo federal, implica a capacidade de investimento em abertura de novos serviços e até mesmo na sua manutenção.

O fato é que o ministério manda 32 mil para abrir um CAPS, depois repassam 18 mil/mês, quando meu custo mensal é de 120. E ainda querem que eu transforme para CAPS 24h. [...] Eu vou ter um custo, só de profissional de quase 40 mil, recebo 18 mil, então teremos que bancar 22mil, como convencer o secretário? Às vezes o conflito é nesse sentido, você tem uma gestão que precisa fazer e você não consegue. (CSM1).

[...] hoje nós não temos como colocar os CAPS existentes para funcionar 24h porque o Ministério manda 100mil pra fazer uma adequação que não dá. Atualmente, o Ministério repassa 32 mil pra cada CAPS funcionar, sendo que o nosso custo é de cerca de 120 mil/CAPS, esses 32 mil é a média de Fortaleza. (CSM2).

Por fim, identificam-se os diferentes sujeitos sinalizando a importância da institucionalização da RASM como política pública de Estado, conferindo-lhe base jurídico-legal, como condição para seu estabelecimento sustentável. Destaca-se como relevante, entretanto, não negligenciar outras

dimensões igualmente implicadas na implementação de uma rede de atenção à saúde. Entre estas, evidenciam-se: a sustentabilidade política e econômica, além da legitimidade sanitária, as quais dependem da percepção positiva de uma mudança progressiva do modelo de atenção, capaz de atender as necessidades de saúde demandadas pela população, de forma resolutiva, humanizada e integral.

CAPÍTULO IV

Gestão do trabalho e educação permanente em saúde mental: velhos problemas, desafios atuais

Neste segmento, a discussão recai sobre dimensões concernentes à gestão do trabalho e à educação permanente dos trabalhadores de saúde mental. Destaca-se que os aspectos macroestruturais do modelo de gestão, discutidos no capítulo anterior, particularmente no que diz respeito às modalidades institucionais de gerência, determinam a configuração assumida pela gestão do trabalho. Mesmo reconhecendo, no entanto, essa interdependência, optou-se por discuti-las em momentos distintos, em virtude da sua centralidade na construção do SUS e, sobremaneira, no campo da saúde mental.

Entende-se que nos debates envolvendo as questões relacionadas ao trabalho, particularmente em serviços de saúde, a tradicional denominação recursos humanos é tratada com diferentes nomenclaturas, revelando significados distintos, entre elas: pessoal de saúde, força de trabalho em saúde, categoria profissional em saúde, trabalhador da saúde e capital humano da saúde – todas centradas na valorização do componente trabalho, sob perspectivas instrumentais, o que põe em relevo a problemática referente ao mundo do trabalho na atualidade (PAIM, 1994). Segundo Pierantoni *et al.* (2008), as inovações nos processos de gestão, experienciadas no mundo contemporâneo, procuram

promover a horizontalização das funções de gerência, re-nomeando e ressignificando a gestão de recursos humanos para gestão do trabalho no sentido de humanizar a área e valorizar o trabalhador.

Adota-se, portanto, a designação gestão do trabalho em saúde, por admitir que ela supera a noção de recursos humanos e as demais denominações operacionais, reduzidas à ideia de insumos necessários à produção de bens e/ou serviços. Segundo Moysés e Machado (2010), a denominação gestão de recursos humanos, consagrada na Administração clássica, está fortemente influenciada pelo modelo taylorista/fordista, em que, de forma funcional, os recursos humanos são tidos como um dos componentes da cadeia produtiva, assim como os recursos materiais e econômico-financeiros, numa perspectiva segundo a qual a organização do trabalho tem como característica o predomínio do trabalho prescrito com pouca autonomia por parte dos trabalhadores.

Nessa perspectiva, Paim (1994: 64) pondera que

[...] a compreensão de recursos humanos como força de trabalho na sua dupla dimensão 'mercadoria' específica com desvantagem estrutural e ator capaz de fazer história – além de 'sujeito-agente' das práticas de saúde, eticamente comprometido com a vida e a redução do sofrimento humano, implica a superação da ideia de meros insumos da função de produção. Já não bastam os enfoques da administração, do planejamento normativo, de teoria do capital humano.

Assim, Moysés e Machado (2010) defendem a ideia de que a abordagem de gestão do trabalho corresponde melhor à dinâmica presente nas relações e nos modos de gerenciar esta área no âmbito do SUS. No processo de reorientação dos modelos de gestão e das práticas em saúde, no contexto do SUS, os modos de inserção e de atuação dos trabalhadores constituem dimensão relevante com implicações para a efetiva consolidação das mudanças pretendidas. Com efeito, as falas dos entrevistados revelam velhos problemas e tendências da gestão do trabalho no SUS nacional, atualizadas no contexto local, de forma singular nas suas concepções acerca das condições de trabalho nas quais estão inseridos.

Da ampliação dos postos de trabalho à inserção dos trabalhadores nos serviços públicos de saúde: traços da precarização do trabalho nos CAPS

A implementação do SUS, sobretudo com a descentralização, via municipalização, durante os anos 1990, induziu a ampliação da rede pública de serviços de saúde. Consequentemente, ocorreu a abertura de novos postos de trabalho para um conjunto de trabalhadores necessários à operacionalização da atenção à saúde. De tal modo, foi possibilitada a implantação dos serviços substitutivos de saúde mental.

Segundo Machado (2005), o setor saúde é atualmente um dos maiores geradores de empregos na economia, configurando-se como um setor de grande relevância social, não somente pelos serviços prestados à população, como também pela sua enorme capacidade de geração de empregos. Enfatiza, ainda, que, nas últimas décadas, a capacidade instalada do setor apresentou um crescimento exponencial,

passando de menos de quatrocentos mil empregos na década de 1970 para mais de dois milhões na primeira década do século XXI. Essa expansão, contudo, representa uma tendência incompatível com as premissas de controle do *déficit* público em face das exigências macroeconômicas, que ordenam os rumos das políticas de privatização, flexibilização e desregulação, conforme assinalam Pierantoni *et al.* (2008).

Por conseguinte, a questão do trabalho no SUS sofreu contingências de naturezas diversas, principalmente na década de 1990, com reflexos no contexto atual, configurando um nó crítico na implementação do sistema, não recebendo o devido tratamento no que diz respeito à sua organização e gestão (PEREIRA, 2004; BOURGUIGNON *et al.*, 2003; PIERANTONI, 2001).

Nesta perspectiva, pode-se considerar que o cenário de implantação do SUS coincide com a reforma do aparelho de Estado, no qual se mudou de um modelo de Administração Pública Burocrática para a Administração Pública Gerencial. Nesse contexto, foram incorporados mecanismos da iniciativa privada para o setor público; a flexibilidade gerencial expressa de diversas maneiras, mas centrada na quebra de monopólios estatais, diminuição do quadro de funcionários públicos e dispensa de excedentes; a remoção de barreiras burocráticas, mediante a substituição do controle burocrático hierarquizado pelo gerenciamento segundo a qualidade total; a ideia da gerência eficiente estimulada pela introdução de competição de mercado; a utilização da terceirização e de investimento em novas tecnologias e atenção diferenciada para processos e procedimentos em detrimento da adoção de medidas para o fortalecimento ou mudanças na estrutura organizacional (PIERANTONI, 2001).

Corroborando esse processo o conjunto de medidas econômicas implementadas no Brasil, durante a década de 1990. Estas, orientadas pela ideologia neoliberal, pautaram a agenda de ajustes macroeconômicos e a reordenação do papel do Estado, mediante a redução da sua capacidade de intervenção na sociedade, configurando-se como Estado mínimo. Em última instância, o processo de flexibilização do trabalho em saúde decorre do modelo de políticas econômicas e sociais dominantes, as quais promoveram a globalização, desencadeando maior valorização do capital. Desse modo, as transformações ocorridas no modo de produção capitalista produzem impacto sobre a força de trabalho. Assim, as metamorfoses do modelo econômico resultantes da reestruturação produtiva, da integração dos mercados financeiros, da internacionalização das economias, da desregulamentação e abertura de mercados, em suas causas e consequências político-sociais, atingem amplos contingentes de trabalhadores, inclusive no campo da saúde (JORGE *et al.*, 2007; GUIMARÃES, 2007; GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1999).

Com efeito, o foco central da reforma estabeleceu, na prática, metas para a privatização de um lado e, por outro, a flexibilização da gestão, principalmente no tocante às relações de trabalho. O conjunto de medidas implementadas, inclusive com alteração das formas de contratação para o trabalho, substituindo o Regime Jurídico Único, estabelecido com o Decreto n. 200/1967, promoveram modificações substantivas e generalizadas nas relações de vínculo trabalhista, nos direitos, nas vantagens e carreiras do serviço público. Enfim, promoveram desmontes no referente à composição do quadro de pessoal e estabilidade dos funcionários públicos, os quais foram ampliados com a criação de organi-

zações sociais. Constitui-se, portanto, um processo de reversão das conquistas consagradas na Constituição Federal de 1988 (PEREIRA, 2004; PIERANTONI, 2001).

No âmbito dos serviços de saúde mental de Fortaleza, ao se analisar o processo de ampliação da rede pública municipal, evidencia-se o impacto do modelo de Administração Pública Gerencial; sendo que seus traços fundamentais se concretizam na operacionalização de novas modalidades institucionais de gerência, já discutidas. Estas visam a ampliar a autonomia administrativa e financeira das unidades prestadoras de serviços de saúde, cujas medidas para se efetivar incluem a terceirização da gestão do trabalho.

O processo de terceirização é imenso, então você vai ter aí o profissional a dedicar anos da vida pra instituição e depois você sai. [...] Nós temos profissionais excelentes e são terceirizados. (CCAPS1).

A rede é quase que 100% terceirizada, a gente só tem servidores, [...] nos três CAPS formalizados. (CSM1).

Os discursos dos entrevistados estão em consonância com os dados mostrados na Tabela 3, na qual se evidencia o fato de que 79% da força de trabalho nos CAPS, modalidade geral, de Fortaleza, possuem vínculo empregatício terceirizado, sendo que, em alguns serviços, essa modalidade de vínculo atinge 100% dos trabalhadores.

Para a expansão da RASM, constava como meta no PMS ampliar em 500% o número de profissionais de áreas diferentes na rede de saúde mental, no período de 2006 a 2009

(FORTALEZA, 2008). A meta foi alcançada ainda em 2006, quando ocorreu um incremento do número de trabalhadores, passando de um quantitativo de 54 para 333, conforme dados do relatório de gestão desse ano (FORTALEZA, 2007). Nesse processo, está claro que a forma de contratação ocorreu mediante contratos de trabalho firmados com organizações do terceiro setor, com as quais a SMS de Fortaleza mantém contratos de gestão.

Tabela 3: Trabalhadores dos CAPS, modalidade geral, segundo vínculo empregatício. Fortaleza, 2015.

Unidade de Saúde	Vínculo empregatício				Total de trabalhadores	
	Estatutário		Celetista/ Terceirizado		n	%
	N	%	n	%		
CAPS geral SER I	-	-	44	100,0	44	100,0
CAPS geral SER II	1	3,0	31	97,0	32	100,0
CAPS geral SER III	15	42,0	21	58,0	36	100,0
CAPS geral SER IV	19	44,0	24	56,0	43	100,0
CAPS geral SER V	-	-	29	100,0	29	100,0
CAPS geral SER VI	12	32,0	26	68,0	38	100,0
TOTAL	47	21,0	175	79,0	222	100,0

Fonte: Pesquisa de campo, 2012.

A flexibilização dos vínculos trabalhistas caracteriza-se pela inserção no serviço público sem a realização de concurso público, o que contraria as normas que regem a Administração Pública estabelecidas na Constituição de 1988 (BRASIL, 2006). Ela tem sido possível, porém, mediante a operacionalização de artifícios normativos elaborados no contexto da Reforma Administrativa do Estado, desenvolvida em 1995, o que permite a contratação de empresas para executar a gestão de serviços públicos (NOGUEIRA, 2011; PEREIRA, 2004).

Assim, a contratação de trabalhadores para os serviços públicos de saúde, efetivada via OS e ONG, distancia-se dos parâmetros estabelecidos constitucionalmente. Não obstante, o discurso do Gestor Municipal revela a tentativa de estabelecer critérios técnicos para seleção de pessoal a ser contratado para a RASM.

A OS permite um controle maior, assim nós conseguimos preservar que na saúde mental o acesso não seja por indicação. O colegiado fazia sempre uma avaliação, com dificuldades, porque tem muitas lacunas não preenchidas, sobretudo de psiquiatras. (GSM).

De forma divergente, outros entrevistados revelam que

Esse processo de terceirização ainda está pautado na indicação política dos vereadores. Ou seja, você acessa ao serviço como profissional através de um pedido, de um bilhete de um vereador. Isso dentro de uma gestão do PT. (CCAPS1).

Acontece uma coisa muito grave na nossa rede que é a saída de pessoas e a entrada de outras sem nenhuma experiência na saúde mental - não sabem nem o que é saúde mental, estão lá porque foi o emprego que conseguiram. A gente não tem uma forma, o IDGS não tem uma forma de estar selecionando as pessoas pela competência. (CSM1).

Os processos de flexibilização das relações de trabalho no SUS e de terceirização da gestão do trabalho impedem o estabelecimento de regras gerais de admissão coerentes com os princípios que regem a Administração Pública brasileira, particularmente, moralidade e impessoalidade. Ao permitir a interferência político-partidária, reproduzem traços do modelo de Administração Patrimonial-Oligárquica (BRESSER-PEREIRA, 2007), onde a máquina pública é utilizada para satisfazer interesses particulares dos ocupantes de cargos de direção, em detrimento do interesse público, cuja operacionalização sucede por meio de práticas de clientelismo e personalismo (PEREIRA, 2004).

Evidencia-se, ainda, o fato de que a admissão por meio de interferência política compromete diretamente a estabilidade no emprego, consubstanciando a percepção de precarização do trabalho nos serviços de saúde mental, por parte dos entrevistados.

Estão com contratos precarizados, então não têm estabilidade no trabalho. [...] fazem todos os contratos de forma terceirizada, aí isso é um problema, no próprio serviço. (TNS2).

Então, na hora que eu tive uma indicação de determinado político eu fico à mercê daquele político, se ele se eleger eu continuo, se ele não se eleger eu não continuo. (CSM1).

A precarização do trabalho no SUS é um problema crônico que acompanha a sua implantação. No âmbito dos serviços de saúde mental de Fortaleza, essa situação remonta ao próprio contexto de implantação da RASM, constituindo

um desafio para a gestão do trabalho já identificada em estudos anteriores (GUIMARAES, 2011; SAMPAIO *et al.*, 2011; GUIMARÃES 2007; JORGE *et al.*, 2007).

De acordo com a fala de alguns participantes, a terceirização e a precarização do trabalho ensejam problemas na composição das equipes e nas relações dos trabalhadores. Assim, identificam consequências diretas, tanto nos trabalhadores, individual e coletivamente, expressas em atritos entre os membros da equipe e insatisfações com o trabalho; quanto na organização dos serviços mediante a não garantia de continuidade das ações de saúde.

É uma complicação porque temos vínculos diferentes. Às vezes o profissional que exerce o mesmo trabalho tem um salário completamente diferente do outro. Isso gera conflitos, desentendimentos. Você não tem uma isonomia, então essa dificuldade começa pela falta de isonomia salarial. Isso gera atritos, mas muitas vezes eles são escamoteados e isso gera insatisfação. (CCAPS4).

Realmente é uma dificuldade. Por não ter profissionais servidores públicos você tá sujeito a uma rotatividade maior, como acontecia. Às vezes, a gente não conseguia repor o profissional quando saía, pela dificuldade, pela folha do IDGS, com o recurso para a saúde mental extrapolando bastante as previsões. (GSM).

Pra você ter uma ideia nem psiquiatra ficava aqui. Era uma rotatividade muito grande de profissionais, ninguém ficava aqui. (TNS1).

Além disso, comprometem a capacidade de organização política e mobilização do coletivo de trabalhadores, reduzindo a sua participação social nos processos que envolvam enfrentamentos com a gestão, bem como na luta por direitos trabalhistas.

Às vezes as pessoas não se mobilizam com medo de perder o emprego. Isso é muito complicado. (CCAPS2).

Gerenciar uma equipe onde 100% é contrato por terceirização, é muito difícil, um desafio muito grande. Mas eu sempre procuro colocar em todos os processos a questão da luta, da luta por melhores condições de trabalho, por concurso público. Embora, muitas vezes eles não se envolvam com medo de perder o emprego. (CRSM2).

Os discursos revelam, na prática do cotidiano, íntima relação entre terceirização e precarização do trabalho. Nesse sentido, Pereira (2004), apoiada em Cherchiglia (1999), considera que a terceirização se mostra intrinsecamente ligada à precarização do trabalho, acarretando diversas formas de contratação, diferentes salários para o exercício do mesmo cargo/função, menores salários, diminuição dos níveis de proteção social do trabalho, ausência de benefícios ou salários indiretos, níveis elevados de rotatividade dos profissionais, entre outros aspectos. Além disso, a terceirização desencadeia fragmentação e desmobilização dos trabalhadores, com perda do poder de barganha dos sindicatos, cujas negociações perdem seu caráter coletivo para se tornarem localizadas e até mesmo individualizadas.

O panorama da gestão do trabalho no SUS, permeado pelo intenso processo de precarização, além de desmobilizar o coletivo de trabalhadores para o desenvolvimento de uma cultura que o privilegie como indutor de políticas públicas de saúde (BOURGUIGNON *et al.*, 2003), capazes de responder às necessidades de saúde, põe em questão a sua efetividade na garantia do direito à saúde. Nesse contexto, torna-se pertinente se problematizar as condições de desenvolvimento de novas práticas em saúde, coerentes com princípios e diretrizes do SUS, considerando que a organização e a gestão do trabalho, muitas vezes, se mantêm reféns das velhas formas de produzir saúde, ancoradas nos preceitos do modo de produção capitalista, embora com nova roupagem conferida pela transformação imposta pela incorporação das prescrições neoliberais para atuação do Estado.

Desse modo, questiona-se: como alcançar a mudança do modelo de atenção diante do cenário de precarização do trabalho que apresenta o potencial de desmobilizar o coletivo de trabalhadores, podendo lhes conduzir ao descompromisso com a reinvenção das formas de produzir saúde? Se a realidade se mostra desfavorável ao protagonismo dos trabalhadores na construção do SUS, que motivos os levariam a estabelecer compromissos com a missão organizacional de produzir saúde?

Encontrar respostas para os questionamentos levantados não é tarefa simples. No discurso de alguns atores, no entanto, emergem os possíveis motivos do comprometimento dos trabalhadores com a missão de transformar o modelo de atenção à saúde mental. Os recortes a seguir são representativos dessa afirmação.

As pessoas são bem comprometidas com o serviço. Apesar de serem terceirizadas, são bem comprometidas com o seu trabalho. A maioria das pessoas que está trabalhando nos CAPS é porque também acredita nessa política, é porque aposta que podemos mudar esse modelo, sair da lógica manicomial. Enfim, fazer a reforma psiquiátrica. (CCAPS4).

Nós temos conseguido fazer um trabalho, acho que muito mais por conta da responsabilidade e do compromisso. Eu primo pela qualidade do serviço, dentro das minhas possibilidades e limitações. (TNS1).

Na concepção Campos (2007), a formação de compromissos integra o processo de constituição de sujeitos e coletivos. Para o autor, existe uma sequência de planos e regiões existenciais que conformam espaços de existência e de expressão para o sujeito e, em certa medida, também para os coletivos, isto é, espaços que configuram práxis diferentes. Assim, os modos de ser e de agir, bem como os modos de se constituir sujeitos, misturam-se entre regiões existenciais: a) uma região de forças predominantemente imanentes ao sujeito, nucleadora de três planos internos a ele: o da estrutura biológica, o do desejo e o do interesse; b) uma região de contato do interno com o externo, onde se configuram e são expressas sínteses entre o sujeito e o seu contexto. Aqui, situam-se os planos em que ocorrem a formação de compromissos – representam combinações que o sujeito ou o coletivo realizam entre forças originárias de sua economia interna e do ambiente externo – e a constituição e gestão de contratos e de projetos; c) por fim, a região de forças com

relativa transcendência em relação aos sujeitos, isto é, de incidência do externo sobre o interno, no qual dois planos, o das necessidades sociais e o das instituições, conformam modos de ser para o sujeito.

Pode-se considerar, portanto, que a constituição de compromissos é processada no cotidiano da organização, sendo perpassada pelos processos intersubjetivos operados na prática concreta dos serviços. Então, converge-se para a percepção do papel do imaginário na organização. Segundo Castoriadis (1982), a práxis dos humanos, bem como a de suas instituições, resulta sempre da tensão entre componentes concretos e imaginários, o que caracteriza a instituição como uma rede simbólica, socialmente sancionada.

Esse entendimento é complementado por Vasconcellos e Azevedo (2010), que, apoiados na Psicossociologia francesa, tomando como referência a obra de Enriquez, consideram o imaginário como uma certa maneira de representar aquilo que as pessoas são, o que quer vir a ser, o que querem fazer e em que tipo de sociedade e de organização se deseja intervir. Assim, é permeado por desejos, imagens e representações psíquicas compartilhadas pelos membros do grupo/organização, sendo transpassado por processos inconscientes, intimamente articulados ao sistema simbólico, funcionando como balizadores da atuação dos indivíduos, produzindo sentidos para suas ações. Há, portanto, um investimento psíquico dos indivíduos em determinado imaginário, o que fundamenta a constituição do grupo/organização possibilitando a efetiva realização de projetos.

Consoante os achados do estudo de Vasconcellos e Azevedo (2010), o investimento psíquico dos trabalhadores da RASM de Fortaleza, o qual se apoia também na postura

política e ideológica adotada por esses sujeitos, colaborando para a constituição de compromissos com a organização, apesar do contexto adverso impresso pela precarização do trabalho, está na proposta de substituição dos modelos asilar/psiquiátrico clássico pela atenção psicossocial territorial, como estratégia para materializar a Reforma Psiquiátrica.

O investimento psíquico e o estabelecimento de compromissos dos trabalhadores com o projeto de reorientação da atenção à saúde mental revelam, contudo, possibilidades de mudanças das práticas sanitárias no contexto micropolítico. Constituem linhas de fuga diante da precarização do trabalho. Sem desconsiderar a sua relevância, há de se reconhecer que não produzem impactos macropolíticos na gestão do trabalho, no sentido de suplantar os efeitos adversos dos processos de terceirização/precarização do trabalho em saúde.

Assim, apesar de configurar como um nó crítico e, ao mesmo tempo, estratégico no processo de construção do SUS, com vistas à mudança dos modelos de gestão e de atenção, a questão da força de trabalho não teve os seus problemas, decorrentes de todo o contexto de transformação dos modos de produção capitalista, do processo de globalização e implementação de políticas e reajustes macroeconômicos, devidamente enfrentados. Configura-se como uma área que carece de políticas efetivas para reversão do cenário apresentado. Sabe-se que algumas estratégias foram adotadas, a exemplo da Norma Operacional de Recursos Humanos – NOB/RH-SUS e da Política de Desprecarização do Trabalho no SUS, as quais não produziram efeitos suficientes para a total solução dessa problemática (JORGE *et al.*, 2007).

Nesse sentido, considera-se que, a partir de 2003, ganhou força no interior do Governo a adoção de um conjunto

de medidas direcionadas à reversão do quadro de precarização do trabalho no SUS. Tais medidas estão ancoradas na ideia de que a solução para o aumento da formalização do mercado de trabalho no País está na dinâmica econômica. Como indicadores desse processo, inclui-se a expansão dos concursos públicos para a área da saúde.

Mais recentemente, algumas medidas são elaboradas e implementadas, a exemplo da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde – SGTES, ocupando posição estratégica no Ministério da Saúde, com missão precípua de instituir diretrizes nacionais para a política de recursos humanos em saúde. Para tal, adota estratégias indutoras dessa política, com investimentos técnicos, políticos e financeiros para a qualificação da gestão (PIERANTONI, 2008).

Outros aspectos se mostram relevantes para a qualificação da gestão do trabalho, quais sejam: a estrutura dos serviços e a disponibilidade de insumos, os quais impactam nos modos de organizar os processos de trabalho. Estes, juntamente com os vínculos trabalhistas, os salários e as jornadas de trabalho, integram as condições de trabalho, às quais estão submetidos os trabalhadores. Como tal, também exercem papel importante na moldura do quadro de precarização do trabalho em saúde.

No referente à estrutura física dos CAPS e à disponibilidade de materiais e equipamentos, aspectos que influenciam diretamente na organização e execução do trabalho, os entrevistados consideram que

Estrutura física e ambiência, temos uma boa estrutura física no trabalho. O ambiente todo da unidade é adequado. (TNS2).

Na hora que um profissional quer fazer uma oficina ele tem material a tempo e a hora. Isso é uma facilidade, não falta material. (CCAPS2).

[...] a nossa coordenadora não deixa faltar realmente materiais. Mas quando solicitamos algum tipo de material do nível central demora muito pra chegar. (TNS3).

Os relatos explicitam condições estruturais e funcionais presentes nos dois CAPS nos quais foram adotadas as chamadas novas modalidades institucionais de gerência, por meio de contratos de gestão: um com a Fundação de Apoio, o outro com uma ONG. Evidencia-se, portanto, que tal modalidade gerencial permite autonomia administrativa e financeira na compra de materiais, insumos, manutenção da estrutura física, além da contratação de pessoal. Nestes CAPS foi observado que a estrutura física apresenta ambiência adequada e confortável, inclusive, com a instalação de aparelhos de ar condicionado em todas as salas.

De forma divergente, nos demais CAPS, foi encontrado um cenário diverso do evidenciado nos anteriores. Nesse sentido, tanto gestores quanto trabalhadores consideram que

Temos salas pequenas, algumas salas não têm privacidade, a questão da ventilação e iluminação das salas deixa a desejar. (CCAPS3).

[...] a ambiência é péssima. [...] a gente não tem condições de trabalho. Falta material, não temos impressora, tudo isso prejudica o andamento do serviço. (CCAPS6).

Quando a gente trabalha sem recurso, a gente tem que ligar pedindo um copo descartável, papel higiênico, ligar pedindo a alimentação, eu acho que é muito complicado. (CCAPS5).

Começa-se o trabalho e por um problema de transporte a gente não finaliza. (CCAPS3).

A precarização do trabalho em saúde também é determinada pela precariedade existente na estruturação dos serviços e na insuficiência de materiais e equipamentos para a execução das atividades. Evidencia-se, portanto, certa desresponsabilização da Administração Pública com o investimento na qualificação dos serviços sob sua responsabilidade direta, cujos determinantes podem ser o baixo financiamento do setor, a burocratização dos processos administrativos referentes à aquisição de materiais e equipamentos – demarcada pelos limites estabelecidos na legislação que regulamenta as licitações – e o fato dessas questões não serem prioridade na agenda política dos chefes do Executivo Municipal, entre outros.

Com efeito, essa problemática constitui um velho problema na RASM de Fortaleza, impactando, de forma negativa, tanto na qualidade dos serviços prestados à população quanto na satisfação dos trabalhadores, conforme identificado em outros estudos (GUIMARÃES *et al.*, 2011; GUIMARÃES, 2007; JORGE *et al.*, 2007).

Gestão e organização do processo de trabalho no CAPS: reinvenção e construção coletiva

A reorientação do modelo de atenção à saúde mental, mediante a qual foi possibilitado o deslocamento do *locus* de cuidado do hospital para os serviços de base territorial, torna premente o desenvolvimento de práticas no território geográfico e social do sujeito. Desse modo, a complexidade do objeto – o sujeito que sofre e não foi expropriado de seu contexto social – provoca o redirecionamento da lógica de organização dos processos de trabalho e de produção de ações de saúde. Nessa perspectiva, requer-se do trabalhador a adoção crítica de uma nova ética e estética do cuidado, baseada no respeito às singularidades, na atenção integral, na luta pela reinserção social materializada na reapropriação das relações com a cidade e com a cidadania.

Pode-se considerar que essa nova lógica de atenção à saúde mental, segundo Koda (2003), introduziu importantes modificações nas relações de poder entre trabalhadores e usuários dos serviços. Enquanto nos hospitais psiquiátricos a relação é marcada pela rígida hierarquia, pela cisão entre sujeito e objeto do conhecimento, pelo uso da violência institucionalizada e pelo controle, nos serviços substitutivos as relações devem ser estabelecidas com base em lógica diversa. Aqui, o trabalhador deve assumir uma função de facilitador nas negociações dos projetos dos usuários. Para tanto, deve respeitar o modo de andar a vida de cada um, bem como mediar propostas, tanto do lado destes como da parte da sociedade.

Para atender a essas exigências que se apresentam na reconfiguração do modelo de atenção, faz-se necessário desenvolver o trabalho em equipes multiprofissionais, atuando numa lógica interdisciplinar e mais horizontal, na qual se prima pela construção coletiva dos processos de trabalho,

o qual deve ter como fio condutor a produção do cuidado pautada na defesa dos direitos dos usuários, mediante o desenvolvimento de uma consciência cidadã, do acolhimento, do vínculo, da autonomia e da corresponsabilização (SAMPALIO *et al.*, 2011).

As mudanças na composição da equipe de saúde, entretanto, não dizem respeito somente à inserção de novos trabalhadores ou aos dados quantitativos dessa incorporação. Tratam, sobretudo, porém, das alterações nos processos de trabalho, decorrentes das transformações operadas nos modos de organização dos serviços (PEDUZZI; PALMA, 2000).

No âmbito dos CAPS pesquisados, identifica-se o fato de que as rodas de equipe, realizadas semanalmente, constituem espaços de discussão e construção coletiva dos processos de trabalho da equipe.

Tudo que é referente à organização e mudança dos processos de trabalho é pactuado na roda. (CCAPS5).

Aqui a discussão do nosso processo de trabalho é coletiva. Nada, olhe, mais absolutamente nada é feito aqui sem que a equipe tenha conhecimento e, sobretudo, quando a reunião tem quórum pra que as decisões sejam tomadas. (TNS10).

A equipe pactua tudo na roda. Mas se nós agendamos atividades e um profissional falta fica aquela vacância, fica complicado e a gente fica procurando como atender o usuário. Nesses casos recorremos à gestão. Mas há um comprometimento da equipe com o que foi pactuado. (TNM8).

Evidencia-se, ainda, que os imprevistos ocorrentes no cotidiano da equipe, os quais escapam ao planejamento realizado na roda e, ao mesmo tempo, põem em risco o atendimento aos usuários conforme os agendamentos previamente realizados, como falta de profissionais, por exemplo, são solucionados com a cooperação entre os membros da equipe e quando não é possível se busca a intervenção do coordenador da unidade para equacionar o problema.

De tal modo, é possível perceber a flexibilidade na organização do trabalho, permitindo que o trabalhador possa pactuar a forma como vai desenvolver suas atividades em conformidade com as necessidades do serviço – identificadas a na análise crítica expressa na roda de equipe – mas respeitando as suas potencialidades e a sua capacidade técnica, bem como ampliando a sua capacidade de intervenção na gestão do processo de trabalho.

No âmbito da gestão e organização dos processos de trabalho, entre as atividades desempenhadas pelos coordenadores dos CAPS, percebe-se a preocupação em defender o argumento de que o método de trabalho definido pela equipe seja executado, sendo que cada trabalhador deve zelar pelo cumprimento de suas atribuições, conforme o pactuado.

É também uma fala pautada numa postura política minha, numa perspectiva de que há um método de trabalho no CAPS, que precisa ser seguido pra que o CAPS funcione e que cada um tem suas atribuições. (CCAPS1).

Outros coordenadores verbalizaram que buscam estabelecer fluxos de organização do serviço mediante a elaboração de instrumentos que lhes permitam otimizar

os espaços e os horários de atendimento, considerando as atividades desenvolvidas e os trabalhadores responsáveis, demandando equacionar o problema da quantidade insuficiente de salas e/ou consultórios disponíveis.

Logo que eu comecei, fiz uma planilha com tudo que todos estavam fazendo naquele momento em termos de salas e atividades. Então, temos uma planilha com os dias da semana e o que todo profissional faz. A planilha vai sendo organizada de acordo com a necessidade do serviço, dando prioridade ao acolhimento. (CCAPS6).

Destaca-se, ainda, o fato de que a atuação dos coordenadores, na organização do serviço e dos processos de trabalho, objetiva o constante acompanhamento das atividades desenvolvidas pela equipe com vistas a avaliar a necessidade de sua reorganização. Assim, tentam identificar não somente os espaços e as atividades desenvolvidas, mas também o volume de ações desenvolvidas pelos trabalhadores.

É uma oportunidade de organização do serviço no sentido de ver os horários de atendimentos dos profissionais para que um não fique sobrecarregado e outro mais livre, mas que todos possam dividir as atividades dentro da equipe. (CCAPS2).

A gente procura ver como está o trabalho, se está cansativo [...]. Então, a gente sempre vê essas questões individualmente e na roda, vê as sugestões pra poder modificar os processos. (TN2).

Na perspectiva de evitar o volume excessivo de atividades, o que implica sobrecarga do trabalhador, os coordenadores estão sempre abrindo espaços para o diálogo com a equipe, sobretudo nas rodas, potencializando o compartilhamento de atividades entre os trabalhadores. Desse modo, o volume e/ou a sobrecarga no trabalho constitui indicador que expressa a necessidade de mudança dos processos laborais. Assim, prima-se pela democratização e pela humanização dos serviços de saúde mental.

Durante o período de observação do trabalho, foi possível constatar que quatro coordenadores de CAPS, além das atividades de cunho administrativo específicas da função de coordenação do serviço, realizavam atendimento clínico individual junto aos usuários, justificados pela alta demanda ou para suprir a falta de trabalhadores.

Relacionado ao processo de trabalho, especificamente da equipe multiprofissional, identifica-se que no cotidiano desenvolvem diversas atividades.

Atendimento individual, atendimento em grupo. (TNS9).

Então, cada especialidade, ou cada categoria tem suas atividades específicas, tem suas atividades individuais. Mas, por outro lado, todos têm atividades coletivas, às vezes feitas com a participação de dois profissionais no mesmo grupo. Isso facilita o trabalho com o grupo (TNS6).

Todos os profissionais de nível superior fazem grupo, todos participam do acolhimento. (TNS7).

É definido nas rodas quem faz visitas, quem faz atendimento aqui, quem faz grupo. Nas atividades de grupo tem arte-terapia, oficinas de música, tem grupos de terapia ocupacional, grupo de mulheres que acontece fora do CAPS, expressão corporal e os atendimentos individuais dos profissionais. (TNM1).

Evidencia-se que os trabalhadores pactuam, coletivamente, o conjunto de atividades – individuais e coletivas -, que irão desenvolver. Percebe-se, pois, concretização da cogestão do processo de trabalho, no espaço micropolítico do CAPS.

Abre-se, por conseguinte, espaço para que o trabalhador possa criar formas de intervir, considerando as necessidades de saúde dos usuários. Nesse sentido, Merhy (2007; 2006a; 2006d; 2003) considera que o processo de trabalho em saúde constitui uma atividade dinâmica, relacional e que incorpora diferentes tipos de tecnologias, sendo realizado, fundamentalmente, pela intervenção criativa do trabalhador, caracterizando um trabalho vivo em ato, pois seu objeto não é totalmente estruturado.

Com efeito, na exploração de sua potência criativa, o trabalhador, ao agir numa dimensão pública e coletiva, pode ressignificar sua prática cotidiana e reinventar modos de organização do processo de trabalho, redirecionando-o rumo a novas possibilidades de produção do cuidado no território, as quais potencializem a construção de novos projetos e de novas subjetividades dos diferentes sujeitos envolvidos nas práticas sanitárias.

Percebe-se, nas falas dos entrevistados, que a cogestão dos processos de trabalho permite a efetivação de trocas in-

terdisciplinares, materializadas na definição e execução de atividades comuns aos trabalhadores, independentemente de sua formação, mas respeitando os princípios ético-legais de cada profissão, o que pode contribuir para superar a fragmentação do trabalho, dos saberes e do cuidado em saúde.

Aqui todo profissional atua na sua área e participa também dos grupos. Todos eles aqui têm um grupo, sendo que são duplas de facilitadores do grupo. (TNM4).

Por conseguinte, tem-se a mobilização do coletivo de trabalhadores e sua corresponsabilização, o que implica envolvimento e integração na equipe.

[...] porque assim no âmbito do caminhar dos processos a equipe toda se integra e trabalha pra que as coisas andem. (TNS4).

Sempre que é preciso, procuramos ver uma pessoa que está mais disponível pra ajudar o outro que está precisando de ajuda pra desenvolver aquela atividade. Então, é sempre solicitado alguém dentro da necessidade, sendo disponibilizado alguém pra isso. (TNM3).

Ao discutir o trabalho em equipe, Peduzzi (2001) pondera que se configura como estratégia de enfrentamento do intenso processo de especialização na área da saúde. Esse processo tende, porém, a aprofundar verticalmente o conhecimento e a intervenção em aspectos individualizados das necessidades de saúde, sem contemplar simultaneamente a articulação das ações e dos saberes. Para romper

com essa possibilidade, torna-se premente viabilizar uma atuação conjunta das diversas categorias de trabalhadores, pautada na problematização do saber e do fazer em busca de um núcleo comum de intervenções a ser desenvolvido por todos os membros da equipe, sem ferir, do ponto de vista ético e legal, as especificidades de cada especialidade; ou seja, uma organização dos processos de trabalho na lógica da interdisciplinaridade. Tal perspectiva de atuação parece constituída na realidade concreta dos trabalhadores de saúde mental dentro dos serviços de saúde mental implantados sob os signos das diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

Quanto ao modo como a equipe se organiza para executar o trabalho, Peduzzi (2001) atribui à equipe que atua numa perspectiva interdisciplinar a terminologia equipe integração, a qual, de certa forma, se fez presente nos discursos dos trabalhadores. Segundo a autora, nessa modalidade de equipe, as principais características são: a articulação das ações e a interação entre seus membros. Para tal, é necessária a presença dos seguintes parâmetros: comunicação intrínseca ao trabalho, projeto assistencial comum, diferenças técnicas entre trabalhos realizados, arguição da desigualdade dos trabalhos especializados, flexibilidade da divisão do trabalho e autonomia técnica de caráter interdependente.

Alguns trabalhadores de nível médio sinalizam, no entanto, para uma atuação não integrada com toda a equipe, revelando que não compartilham ações com os demais trabalhadores.

Eu procuro ficar no meu setor. Eu só me dedico ao meu setor. São as atividades da enfermagem. (TNM7).

Apesar da cogestão na organização do processo de trabalho, revelando a sua construção coletiva, tendo a roda como espaço privilegiado desse processo, evidencia-se que em alguns CAPS os trabalhadores de nível médio não têm suas opiniões acatadas pela equipe, o que pode contribuir para a adoção de uma postura voltada para a não articulação técnica com os demais trabalhadores na execução do trabalho.

Se a gente der uma opinião, deu por dar. Eu já venho aqui há muitos anos e vejo que a nossa opinião não é muito válida. (TNM1).

Com os profissionais de nível médio, eles têm mais, acho que eles recebem a coisa da gestão de forma mais autoritária mesmo. Eu já escutei eles dizerem: a gente devia ser escutada não sei que, a nossa opinião não vale de nada, mas se chegar um médico e disser isso é lei. (TNS2).

Percebe-se, com base nos relatos, que, apesar dos avanços experimentados no sentido da atuação interdisciplinar, da organização coletiva do processo de trabalho e da execução das ações de forma compartilhada entre os profissionais, ainda persistem traços de fragmentação, os quais presidem a divisão técnica e social do trabalho. Diante do exposto, acredita-se ser preciso repensar a distinção das racionalidades que orientam o trabalho em equipe, na sua dimensão interativa e intersubjetiva, visto que a transformação nas práticas sanitárias, na direção do trabalho em equipe integração e da integralidade, requer mudanças nas

relações de poder entre os diferentes sujeitos envolvidos na produção de saúde (PEDUZZI, 2007).

Desse modo, ocorre maior valorização do saber especializado do qual os trabalhadores de nível superior, em decorrência de sua formação, são portadores. Assim, ao trabalhador de nível médio competem as atividades de apoio técnico. Por conseguinte, a interação dos membros da equipe abre espaço para a atuação instrumental desses trabalhadores em sua relação com os outros, onde suas condutas são eminentemente de apoio às intervenções do especialista, passíveis de controle com vistas ao seu êxito. Assim, contribui-se para o parcelamento das ações, onde os trabalhadores atuam de forma agrupada, mas não articulada ou integrada (VILAR; GERMANO; GERMANO, 2011; PEDUZZI, 2007; 2001).

A percepção de que seus argumentos não são válidos, por parte dos trabalhadores de nível médio, pode influenciar a sua capacidade de análise e intervenção, gerar desmotivação e descompromisso com a construção coletiva do trabalho, o que se concretiza na reduzida intervenção nas discussões e proposições geradas na reunião de equipe/gestão. Observou-se em algumas reuniões de equipe que as discussões e proposições são disparadas e conduzidas pela coordenação e trabalhadores de nível superior, sendo que o pessoal de nível médio se manifestava apenas quando solicitado. Assim, foi possível perceber durante uma reunião, com duração de aproximadamente três horas, em um dos CAPS, que não houve fala/intervenções dos trabalhadores de nível médio, os quais ficaram como ouvintes, recepcionando os direcionamentos dados para a equipe.

Retornando à discussão acerca da reorganização dos processos de trabalho nos CAPS, deve-se considerar que esta não decorre somente das imposições do objeto de trabalho, das necessidades de reajustamento de agendas dos trabalhadores, da ampliação quanti ou qualitativa das equipes. Assim, é possível identificar que os processos de terceirização e precarização do trabalho também produzem efeitos na organização do trabalho nesses serviços.

[...] ainda encontram muitas barreiras. Eu acho que uma das principais, observada diariamente, é a falta de profissionais, principalmente médico. Temos a boa vontade dos nossos gestores, mas às vezes faltam recursos para que todas essas ideias que eles têm, sejam realmente colocadas em prática. (TNS3).

É difícil também porque a equipe é mínima. Pra você ter que trabalhar com equipe mínima, gera sobrecarga de atividades. (TNS7).

Isso é um desafio, manter o serviço funcionando com uma equipe mínima [...]. (CRSM4).

O trabalho na atenção psicossocial requer a atuação de equipes multiprofissionais, em perspectiva interdisciplinar, com certa capacidade de análise e intervenção, operada com suporte na crítica da atuação clínica, da organização e gestão dos processos de trabalho e dos serviços (SAMPAIO *et al.*, 2011). Para tal, torna-se premente um processo de formação permanente no próprio serviço.

Constata-se que, mesmo tendo ocorrido aumento quantitativo de trabalhadores contratados para atuar nos CAPS, este se mostra insuficiente na percepção dos diferentes atores, quando defendem o argumento de que as equipes são mínimas. Consoante esta percepção, foi observada nos CAPS a carência de profissionais. Detectou-se em alguns CAPS a ausência de enfermeiros, em outros o quadro de psicólogos estava reduzido e em todos havia carência de psiquiatras.

A composição mínima das equipes decorre, em grande parte, da rotatividade dos profissionais e da insuficiência de recursos financeiros para contratação. Além disso, identifica-se uma reduzida disponibilidade de profissionais no mercado de trabalho, como é o caso dos psiquiatras.

Com efeito, independentemente da causa, essa situação acarreta sobrecarga no trabalho e necessidade de reorganização dos processos de trabalho, visto que os trabalhadores se veem impelidos a atender a demanda, muitas vezes, agendada para aqueles que rescindiriam o contrato de trabalho, naquele período, e não foram substituídos. Em decorrência do reordenamento das agendas, deixa-se de realizar atividades anteriormente pactuadas, sobretudo aquelas que envolvem deslocamento no território, como visitas domiciliares, por exemplo. O descompasso entre oferta e demanda, no caso particular dos psiquiatras, induz uma reprodução em massa de prescrição de psicotrópicos, como estratégia para não interromper o tratamento de muitos usuários que não conseguem agendar consultas com esse profissional.

[...] o psiquiatra vai ter que fazer não sei o que, tem que fazer um monte de receita que estão pendentes. Então o processo de trabalho tá sempre sofrendo modificações, pra tentar solucionar de forma paliativa, os problemas que estão surgindo no serviço. (TNS2).

Pode-se considerar que tais problemas podem comprometer a consolidação do modelo de atenção psicossocial. Urge, pois, a adoção de estratégias que permitam superar os desafios impostos ao mundo do trabalho por sua reconfiguração pautada na ideologia neoliberal, que conduziu à precarização do trabalho em saúde, particularmente na esfera pública.

Entre o sofrimento e o prazer no trabalho: a dinâmica desvelada no cotidiano dos serviços de atenção psicossocial

A discussão acerca da dinâmica prazer-sofrimento no trabalho, aqui delineada, ganhou contornos com a sinalização de diferentes situações, vivenciadas nas esferas de gestão e organização dos processos de trabalho, que confluem para a sua ocorrência, as quais permeiam o plano discursivo tanto dos gestores quanto dos trabalhadores.

Segundo Barros e Barros (2007) e Santos-Filho (2007), a relação prazer e sofrimento no trabalho há muito tempo é sinalizada, merecendo ser posta em análise, sobretudo quando acompanhamos as mudanças nos modos de produção capitalista, caracterizados pela precarização das relações de trabalho, pela perda contínua dos direitos trabalhistas, pelas instáveis formas de contratação, pelo baixo investimento em

processos de educação permanente e pelos fracos vínculos que os trabalhadores estabelecem nos e com os espaços/processos de trabalho.

A incorporação tecnológica e o avanço das técnicas, presentes no mundo do trabalho contemporâneo proporcionam aprimoramento dos processos produtivos e tornam o trabalho mais leve, do ponto de vista físico. Em termos psicológicos, entretanto, o trabalho constitui algo árduo, pesado e, ainda, como fonte de competição. De tal maneira, as grandes transformações organizacionais podem ser vivenciadas, pelos trabalhadores, como ameaça/perigo que os remetem a frequentes e inevitáveis sofrimentos (BRANT; GOMEZ, 2005).

A dinâmica prazer-sofrimento pode ser entendida como uma vivência subjetiva do trabalhador, mas que pode ser compartilhada coletivamente e influenciada pelo próprio trabalho, conforme defendido por Ferreira e Mendes (2001). Aceitar o sofrimento como vivência, compartilhada entre os pares, implica reconhecê-lo como processo intersubjetivo, significa inseri-lo na dimensão política, uma vez que envolve a presença do outro no campo da existência do sujeito (BRANT; GOMEZ, 2005).

Segundo Brant e Gomez (2005), o sofrimento pode assumir uma diversidade de sentidos e expressões, sendo importante o seu reconhecimento por parte da gestão, no sentido de atuar prevenindo danos à saúde do trabalhador.

No âmbito dos CAPS de Fortaleza, o sofrimento foi expresso de diversas maneiras. De início, os trabalhadores reconhecem que o sofrimento pode resultar da própria natureza do trabalho na saúde mental.

O meu ambiente de trabalho é muito desgastante, uma parte é pela natureza do próprio trabalho, ter que lidar com o sofrimento em si. (TNS2).

Segundo Campos (2007), o desgaste é intrínseco ao trabalho, sobretudo em situações em que o trabalhador está sob processos de gestão pautados na racionalidade gerencial hegemônica. No campo da saúde, entretanto, o sofrimento se mostra intrínseco ao trabalho, conferindo-lhe peculiaridade, sendo essa compreensão aceitável com a constatação de que estes trabalhadores estão continuamente expostos à dor, ao sofrimento e à morte das pessoas sob seus cuidados (PITTA, 1999).

Destaca-se, ainda, o fato de que, no campo da saúde mental, em virtude da gravidade e complexidade das psicoses, particularmente nas situações de crise, nas quais os usuários podem apresentar agressividade e risco de violência, os trabalhadores estão submetidos ao risco de agressão física e verbal, como parte da natureza do seu trabalho, o que lhes causa sofrimento, expresso como sentimento de medo e desproteção ante a possibilidade de ocorrência desses eventos.

Você pega muito paciente que está em crise. Mas, às vezes, o acompanhante está muito mais em crise do que ele. Aí agredem, dizem coisas com os funcionários. Uma paciente em crise me agrediu. Já tem muitos funcionários aqui que já foram agredidos. Nós não temos nada que nos proteja. Não temos nem gratificação de risco. (TNM2).

Assim, a violência pode ter efeitos na saúde do trabalhador, causando-lhe danos físicos e psicológicos; bem como efeitos indiretos para o trabalho: desestímulo para o trabalho, adoção de estratégias de evitar o risco em detrimento do atendimento, absenteísmo (BATISTA *et al.*, 2011).

A insegurança presente no ambiente de trabalho, expressa na percepção de falta de proteção, revela a ausência de respostas institucionais diante dos eventos violentos dos quais os trabalhadores são vítimas. A desproteção parece manifestar-se em dupla dimensão: subjetiva, referente à falta de apoio, inclusive emocional; e objetiva, relacionada à não garantia de direitos trabalhistas, particularmente, o direito de receber a gratificação de risco e/ou insalubridade, por exercer atividades em instituições de saúde. Esses achados guardam semelhança com o estudo realizado por Ferrer e Campos (2009) nos CAPS situados em Campinas, São Paulo.

Não obstante, deve-se considerar que os trabalhadores de nível médio estão na linha de frente dos serviços, sendo com eles o primeiro contato que o usuário estabelece ao dar entrada nos CAPS. Assim, devem estar preparados para recepcionar, inclusive, o usuário em crise, pois uma abordagem inadequada pode desencadear uma reação agressiva e violenta. Os relatos, no entanto, demonstram que:

[...] a equipe de nível médio não tem muito como lidar com crises. (TNM1).

Identifica-se, portanto, certa inabilidade desses trabalhadores para intervir nessas situações, cujo despreparo técnico pode resultar em sentimentos de angústia e de im-

potência. Desse modo, evidencia-se a importância da adoção de estratégias de humanização da atenção e gestão do trabalho em saúde, bem como de educação permanente, a fim de instrumentalizar todos os trabalhadores para a intervenção/abordagem adequada nos diferentes contextos de atendimento no CAPS, promovendo melhorias do ambiente e da qualidade da assistência prestada.

Além do risco de violência decorrente da condição clínica do usuário, os trabalhadores de alguns CAPS sofrem com as consequências da violência urbana no cotidiano dos serviços.

Nós estamos numa área muito perigosa. Já aconteceu de a gente ir fazer visita e sermos recebidos na comunidade com a arma na cabeça. Ai, em alguns locais a gente precisaria fazer visitas e o profissional se opõe e não vai devido a essa situação porque é perigoso. Quando um decide ir, precisa se articular com o agente de saúde, porque só conseguimos entrar na área com alguém conhecido da comunidade, com permissão. (CCAPS6).

Com relação à questão deste CAPS, ele está numa região extremamente complicada, numa região de riscos. A gente aqui fica muito desprotegida, não somos assaltados porque Deus nos protege. Aqui é uma área extremamente ameaçadora. Às vezes, os próprios usuários avisam isso pra gente. Eu faço visitas e eles dizem: doutora não venha com sua bolsa, ai eu escondo, coloco debaixo do banco do carro. (TNS1).

Entre os CAPS pesquisados, dois estão situados em áreas da periferia, consideradas de grande vulnerabilidade e risco social, com bolsões de pobreza, acirramento das desigualdades sociais, com elevados índices de violência urbana, de uso de drogas e presença do tráfico organizado. A lógica de organização do trabalho na atenção psicossocial requer articulação com o território no qual os usuários do serviço estão inseridos. Essa problemática social, entretanto, reflete na rotina do CAPS. De um lado, os profissionais têm sua circulação no território, inclusive para a realização de visitas domiciliares, restringida por limitações impostas pelo tráfico que delimita quem entra e sai da área sob seu domínio, sendo que a entrada dos trabalhadores da saúde deve ser precedida de autorização.

De outro lado, os trabalhadores desses CAPS estão continuamente expostos ao risco de violência externa e assaltos. Nessa situação, a equipe sente-se desprotegida e, ao mesmo tempo, deve tomar medidas protetivas, nas quais contam com os agentes comunitários de saúde e com os usuários como aliados.

No CAPS geral, situado no território da SER I, os trabalhadores em determinado dia mostravam-se tensos diante da ligação telefônica anônima de um usuário que informava que estava circulando o boato na área que o CAPS seria assaltado. Naquele dia, o CAPS foi fechado mais cedo e os trabalhadores foram todos dispensados. Diziam que não queriam correr o risco, pois anteriormente já tinham recebido informações com o mesmo conteúdo e como não acreditaram, o

serviço ficou aberto, sendo invadido por assaltantes que agrediram os trabalhadores, tomaram objetos pessoais e levaram os psicotrópicos da farmácia. (Diário de campo).

Em áreas dominadas pelo tráfico, as farmácias do CAPS se tornam alvo de assaltos, visto que a medicação psicotrópica pode ser comercializada e utilizada pelos traficantes. Pode-se considerar que a problemática da violência urbana, sobretudo em áreas periféricas das grandes cidades, com situações de pobreza, de tráfico e de intenso uso de drogas, bem como seu impacto no cotidiano dos CAPS, não constitui uma especificidade de Fortaleza. Achados semelhantes foram encontrados nos CAPS da periferia do Rio de Janeiro, em estudo realizado por Souza *et al.* (2011).

Em conformidade com Souza *et al.* (2011), percebe-se que o convívio com a violência no cotidiano dos serviços expõe os trabalhadores a situações de risco que podem produzir o sentimento de medo de exposição, de impotência diante da realidade e constante sensação de ameaça à integridade física e moral. Como consequência, a equipe pode desenvolver sentimento de permanente vulnerabilidade e sofrimento psíquico. Os trabalhadores, então, desenvolvem estratégias para minimizar o sofrimento, protegem-se psicologicamente e continuam a trabalhar; tentam construir redes de solidariedade e de amizade como alternativa para superar as situações de vulnerabilidade.

Os modos como estão organizados os serviços de saúde mental e os processos de trabalho, segundo os diferentes atores, podem gerar sofrimento na equipe. De tal modo, a

demanda elevada foi por todos os trabalhadores, bem como o volume e repetição de ações a serem executadas, os quais ocasionam sobrecarga e desgaste no trabalho, causando, em última instância, adoecimento nos membros da equipe.

Mas o processo de trabalho, também contribui, pelo número de pessoas que tem que atender. Depois desse número de pessoas tem que dar conta de certa quantidade de serviço burocrático, questão de documentos, atestados e receitas, pendências. Eu me sinto incomodado também com o fluxo que não respeita um pouco a privacidade ou as vezes que é muito repetitivo, o fluxo de pessoas entrando na sala e atrapalhando o atendimento. (TNS2).

A gente tem uma sobrecarga de atendimentos. (CCPAS5).

Eu percebo que entre os profissionais de nível médio tem uma carga de trabalho muito pesada e são muito exigidos. (CRSM4).

O ritmo que a gente está levando é desumano. É um ritmo desumano para atender uma população dessa regional que é grande, muitos profissionais estão adoecendo, a gestão local está percebendo. (TNS5).

Em relação à gestão do processo de trabalho, os trabalhadores revelam que gestão local adota uma postura de compreensão e respeito aos limites da equipe; no entanto, a coordenação regional adota uma posição de cobrança, de

pressão, para que a equipe melhore o desempenho, mesmo quando as condições de trabalho não são favoráveis. Nessa situação, os trabalhadores desenvolvem tensão e sofrimento, o que pode resultar em adoecimento.

Nas rodas é discutida como são feitas as atividades da equipe. E eu não vejo cobrança da coordenadora nesse sentido, a equipe é que se organiza. Mas a regional, ela deixa os profissionais muito tensos, só a presença dela já deixa a gente tensa devido à cobrança. Pela cobrança mesmo, sabe! Mesmo sabendo que nós não temos condições de trabalho, ela cobra, ela pressiona o funcionário. Já teve funcionário que adoeceu psicologicamente pela pressão. (TNM1).

No referente às instalações dos CAPS, percebeu-se que todos funcionam em casas, as quais foram adaptadas para o atendimento da equipe. A estrutura física de quatro unidades, porém, mostra-se deteriorada e/ou com espaço físico insuficiente para o desenvolvimento das ações da equipe, sejam individuais ou coletivas. Nesses serviços, não há manutenção regular das instalações, conforme já discutido.

[...] nossa estrutura é insalubre, sem conforto, uma aparência desagradável. (CCAPS6).

Nós não temos boa estrutura física, muito pelo contrário. Essa estrutura física é o motivo do nosso sofrimento. (TNS5).

Desse modo, acredita-se que a estrutura dita insalubre, sem conforto e com aparência desagradável, compromete a organização dos processos de trabalho e a qualidade do atendimento oferecido, aspectos importantes para o coletivo de trabalhadores comprometidos ética, política e ideologicamente com o ideário da Reforma Psiquiátrica, cuja impossibilidade de adequação desses espaços enseja sofrimento a eles. A estrutura inadequada dos CAPS de Fortaleza, com ambiência dissonante em relação aos parâmetros de humanização da gestão, é apontada em diversos estudos (GUIMARÃES; JORGE; ASSIS, 2011; SILVEIRA *et al.*, 2011; GUIMARÃES, 2007).

A ambiência dos serviços de saúde constitui indicador de humanização da atenção e da gestão. Refere-se ao tratamento dado ao espaço físico, entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais, o qual deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana. Para tanto, a ambiência deve contemplar os seguintes eixos: espaço confortável, focado na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, valorizando elementos do ambiente, como cor, odor, som, ventilação, iluminação e estrutura física; espaço para produção de subjetividades, focado na potencialização de encontros entre os sujeitos; espaço como facilitador do processo de trabalho, focado na otimização de recursos, atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo (BRASIL, 2010b).

Além da falta de estrutura física dos CAPS e de equipes completas, os trabalhadores referem a falta de outros serviços na RASM, bem como a dificuldade de articulação com outras redes de atenção, com vistas ao atendimento integral às necessidades de saúde dos usuários, como situações-limites que lhes causam frustração, angústia e sofrimento.

Trabalhar na saúde mental hoje é, sobretudo, trabalhar com a frustração. Inclusive tem-se que fazer um trabalho interno pra poder lidar com essa angústia de saber que não se pode resolver tudo, mas tem que fazer articulações possíveis. Mas é um trabalho diário dentro dessa angústia. (CRSM1).

O que eu tô querendo dizer é que o fato dos processos não estarem implementados isso gera um sofrimento psíquico no profissional que vai atender, porque você está ali diante daquele paciente e você precisa de uma rede pra poder fazer as coisas acontecerem, mas não tem a rede e você não tem como dar conta daquela situação, de resolver o problema. Isso é um sofrimento pra mim. (TNS4).

Na construção do modelo de atenção psicossocial, os trabalhadores comprometidos, ética e politicamente, com projeto que vise à reinserção social, articulação com o território, respeito à cidadania e defesa da saúde como direito, cujas práticas estão orientadas para a produção do cuidado integral e humanizado ao portador de transtorno mental, tendem a se sentir responsáveis e impelidos a dar respostas às necessidades de saúde que lhes são apresentadas. Acredita-se que a própria trajetória de exclusão, de maus-tratos e de desrespeito aos portadores de transtornos mentais, colabora para que os trabalhadores adotem essa atitude, muitas vezes com tendência a assumir uma conduta de tutela nos processos de cuidado. Desse modo, assumem posição de militância, com a responsabilidade de transformar o percurso histórico de atenção à doença mental (FERRER; CAMPOS, 2009).

Apesar da importância desse modo de atuação, em que os trabalhadores estão comprometidos com a materialização do ideário da Reforma Psiquiátrica e dos princípios do SUS, deve-se considerar que a amplitude de suas ações pode ser limitada, por problemas estruturais do sistema de saúde, tendo como consequência os sentimentos de frustração, impotência e, muitas vezes, de culpa, por não conseguirem dar respostas à demandas que se apresentam no cotidiano do serviço.

Com efeito, Merhy (2007b), baseado em suas experiências em supervisões institucionais em serviços de saúde mental, reconhece que os trabalhadores dessas organizações, no seu espaço micropolítico, estão no olho do furacão da luta antimanicomial. Recomenda-se, contudo, tomar cuidado para que, diante de uma população sofrida, fragilizada e marginalizada como a que comumente frequenta esses serviços, os trabalhadores não se sensibilizem ao ponto de assumir totalmente os problemas dos usuários, subtraindo-lhes a possibilidade de se tornarem autônomos, independentes e também responsáveis pela condução de suas vidas. Isto porque, sobretudo, quando os serviços não propiciam condições para o atendimento pleno às demandas dos usuários, por parte dos trabalhadores, isso conduz ao sentimento de frustração, impotência e desânimo. Por conseguinte, pode se tornar causa de sofrimento psíquico (GUIMARÃES, 2007; MERHY, 2007b; MARAZINA, 1991).

Ficaram evidenciados, portanto, vários aspectos que permeiam o cotidiano do trabalho com o potencial para desencadear sofrimento nos trabalhadores, os quais se expressam de diversas formas. Por outro lado, os trabalhadores apontam aspectos/situações que lhes proporcionam prazer no e com o trabalho realizado.

Tem dias que estou mais otimista, quando a gente consegue a muito custo articular algo que se vê o resultado lá na frente. Mas a gente tenta fortalecer muito mais isso do que aquilo que a gente não consegue realizar. (CRSM1).

O prazer diante dos resultados alcançados, expresso na forma de otimismo, possibilita restabelecer o ânimo para o trabalho, com a sensação de dever cumprido. Além disso, parece constituir também uma linha de fuga para superar os sentimentos de frustração, angústia e desânimo provocados pelas dificuldades encontradas e pelo insucesso em algumas empreitadas.

Evidencia-se que os espaços de discussão coletiva, de materialização da cogestão dos serviços e dos processos de trabalho, têm o potencial de proporcionar prazer aos membros das equipes de saúde mental.

Então, no momento em que eu proponho algo, quando participo da decisão de fazer algo, automaticamente o resultado vai ser um trabalho mais prazeroso, um trabalho que não vai ser um fardo. (TNS6).

Dar mais tranquilidade, assim como eu já passei por vários momentos, em relação até mesmo a natureza do trabalho que já é uma natureza difícil, que causa o estresse do profissional. Então à medida que a gente organiza o processo a gente traz qualidade naquilo que se aplica, traz qualidade. (TNS11).

Em estudos anteriores realizados em CAPS de Fortaleza, por Guimarães (2007) e Godoy (2009), foram encontrados resultados semelhantes no referente ao potencial da cogestão em promover responsabilização e, ao mesmo tempo, o desenvolvimento de um processo de trabalho mais prazeroso. Efetivamente, Campos (2007) defende o argumento de que a ampliação da capacidade de direção das organizações de saúde, mediante a inclusão dos trabalhadores nos processos decisórios, bem como produção de espaços para análise crítica dos processos de trabalho e da própria clínica, são estratégias fundamentais para a desalienação do coletivo de trabalhadores, construção de compromissos com a organização e produção de sujeitos com maior autonomia e corresponsáveis pela transformação das práticas de saúde.

Segundo Barros e Barros (2007), aumentar o grau de autonomia dos trabalhadores na organização e gestão dos processos de trabalho, ampliar os espaços de protagonismo e criação, sustentando a indissociabilidade atenção e gestão, permite estabelecer um trânsito do sofrimento ao prazer no trabalho, sem que com isso se caia na banalização do sofrimento ou na idealização do prazer. Para as autoras, a PNH oferta diretrizes e dispositivos que ajudam a enfrentar a problemática do sofrimento no trabalho em saúde, particularmente a cogestão. Destaca-se o fato de que a PNH constitui uma política transversal, sendo que alguns de seus princípios, diretrizes e dispositivos são implementados nos CAPS de Fortaleza, constando, inclusive no PMS, conforme já mencionado.

Considerando os possíveis impactos do sofrimento no trabalhador e no seu trabalho, bem como a relevância dessa problemática no mundo do trabalho, parece pertinente se

questionar: de que forma os gestores lidam com as diversas possibilidades e expressões de sofrimento no trabalho em saúde mental? Que estratégias são adotadas para minimizar os riscos e o próprio sofrimento do coletivo de trabalhadores?

Em resposta a essas indagações, os relatos dos gestores dos CAPS revelam que estes se mostram sensíveis ao sofrimento dos trabalhadores, adotam algumas estratégias, no âmbito individual e coletivo, que permitem enfrentá-lo, numa perspectiva de cuidado ao trabalhador.

Mas eu faço um processo aqui, até porque eu acho que é preciso olhar o profissional de forma diferenciada. Então, vou dar um exemplo, a gente tem um médico que a mãe morreu num domingo e como ele é servidor tinha sete dias de licença. Esse período é pra cuidar de tudo relacionado a velório e missa de sétimo dia e tudo. Ele foi, mas chegou aqui em Fortaleza na data certa e veio trabalhar, eu notei que ele não tava bem e chamei pra conversar. E ele me disse: não estou bem, mas eu tinha que voltar por conta do horário. Então eu liberei ele por dez dias para que ele pudesse se cuidar, porque ele não tava bem. Isso pra mim é cuidar do cuidador. Isso não é benesse, mas uma forma de cuidar do trabalhador. (CCAPS1).

Uma das estratégias é essa aproximação, a gente poder ouvir cada um porque as pessoas têm suas necessidades, tem suas dificuldades. É importante os trabalhadores terem essa liberdade de falar não somente aqui na coordenação, mas falar até em particular. (CCPAS3).

Desse modo, identifica-se a escuta qualificada como estratégia de intervenção nas situações que sinalizam sofrimento do trabalhador. Os coordenadores dos CAPS, portanto, mantêm um canal aberto de diálogo com o coletivo de trabalhadores, o que permite, inclusive, a democratização das relações no ambiente de trabalho.

Uma coisa que eu aposto pessoalmente, e não somente como gestora, é a articulação a partir de uma relação de diálogo. A principal estratégia aqui é o diálogo. É ouvir o outro, porque o profissional é também humano e precisa ser escutado nas suas demandas e necessidades. (CCAPS1).

[...] saber escutar o trabalhador e ver que o trabalhador também é pessoa que tem problemas, que sofre. Eu acho que a escuta, saber escutar e saber entender, principalmente. Eu acho que são atitudes do coordenador. (TNS3).

Reconhecendo que o trabalho em saúde mental, por sua natureza, pode causar desgaste e sofrimento nas equipes, os coordenadores municipais, regionais e locais adotam estratégias, no âmbito coletivo, voltadas para o cuidado à saúde do trabalhador. Desse modo, desenvolvem um conjunto de ações que convencionaram chamar de cuidando do cuidador.

A questão de cuidando do cuidador. Como a gente tem parceria com o Instituto Aquilae, acho que isso é só uma coisa. Mas pelo menos há uma decisão da gestão de dizer: olha aquele espaço ali vocês

podem sair do trabalho de vocês e ir lá pra poder se cuidar. [...] A gente já discutiu que eles possam sair de dentro do CAPS e ir pra um parque, pra uma praia, pra fazer dinâmica de integração. (CSM1).

O grupo tem solicitado e nós estamos desenvolvendo a questão da integração entre a equipe e o lazer. Isso tem sido muito bom. Nesses momentos, o grupo tem interagido melhor, tem motivado a equipe. Isso tem impactado nos serviços porque eles passaram a atender melhor, mas também a se tolerarem mais em equipe. (CCAPS2).

A gente passa o dia no CAPS ou fora do CAPS, quando dá e cuidamos um do outro, fazemos massoterapia. Tem a hora do karaokê, a hora da dança, a hora da comida. Enfim, são momentos de lazer. (TNM7).

Conforme revelado nos relatos, são disponibilizados vários espaços e realizadas várias ações, respeitando as preferências dos trabalhadores, as quais permitem trabalhar os conflitos, tensões e estresse do cotidiano. De tal modo, apontam que essas ações concorrem para melhorar o desempenho das equipes, assim como as relações interpessoais operadas nos processos de trabalho.

Foi constatado, entretanto, que em alguns CAPS essas atividades, apesar de reivindicadas pela equipe, não acontecem de forma sistemática. Em outros CAPS, não se desenvolve nenhuma ação voltada a esse objetivo, ou seja, os contextos nos quais os CAPS estão inseridos, o perfil dos gestores

locais e das equipes, o perfil da demanda e os modos de organização dos serviços, confere-lhes certa singularidade e, ao mesmo tempo, uma heterogeneidade em relação ao seu *modus operandi*, embora atuando sob as mesmas diretrizes, estabelecidas pela política municipal de saúde mental.

É uma dívida que eu tenho no sentido de parar mesmo e promover mais oportunidades dos trabalhadores irem às ocas, que têm trabalhado com práticas complementares e receberem cuidado. (CCAPS4).

Tem o cuidando do cuidador que é muito importante para quem quer participar porque não é obrigado. Mas os profissionais que queiram participar é uma vez por ano. Tem massagem, conversas e brincadeiras que fazem a gente de divertir um pouco. Isso é importante para o profissional. (TNM4).

Durante o período que eu estou aqui eu não vejo isso. Dizem que antes tinha, mas eu não sei informar direito. Mas tipo relaxamento, atividades para o trabalhador a gente não tem no momento. (TNM6).

Não temos estratégias específicas para o cuidado ao trabalhador, que eu perceba não. Mas acho que o supervisor clínico-institucional poderia ser uma das ferramentas para humanizar esses processos. O supervisor poderia dar esse suporte de cuidado ao trabalhador. Mas uma política municipal de cuidado ao trabalhador não tem. (CRSM2).

Além da entrevistada CRSM2, outros também fizeram referência à supervisão clínico-institucional como estratégia para intervenção nas situações de conflito entre os membros das equipes multiprofissionais, inclusive permitindo a expressão de subjetividades e a construção de sujeitos com maior capacidade de análise crítica da atuação clínica, da organização dos processos de trabalho e dos modelos de atenção e de gestão, bem como potencializando maior capacidade de intervenção. Esse entendimento se consubstancia nos achados de Godoy (2009), quando analisou as experiências intersubjetivas e as configurações relacionais entre os trabalhadores de um CAPS de Fortaleza, bem como na experiência de supervisão clínico-institucional realizada em dois CAPS desse município (SAMPAIO; GUIMARÃES; ABREU, 2010). Durante o período de desenvolvimento desta pesquisa, no entanto, constatou-se que nenhum CAPS contava com o apoio de supervisor clínico-institucional, apesar de todos reconhecerem a sua relevância.

Outro espaço utilizado para se promover o cuidado ao trabalhador são as rodas de equipe, conforme revelam os relatos a seguir.

Mas nessa questão do cuidado, na roda sempre tem o espaço da conversa, da descontração no início. Mas eu desejo algo mais ampliado, trabalhar com massoterapia, relaxamento dentro do horário de trabalho porque parte da equipe tem 40 horas, aí o trabalhador se sobrecarrega muito e precisa de cuidado também. (CCAPS4).

Outra coisa nas próprias rodas de gestão, toda roda de gestão tem que ter a dimensão terapêutica. Então que se faça a dimensão terapêutica pra equipe. (CSM2).

Os relatos demonstram que as equipes experimentam, na prática concreta dos serviços de saúde mental, a função terapêutica da roda de gestão, como espaço de cogoverno, conforme defendido por Campos (2007). Nesse contexto, a roda pode funcionar como espaço para a catarse, para a exposição dos conflitos, explicitação dos diferentes desejos e interesses, permitindo ressignificá-los, produzindo novas subjetividades e novos sujeitos.

A humanização da gestão do trabalho no SUS: sobre a (des)valorização do trabalhador na atenção psicossocial

O trabalho tem dupla finalidade, pois, além de assegurar condições objetivas para a sobrevivência do trabalhador, também é importante dispositivo para atender as suas necessidades subjetivas, as quais estão relacionadas à realização pessoal e profissional. Assim, o trabalho constitui importante dispositivo para a coprodução de si mesmo e da cultura; configura uma relação social, histórica e intersubjetiva (CAMPOS, 2007).

Entende-se que o trabalho no setor saúde não está fora e descontextualizado do restante do mundo. Portanto, recebe influências das transformações ocorridas nos modos de produção capitalista, nos processos de globalização, os quais promovem, inclusive, a desvalorização do trabalho e do trabalhador (ROLLO, 2007).

Por outro lado, ante as condições de trabalho que se apresentam nas diversas realidades, os trabalhadores reivindicam reconhecimento e valorização do seu trabalho, particularmente no setor saúde. Assim, participantes da pesquisa exprimem diferentes dimensões que constituem condições

para a efetiva valorização do seu trabalho, a começar pela questão salarial, referida por vários deles, conforme representado na fala a seguir.

Eu acho que a gente faz um trabalho de qualidade e deveríamos ser remunerados melhor. A gente tem uma sobrecarga de atendimentos. Mas, a valorização salarial, a gente tem cinco anos que se trabalha na saúde mental, já mudamos de organização que contrata, mas não tem aumento salarial, essa valorização do salário não tem. Trabalhamos há cinco anos ganhando o mesmo salário. (CCAPS5)

No campo dos serviços públicos de saúde mental, conforme se evidencia na fala, ocorre reprodução do quadro de desvalorização do trabalho, presente no cenário global. Na percepção dos trabalhadores, o salário não mantém relação com a qualidade e/ou quantidade de ações desenvolvidas. Além disso, eles, por estarem submetidos a vínculos trabalhistas precários, não possuem um plano de carreiras e salários. Assim, os trabalhadores se veem impulsionados a assumir vários empregos, embora com baixos salários, como mecanismo para a garantia da sobrevivência.

Sabe-se que, no processo de construção do SUS, a reorientação do modelo de atenção torna premente a invenção de novos modos de gerenciar os serviços e o trabalho em saúde. No obstante, a gestão do trabalho foi negligenciada, constituindo um nó crítico no sistema, principalmente durante a década de 1990, período no qual prevaleceram os processos de desregulação e precarização do trabalho no sistema de saúde brasileiro. Isto, junto a outros aspectos já

discutidos ao longo desta pesquisa, comprometeu a qualidade da atenção à saúde da população e, conseqüentemente, a legitimidade social do SUS.

No período de 2000 a 2002, algumas iniciativas foram implementadas, por parte do Ministério da Saúde, voltadas à humanização das práticas sanitárias, com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção e da gestão, desencadeadas com a XI Conferência Nacional de Saúde, cujo título era “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”. A humanização, entretanto, se expressava em ações e programas fragmentados, com imprecisão e fragilidade conceitual, cujos sentidos estavam relacionados a voluntarismo, assistencialismo, paternalismo ou mesmo a tecnicismo de um gerenciamento sustentado na racionalidade administrativa e na qualidade total (BENEVIDES; PASSOS, 2005a).

Em 2003, a humanização entrou no debate da máquina estatal, no âmbito do Ministério da Saúde, sendo redefinida como estratégia de interferência nas práticas de saúde, levando em conta que os sujeitos sociais, atores engajados nas práticas locais, quando mobilizados, são capazes de coletivamente, transformar realidades, transformando-se a si mesmos nesse processo. Trata-se, portanto, de investir na produção de outras formas de interações entre os sujeitos que atuam no sistema de saúde, que dele usufruem e nele se transformam acolhendo esses atores e fomentando seu protagonismo (BENEVIDES; PASSOS, 2005a).

Assim, foi lançada a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão – PNH, como política transversal, considerando a indissociabilidade gestão/atenção, como estratégia para qualificar as práticas de saúde: acesso com acolhimento; atenção integral e equânime, com responsa-

bilização e vínculo; valorização dos trabalhadores e usuários com avanço na democratização institucional nos serviços de saúde (BENEVIDES; PASSOS, 2005b).

No discurso oficial do setor saúde, a humanização aparece com frequência, cujo sentido atribuído ao termo se refere à articulação entre a qualidade técnica da assistência e o reconhecimento dos direitos do usuário, de seus valores e subjetividade, aliados à valorização profissional (BRASIL, 2010c; DESLANDES, 2004). Assim, a humanização passa a ser entendida como a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: gestores, trabalhadores e usuários (BRASIL, 2010c), perspectivas convergentes com as concepções de Campos (2007).

Nesse contexto, os gestores dos CAPS consideram que a valorização do trabalho implica o respeito às potencialidades e limites do trabalhador, bem como a manifestação de reconhecimento pelo seu desempenho, como condições para a humanização do serviço, conforme pode ser percebido no seguinte relato.

[...], sobretudo, você respeitar as potencialidades de cada trabalhador, os seus espaços, o seu conhecimento. Na hora que isso acontece você está colocando o respeito ao trabalhador porque humanizar envolve respeitar o outro, trabalhar compromissos, reconhecer as ações e o talento. Esse reconhecimento se expressa no *feedback* que você dá ao trabalho do outro, você dizer como o outro tem melhorado, como está organizado o funcionamento da recepção, você estão trabalhando bem. Acho que isso é huma-

nizar, fazer ele se sentir valorizado, fazer se sentir importante dentro do processo de trabalho e parte do processo de organização do serviço. (CCAPS4).

Evidencia-se, na fala, o entendimento de que há uma relação estreita entre valorização e reconhecimento no trabalho, a qual se mostra consoante o pensamento de Ferreira e Mendes (2001). Desse modo, quando se expressa o reconhecimento dos resultados alcançados, promove-se a possibilidade do trabalhador se sentir valorizado, de perceber que o seu trabalho tem sentido e valor por si mesmo, sendo importante para a organização e para a sociedade (MARTINS; ROBAZZI, 2006; FERREIRA; MENDES, 2001), o que contribui para a satisfação e realização pessoal, como expressão de que o trabalho é prazeroso, conforme defendido por Guimarães (2007).

De acordo com Rollo (2007), estratégias como democratização do poder, mediante o empoderamento dos trabalhadores, reconhecimento e celebração de resultados devem ser adotadas no âmbito organizacional, com vistas à valorização do trabalhador, o qual tem o potencial de minimizar os riscos de desgaste e sofrimento no trabalho. Aponta que esforços no sentido de adoção dessas estratégias são empreendidos no Brasil, com a implantação da PNH, cujas diretrizes apontam para a humanização não só do atendimento aos usuários dos serviços de saúde, mas também dos espaços de atuação dos trabalhadores e das relações no âmbito organizacional.

As instalações físicas dos serviços também são apontadas como dimensões relacionadas à valorização do trabalho, sendo isto determinante também para a humanização do serviço.

Fica difícil humanizar um ambiente de trabalho com essa estrutura. A humanização do trabalho aqui está muito mais na equipe, a gente conversar, ter abertura, conhecer realmente o outro e saber quem está sobrecarregado pra dividir tarefas. (CCAPS5).

A coordenação está se referindo à estrutura física do CAPS onde atua, no qual as instalações são precárias e desprovidas de conforto, inviabilizando o desenvolvimento de algumas atividades.

Outro coordenador complementa a fala anterior, quando assinala que a valorização do trabalho requer a oferta para que este seja realizado, bem como o desenvolvimento de mecanismos que permitam cuidar do trabalhador, acolhendo as suas demandas.

É ter condições de trabalho. É também ter um cuidado principalmente com o trabalhador, ser sensível às demandas dele, acolher quando ele estiver precisando. (CCAPS3).

Para alguns trabalhadores, a valorização do trabalho implica a construção do modelo de gestão participativa, por meio do exercício da cogestão, processo experimentado no cotidiano dos CAPS estudados, como requisitos para a humanização da gestão do trabalho.

Eu acho que a valorização do trabalho ocorre quando o trabalhador se sente sujeito, ele não se sinta objeto, isso é humanizar o serviço. [...] No trabalho ele

se sinta qualificado, que ele se sinta também, sujeito, participante e colaborador e que se preocupe também com as relações, entre os trabalhadores e os trabalhadores com a gestão. (TNS2).

Eu acho que pra humanizar um pouco a gestão do trabalho, eu acho que precisaria realmente haver uma gestão participativa. Mais próxima desse trabalhador pra poder captar essas necessidades e realmente haver um trabalho mais tranquilo. (TNS6).

Possibilitar o protagonismo dos trabalhadores configura uma estratégia importante para a construção de sujeitos, de novas subjetividades. Acredita-se que a humanização da gestão passa pela abertura de espaços para a expressão subjetiva, pela valorização do potencial criativo dos trabalhadores (BRASIL, 2010a), sobretudo quando se considera que o trabalho em saúde é um trabalho vivo em ato, o qual não pode ser capturado pelos processos de gestão. A existência de um hiato entre o trabalho prescrito e o realizado, em virtude da complexidade e imprevisibilidade própria do processo saúde-doença, permite que o trabalhador, no encontro trabalhador-usuário, exerça um autogoverno, expresso na sua independência para tomar decisões e definir condutas, sendo legitimado por sua especialização profissional e sua competência clínica (MERHY, 2007a; 2006d).

Para outros entrevistados, a operacionalização de ações voltadas para a educação permanente dos trabalhadores constitui elemento que expressa valorização do trabalho.

A valorização desse trabalhador eu acho que se dá na formação dele. Esse trabalhador está entrando no serviço e agora mesmo está acontecendo uma capacitação em saúde mental. Acho que é essa possibilidade de valorizar o profissional, de crescer, a questão dele está se aprimorando pra desenvolver o seu trabalho. Eu vejo essa valorização. (CCAPS5).

De forma convergente, Rollo (2007) sugere que a educação permanente deve ser assumida pelos serviços de saúde como estratégia de valorização do trabalho em saúde. Nesse sentido, a educação permanente em saúde é apontada como estratégia para qualificação do trabalhador, considerando o próprio contexto no qual ele desenvolve suas ações, cujo desdobramento é a melhoria da qualidade da atenção à saúde da população.

Ao discutir a valorização do trabalho e dos trabalhadores da saúde, Pasche (2010) assegura que sem ela não se implementa, de forma sustentável, a reforma sanitária brasileira, capaz de enfrentar as iniquidades e de ampliar a experiência civilizatória em curso. Assim, valorizar o trabalhador significa permitir e garantir a sua inclusão na gestão, na construção das organizações de saúde; assegurar condições de trabalho dignas, com ambientes e remunerações adequadas; assegurar que as organizações de saúde não se transformem em cabides de emprego, nem em lugares de práticas e atitudes inaceitáveis, como o descaso com o sofrimento e com a vida dos diferentes sujeitos que participam dos processos de trabalho. Portanto, valorizar o trabalhador e o trabalho em saúde é tarefa decorrente da ampliação da capacidade de cada qual produzir processos civilizatórios e democráticos mais extensos, plurais, e regidos pelo interesse público.

A educação permanente em saúde: os processos desenvolvidos na RASM

As transformações do mundo do trabalho impõem ao trabalhador a necessidade de qualificação profissional, como requisito para a competitividade e permanência no mercado de trabalho. De tal modo, faz-se necessária a mudança nos modos de formação, particularmente dos trabalhadores da saúde.

No âmbito do SUS, a Reforma Psiquiátrica questiona o papel e o saber psiquiátrico, ao mesmo tempo em que promove o deslocamento do local de atenção à saúde mental dos hospitais para os serviços de base territorial (SAMPAIO *et al.*, 2011; AMARANTE, 2006). Do mesmo modo, promove o deslocamento do objeto de intervenção da doença para o sujeito em seu contexto sociopolítico, em articulação com o território, revestindo de complexidade e imprevisibilidade o trabalho em saúde mental, agora implicado com reinvenção das práticas de saúde e dos modos de lidar com o sujeito em sofrimento psíquico, que não teve expropriadas a sua liberdade, a sua cidadania e sua relação com a cidade (SAMPAIO *et al.*, 2011; SILVA; TAVARES, 2003).

Ante a complexidade do objeto de intervenção, na perspectiva de compreender o sujeito em suas múltiplas dimensões, bem como produzir práticas de saúde orientadas pela integralidade do cuidado, torna-se imperativa a atuação de equipes multiprofissionais, numa lógica interdisciplinar nos serviços de atenção psicossocial. Assim, parece necessário repensar saberes, reorientar os processos de formação com vistas a atender a nova forma de trabalho requerida pelas mudanças nos modelos de atenção à saúde.

De acordo com Sampaio *et al.* (2011), o trabalho em equipe, nos serviços públicos de saúde mental, diante da demanda da população, exige atitudes para o enfrentamento de problemática tridimensional: entre os trabalhadores, oriundos de várias formações; entre a equipe e os gestores, portadores de tecnologias produzidas em contextos distintos; e entre trabalhadores e usuários, aqui entendidos como cidadãos, portadores de direitos. Para tal, os autores apresentam três ordens de atitudes/valores, dentre as quais a competência está mais estreitamente ligada à discussão delineada nesse momento.

A competência compreende o desenvolvimento de habilidades técnicas, comunicacionais, relacionais e políticas, para a prática qualificada e efetiva da gestão e do cuidado, em campo perpassado de história e subjetividade. Pode ser otimizada pela formação permanente em serviço, enfatizando o domínio das técnicas terapêuticas e o desenvolvimento de habilidades associadas ao protagonismo e à produção de grupalidade nos serviços (SAMPAIO *et al.*, 2011).

Entende-se, portanto, a relevância da educação permanente como ferramenta para a qualificação do trabalhador e, ao mesmo tempo, estratégica para a efetiva reorientação e consolidação do modelo de atenção psicossocial.

Evidenciou-se, no contexto dos serviços de saúde mental de Fortaleza, o fato de que

Há educação permanente. Eu não conheço nenhum trabalhador que esteja no CAPS há mais de dois anos que não tenha passado por algum tipo de capacitação. (CRSM4).

A gestão tem uma preocupação que eu acho legal que é sempre está montando seminários, oficinas para que se aprenda a trabalhar melhor na saúde mental. É um crescimento em equipe. (CCAPS5).

Constata-se que há um investimento na qualificação dos trabalhadores dos CAPS, de forma que as ações de educação permanente em saúde estão previstas no PMS 2006-2009, cujo traço estruturante para o seu desenvolvimento foi a constituição do Sistema Municipal de Saúde Escola, viabilizado por meio de uma rede integrada por gestores e serviços do Sistema de Saúde de Fortaleza, escolas e universidades, trabalhadores e usuários, responsáveis pela coordenação e avaliação desse processo de educação (FORTALEZA, 2008).

Destaca-se o fato de que, no âmbito nacional, foi instituída em 2004 a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Tal política objetiva transformar as práticas pedagógicas e de saúde, contribuindo para o desenvolvimento individual e coletivo dos trabalhadores da saúde, fomentando as mudanças nas práticas de saúde e a própria organização do trabalho. Para tal, deve-se efetivar articulada aos serviços, considerando os problemas de saúde da população, sendo operada por meio de metodologias que possibilitem a articulação formação-serviço e o desenvolvimento da capacidade crítica, potencializando a aprendizagem significativa, principalmente por meio da problematização (STROSCHEIN; ZOCCHÉ, 2011; SILVA; TAVARES, 2003).

De acordo com os relatórios de gestão em saúde do município de Fortaleza, referentes aos anos de 2006 e 2007, a SMS desenvolveu diversas atividades de educação permanente, permitindo a participação de um contingente significativo de trabalhadores, conforme disposto na Tabela 4.

Tabela 4: Eventos de Educação Permanente com participação de trabalhadores de saúde mental durante o período 2006-2007. Fortaleza, 2015.

Eventos	Nº Participantes/ ano	
	2006	2007
Abordagem sistêmica comunitária	--	40
Capacitação em saúde mental/ Saúde Mental Comunitária	12	48
Capacitação em cuidadores para Residência Terapêutica	--	06
Capacitação em Dependência Química	60	--
Capacitação em Redução de Danos	152	67
Capacitação em tratamento de fumantes	50	--
Capacitação em Saúde Mental na Atenção Básica	120	--
Capacitação em arte e intervenção psicossocial	30	--
Capacitação multiprofissional em problemas da infância e adolescência	10	--
Especialização em Gestão em Saúde	--	2
Formação em arte-terapia		30
Formação em abordagem sistêmica de família	30	--
Formação de facilitadores da implementação do acolhimento no CAPS	20	--
Oficina sobre Residência Terapêutica	--	25
Legislação Previdenciária na Saúde Mental	--	22
Formação de facilitadores em Educação Permanente	--	2
Formação de Terapeutas Comunitários/Massoterapeutas	160	40
Diagnóstico multiaxial	--	20
Capacitação em Grupos Operativos	--	20
Fórum Psicólogo na Saúde Pública	20	--
XXIX Jornada Cearense de Psiquiatria	40	--
XII Congresso Brasileiro de Autismo	2	--
TOTAL DE PARTICIPANTES	707	352

Fonte: Relatório de Gestão (FORTALEZA, 2007; 2009)

Considerando a quantidade e as distintas modalidades de processos de formação, que compõem a política municipal de educação permanente em saúde, pode-se afirmar que a SMS procurou atender às necessidades de formação dos trabalhadores, com base nas exigências impostas pela implementação da RASM, ante os problemas de saúde da população.

Não obstante, reconhece-se que os problemas estruturais dos CAPS, entre eles a quantidade insuficiente de trabalhadores e a elevada demanda de usuários, dificultam a gestão da educação permanente, sobretudo no que diz respeito à liberação do trabalhador para participar desses processos quando acontecem fora do serviço.

Agora, é complicado também operacionalizar isso porque nós temos um excesso de demanda. Há meses em que se acumulam mais cursos de capacitação que temos que cancelar atividades para que o profissional possa participar, porque não têm outros pra executar aquela atividade. Isso é um desafio, manter o serviço funcionando com uma equipe mínima e permitir a saída de profissionais do serviço para fazer capacitação. (CRSM4).

Convém assinalar que outros gestores reconhecem as rodas de equipe/gestão, que acontecem em todos os CAPS, como espaços de formação.

[...] sempre tem cursos para a equipe participar. Mas na própria roda a gente faz estudos sobre assuntos que a equipe precisa melhorar. (CCAPS3).

Consoante os relatos apresentados, observou-se que em todos os CAPS a roda funciona como espaço de formação. Desse modo, é operacionalizada e, ao mesmo tempo, valorizada a sua função pedagógica, conforme proposto por Campos (2007).

De modo divergente, em relação ao investimento em educação permanente no campo da saúde mental, da constatação que ela está assegurada no PMS e que é executada, vários coordenadores e trabalhadores de CAPS asseveram que não existe política de educação permanente em saúde no município de Fortaleza.

Estamos com equipes, muitas vezes, incompletas, reduzidas; e mal preparadas para aquele atendimento; uma formação insuficiente e sem educação permanente. [...] então está aí o vácuo que existe entre a política e os princípios do que está acontecendo. (TNS2).

Não. Aqui dentro não tem educação permanente. [...] Se tem nunca me disseram. (CCAPS6).

De acordo com os relatos, alguns atores parecem desinformados em relação à existência da política de educação permanente implementada na SMS, bem como acerca das ações desenvolvidas no âmbito da saúde mental, concretizadas na realização de processos formativos. Esse desconhecimento pode ter várias explicações. Com a imersão do pesquisador no campo empírico, é possível se asseverar que a grande rotatividade de profissionais em decorrência do processo de precarização do trabalho, bem como a inserção de trabalhadores no CAPS sem o devido conhecimento

do contexto da saúde mental, particularmente no Município em estudo, e o pouco tempo no exercício de suas funções na RASM, como é o caso da gestora CCAPS6, são determinantes desse desconhecimento.

Destaca-se, ainda, o fato de que alguns gestores e trabalhadores apesar de reconhecerem a existência de educação permanente em saúde mental, consideram que a oferta de processos formativos não é sistemática ou é insuficiente, não possibilitando a participação de todo o contingente de trabalhadores.

Os cursos de capacitação, a gestão tem disponibilizado alguns, mas não de forma sistemática. (CRSM3).

Olha, se eu me interessar por um curso eu tenho que pagar e tenho que provar que fui todas as aulas para poder ter minha frequência aqui no serviço, porque fui liberada. Mas curso pela secretaria, vem uma vaga pra os profissionais e a gente tem que fazer sorteio. Para você ter ideia o último curso que fiz aqui para nível médio foi em 2006. Isso é muito ruim para o servidor. (TNM7).

Nesses termos, considerando a expansão da RASM e, conseqüentemente, do quantitativo de trabalhadores, parece necessário ampliar a oferta de educação permanente. Além disso, os serviços devem conferir maior visibilidade às rodas de gestão, numa perspectiva de potencializar sua dimensão pedagógica, operacionalizando processos formativos voltados tanto a dimensão institucional quanto à dimensão clínica nos CAPS.

Ressalta-se, ainda, que desenvolver educação permanente nos serviços de saúde mental da rede pública, de acordo com Silva e Tavares (2003), pode contribuir para o estabelecimento de alianças estratégicas entre instituições de ensino e os serviços, com vista ao desenvolvimento de um trabalho integrado, fortalecendo e ampliando o conhecimento e a capacidade de intervenção dos trabalhadores.

CAPÍTULO V

Gestão da atenção à saúde: sobre a integralidade e a humanização nas práticas em saúde mental

Neste capítulo, desenvolve-se uma análise sobre algumas dimensões concernentes à gestão da atenção à saúde, com ênfase nos aspectos subjetivos que permeiam o cotidiano da produção do cuidado nos CAPS. Para tanto, parte-se do entendimento de que os espaços onde se produzem atos de cuidado nos CAPS compreendem uma diversidade de ações, direcionadas para o restabelecimento da condição humana saudável de cada usuário atendido. Nesse cenário, o cuidado está envolto por sentidos e significados que se vinculam à materialidade das práticas produtoras de um estado equilibrado da saúde e de uma adaptação subjetiva ao convívio com o adoecimento psíquico. Assim, gestores e trabalhadores revelam, no plano discursivo, a incorporação de arranjos e dispositivos que possibilitam a integralidade e a humanização no âmbito dos serviços de saúde mental, tomando como objeto de intervenção o sujeito na sua multidimensionalidade, considerando suas necessidades e demandas em saúde.

Humanização e atenção à saúde: sentidos e significados veiculados entre gestores e trabalhadores da saúde mental

No período de gestão municipal sob análise foi evidenciada a existência de movimentos institucionais voltados à

implantação de práticas de humanização do cuidado no âmbito da SMS Fortaleza, os quais foram veiculados também nos serviços constitutivos da RASM. A operacionalidade desse processo possibilitou formulação de sentidos e significados de humanização no cotidiano dos gestores e trabalhadores no campo da atenção psicossocial.

Antes, porém, de se explorar os distintos sentidos conferidos à humanização, parece relevante demarcar o contexto sociopolítico de sua adoção nas práticas de saúde no Município de Fortaleza. Evidencia-se, no discurso do gestor municipal, a decisão política e a operacionalização de ações, voltadas à implantação de estratégias e dispositivos para a efetivação de práticas de saúde humanizadas.

A Política Nacional de Humanização foi algo também muito forte no município de Fortaleza. Houve um treinamento pra cinco mil servidores e prestadores de serviços no Paulo Sarasate, com vários momentos fortes. Depois a institucionalização de GTH – Grupo de Trabalho de Humanização, em praticamente todas as unidades de saúde. A ideia era que todas as unidades tivessem. Nos CAPS, isso é fundamental. A pressão de muita gente que necessita, a prioridade dos egressos de internação psiquiátrica, os que têm algum grau de emergência que precisavam ser atendidos com mais brevidade. Então, temos a necessidade de fazer um acolhimento, numa área que frequentemente viola direitos humanos. [...] Então é fundamental garantir isso em todos os pontos dessa rede de saúde mental, principalmente nos CAPS. (GSM).

De forma complementar, um dos membros da Coordenação Colegiada de Saúde Mental descreve como se deu o processo de implantação da PNH em Fortaleza, indicando as diretrizes e os dispositivos a serem implementados no Município.

No primeiro momento, fez-se uma capacitação de facilitadores da PNH. Esse foi o primeiro movimento. O outro grande movimento foi um curso de cinco mil pessoas no Paulo Sarasate que acontecia aos sábados, em relação a PNH. Então, isso foi a sensibilização geral pra essa política. Depois, um grupo menor ficou construindo o projeto com as ações que Fortaleza iria fazer. Nós escolhemos a gestão participativa, o acolhimento, clínica ampliada. [...] A partir daí começamos a fazer a articulação no território. (CSM1).

Com efeito, visualiza-se a adesão da gestão municipal à PNH, proposta pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010c), contendo um conjunto de princípios, diretrizes e dispositivos, com vistas a efetivar os princípios do SUS, mediante a qualificação da atenção e da gestão em saúde, com ênfase na reorganização dos processos de trabalho. Destaca-se a adoção de um comprometimento ético-político, por parte dos gestores da RASM, no processo de elaboração da Política de Saúde Mental do Município de Fortaleza, expresso na incorporação das diretrizes da PNH no referido documento, conforme mencionado no capítulo III.

De acordo com a proposta do Ministério da Saúde, a humanização abrange a valorização dos sujeitos implicados na produção de saúde, considerando valores como autonomia, protagonismo, construção de vínculos solidários,

desenvolvimento de redes de cooperação e a participação coletiva nos processos de gestão, com vistas à mudança dos modelos de atenção e gestão em saúde. Desse modo, é possibilitada a valorização da dimensão subjetiva e coletiva na produção de saúde e nos modos de gerir o processo de trabalho no SUS, o desenvolvimento de novas grupalidades e o fortalecimento do compromisso com os direitos de cidadania (BRASIL, 2010c).

Em relação à gestão participativa, percebe-se que o modelo adotado na PNH corresponde à proposta formulada por Campos (2000), a qual pode se materializar por meio da cogestão. Tal formulação é assumida institucionalmente pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010a) como uma proposta radical de democratização da gestão, que implica na ampliação do nível de transversalização entre os sujeitos envolvidos na produção do cuidado em saúde. Esse modelo proposto pela PNH é centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva e em espaços coletivos que garantam o compartilhamento do poder, por meio de análises, decisões e avaliações operadas coletivamente (BRASIL, 2010a).

No referente à clínica ampliada, evidencia-se que também está relacionada a uma proposta formulada por Campos (2007b), incorporada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010d), como proposta orientadora do trabalho clínico no âmbito do SUS. Engloba, então, alguns eixos fundamentais:

- Compreensão ampliada do processo saúde-doença.
- Construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas.
- Transformação dos meios ou instrumentos de trabalho.
- Suporte para os profissionais de saúde.

Em síntese, esses eixos apontam para o reconhecimento do sujeito em seu processo de adoecimento, considerando a sua singularidade; a corresponsabilização na construção de projetos terapêuticos; o reconhecimento dos limites de cada profissional e das tecnologias disponíveis; além do compromisso ético e político do trabalhador com a produção da saúde numa perspectiva da integralidade.

O acolhimento nos serviços de saúde se configura como dispositivo, a ser operado no encontro entre trabalhador-usuário dos serviços de saúde, inserido no campo das tecnologias leves/relacionais, cuja execução potencializa a escuta qualificada, a construção de vínculos e corresponsabilização, bem como a construção de projetos terapêuticos que contemplem as necessidades de saúde do usuário, conforme proposto por Merhy (2007a; 2006d).

Considerando a relação dialética entre teoria e prática em saúde, advoga-se a ideia de que o contexto ora descrito conforma uma experiência singular, que engendra processos subjetivos nos quais os diferentes atores implicados produzem racionalidades e conexões histórico-sociais, as quais fundamentam seus discursos e retroalimentam a sua prática. Assim, é possível apreender, desde o plano discursivo, distintos enunciados acerca do termo humanização, refletindo a polissemia que o circunda, expressa na pluralidade de sentidos que lhe são conferidos, embora nem sempre precisos.

Inicialmente, atores que ocupam cargos de gestão estabelecem uma confluência entre o ideário da Reforma Psiquiátrica e as proposições da PNH, conforme se visualiza nos próximos trechos de relatos.

Da Política de Humanização na implantação dos CAPS. A Política de Humanização ela veio muito da saúde mental. [...] Na verdade, a humanização vem pra qualificar. O SUS não avançou quantitativamente? Mas, nós precisamos dar qualidade a essa rede. (CSM1).

A própria política de saúde mental, a própria proposta da reforma, a atenção à saúde mental balizada pelos princípios da reforma psiquiátrica que trata de respeitar o direito do usuário. Então, seguir a diretriz da reforma, você já está humanizando. (CRSM2).

Para eles, a humanização tem origens no movimento de Reforma Psiquiátrica, o que encontra consonância na discussão delineada em Reis, Marazina e Gallo (2004). Por um lado, sinalizam o entendimento de que a operacionalização dos pressupostos do MBRP constitui prerrogativa para a materialização de práticas de cuidado humanizado nos serviços de saúde mental. De outra parte, embora de forma implícita, vinculam as práticas humanizadoras, voltadas à qualificação da RASM, à implementação da própria PNH. De certo modo, atribui-se a esta o marco inaugural de um processo de qualificação da atenção ao portador de transtorno mental. Busca-se, então, superar as práticas produtoras de desqualificação do sujeito, traço marcante dos modelos de atenção psiquiátrica tradicionais, por meio da sua valorização, do estímulo ao seu protagonismo e da construção de autonomia, respeitando a singularidade de cada usuário do serviço. Por conseguinte, potencializam o exercício da cidadania e os processos de reinserção social.

Com efeito, a luta pela humanização das práticas de saúde mental já estava na pauta do MBRP, desencadeado na década de 1970. De fato, no campo da saúde mental, a noção de humanização é adotada como bandeira de luta contra a violência institucional e a iatrogenia das instituições psiquiátricas. Foi incorporada ao arcabouço legal na Lei 10.216/2001, que redireciona o modelo assistencial em saúde mental, ao estabelecer que é direito da pessoa com transtorno mental ser tratada com humanidade e respeito, no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, com objetivo de alcançar sua recuperação por meio da inserção na família, no trabalho e na comunidade (BRASIL, 2005).

Parece que o sentido da humanização evocado no texto normativo, está direcionado à busca de uma essência do humano perdida, isto é, como um movimento de restauração moral que precisa ser recuperado na materialidade das práticas de saúde (PUCCINI; CECÍLIO, 2004). Nesse sentido, guarda relação com dois dos caminhos sinalizados por Sampaio (2006) para se chegar a uma política pública de humanização em saúde: a consideração do humano como superação da coisa, entendendo que o processo de cuidado não pode ser transferido para a técnica e a tecnologia, dado que, em última instância, a relação na saúde acontece entre dois sujeitos; e a concepção do humano como superação do alienado, condição potencializada pela construção da autonomia, do protagonismo individual e coletivo, bem como pela emancipação e construção de significados, valores e destinos. Em ambos os caminhos, a constituição do humano se dá no plano das relações intersubjetivas que se processam nas práticas sociais, neste caso, as desenvolvidas no campo da saúde (BOSI; UCHIMURA, 2007; 2006).

Alguns entrevistados corroboram esse entendimento, particularmente quando enfatizam, a valorização da singularidade do sujeito e de sua experiência, conforme representado nas seguintes falas:

Eu acredito que tem que ter um atendimento individualizado. Você cuidar do ser humano de forma única. Ele é único e ele precisa ser visto de forma única e não o que é feito pra um ser feito pra todos. É atender de uma forma especial. (TNS6).

Humanizar o cuidado é você ter a capacidade e a sensibilidade de sentir das pessoas às várias maneiras dela se comunicar e tentar identificar o que ela está precisando no momento, de entender o que ela precisa sem simplificar a demanda. [...] O que eu quero dizer com isso é que as vezes as pessoas não expressam algumas coisas, mas elas sinalizam corporalmente e você deve estar sensibilizado e atento aquela pessoa. (CCAPS2).

A humanização eu vejo como, dentro da prática do cuidado [...] que possa o usuário ser atendido e respeitado nas suas necessidades, nas suas dificuldades. [...] Não ser percebido e nem ser tratado com um número, codificado. Mas respeitado como cidadão... (TNS2).

Nesses termos, a humanização da atenção à saúde pode ser entendida “como um compromisso das tecnociências, em seus meios e fins, com a realização de valores contrafaticamente relacionados à felicidade humana e democrática-

mente validados como Bem Comum” (AYRES, 2009a: 184). Assim, a discussão acerca da humanização trata, justamente, de expandir as preocupações das práticas de saúde desde o seu núcleo mais instrumental até a dimensão relacional. Com efeito, assumir a humanização como valor aponta para uma dimensão em que o cuidar da saúde implica reiterados encontros entre subjetividades socialmente conformadas, os quais vão, progressiva e simultaneamente, esclarecendo e reconstruindo não somente as necessidades de saúde, mas também o que se entende ser a boa vida e o modo moralmente aceitável de buscá-la (AYRES, 2009a; 2009b).

A humanização remete também a aspectos relacionais, os quais compreendem um conjunto de atitudes inscritas no âmbito das boas práticas em saúde, sendo designada como respeito ao outro; como mobilização de esforços no sentido de produzir um bom atendimento; e como efetivação de práticas de cuidado que contemplem dimensões inerentes à dignidade da pessoa em sofrimento psíquico.

Humanização, para mim é respeito ao outro. Acho que é cuidar do outro com dignidade. (TNS1).

[...] uma parte da humanização, é você ser capaz de articular, de cuidar daquela pessoa, você [...] conseguir favorecer para que aquela pessoa receba um atendimento digno. (CCAPS3).

Humanizar é dar atenção ao paciente porque às vezes ele já vem com tanto problema. Às vezes não tem nem dinheiro para pagar a passagem, às vezes não tem tomado um café antes de sair

de casa e ele chega cheio de problemas, doente. Então, eu acho que aí é a hora do profissional arregaçar as mangas e ouvir o paciente, dar atenção. (TNM6).

De forma complementar, outros atores ponderam que

A humanização não é você tratar bem por obrigação, mas você ter um contato mais próximo, vamos dizer assim: de gente para gente e não ter a barreira de um diagnóstico seja ele qual for. É preciso trabalhar realmente os profissionais se a gente quiser avançar nisso, para que a gente possa possibilitar essa mudança de cultura e de percepção do outro. (CRSM1).

Olhar o outro sem preconceito. [...] é claro que vão existir aqueles mais graves que precisarão de um cuidado maior, mas nem por isso devem ser deixados de lado. (TNM8).

Nessas asserções, constata-se um sentido da humanização que compreende a produção do cuidado como um dever do trabalhador da saúde, a qual deve ser pautada na aceitação do outro e no respeito à diferença, numa atitude de não discriminação. Para Heckert, Passos e Barros (2009), estes aspectos compõem um conjunto de sentidos comumente usados, quando se discute humanização entre os trabalhadores e usuários da saúde, incluindo ainda: tratar com carinho, amor, empatia, capacidade de colocar-se no lugar do outro, acolhimento, diálogo, tolerância, tratar do outro com educação.

Segundo Deslandes (2006), esses aspectos conformam um sentido da humanização que expressa uma visão do senso comum do ser bom com o outro que está em sofrimento, refletindo uma combinação de altruísmo caritativo e humanismo.

Não obstante, considera-se que a discussão acerca da humanização do cuidado nos serviços de saúde, ao englobar os aspectos retro mencionados, remete a uma dimensão ética das relações, pautada em valores humanísticos, muitas vezes esmaecidos pelo cotidiano institucional. Desse modo, a humanização está relacionada a uma construção coletiva de valores partilhados pelos homens, que permitam reaver a dignidade humana nas ações de saúde e o exercício da ética, aqui entendida como princípio orientador da ação (RIOS, 2009; FORTES, 2004).

A ênfase nos processos relacionais perpassa os diferentes sentidos atribuídos à humanização. Nesse âmbito, constata-se a valorização de tecnologias como acolhimento, escuta, vínculo, corresponsabilização e construção de autonomia, as quais funcionam como mediadoras na produção e gestão da atenção à saúde, envolvendo, assim, os distintos sujeitos envolvidos nas práticas sanitárias. Os relatos apresentados a seguir são representativos dessa afirmação.

O acolhimento é uma forma de você começar a humanizar, mas não só. Em relação ao cuidado ainda, é eu poder entender o que é que aquela pessoa está querendo me dizer e entender que ele como sujeito é construtor da saúde e da doença dele. (CSM1).

A gente tenta traçar os nossos planos para esse ano pensando na melhoria do acolhimento e a questão da humanização. A gente trabalha a humanização melhorando bastante o acolhimento. (CCAPS5).

A humanização do cuidado implica numa escuta qualificada, [...] e numa responsabilização no cuidado. (CRSM4).

É uma construção porque muitas vezes eles chegam aqui frágeis e sofridos, sem condições de se responsabilizarem por seu tratamento, então a gente faz todo esse processo de construção de autonomia, de cuidado, de acolher. Quando ele vai se reestruturando, se fortalecendo, ele passa a caminhar junto com a equipe na escolha das suas atividades. (CCAPS3).

Então a gente começa aqui, [...] eles (usuários) pegam amizade, aquele vínculo com o profissional, vai pegando com os colegas (demais usuários) e se identifica com o outro, e já forma aquele vínculo. (TNS9).

De acordo com os relatos, a humanização das práticas de saúde está vinculada à operacionalização das tecnologias leves (MERHY, 2007a; 2006a; d). Duas questões merecem destaque nessa discussão: a primeira diz respeito à intencionalidade de horizontalização das relações, demonstrada nas propostas de coparticipação na seleção das atividades terapêuticas, aumentando o coeficiente de corresponsabilização e autonomia dos sujeitos; a segunda, intimamente ligada à primeira, guarda relação com o modo como se pro-

duzem os atos de cuidado. Neste caso, com o deslocamento da centralidade no saber, na técnica e no procedimento para as necessidades de saúde, na perspectiva de construção de um modelo de atenção usuário-centrado, valorizando a singularidade do sujeito (MERHY, 2006d).

A discussão delineada por Ayres (2009c), acerca do cuidado em saúde, corrobora esse entendimento, ao ponderar que a intervenção técnica verdadeiramente se articula ao cuidado quando seu sentido passa a ser, não somente o estado de saúde visado de antemão, tampouco a mera aplicação mecânica de tecnologias disponíveis para alcançar este estado, mas o exame da relação entre finalidades e meios e seu sentido prático, operado desde um diálogo o mais simétrico possível entre os trabalhadores e usuários dos serviços.

Desse modo, acolhimento, vínculo e responsabilização constituem atitudes e ações extremamente valorizadas pelas propostas de humanização nas organizações de saúde, as quais devem ser operadas de modo a contribuir para a construção de autonomia do usuário e de sua condição de sujeito, requisito ao desenvolvimento de relações simétricas entre os diferentes sujeitos envolvidos na produção de saúde.

Apreende-se, nas falas dos gestores regionais e locais, que a humanização está associada à ampliação da oferta de serviços, qualidade da atenção e à integralidade, como princípio orientador das práticas.

É dar condições melhores de atendimento para ele: mais consultas, mais atendimentos, mais grupos, mais oficinas. (CCAPS6).

Humanização implica [...] num atendimento qualificado dentro da unidade no sentido de garantir sua continuidade na rede de atenção, até porque o usuário pode precisar de cuidado em mais de uma unidade. Muitas vezes a falha no processo de humanização é dentro da unidade, mas as vezes é na falta de integração com a rede para garantir esse cuidado. (CRSM4).

Humanizar é ver o usuário como um todo. É você cuidar da pessoa em todas as suas necessidades. (CCAPS3).

Conforme pode ser apreendido nas falas dos gestores, a humanização se materializa na ampliação do acesso, o qual se efetiva pelo aumento da oferta de ações e serviços de qualidade, bem como na efetivação da integralidade da atenção, tomada em dois dos seus conjuntos de sentidos, conforme sistematizado por Mattos (2006): o primeiro conjunto incide sobre as práticas dos trabalhadores, voltadas ao atendimento das necessidades do usuário na sua singularidade/totalidade; o segundo compreende um modo de organizar os serviços, com vistas a garantir o acesso do usuário as diferentes ações e serviços, necessários à continuidade do seu tratamento. Destaca-se que a descontinuidade do cuidado, o qual pode ocorrer em virtude da falta de integração, entre os diferentes serviços constitutivos da rede de atenção e das redes entre si, configura um empecilho à execução de uma atenção à saúde humanizada.

Consoante esse entendimento, Ayres (2009c) pondera que, sem desconsiderar a centralidade do acesso à atenção à saúde e a qualidade técnica das ações e serviços, as pro-

postas de humanização enfatizam a integralidade da atenção, particularmente, as interações entre trabalhadores e usuários. Nesta perspectiva, as tecnologias leves, apontadas como dispositivos para a humanização, em particular o acolhimento, o vínculo e a responsabilização, também se configuram como práticas de integralidade do cuidado, conforme defendido por Gomes e Pinheiro (2005). Há, portanto, uma confluência entre as propostas/sentidos da humanização e aquelas voltadas a construção da integralidade.

Sabe-se, contudo, que a integralidade, enquanto princípio do SUS, ainda não se concretizou plenamente para muitos brasileiros, porém pode ser qualificada como um dispositivo político, de crítica aos saberes e poderes instituídos; como práticas cotidianas que habilitam os sujeitos, nos espaços públicos, a engendram novos arranjos sociais e institucionais em saúde, com vistas a garantir a efetividade do direito à saúde (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006).

Evidencia-se, ainda, nos discursos um entendimento que sinaliza a humanização do cuidado como meio para assegurar o direito à saúde, concretizado no acesso e na qualidade do atendimento, reconhecendo o usuário como cidadão. Desse modo, há um sentido de valorização dos direitos sociais.

Humanizar é considerar o usuário como sujeito de direitos, respeitá-lo nas suas necessidades, enfim cumprir o nosso dever enquanto profissional de saúde. (CRSM2).

Há uma proposta de cumprir as diretrizes da Reforma Psiquiátrica para defender os direitos dos usuários. Eu procuro, dentro das minhas possibilidades, atender cada

usuário que vem aqui da melhor maneira. Às vezes até a gente se envolve no atendimento. Acho que isso é um direito do cidadão de ser bem atendido. (TNM5)

[...] nas reuniões de sala de espera a gente fala muito dessa questão do direito a ter uma escuta qualificada, de não ser aviltado nos serviços de saúde, naquela perspectiva de que o usuário não está recebendo uma benesse, a saúde é um direito. (TNS10).

Nesta perspectiva, há deslocamento dos sentidos da humanização, ligada ao voluntarismo, ao assistencialismo, ao paternalismo ou mesmo ao tecnicismo de um gerenciamento fundado na racionalidade administrativa hegemônica (BENEVIDES; PASSOS, 2005a), para uma acepção de exercício da cidadania, de reconhecimento do usuário como sujeito de direitos, neste caso, o direito à saúde (BRASIL, 2010c).

Convém ressaltar que tal entendimento torna premente a instauração de mudanças no modelo de atenção à saúde e na gestão dos processos de trabalho, no sentido de afirmar a saúde, não como valor de troca, mas como valor de uso. Nesse sentido, os serviços de saúde devem atuar numa lógica diversa do mercado e das ideologias liberais/neoliberais, alterando o padrão de atenção, o qual deve pôr em relevo o vínculo com os usuários, garantindo seus direitos (CAMPOS, 2007; 1998).

No debate acerca da humanização dos serviços de saúde, autores como Puccini e Cecílio (2004), Reis, Marazina e Gallo (2004) e Fortes (2004) ressaltam a polissemia em torno do termo, identificam mudanças conceituais ocorridas nos últimos anos, mas, sobremaneira, demarcam a sua articula-

ção com a luta pela defesa dos direitos dos usuários, com a qual chegou a ser confundida, historicamente. Apontam que a humanização da atenção à saúde encontra sustentação na Declaração Universal dos Direitos Humanos.

A inscrição da saúde como direito na Constituição Federal, conforme assinala Bosi (1994), provoca um importante deslocamento teórico-conceitual do tema saúde de um campo estritamente biológico para o campo político e histórico da conquista dos direitos. Desse modo, pode-se considerar que os entrevistados concebem a humanização como dispositivo político para a efetivação desse direito. Não obstante, esse processo requer um movimento de formação de uma nova consciência sanitária, expressa na “tomada de consciência de que a saúde é um direito da pessoa e um interesse da comunidade”. (BERLINGUER, 1978:05 *apud* BOSI, 1994: 447).

A humanização e a integralidade no fazer cotidiano: os modos de operar arranjos e dispositivos de cuidado nos CAPS

A discussão aqui delineada toma como ponto de partida os relatos dos entrevistados, referentes às práticas voltadas à humanização e à integralidade na gestão da atenção à saúde mental, com ênfase aos arranjos e dispositivos que as materializam, operados no cotidiano dos CAPS.

Inicia-se com a apresentação do relato de uma gestora da RASM, integrante do Colegiado de Saúde Mental, por demarcar o contexto de adesão à PNH e implantação do acolhimento como diretriz para reorganização dos serviços a partir dos processos de trabalho.

Não vamos discutir se tem acolhimento, isso é uma diretriz da política de humanização que tem que ser implementada. Agora, como a gente vai fazer o acolhimento e reorganizar o serviço a partir do acolhimento ai sim, é a discussão permanente nos serviços. (CSM1).

Para contextualizar a fala da gestora, convém assinalar que, ao se referir ao acolhimento como já estabelecido na política de humanização, refere-se à definição e incorporação das diretrizes e princípios da PNH no PMS (FORTALEZA, 2008), caracterizando um projeto da gestão municipal e, ao mesmo tempo, normatizando os processos de qualificação dos modos de produzir saúde e gerir os processos de trabalho.

De forma complementar, uma gestora de saúde mental, no âmbito de uma SER, relata como ocorreu a implantação do acolhimento e seu impacto na organização dos serviços.

Então, nessa gestão, a gente implantou o acolhimento, a partir da Política de Humanização. [...] Antigamente, as pessoas marcavam a consulta. Chegava demanda espontânea e pacientes em crise, mas tudo era marcado, não se fazia escuta daquela demanda. A partir da capacitação e implantação do acolhimento foi mudado o funcionamento do serviço. Implementamos o acolhimento da demanda espontânea com escuta qualificada. (CRSM2).

Constata-se, na fala de todos os entrevistados, conforme representado há pouco, a recorrente afirmação do aco-

lhimento como estratégico na reorganização dos serviços, possibilitando uma atenção humanizada ao usuário.

Na proposta do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010e), o acolhimento expressa, em suas várias definições, uma atitude de inclusão, o que por sua vez, implica afirmá-lo como uma diretriz/dispositivo de relevância ética, estética e política. Na sua dimensão ética, refere-se ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, dores, modos de viver e de estar na vida; na dimensão estética, implica a invenção de estratégias que contribuam para a dignificação da vida e do viver, a serem operadas nas relações e nos encontros realizados no cotidiano dos serviços; como dispositivo político, potencializa o compromisso coletivo com vistas a favorecer o protagonismo e a vida nos diferentes encontros (BRASIL, 2010e).

Entende-se que a gestão municipal opera uma inovação ao investir na implantação do acolhimento, voltado à qualificação dos modos de produzir saúde e da gestão dos processos de trabalho. Nesse sentido, busca romper com a lógica de atender somente a demanda programada na perspectiva de inclusão e atenção aos usuários da demanda espontânea. A implementação do acolhimento, porém, ocorre de forma heterogênea e, por vezes, incipiente em alguns serviços, conforme enunciado na fala de gestoras da RASM.

Na verdade, quando se começou a discutir, em Fortaleza, a Política de Humanização, e a E* é muito a referência disso, buscou-se trabalhar vários dispositivos [...]. Mas, de um modo geral, a gente só teve um eixo que foi mais trabalhado que foi o acolhimento. (CRSM3).

O próprio processo de acolhimento, ele precisa ser repensado. Houve uma série de mudanças e o acolhimento, como eu, particularmente, penso que deve ser, precisa melhorar. Eu estou indo na roda dos CAPS, estou chegando cedo e, assim, esperando as coisas acontecerem, observando e acho que não está legal. Acho que precisa ser melhorado. A principal ferramenta é o acolhimento, mas a gente precisa melhorar, redefinir, rediscutir, não sei. (CSM2).

A partir daí, como a nossa rede não estava completa, no sentido dos cargos ocupados, a gente fez uma avaliação da implantação do acolhimento e uma das coisas que eu vi na avaliação, foi que tinha CAPS que havia implantado o acolhimento e estava dando certo e continuando dando. Mas, em outros isso não tinha avançado de jeito nenhum. Ai eu fui a cada CAPS, nós fizemos 32 oficinas nos CAPS. Ai houve mudança de gestão e nessa mudança ficou tudo muito morno. A política de humanização, ela ficou bem morninha. Como o acolhimento é um processo, ele precisava ser cuidado. Também houve mudança dos coordenadores das unidades e isso ficou meio parado. Tem unidades que precisa ser rediscutido o acolhimento. (CSM1).

A iniciativa de avaliar as ações e serviços de saúde, buscando, com base nesta, definir estratégias direcionadas ao aprimoramento das práticas sanitárias, ao mesmo tempo em que sinaliza compromisso de gestão, é merecedora de reconhecimento. Os relatos também permitem pôr em re-

levo a indissociabilidade entre atenção e gestão em saúde, sobretudo, quando evidenciam que a mudança na gestão municipal desencadeou certa paralisia na operacionalização dos processos voltados à humanização do cuidado, os quais configuram dispositivos para a mudança do modelo de atenção. Com o objetivo de contextualizar essa situação, pode-se afirmar, em consonância com a observação do cenário do estudo, que a mudança de gestão referida no relato diz respeito à exoneração do gestor municipal, ainda no período deste estudo, sendo que o gestor nomeado para assumir o cargo promoveu movimentos de descontinuidades em relação às ações e estratégias de humanização em curso no Município.

É possível perceber, na fala dos gestores e de alguns trabalhadores, como são organizados os processos de acolhimento no cotidiano dos CAPS.

A gente sempre diz que as pessoas que chegam aqui têm que ser acolhidas. Isso não significa que elas tenham que ficar e serem tratadas aqui. Dentro do nosso planejamento a gente viu que tem várias maneiras de acolher, um é acolhimento que as meninas da recepção fazem. Sete e meia da manhã todo mundo vai para a palhoça e é um momento de acolher, botar uma música, porque todo mundo chega ansioso, querendo logo a resposta, querendo logo ser atendido. Então, você quebra esse ritmo, enquanto as pessoas chegam. Depois vêm os técnicos que vão fazer essa avaliação inicial, os profissionais vão fazer uma escuta qualificada desse usuário. E fica uma pessoa

de plantão, que é o que a gente chama de plantão psicossocial – quando chega alguém após o horário de acolher, essa pessoa vai ser escutada pelo plantonista. Dentro dessa demanda, a gente detecta logo o que não é perfil pra cá. Existe uma forma de a gente acolher, lógico que alguns dias, devido a essa demanda muito grande, a gente não consegue fazer da melhor maneira possível. (CCAPS2).

Pra fazer o acolhimento, a gente tem diariamente, pela manhã e a tarde, um profissional de nível superior de referência para esse momento. É ele quem faz essa primeira conversa. É ele quem direciona os usuários para os atendimentos que eles estão demandando. Aliás, esse primeiro momento é a acolhida, depois ele vê os atendimentos dos usuários. (CCAPS5).

É feito muitas vezes por um profissional mesmo de nível médio, o acolhimento. Tem um profissional que chama profissional de plantão que faz uma conversa qualificada com algumas pessoas que chegam em momentos que não é previamente marcado, consulta ou grupos, aí tem esse profissional que faz esse plantão de acolhimento. (TNS2).

Temos a triagem que é feita toda segunda, quarta e quinta-feira, para a qual são destacados dois profissionais e eles fazem a escuta inicial dos atendimentos de primeira vez e fazem os encaminhamentos devidos. (TNM8).

Bom, a gente trabalha, de início recebendo a demanda, procurando receber de uma forma, vamos dizer assim, adequada. Nisso, a gente fala sobre o serviço, faz uma apresentação do espaço, do serviço e tenta depois ouvir realmente cada um, o quê que está acontecendo pra poder dar o direcionamento necessário. (TNS6).

De maneira geral, em todos os CAPS, as equipes formam arranjos organizacionais que permitam realizar formas diferenciadas de acolhimento. Assim, observou-se a existência de escalas de trabalho nas quais alguns trabalhadores, em determinados horários, estão responsáveis por esta atividade. Em alguns serviços, esta atividade é exclusiva da Enfermagem, noutros é realizada por qualquer trabalhador de nível superior, exceto os médicos. Estes, em decorrência da elevada demanda por consultas e, ao mesmo tempo, pelo número reduzido de profissionais dessa categoria nos serviços, ocupam uma posição de retaguarda. Resultado semelhante foi apontado por Franco; Bueno; Merhy (2006), ao estudarem o acolhimento em Unidade Básica de Saúde, em Betim-MG, quando relata que os médicos ficavam atendendo, nos consultórios, os usuários encaminhados pela equipe que fazia escuta no acolhimento.

Não obstante, parece pertinente se ponderar que a potência do acolhimento como processo relacional, o qual deve se concretizar em todo encontro trabalhador-usuário, processos intercessores (MERHY, 2006a) porosos à construção de um modelo de atenção usuário-centrado, pode ser capturada pela racionalidade instrumental própria dos modelos de Administração clássica e do planejamento, que se atualizam nas normas organizacionais como força resistente às mudanças em curso no cotidiano dos CAPS.

Desse ponto de vista, evidencia-se que a noção de acolhimento que se vincula à materialidade das práticas nos CAPS de Fortaleza, conforme relatado pela maioria dos entrevistados, está relacionada à organização da triagem, particularmente na chegada dos usuários aos serviços. Corrobora-se o posicionamento de uma gestora, membro do Colegiado de Saúde Mental, ao afirmar que:

Embora todos falem em acolhimento, ainda não há uma uniformidade, então dizem que é triagem. (CSM1).

Há de se ressaltar, entretanto, que esse entendimento não se restringe apenas ao plano discursivo. Ao contrário, efetivamente, fomenta as práticas na maioria dos serviços dessa natureza. O relato apresentado a seguir, representativo da maioria dos entrevistados, reforça essa constatação.

Dentro do CAPS, quando o usuário chega, ele passa por uma triagem, ele passa por uma fina peneira, que antes não era feita, antes o CAPS abarcava todos que chegavam. Aí, ao abarcar todos, fazia um atendimento para todo mundo, mas de qualidade inferior. Agora, como é feito a triagem, ficam no CAPS os casos mais graves. Os que não têm perfil para o CAPS encaminhamos para os postos. (CRSM4).

O discurso acerca do acolhimento, o qual toma como pano de fundo o atendimento às necessidades de saúde do usuário, apesar de recorrente na fala dos gestores e trabalhadores, não se traduz na materialidade das ações como motor

para a organização dos fluxos de atendimento nos serviços, de forma consoante à intencionalidade, o que, por sua vez, implica uma nova direcionalidade à organização dos processos de trabalho, na qual o serviço efetivamente se responsabilize pelo caminhar do usuário, na sua busca por cuidado, na rede de atenção, considerando que ele, de alguma forma, já acessou o sistema de saúde. Ao contrário, operado como triagem, é utilizado como estratégia para mera reordenação do perfil da demanda atendida no CAPS, numa perspectiva de seleção de quem permanece ou não no serviço, evitando-se a superlotação e sobrecarga de atendimento para os trabalhadores, sobretudo ao se considerar o “inchaço” já existente nesses equipamentos.

Ao estudar o acolhimento na Estratégia Saúde da Família, em São Paulo, Fracoli e Zoboli (2004) apresentam achados semelhantes, visto que no geral o dispositivo é destituído de seu sentido maior e reduzido a uma tecnologia ou atividade, comumente delegada a enfermeiros e auxiliares, que, segundo as autoras, em decorrência de sua simplicidade, poderia ser qualificada apenas como recepção ou triagem. Reconhece-se que entre seus múltiplos significados, o acolhimento admite a recepção, sendo exatamente nesse sentido que ele é implementado no cotidiano de alguns CAPS, ampliando-se para a triagem. Nesses termos, reduzem-se o seu potencial de fomentar a qualificação da atenção à saúde e até mesmo a ampliação do acesso às ações e serviços que atenderiam às necessidades de saúde do usuário.

Inclusive, ao se tomar o acolhimento como dispositivo para redefinição do perfil da demanda atendida, foram definidos critérios de prioridade para o acesso à atenção à saúde.

A gente tria aquelas pessoas que realmente estão em crise, que tem prioridade nas consultas, tanto médica quanto de enfermagem e psicologia, de outros profissionais também. (TNS3).

O acolhimento de 1ª consulta existe num dia específico, mas a pessoa não precisa marcar consulta para o atendimento de 1ª vez. [...]. Os egressos de hospitais psiquiátricos são atendidos com prioridade. Todo usuário que chega no serviço é atendido em suas demandas. (CRSM2).

Em algumas experiências, pensa-se a implantação do acolhimento como alternativa à inversão da lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo-se de alguns princípios, entre eles: atender a todas as pessoas que procuram o serviço, garantindo-lhes acessibilidade universal. Desse modo, o serviço tem como função precípua acolher, escutar e dar resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população (FRANCO; BUENO; MERHY, 2006). Assim, numa perspectiva de garantir equidade no acesso, é estabelecido o acolhimento como estratégia para assegurar atendimento, independentemente da ordem de chegada do usuário ao serviço, mas considerando, sobretudo, a necessidade de saúde e/ou gravidade de cada caso.

De forma divergente, foi possível identificar, na observação do campo empírico, algumas situações de não acolhimento, na porta de entrada de dois CAPS, diante de demandas que seriam prioritárias, mas que o usuário não conseguiu ultrapassar a “barreira” da recepção. Para ilustrar essa afirmação, apresentam-se os seguintes relatos.

No fim da manhã de uma quarta-feira, o pesquisador, enquanto aguarda o momento de realizar entrevista com a coordenadora do serviço, fica na recepção observando a rotina do CAPS. Chega uma senhora com encaminhamento na mão, com o intuito de marcar uma consulta para sua filha, egressa de internação psiquiátrica. Foi informada de que a acolhida de casos novos somente ocorreria na segunda-feira seguinte pela manhã. Em seguida, apresenta uma receita médica, recebida por ocasião da alta hospitalar, na tentativa de receber o medicamento, informando que tinha sido orientada que a dispensação do medicamento prescrito era no CAPS. Nesse momento, foi informada que como estava vindo do hospital e não tinha sido vista pelo médico do CAPS, deveria pegar o medicamento na farmácia central do município. De repente, outra pessoa que aguardava atendimento perguntou o motivo da internação de sua filha. Constrangida, responde: tentativa de suicídio. Nesse momento, tenta então ver a possibilidade de atendimento para poder receber o medicamento, afirmando que não tinha como ir à referida farmácia e não tinha condições de comprar. Foi em vão. Ouviu outro não e a orientação para retornar na segunda-feira seguinte. (Diário de Campo).

Certo dia pela manhã, ao observar a rotina de outro CAPS, foi percebido um elevado número de usuários, já aguardando atendimento. Em certo momento, chega um senhor, com aparência de uns

35 anos, e uma receita na mão. Mostra a receita à recepcionista e, informando que seu medicamento acabara, pede para marcar consulta. A recepcionista pergunta onde ele fazia tratamento e recebe a resposta de ter conseguido a receita num atendimento de emergência. A recepcionista pergunta se ele já era acompanhado naquele CAPS e a resposta foi negativa. Diante disso, ela informa que: “não há vaga para consulta hoje e nem estamos marcando porque todas as agendas estão lotadas”. O usuário insiste, a mesma diz que não pode fazer nada. Mas recomenda que ele retorne na próxima semana, quando possivelmente será retomada a marcação de consultas. (Diário de campo).

Consoante Franco, Bueno e Merhy (2006), é possível visualizar que esse processo de produção da relação usuário-CAPS, pautado nesses modos de fazer acolhimento, não garante a acessibilidade. Desse modo, identifica-se a necessidade de se repensar as práticas de acolhimento nesses serviços, considerando-se a ampla discussão com todos os trabalhadores envolvidos nas práticas de saúde, visando a mudanças nos modos de lidar com o outro em suas demandas por cuidado. Além do plano discursivo, da intencionalidade, é preciso desencadear um processo de trabalho capaz de ofertar respostas que satisfaçam as necessidades de saúde da população, considerando as múltiplas dimensões do sujeito; ou seja, é preciso redesenhar os modos de se trabalhar em saúde, permitindo a introdução de modificações no cotidiano do serviço, voltadas para um modelo usuário-centrado, mais comprometido com a defesa da vida.

Observa-se que, para este grupo de gestores e trabalhadores, as noções vinculadas ao acolhimento apresentam equívocos e contradições, que ao subsidiarem as práticas cotidianas dos CAPS, se materializam por meio de ações contrárias à sua proposição inicial de promover uma atenção à saúde humanizada. Desse modo, o que se observa, com frequência, é uma obediência às normas organizacionais, desacompanhada da reflexão crítica acerca de sua aplicabilidade e finalidade, sem o devido entendimento de seus pressupostos filosóficos, tampouco da sua relevância no que concerne à integralidade e à humanização do cuidado e de seus desdobramentos no processo saúde doença. Esvazia-se, portanto, a noção de acolhimento, o qual é transformado, no campo das práticas, em mera normativa burocrática (UCHIMURA, 2010), atendendo aos ditames de uma racionalidade administrativa cuja ênfase está no controle e na otimização de resultados, sem o cuidado com as relações estabelecidas entre os diferentes atores, comprometendo a efetividade do direito à saúde.

Outros entrevistados, porém, se posicionam de modo diferente em relação ao acolhimento, com base em sua experiência concreta, contrapondo-se, de certa forma, aos relatos anteriores.

O acolhimento é feito em todos os momentos, desde o momento que o usuário chega no serviço temos a acolhida onde ele é ouvido e atendido na necessidade dele. (CCAPS3).

Você não tem hora marcada, nem local marcado pra fazer acolhimento, isso é uma grande aberração, é uma distorção

do que seja a política. Porque algumas unidades dizem: o acolhimento aqui é de tal hora a tal hora, tal dia. O que é isso? Humanização, acolhimento tem que ter capilaridade, tem que ser uma prática em todos os espaços, você não faz por decreto, é atitude. Nós aqui fazemos acolhimento diariamente, das 8 às 17h. (CCAPS4).

De acordo com os relatos, apreende-se o fato de que o acolhimento é tomado como um dispositivo político que fundamenta e, ao mesmo tempo, engendra novas sociabilidades, outras formas de interação, instaurando uma nova ética das relações no interior dos serviços de saúde. Franco, Bueno e Merhy (2006) defendem o argumento de que em todo encontro entre trabalhador e usuário se produz um espaço intercessor, como o acolhimento, no qual a dimensão tecnológica do trabalho em saúde, envolvida nesse processo, sustenta-se na operação das tecnologias relacionais. Assim, em todo encontro – como trabalho em saúde – são operados processos tecnológicos que visam à produção de relações de escuta e responsabilização, que se articulam com a formação de vínculos e compromissos em projetos de intervenção, cujo objetivo é atuar sobre as necessidades de saúde, promovendo controle/alívio do sofrimento.

De modo consentâneo a esse entendimento, evidencia-se que, apesar das contradições identificadas, esses serviços empreendem esforços no sentido de reorganizar os processos de trabalho e a oferta de cuidado com base nas demandas do acolhimento.

[...] Hoje todos os fluxos da estrutura dos serviços se dão a partir do acolhimento e dos demais processos de humanização. (CRSM2).

Nesta perspectiva, o acolhimento mostra-se como possibilidade de se construir novas práticas, pautadas em um conjunto de ações comunicacionais, atos de receber e ouvir a população que procura o serviço de saúde, dando respostas adequadas a cada demanda, em todo o percurso da busca; desde a recepção e o atendimento individual ou coletivo, até o encaminhamento externo, retorno, remarcação e alta (SANTOS *et al.*, 2007).

Apesar da intencionalidade de implementar o acolhimento como dispositivo para mudanças do modelo de atenção, contudo, os entrevistados apontam algumas dificuldades, que obliteram as possibilidades concretas de reorganização dos serviços e a produção de um cuidado humanizado.

Todo dia tem técnicos responsáveis somente pelo acolhimento, porque a demanda é grande. Mas a gente tem a dificuldade da estrutura física, ela não é compatível com a PNH. Não se tem espaço para a escuta qualificada, você vê que as vezes se faz no corredor, na mesa da área lá fora. E essa falta de estrutura física adequada tem atrapalhado a nossa prática cotidiano. [...] como vamos implementar uma política de saúde mental se não temos nem espaço físico adequado pra o funcionamento do CAPS, sem ambiência adequada para escuta, para acolhimento, para realização das nossas atividades. (CRSM2).

Então, dentro disso temos dificuldades. Quando eu preciso de algumas coisas, que a burocracia impede e que não há possibilidade dentro da gestão de se conseguir, naquele momento, determinadas coisas pra atender essas necessidades fica difícil humanizar. Um exemplo prático, nós temos 48 horas de médico num CAPS com aproximadamente dez mil usuários, estamos com falta de médico [...]. Ficamos de pés e mãos atados, por falta de profissional médico. (CCAPS3).

Conforme se percebe nos relatos, inúmeros aspectos, já discutidos nos capítulos anteriores, para os quais a gestão municipal apresenta baixa capacidade de resolução, são dificuldades e/ou desafios à humanização, no cotidiano dos CAPS, entre eles: a ambiência inadequada, cuja expressão maior é a inadequação das instalações físicas dos prédios; a falta de profissionais, particularmente médicos, contribuindo para redução da resolubilidade do serviço; além da desproporção oferta e demanda, considerando que os CAPS, instituídos como tipo II, estão circunscritos por territórios com população acima de 400.000 habitantes, ultrapassando os limites normativos e organizacionais de vinculação populacional, estabelecida em torno de 70 a 200.000 habitantes (BRASIL, 2005).

Apesar das dificuldades e limites encontrados no cotidiano dos CAPS, observa-se que, desde o acolhimento, com escuta qualificada e a constituição de vínculo, ocorre a implementação de dispositivos voltados à cogestão dos processos de cuidado e das intervenções terapêuticas, neste caso, do projeto terapêutico singular. Considerando a con-

vergência encontrada nos relatos, os recortes a seguir são representativos dos posicionamentos dos gestores e dos trabalhadores.

Quando o usuário entra no serviço, ele passa por esse acolhimento e depois ele vai para uma avaliação, uma avaliação inicial, onde o projeto terapêutico é pensado. Mas esse projeto pode ser modificado, por exemplo, quando o profissional que vai fazer anamnese, percebe outras coisas, ou o próprio profissional que de repente começa a atender e começa a perceber outras coisas, aí a gente pode, de repente, inserir esse usuário em atividades que ele demonstra interesse, manifesta vontade de participar. Então isso é pactuado. Então, nada é fixo, na medida em que o usuário vai demonstrando interesses ou o desinteresse em algo a gente vai tentando adequar no projeto terapêutico dele. (TNS6).

Na verdade quem tem a iniciativa de indicar o projeto terapêutico é técnico de referência. Mas ele deve ver as necessidades que aquele usuário apresenta. Então, ele vai encaminhar vamos dizer assim, se ele realmente precisar do psicólogo ou de outro profissional, ele vai colocar no projeto terapêutico, o que o usuário está necessitando. Então o paciente ele vai ser atendido por esses profissionais. Então, o projeto terapêutico é iniciado pelo terapeuta de referência, mas ele é construído coletivamente (TNS3).

Uma coisa que sempre colocamos na roda é que todos são corresponsáveis, não é porque eu sou a referência para um usuário que só eu vou ter cuidado com o projeto terapêutico dele, todos são corresponsáveis por esse cuidado. [...] Dependendo de como ele (usuário) está no momento, o profissional vai pedindo a sugestão dele no projeto terapêutico, vai negociando com ele. Aqueles que vêm com a família, a gente já inclui o familiar no processo, tem o grupo de familiares que eles podem participar. Isso ajuda também no acompanhamento do usuário. (CCAPS2).

De acordo com a proposta do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010d), contida nos documentos da PNH, o Projeto Terapêutico Singular – PTS representa um conjunto de propostas de intervenções terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, o qual resulta da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar; geralmente, dedicado a situações mais complexas. Caracteriza-se, ainda, como forma de proporcionar uma atuação integrada da equipe, permitindo uma valorização de outros aspectos além do diagnóstico médico e da medicação no acompanhamento dos usuários.

Conforme está nas falas, a construção coletiva do PTS potencializa o exercício da cogestão na atenção à saúde, inclusive com a participação do usuário nas decisões acerca das propostas de intervenção no seu processo de produção de saúde. Assim, criam-se condições de possibilidade, também, para a corresponsabilização e construção de autonomia.

Os processos de construção dos PTS, entretanto, são heterogêneos, não somente em decorrência das necessidades de saúde dos usuários, mas pela influência dos modos como as equipes estão organizadas e pelas singularidades gerenciais e organizacionais de cada serviço. Desse modo, identificam-se posicionamentos acerca do PTS, por parte de outros trabalhadores e gestores, que põem em relevo diferenças importantes nos modos de operacionalização desse dispositivo no contexto dos diferentes CAPS estudados, sinalizando-se que alguns serviços ainda não o implantaram.

O projeto terapêutico singular, é raro o CAPS que consegue fazer, a gente não pede que façam de todos os usuários, mas pelo menos dos mais difíceis, a gente fica estimulando que seja feito. (CSM1).

O projeto terapêutico, ele não é compartilhado. É um projeto terapêutico fragmentado. O que está acontecendo, de forma bem objetiva, o usuário chega numa avaliação inicial, o profissional que faz aquela escuta, define se o usuário vai ficar no serviço ou vai pra outro setor. Se ele fica no serviço, o profissional que fez a avaliação inicial, faz mais ou menos um encaminhamento para aquilo que ele acredita que seja necessário para aquela pessoa, tipo vai ter atendimento psicológico, vai ter consulta com o psiquiatra e vai participar do grupo de autoestima, ai ele marca lá, e cada profissional vai durante a sua prática, fazendo reencaaminhamento, redirecionamento dessa pessoa, sem haver coletivamente uma discussão sobre esse projeto. (TNS2).

Além dessa problemática apontada, evidencia-se nos relatos de outros atores que o PTS não é operacionalizado de modo a promover a valorização da atuação de todos os membros da equipe, de forma integrada. Ao contrário, re-produz-se uma lógica de atenção médico-centrada, cuja definição das intervenções terapêuticas depende, exclusivamente, da decisão do psiquiatra.

Se for perfil, a gente vê logo a questão psiquiátrica. [...] A partir daí a gente vê o projeto terapêutico dele. (CCAPS2).

O projeto terapêutico ele começa, a base dele é, se o paciente tem transtorno mental moderado a grave, ele vai passar primeiro pelo psiquiatra. Então começa pelo psiquiatra. O psiquiatra vê o que ele necessita e decide se ele vai pro psicólogo, terapeuta ocupacional, esses outros profissionais, eles continuam dando o caminho. Na roda de equipe, quando tem algum paciente que é preciso juntar, que é a equipe multidisciplinar, a gente coloca nos casos clínicos e tem sempre o espaço, que a gente tem que dar atenção, um pouquinho a mais, a gente junta toda a equipe, estuda um pouquinho do plano terapêutico dele. (TNS8).

Desse modo, com base numa proposta de inauguração de novos modos de produzir e gerir o cuidado em saúde, identifica-se uma tensão entre estes processos instituintes e os modelos tradicionais de atenção e de gestão em saúde, cuja atuação acrítica sobre tais aspectos, permite a reprodução de velhos modelos sob novas roupagens. Neste

caso, atualiza-se o modelo biomédico, agora numa perspectiva humanizada, mas com uma ênfase na psicopatologia e no cuidado assistencialista. Desse modo, verifica-se que as ações são bem-intencionadas, porém, na sua maior parte, normalizadoras e pouco críticas (NUNES *et al.*, 2008).

No escopo das estratégias voltadas para a ampliação da atenção à saúde mental, foi implantado em todos os CAPS o apoio matricial, como arranjo para uma maior interlocução com as equipes que atuam na atenção básica à saúde. Houve um investimento, por parte da Coordenação Colegiada de Saúde Mental, no sentido de favorecer a implantação do matriciamento na RASM, conforme identificado nos relatos das gestoras.

A gente realizou cursos de capacitação das equipes em matriciamento. A gente desencadeou um movimento de encaminhar, pelo menos os mais leves, seja para as práticas integrativas, para atenção básica atender através do matriciamento. (CSM1).

Mas o matriciamento é uma estratégia para isso, para discussão, para tirar o povo que não é nosso perfil de CAPS através do matriciamento. Mas, muito mais que o matriciamento, tem que ter a estratégia de articulação comunitária, que no território ela precisa ser toda hora lembrada. O matriciamento na atenção primária, por exemplo, é a gente quem impulsiona. (CSM2).

O apoio matricial configura um arranjo de gestão do cuidado, cujas primeiras experiências voltadas a sua operacionalização ocorreram em serviços de saúde mental, de atenção básica e da área hospitalar do SUS de Campinas – SP, em Belo Horizonte – MG, e também na cidade de Rosário, Argentina. Foi incorporado, a partir de 2004, pelo Ministério da Saúde, no âmbito da PNH, da Saúde Mental e da Estratégia Saúde da Família (CUNHA; CAMPOS, 2011).

De acordo com autores como Cunha e Campos (2011), Campos e Domitti (2007) e Campos (2007), o apoio matricial em saúde tem por objetivo assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde, de maneira personalizada e interativa. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela desenvolvida nos sistemas de saúde hierarquizados: referência, contrarreferência, protocolos clínicos e centrais de regulação. Permite tanto a retaguarda especializada quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de saúde. Assim, ampliam-se os cenários de intervenção, mediante a oferta de um cardápio de atividades, que podem ir de um atendimento conjunto entre trabalhadores de diferentes serviços, a participação em discussões de projetos terapêuticos, discussão de temáticas específicas, análise de estratégias para lidar com a demanda reprimida, entre outras medidas.

O discurso dos gestores aponta o apoio matricial como ferramenta que permite lidar com a demanda estrangulada nos CAPS, seja pelo elevado número de usuários já inseridos nos serviços, mas que, em decorrência de seu quadro clínico, poderiam ser atendidos na Estratégia Saúde da Família-ESF, seja pela dificuldade de atendimento à elevada demanda do cotidiano.

Há, então, tentativas de reorientar o fluxo desses pacientes, seja transferindo os ditos “portadores de transtornos mentais leves”, seja encaminhando, desde o acolhimento, os casos novos para atendimento nas equipes da ESF.

Eu tenho articulado as equipes, as unidades de saúde, tenho sempre nas reuniões nas unidades básicas para discutir as questões de saúde mental, para discutir o atendimento aos transtornos leves e moderados que o CAPS geral já não dá conta e precisa receber uma retaguarda da atenção básica. Então, eu estou fazendo essa ponte com os postos de saúde para facilitar e consolidar o trabalho do matriciamento. (CRSM4).

E agora a gente está encaminhando vários desses pacientes que tem neuroses leves, que tem já os sintomas estáveis a gente referencia todos para a equipe de Saúde da Família. [...] mas é incrível que, sempre quando a gente referencia, muitos deles (profissionais da atenção básica) não querem atender porque dizem que o local desses pacientes não é unidade básica de saúde, mas, sim no CAPS, isso faz com que a nossa coordenação realmente ligue para as unidade básicas de saúde, olha realmente a gente já tinha frisado para eles que o paciente, o usuário ele tem transtorno mental leve, realmente ele tem que ser atendido na Unidade Básica de Saúde e não no CAPS. (TNS3).

Parece haver, contudo, uma resistência dos profissionais da atenção básica à saúde em atender as demandas da saúde mental, a partir da qual se estruturam dificuldades a serem superadas na implementação do apoio matricial.

Havia uma dificuldade de interlocução do CAPS com a unidade de saúde, havia desencontro entre as nossas equipes nossa e as deles, se marcava, por exemplo, uma atividade específica um atendimento conjunto e quando a gente chegava lá, no meu caso: ah foi marcado atendimento conjunto, estudo de caso comigo e os médicos da unidade, mas quando a gente chegava lá não tinha nenhum médico, um foi não sei pra onde, outro não veio hoje, o outro dizia que não queria fazer. (TNS2).

[...] lá no posto eles não querem assumir essa função de cuidar da saúde mental, porque já estão sobrecarregados. Então, a história do matriciamento, não avança porque efetivamente não existe uma política de ampliação e implementação na atenção básica. Como não avança isso, também nos prejudica, porque há uma dificuldade: quando a gente faz a referência dos nossos pacientes, daqui pra atenção básica, há uma dificuldade de assistência. [...] a grande dificuldade que eles estão sempre trazendo é no tocante às equipes, porque somente alguns profissionais aderem a causa da saúde mental, quando eles vão aos postos. (TNS4).

Mas a grande dificuldade disso foi que a prática que existe ainda é muito médico-

centrada, em todos os níveis. Então as pessoas têm muito a necessidade de ter sempre um psiquiatra nos momentos de matriciamento, porque ai teria o suporte medicamentoso. (CRSM3).

Resultados semelhantes foram encontrados por Morais (2010), ao estudar o matriciamento na atenção básica de Fortaleza, sendo que no seu estudo são apontados alguns determinantes dessas dificuldades, dentre os quais a insegurança dos profissionais diante das questões que envolvem a subjetividade, a centralidade na medicação, a compreensão das demandas em saúde mental no território como problemas para especialistas – psiquiatras.

Em alguns CAPS, no entanto, são alcançados resultados positivos, nessa articulação com a atenção básica, por meio do apoio matricial, sobretudo, com a possibilidade de ampliação da acessibilidade ao cuidado em saúde mental na ESF, quando esta fica comprometida por falta de psiquiatra no serviço especializado.

A gente está com dificuldade muito grande de médicos no CAPS geral. Então, essa parceria com a atenção básica tem sido bem positiva. Temos retorno muito mais positivo dos casos que encaminhamos, inclusive nessa falta de médico nos CAPS, quando a gente encaminha para atenção básica. (CRSM1).

Quando ampliamos o matriciamento o resultado foi imediato. Porque conseguimos que as pessoas fossem atendidas na atenção básica e até continuassem

com as terapias alternativas, isso deu uma aliviada na demanda aqui no CAPS. (CCAPS1).

Conforme pode ser visualizado nos diferentes relatos, apesar de os profissionais da atenção básica à saúde terem mostrado resistência em incorporar as ações de saúde mental no cardápio de suas atividades, manifestada na dificuldade de adesão à proposta de apoio matricial, como arranjo para a reorganização interna dos processos de trabalho em saúde, é possível perceber que a operacionalização desse arranjo de gestão, uma vez superados esses entraves, mostrou-se potente tecnologia para a ampliação do acesso ao cuidado, bem como para a reorganização de fluxo de atendimento, concretizadas no fortalecimento da interlocução do CAPS com as equipes da ESF. Potencializa, de tal modo, o desenvolvimento de ações que concorrem para a construção da integralidade da atenção à saúde mental.

Desafios à construção da integralidade: oferta, demanda e articulação das redes de atenção

Dada a sua relevância, auferem centralidade nesta análise, no momento, as categorias oferta, demanda e articulação em redes de saúde, como nexos constitutivos das práticas de integralidade no campo da atenção psicossocial.

As relações engendradas entre os diferentes atores, no contexto micropolítico das instituições de saúde, revestem-se de significados técnicos, assistenciais, políticos e sociais, os quais exercem influência nos modos como se organiza a atenção à saúde no nível local. Sabe-se, ainda, que estes também resultam das múltiplas determinações macropo-

líticas que conformam o sistema de saúde. Por outro lado, também têm o potencial de tencioná-las e/ou modificá-las, expressando uma interdependência, mediada pela relação dialética entre ambas.

Retoma-se, pois, a discussão acerca da integralidade na atenção à saúde. Reconhecendo a polissemia do termo, a integralidade é assumida aqui como uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde (plano individual – onde se constrói a integralidade no âmbito da atenção ao indivíduo e plano sistêmico – onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços), nos quais os aspectos objetivos e subjetivos sejam considerados (PINHEIRO, 2006).

Consoante Pinheiro (2006), a oferta e a demanda em serviços de saúde não são tomadas aqui na sua perspectiva econômica e/ou somente funcionalista, mas considerando o plano das relações e das práticas nos serviços de saúde, compreendendo as dimensões tecnológica, assistencial e, sobretudo, a política.

Na discussão acerca da organização do processo de trabalho nos CAPS, delineada no capítulo IV, sinalizou-se que estes serviços realizam ações de saúde de cunho individual e coletivo. Assim, os diferentes entrevistados defendem o argumento de que os CAPS ofertam um conjunto de ações e serviços, os quais têm como objetivo a reabilitação psicossocial do sujeito portador de transtorno mental.

Tem os atendimentos individuais de todos os profissionais. A gente tem grupos feitos pela assistente social, pela psicolo-

gia, pela terapia ocupacional. Tem a arte-terapia, tem o ateliê terapêutico. Tem o grupo de teatro. Temos um educador físico que trabalha a atividade física, faz Reik, faz grupos de relaxamentos. Tem as oficinas de trabalho, produzindo até sandálias, que faz a reinserção no trabalho, na economia solidária. (CCAPS5).

A gente tem, por sermos inovadores, muita criatividade e ofertas que são diferenciadas, temos ofertas para além do atendimento, seja médico, psicológico, social ou da enfermagem. Temos a questão dos grupos produtivos, a avaliação de potenciais da comunidade e a inclusão dos usuários, participação nas feiras de economia solidária, fazemos luais - projeto tô de lua junto com a comunidade. Enfim, temos ofertas voltadas para a construção do modelo de atenção psicossocial, articulação para além do CAPS, no território. (CSM1).

Além desse trabalho de reinserção no seio da família e no trabalho, a gente tem esse grupo da informática, tem o grupo lá da hidroginástica com a parceria da guarda municipal. A gente tem a proposta de estabelecer mais parcerias, de buscar mais inserção no território. (TNS4).

Temos os atendimentos dos usuários em tratamento intensivo. [...] o grupo da psicologia, quais são as atividades do profissional A,B, C, D. (TNS2).

Evidencia-se que nos CAPS há uma ampla oferta de ações de saúde, muitas delas desenvolvidas com base nas articulações com os diversos equipamentos sociais existentes no território, visando à reinserção do portador de transtorno mental na família e na sociedade. Tais ações contribuem potencialmente para a consolidação do modelo de atenção psicossocial.

De acordo com Travassos *et al.* (1999), a oferta nos serviços de saúde abrange diversos conceitos. Aponta-se que tradicionalmente ela está relacionada à disponibilidade, ao tipo e à quantidade de serviços e recursos destinados à atenção à saúde, sendo influenciada pela localização geográfica, cultura médica local dos profissionais que realizam as ações e pela ideologia do prestador, ou seja, pelo estilo político operado nas instituições formais que compõem o sistema de saúde. Por outro lado, a demanda representa a atitude de o indivíduo procurar serviços de saúde, obter acesso e se beneficiar com o atendimento recebido.

Pinheiro (2006), entretanto, defende a posição de que essa forma de conceituar oferta e demanda, inibe a relação entre ambas, imprimindo-lhe um caráter dicotômico. Reitera uma estreita relação com os conceitos econômicos clássicos, assentados no mercado e no consumo. Segundo a autora, no contexto da análise de políticas públicas, faz-se necessário considerar as relações entre oferta e demanda como dimensões relacionadas à possibilidade de construção da integralidade.

No que pese a ampliação da oferta de cuidados em saúde mental, ocorrida com a ampliação da RASM, evidencia-se que ainda está insuficiente para atender a demanda, que também se torna cada vez mais crescente.

A demanda vem aumentando, com essa questão de dar prioridade as pessoas com perfil de usuários dos CAPS, que são aquelas que têm os quadros mais graves e persistentes de transtornos mentais. Então, eu percebo que nós precisamos alinhar mais as nossas ações nesse sentido. Só que nós atendemos um número muito grande de usuários, pessoas que às vezes nem tem o perfil do CAPS. Isso tem ampliado muito a nossa demanda e o nosso número de profissionais não vai dar conta. (CRSM2).

Em termos de demanda, ela é muito maior que a oferta. (CSM1).

Desse modo, produziu-se um desequilíbrio entre oferta e demanda. Assim, o aumento da demanda implicou a dificuldade de acessibilidade às ações de saúde, configurando um quadro de demanda reprimida.

Nós temos uma demanda aqui reprimida para quase oito meses. Assim, não funciona, não é por aí. (TNS1).

Corroborando o relato, destaca-se que, durante a observação realizada nos CAPS, foi possível se perceber que, em sua maioria, a marcação de consulta com o psiquiatra gerava fila de espera por tempo prolongado. Em outros momentos, a inserção de usuários em alguns grupos terapêuticos foi cerceada, em virtude do número de participantes já estar no limite máximo.

Em um dos CAPS, no entanto, a gestora demonstra orgulho ao ter conseguido, a partir da reorganização do ser-

viço, possibilitada pelo acolhimento, que os agendamentos de consultas médicas não sejam superiores a dois meses.

Primeiro, não temos demanda reprimida. Este CAPS, eu digo com todas as garantias, nós não temos fila de espera para triagem. Não temos consulta médica que não seja no aprazamento de dois meses. Sendo que os casos urgentes são atendidos com maior rapidez. Chegamos a esse patamar e isso é uma grande conquista porque você trabalha acessibilidade de qualidade. (CCAPS 4).

Em relação à demanda reprimida, alguns entrevistados sinalizam alguns determinantes dessa realidade.

A demanda é muito grande. Eu acho que essa demanda muito grande é também pelo fato do território ser mal definido. Assim, não se pode dar conta de uma boa atenção com qualidade. (TNS2)

Pela questão da rede que estar sendo estruturada muito aquém do deveria ser, está sempre trabalhando com demanda reprimida. (CRSM3).

Entende-se que os CAPS de Fortaleza estão subdimensionados em relação ao território. Além disso, comprova-se que a RASM é composta predominantemente por CAPS, por conseguinte, apresenta carência de outros equipamentos de saúde que a complementem. Outro aspecto a ser ressaltado diz respeito ao dimensionamento das equipes, considerando que em todos os serviços pesquisados havia carência de profissionais, sobretudo de médicos.

Assim, considera-se que a demanda se constrói cotidianamente. Resulta de um inter-relacionamento entre normas e práticas que orientam os sujeitos envolvidos na produção de saúde. Em momento anterior, destacou-se que os diferentes atores envolvidos com a produção do cuidado nos CAPS buscam atender as necessidades de saúde dos usuários, utilizadas como critério para definição de planos terapêuticos. Segundo Cecílio (2006a), a demanda por cuidado representa uma tradução das complexas necessidades do usuário. Por conseguinte, atendê-la implica a construção da integralidade no espaço singular de cada serviço de saúde, o que envolve todo o esforço da equipe de saúde, com vistas a traduzir e atender, da melhor maneira possível, tais necessidades, considerando a sua dimensão individual e subjetiva.

Por outro lado, observa-se que, dependendo do momento vivido, o usuário pode apresentar demandas, cujo atendimento requer o acesso a outros serviços e tecnologias não ofertadas nos CAPS. Identificaram-se, então, dificuldades que se interpõem na articulação dos CAPS com os demais serviços do sistema de saúde, reduzindo a sua integração com as demais redes de atenção à saúde, o que implica a redução da capacidade de emitir respostas positivas ao usuário, particularmente, na definição de fluxos que conduzam a sua busca por cuidado à saúde.

Talvez por eles serem, todos eles, em casas alugadas, não existirem de direito, e todo o pessoal terceirizado, eles não estavam integrados na rede de saúde do município. Por exemplo, nenhum era informatizado. Foi durante a nossa gestão que fizemos uma compra grande de computadores e designamos uma distri-

buição de pelo menos um em cada CAPS. Isso para eles terem acesso a marcação de consultas e exames especializados das outras áreas que eles não tinham. O paciente tinha que se deslocar até o posto de saúde pra poder fazer isso. Então isso possibilita a integração. (GMS).

Com efeito, foi evidenciado o fato de que cada CAPS recebeu um computador. Não dispunham, porém, de acesso à marcação de consultas, como possibilidade de assegurar o encaminhamento responsável dos usuários que necessitem de atendimento em outros serviços de saúde.

Apesar da reconfiguração do sistema municipal de saúde, por meio da construção de redes de atenção, evidenciase que não há articulação entre estas, o que reproduz a lógica de fragmentação própria dos modelos hierarquizados de atenção à saúde, que se tenta superar.

Agora dentro da gestão, as pessoas entendem que a saúde mental é uma rede, ela é ampla e tem capilaridade, mas não há articulação formal, nós é que vamos atrás, não há um entendimento grande das outras redes sobre a gente, também o tempo é pouco, são seis anos apenas. A gente está sempre tendo que fazer militância dentro da gestão. (CSM2).

Quando falamos nessa articulação com as outras especialidades, isso não existe na rede de saúde mental. Não tem um fluxo estabelecido, não tem um protocolo de atendimento. Isso existe em outras especialidades. (CRSM2).

Tal constatação se mostra como desafio à construção da integralidade do cuidado, sobretudo, quando se concebe que sua materialização implica a relação articulada, complementar e dialética, entre as práticas de cuidado integral de cada profissional, de cada equipe e das redes de serviços de saúde. Assim, a ampliação da integralidade envolve um modo de organização de serviços de saúde que permita a articulação de cada unidade de saúde, seja ela um CAPS, um centro de saúde, uma equipe da ESF ou um hospital, a uma rede muito mais complexa composta por outros serviços de saúde e outras instituições não obrigatoriamente do setor saúde (CECÍLIO, 2006).

Na ausência de mecanismos formais de articulação entre os CAPS e as outras redes de atenção, expressos inclusive na falta de acesso à marcação de consultas, existente nos demais serviços de saúde, os trabalhadores procuram alternativas para tentar viabilizar atendimento aos seus usuários em outros serviços.

Existe uma relativa articulação com a atenção básica. O paciente que precisa ter um atendimento na atenção básica, porque tem uma morbidade clínica, aí existe a questão de ligar, existe. Mas isso não se faz, não é uma coisa muito bem feita nesse nível não. [...] O nível terciário, quando o usuário está no CAPS e precisa de uma atenção terciária, um internamento, um atendimento especializado fica aquela coisa mesmo do te vira. (TNS2).

É difícil. Com a atenção básica a gente está construindo por meio do matriciamento. Em relação aos hospitais a gente não tem articulação, a gente tenta algu-

mas coisas. Às vezes tentamos atendimento clínico, temos um contato bom com o SAMU – quando a gente liga ele sempre vem. Semana passada a gente estava com uma paciente sangrando muito, com hemorragia, a gente ligou pro SAMU e eles vieram. A gente tem dificuldade de articulação com os outros equipamentos. (CCAPS6)

A porta de entrada tem que ser a atenção básica. Normalmente se faz um contato telefônico, o que eu acho que assegura uma maior efetividade da ação, e se tenta dentro da unidade básica fazer essa referência. (CCAPS4).

Nota-se que os diferentes atores, no seu trabalho cotidiano, buscam emitir respostas positivas no atendimento às necessidades dos usuários, numa perspectiva de responsabilização pelo cuidado em saúde, aqui entendido como um valor, o qual deve ser defendido como possibilidade de ação integral (PINHEIRO, 2007). A continuidade da atenção, no entanto, fica comprometida pela ausência de mecanismos eficazes de articulação com os demais serviços e redes de saúde.

Durante a observação dos CAPS, foram percebidas várias situações em que os trabalhadores identificavam a necessidade de intervenção de outros especialistas, disponibilizada em outros serviços de saúde. Por falta de meios para assegurar o encaminhamento, os trabalhadores redirecionavam o usuário para a atenção básica, considerada como porta de entrada, desde a qual seria estabelecido o fluxo de encaminhamento para os serviços especializados, por meio da marcação de consulta. Assim, a atenção básica constitui

porta de entrada e reguladora da atenção à saúde. Consta-se que a ausência de efetiva articulação em redes pode desencadear peregrinações desnecessárias pelos diferentes serviços, burocratização na marcação de consultas, o que resulta na desistência do usuário em seguir seu tratamento.

No âmbito da organização de redes de serviços de saúde, a expressão porta de entrada é frequentemente utilizada, como estratégia de ordenamento dos fluxos de usuários e otimização de recursos. No modo tradicional de construção de sistema de saúde regionalizado e hierarquizado, emerge a tese de que a atenção básica deve ser a única porta de entrada (MATTOS, 2007); entretanto, o autor problematiza esse modo de organizar sistemas de saúde. Considera que nem sempre o local onde se busca ajuda por um sofrimento manifesto deve ser a atenção básica, sobretudo quando se consideram situações de emergência, por exemplo. Assim, a atenção básica como única porta de entrada é uma tese equivocada, ou o termo porta de entrada, na forma como aparece nesse uso, não se refere a locais onde se busca ajuda quando se necessita de cuidado de saúde.

Por outro lado, a porta de entrada pode ser entendida como o primeiro contato do sujeito com a equipe ou com o sistema de saúde. No âmbito da equipe, considerar-se porta de entrada implica que, ao profissional, caberia identificar de modo abrangente as necessidades de cuidado apresentadas por um sujeito concreto ou organizar um plano de cuidados individualizado. Isso conduz a outro modo de pensar a porta de entrada, o qual direciona a se entender a integralidade como valor a ser defendido nas práticas de saúde (MATTOS, 2007). Caberia, portanto, a todas as equipes de saúde o dever de assegurar o acesso dos usuários às ações e serviços de saúde.

Do ponto de vista normativo, destaca-se que os CAPS foram recentemente reconhecidos também como porta de entrada do sistema de saúde, segundo estabelecido no Decreto 7.508/2011 (BRASIL, 2011a). Desse modo, o desafio que se apresenta é organizar esses serviços, assegurando-lhes infraestrutura e condições de funcionamento, de tal modo que lhes possibilite resguardar a efetividade do direito à saúde, por meio da garantia do acesso e da continuidade do cuidado, mesmo quando esta requeira estabelecimento de fluxos com outras ações e serviços integrantes ou não do sistema de saúde.

Embora tenha sido enfatizada a possibilidade de articulação com os serviços de atenção básica à saúde, para alguns entrevistados, existem limites nesse processo, expressa inclusive pela falta de linha telefônica.

Falta de integração da rede. [...] Às vezes a gente sabe que não tem vaga, mas a gente orienta o usuário que ele vai ficar na fila de espera. Mas tem unidades de saúde (referindo-se à atenção básica) que não tem sequer um telefone para você poder se articular no encaminhamento do usuário, no sentido de saber se tem vaga pra realizar o agendamento do atendimento. (CRSM4).

De forma complementar, outro grupo de entrevistados reconhece a fragmentação do sistema de saúde, além de sinalizar que alguns atendimentos aos usuários não são disponibilizados por um fluxo estabelecido formalmente, mas a partir das relações de amizade entre os profissionais dos diferentes serviços que compõem as redes/sistema de saúde.

de. O relato exposto a seguir é representativo do coletivo de gestores e trabalhadores.

Temos trabalhado para fazer uma articulação bem próxima com a atenção básica, mas também com alguns hospitais gerais, para que a gente possa fazer uma assistência integral. [...] Mas ainda se peca por estar em caixinhas, na prática apenas individual ou ainda sem ter institucionalizado fluxos de articulação na rede, sendo que estas podem se dar, muitas vezes, por contatos diretos de profissionais através de amizades. (CRSM1).

Reputa-se importante o estabelecimento de normas e protocolos que permitam a institucionalização de fluxos formais de encaminhamentos de usuários, com vistas à garantia do acesso aos diferentes serviços que integram a rede/sistema de saúde, como estratégia potencial para construção da integralidade. Segundo Silva Júnior, Alves e Alves (2005), a articulação das diversas equipes e serviços de uma rede é feita também pela discussão conjunta de processos de trabalho e objetivos pactuados entre si e com a população sob sua responsabilidade, onde os gestores têm papel fundamental na condução dos pactos.

Consoante Silva Júnior, Alves e Alves (2005), acredita-se que a articulação da rede pode ser potencializada pela definição de linhas de cuidado, em que os projetos terapêuticos centrados no usuário sejam viabilizados na rede de serviços. Para tal, deve ser assegurada capacidade de interlocução, negociação, associação entre técnica e política e a responsabilização dos diversos níveis assistenciais.

CAPÍTULO VI

A inovação e gestão em saúde mental: os desafios que persistem

A realização da investigação científica constitui, quase sempre, uma empreitada que requer a mobilização de recursos de ordem técnica, econômica, acadêmica, física, emocional e criativa, como meios necessários para se atingir os objetivos delineados. Desse modo, ao se tomar como objeto de análise a gestão em serviços de saúde mental, como prática social, porosa a múltiplos movimentos, tornou-se necessário o empreendimento de múltiplos recursos, na tentativa de apreender a realidade concreta dos processos de gestão na Rede de Atenção à Saúde Mental. Considerou-se a sua plasticidade, expressa na intensa trama de relações intersubjetivas, constitutivas da práxis dos diferentes atores envolvidos na pesquisa, perpassada por conflitos e contradições entre modelos de gestão e atenção cristalizados e os instituintes, decorrentes da proposta de mudança das práticas sanitárias.

A implicação do pesquisador com o campo empírico e com os diferentes atores sociais, responsáveis pela gestão e pela produção do cuidado nestes serviços, na medida em que favoreceu o desenvolvimento do estudo, requisitou movimentos de aproximação e de distanciamento do objeto de análise, como recurso indispensável ao processo de objetivação dos aspectos subjetivos, na produção das sínteses analíticas da investigação.

Considerando-se os pressupostos teóricos que balizaram a pesquisa e o desenho metodológico adotado, foi possível, com base no processamento do material empírico, compreender os modelos e processos de gestão em curso nos CAPS, onde os diferentes atores apresentam, no plano discursivo, os aspectos singulares e as especificidades que caracterizam o cenário pesquisado, os quais são consubstanciados pelos documentos e pela observação procedida pelo pesquisador.

De acordo com as discussões delineadas, no recorte temporal tomado como período de análise da gestão dos serviços de saúde mental de Fortaleza, ocorreu a implementação da Reforma Psiquiátrica no Município, com amplo investimento na criação de equipamentos substitutivos ao hospital psiquiátrico, os quais passam a configurar a Rede Assistencial de Saúde Mental, promovendo a ampliação do acesso as ações e serviços de saúde mental. Assim, põe-se em relevo a intencionalidade de mudança no modelo de atenção, com movimentos direcionados à consolidação da atenção psicossocial territorial, tanto do ponto de vista da organização dos serviços, quanto da produção do cuidado.

Esse processo, contudo, mostra-se inconcluso e cerceado pela baixa capacidade de financiamento do setor, pela dificuldade de articulação com os demais serviços de saúde e redes assistenciais e, sobretudo, pelo fato de a criação dos serviços não ter ocorrido em conformidade com os critérios que regem a Administração Pública, no referente à formulação de um aparato legal, que legitime os serviços e permita sua inserção no organograma oficial da SMS. Inclusive, não foram criados, do ponto de vista legal, os cargos e funções a serem ocupados pelos profissionais que atuam nesses ser-

viços. Desse modo, o conjunto desses aspectos, em última análise, põe em questão a qualidade, a resolubilidade e a própria sustentabilidade da RASM.

No referente à gestão da RASM, ressalta-se a incorporação de tecnologias, expressas em arranjos e dispositivos, que potencializam a construção da democracia institucional, ampliando a capacidade de análise e intervenção do coletivo de trabalhadores e permitindo a constituição de novas grupalidades, produtoras de novos processos de subjetivação. Desse modo, criam-se condições de possibilidades para a construção de sujeitos, com maior coeficiente de autonomia.

Assim, são operados processos de gestão participativa, a qual se expressa por meio da cogestão, materializada em Coordenação Colegiada da RASM, em Colegiado Gestor, em rodas de gestão/equipe em todos os CAPS, nas assembleias de usuários. Assim, desencadeiam-se processos de cogestão e humanização dos processos de trabalho. Identificou-se, ainda, no plano discursivo, uma perspectiva de participação dos usuários nos processos decisórios, particularmente nos que dizem respeito à construção de seus projetos terapêuticos, caracterizando uma proposta de cogestão destes.

Não obstante, esses processos se mostram como instituintes, sendo continuamente tensionados pelas práticas gerenciais cristalizadas, com pauta na racionalidade da Administração Científica, os quais tendem à separação entre elaboração e execução do trabalho, ao controle dos processos laborais, à verticalização e hierarquização das relações, atualizada por meio da criação de artifícios organizacionais e normativos que negam ou reduzem significativamente as possibilidades de democratizar a gestão, respeitando-se

as pactuações construídas pelos sujeitos implicados com a produção de saúde, particularmente nos contextos locais.

Destaca-se também a adoção de novas modalidades institucionais de gerência, configurando um *mix* público e privado na gestão dos serviços que compõem a Rede Assistencial de Saúde Mental. Observa-se, por um lado, a busca de estratégias pragmáticas com vistas a agilizar fluxos administrativos, muitas vezes, dificultados pelos limites impostos pela legislação que rege a Administração Pública Direta. De outra parte, evidencia-se a adesão ao modelo de Administração Pública Gerencial, a qual fundamenta os processos de terceirização da prestação de serviços públicos, por meio de contrato com organizações do Terceiro Setor. Isto, por sua vez, pode conduzir a uma desresponsabilização do Estado na sua missão de garantir a efetividade do direito à saúde. Abre-se espaço, nesse contexto, para reprodução de práticas de clientelismo e patrimonialismo, com forte influência político-partidária na contratualização dessas entidades pela Administração Pública e dos trabalhadores por essas entidades.

No tocante à gestão do trabalho, identificaram-se processos de valorização do trabalhador com a adoção de estratégias de cuidado à sua saúde mental, de educação permanente, da possibilidade de atuação dos trabalhadores na organização dos processos de trabalho.

Alguns trabalhadores, contudo, emitem a necessidade de maior oferta de cursos e capacitações. Constata-se que predomina a precarização do trabalho, expressa nas diferentes formas de inserção, de contratação e de vínculos com o serviço público, na diferenciação salarial. Todos esses aspectos culminam na rotatividade de profissionais, reduzindo o

dimensionamento das equipes, bem como pondo em risco a continuidade dos processos de cuidado.

Os diferentes atores reconhecem a multidimensionalidade dos sujeitos usuários dos serviços, sinalizando uma predisposição para a compreensão ampliada das necessidades de saúde. Nesse sentido, revelam a operacionalização de ações humanizadoras e orientadas para a construção da integralidade, como premissas inerentes à qualidade da atenção à saúde. Tais práticas, porém, são operacionalizadas de forma bastante heterogênea e, por vezes, apresentam incongruências entre os seus pressupostos teóricos e filosóficos e a materialidade a que se vinculam. Além disso, muitas vezes cerceadas por limites estruturais e organizacionais do contexto local de cada serviço, os quais se interpõem à efetiva possibilidade de mudança e/ou consolidação do novo modelo de atenção/gestão em processo de implementação.

A operacionalização de um projeto de pesquisa em saúde deve encontrar legitimidade na sua relevância acadêmica, social e técnico-assistencial. Assim, seus resultados devem contribuir para a reflexão crítica e transformação da realidade a que se vincula. Requer, portanto, um comprometimento ético e político do pesquisador no sentido de retornar os resultados do estudo para o meio em que foi realizado, com vistas a contribuir com novas perspectivas de análises acerca do fenômeno apreendido. Desse modo, a investigação cumpre sua função social. Com base nessas premissas, algumas recomendações são formuladas e ofertadas como subsídio para a necessária e permanente reformulação das políticas e dos processos de gestão em saúde mental, na perspectiva de contribuir na superação dos desafios que subsistem.

- Urge a mobilização de esforços político-administrativos voltados à formulação e aprovação do aparato legal que legitime os novos CAPS implantados, possibilitando a sua inserção no organograma oficial da SMS, o que, em última análise, implica a sua sustentabilidade.
- Mostra-se relevante a criação, do ponto de vista legal, dos cargos e funções públicas a serem exercidas nos CAPS, visando a sua institucionalidade no âmbito da SMS.
- É fundamental a definição de plano de cargos, carreira e salários, processos seletivos e normas de estabilidade, compatíveis com os princípios da Administração Pública, visando à qualificação e retomada da necessária isonomia no trabalho nos CAPS.
- Estabelecer dotação orçamentária e financeira que permita a estruturação e qualificação dos CAPS, considerando a sua ambiência e a produção do cuidado de forma sustentável.
- Ampliação da oferta de educação permanente a todos os trabalhadores e aos próprios gestores dos CAPS, com vistas a ampliar sua capacidade de intervenção nas diversas demandas do cotidiano dos CAPS. Assim, devem ser retomadas as supervisões clínico-institucionais, como estratégia de qualificação da gestão e dos planos terapêuticos.
- Ampliação e fortalecimento dos mecanismos de gestão democrática, buscando promover efetivamente a horizontalização das relações entre os di-

ferentes sujeitos envolvidos nas práticas de saúde, nos diferentes níveis de atenção.

- Ampliar a articulação dos CAPS com a atenção básica, assumindo o matriciamento como arranjo potencializador, com base nas pactuações mediadas não somente pelos trabalhadores dos serviços, mas principalmente pelos gestores, no sentido de corresponsabilização dos diferentes atores envolvidos no processo.
- Ampliação e fortalecimento das estratégias que viabilizem maior inserção e articulação do CAPS com o território, potencializando o desenvolvimento de ações que possibilitem a consolidação do modelo de atenção psicossocial.
- Implementação de estratégias voltadas à saúde do trabalhador, as quais reduzam o desgaste intrínseco ao processo de trabalho e o risco de sofrimento psíquico, decorrente da sobrecarga de trabalho, mas, sobretudo do lidar com a dor e o sofrimento dos usuários e familiares;
- Rediscutir a missão institucional dos CAPS, reconhecendo que eles fazem parte de uma política pública de saúde mental voltada para portadores de psicose e neuroses graves que tenham ou não passado pela experiência de internação psiquiátrica. O contexto atual da sociedade, no entanto, requer o desenho de uma política pública que também contemple outros problemas prevalentes de saúde mental, expressos em crises subjetivas de várias ordens: violência, somatizações, drogra-

dição, depressões, entre outros, de modo a definir papéis e o escopo de atuação das diferentes instâncias envolvidas na atenção à saúde mental, na perspectiva de assegurar o acesso de qualidade e a integralidade da atenção.

Por fim, destaca-se o fato de que tais recomendações são preliminares, mas representam um esforço no sentido de apresentar possibilidades de ampliar o potencial de atuação da RASM, minorar o impacto do trabalho na saúde dos trabalhadores, bem como qualificar os processos de atenção e gestão em saúde mental.

REFERÊNCIAS

ABREU-DE-JESUS, W. L. SUS-Alagoinhas: um modelo de gestão/atenção para a transformação de sujeitos e coletivos. **Divulgação em Saúde para o debate**, Rio de Janeiro, n. 36, p. 61-75, ago. 2006.

ALVES, D. S. Integralidade nas políticas de saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS; ABRASCO, 2006. p. 169-178.

ALVES, D. S.; GULJOR, A.P. O cuidado em saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPES/UERJ; ABRASCO, 2006. p. 221-240.

AMARANTE, P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P. **Locos por la vida**: la trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil. 1ª. Ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Asoc. Madres de Plaza de Mayo, 2006.

AMARANTE, P. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: FLEURY, S. (org). **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos editora, 1997. p. 163-186.

AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

ANDRADE, L. O. M.; OLIVEIRA, R. F.; BASTOS, E. N. E.; FIALHO, M. B.; COSTA, L. D. Saúde mental e cidadania: a resposta de Fortaleza, Ceará. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 40, p. 57-71, jun. 2007.

ANDREOLI, S. B. Serviços de saúde mental no Brasil. In: MELLO, M.F.; MELLO, A. A. F.; KONH, R. (org.). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 85-100.

ASSIS, M. M. A.; JORGE, M. S. B. **Método de análise em pesquisa qualitativa**. Feira de Santana: UEFS, 2003 (Digitado).

ASSIS, M. M. A. **A municipalização da saúde**: intenção ou realidade? Análise de uma experiência concreta. Feira de Santa: Universidade Estadual de Feira de Santana, 1998.

AYRES, J. R.C.M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. In: _____. **Cuidado**: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: UERJ/IMS: ABRASCO, 2009a. p. 183-210.

_____. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. In: _____. **Cuidado**: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: UERJ/IMS: ABRASCO, 2009b. p. 41-74.

_____. Humanização e cuidado: a experiência da equipe de um serviço de DST/Aids no município de São Paulo. In: _____. **Cuidado**: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: UERJ/IMS: ABRASCO, 2009c. p. 211-232.

_____. Hermenêutica, conhecimento e práticas de saúde, a propósito da avaliação. In: ONOCKO-CAMPOS, R. *et al* (org). **Pesquisa avaliativa em saúde mental**: desenho participativo e feitos da narratividade. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 27-67.

_____. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, p. 16-29, set./dez. 2004.

AZEVEDO, C. S. Liderança e processos intersubjetivos em organizações públicas de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 349-361, 2002.

AZEVEDO, C. S.; BRAGA NETO, F. C.; SÁ, M. C. Indivíduo e a mudança nas organizações de saúde: contribuições da psicossociologia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 235-247, jan./fev. 2002.

BAHIA, L. A privatização no sistema de saúde brasileiro nos anos 2000: tendências e justificação. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P.D.C. (orgs.). **Gestão pública e relação público privado na saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2011. p. 115-128.

BAREMBLIT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 1994.

BARROS, R. B.; BARROS, M.E.B. Da dor ao prazer no trabalho. In: . In: SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. (orgs.). **Trabalhador da saúde**: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007. p. 71-72.

BATISTA, C. B.; CAMPOS, A. S.; REIS, J. C.; SCHALL, V. T. Violência no trabalho em saúde: análise em unidades básicas de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9 n. 2 p. 295-317, jul./out. 2011.

BATISTA, G. C. **A gestão da Rede de Atenção Psicossocial e o processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica no município de Aracaju**: práticas instituídas e ensaios instituintes. [dissertação]. Aracaju (SE): Fundação Universidade Federal de Sergipe, 2010.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, Botucatu, v. 9. N. 17, p. 389-406, mar./ago. 2005a.

_____. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, jul./set. 2005b.

BEZERRA, I.P.; OLIVEIRA, A.C.S.; SILVA, C.C.; LIMA NETO, E.A.; SILVA, A.T.M.C. Velhas e novas formas de intervenção em saúde: os modelos assistenciais em análise. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 89, p. 197-206, abr./jun. 2011.

BORGES, C.F.; BAPTISTA, T.W.F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro v. 24, n. 2, p. 456-468, fev. 2008.

BOSI, M.L.M.; UCHIMURA, K.Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 150-153, fev. 2007.

_____. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. In: BOSI, M.L.M.; MRCADO, F.J. (orgs). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis (RJ): Vozes, 2006. p. 87-117.

BOSI, M.L.M. Cidadania, participação popular e saúde na visão dos profissionais do setor: um estudo de caso na rede pública de serviços. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 446-456, out./dez. 1994.

BOURGUIGNON, D.R.; TAVARES, G.R.P.; SANTANA, L.G.; SILVA, M.Z.; LIMA, R.C.D.; RASCH, S.S. Recursos humanos em saúde: reflexões sobre o cotidiano do SUS que temos e as possibilidades do SUS que queremos. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 310-315, set./dez. 2003.

BRANT, L.C.; GOMEZ, C.M. O sofrimento e seus destinos na gestão do trabalho. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 939-952, out./dez. 2005.

BRASIL. Casa Civil. **Decreto n. 7.508 de 28 de junho de 2001**. Brasília: Casa Civil, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados** – 8, ano VI, nº 8. Informativo eletrônico. Brasília: 2011b. Disponível em: www.saude.gov.br/bvs/saudemental. Acesso em 09/11/2011.

_____. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4 ed. 4. reimpressão. Brasília: Ministério da saúde, 2010c.

_____. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. 5. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2010e.

_____. **Ambiência**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. **Clínica Ampliada e Compartilhada**. 1. Ed. 1. Reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2010d.

_____. **Gestão participativa e cogestão**. 1 ed. 1 reimpressão. Brasília: Ministerio da Saúde, 2010a.

_____. **Legislação em Saúde Mental 1990-2004**. 5. ed. ampliada. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Saúde no Brasil**: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, de 06 de novembro de 1996. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde**: leis, norma e portarias atuais. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Brasília: Senado Federal, 2006.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução 196/96**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1996.

BRESSER-PEREIRA, L.C. Burocracia pública e classes dirigentes no Brasil. **Rev. Sociol. Política**, Curitiba, n. 28, p. 9-30, jun. 2007.

_____. Assalto ao Estado e ao mercado, neoliberalismo e teoria econômica. **Estudos Avançados**. v. 23, n. 66, p. 7-23, 2009.

_____. O modelo estrutural de gerência pública. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro v. 42, n. 2, p. 391-410, mar./abr. 2008.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. 3. Ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. 1. Ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

_____. **Saúde Paidéia**. 3 ed. São Paulo: HUCITEC, 2007b.

_____. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 301-306, mar./abr. 2007c.

_____. **A Saúde Pública e a defesa da vida**. 3. Ed. São Paulo: Hucitec, 2006a.

_____. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre os modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, EE; ONOCKO, R. (orgs.). **Agir em Saúde**: um desafio para o público. 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 2006b. p. 229-266.

_____. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e a reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L.C.O. (org.) **Inventando a mudança na saúde**. 3 ed. São Paulo: HUCITEC, 2006c. p. 29-88.

_____. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

_____. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e autonomia. **Cad. Saúde Pública**, vol. 14, n. 4, p. 863-870, out./dez. 1998.

_____. Considerações sobre o processo de administração e gerência de serviços de saúde. In: CAMPOS, G.W.S.; MERHY, E.E.; NUNES E.D. (orgs.). **Planejamento sem normas**. São Paulo: HUCITEC, 1994. p. 9-32.

_____. Modelos de atenção em saúde: um modo mutante de fazer saúde. **Saúde em Debate**, n.34, p. 16-19, 1992.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, N. A. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CARVALHO, A.I.; BARBOSA, P.R. **Organização e funcionamento do SUS**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; Brasília: CAPES: UAB, 2010.

CARVALHO, G. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. **Ciênc. Saúde Coletiva**, São Paulo, v.6, n. 2, p. 435-444, 2001.

CARVALHO, S.R. Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança. São Paulo: HUCITEC, 2005.

CARVALHO, S.R.; CUNHA, G.T. A gestão da atenção à saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, G.W.S. *et al.* (org.) **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p. 837-868.

CASTORIADIS, C. **A instituição imaginária da sociedade**. 6 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

CECÍLIO, L.C.O. Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. **Cad. de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 557-566, jan./mar. 2010.

_____. Inventando a mudança no hospital: o projeto “Em defesa da Vida” na Santa Casa do Pará. In: _____ (org.) **Inventando a mudança na saúde**. 3 ed. São Paulo: HUCITEC, 2006. p. 187-234.

_____. As necessidades de saúde como direito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006a. p. 115-128.

_____. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 315-329, 1999.

CEARÁ. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **Listagem de CAPS**. Fortaleza: SESA, 2010. Digitado.

CECILIO, L.C.O.; MENDES, T. C. Propostas Alternativas de Gestão Hospitalar e o Protagonismo dos Trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.13, n.2, p. 39-55, mai./ago. 2004.

CHERCHIGLIA, M.L. Terceirização do trabalho nos serviços de saúde: alguns aspectos conceituais, legais e pragmáticos. In: SANTANA, P;

CASTRO, J.L. (org.). **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde**. Natal: EDUFRRN, 1999. p. 367-385.

CONTANDRIOPOULOS, A-P. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 29-48.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (org). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. p. 141-168.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. Petrópolis: Vozes, 2006.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 24 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1994. p. 51-66.

CUBA, E.G.; LINCOLN, Y.S. **Fouth generation evaluation**. Newbury Park: Sage Publications, 1989.

CUNHA, G.T.; CAMPOS, G.W.S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.20, n.4, p.961-970, out./dez. 2011.

CUNHA, M.T.R. **Gerência enquanto instrumento para mudanças em um serviço substitutivo de saúde mental no município de Uberaba**: estudo de caso. Ribeirão Preto-SP, 2003. 108f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública]. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP, 2003.

DALMOLIN, B.M. **Esperança equilibrada**: cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

DESLANDEDES, S. F. Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In: _____. (org). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p. 33-48.

_____. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.7-14, 2004.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. In: BOSI, M.L.M; MERCADO, F. J. (org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde.** Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2004. p. 99-120.

DONABEDIAN, A. The Quality of Medical Care, Methods for assessing and monitoring the quality of care for research and quality assurance programs. **Science**, v. 200, n. 26, p. 856-864, 1978.

DUSSAULT, G. A gestão de serviços públicos de saúde: características e exigências. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, n. 2, v. 26, abr./jun. 1992.

FERREIRA, M. C.; MENDES, A. M. "Só de pensar em vir trabalhar, já fico de mau humor": atividade de atendimento ao público e prazer-sofrimento no trabalho. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 6. n. 1, p. 93-104, jan./jun. 2001.

FERRER, A. L.; CAMPOS, R. O. O trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial de Campinas, SP: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o sofrimento psíquico dos trabalhadores. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 9-22, out./dez. 2009.

FIDELIS, P. O desafio da produção de indicadores para avaliação de serviços de Saúde Mental: um estudo de caso do Centro de atenção Psicossocial Rubens Corrêa, RJ. In: AMARANTE, P. (org.). **Arquivos**

de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: NAU editora, 2003. p. 89-120.

FINKELMAN, J. (org). **Caminhos da Saúde Pública no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

FLEURY, S.; OUVENEY, A.M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (org). **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 23-64.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2006.** Mimeo. 336p. Fortaleza, 2007.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de saúde. Plano Municipal de saúde: 2006-2009. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde, 2008.

_____. **Rede Assistencial de Saúde Mental de Fortaleza:** um processo em construção. Fortaleza: digitado, 2005.

FORTES, P.A.C. **Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde.** Saúde e Sociedade, São Paulo, v.13, n. 3, p.30-35, set./dez. 2004.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica.** São Paulo: Perspectiva, 1997.

FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E. L. C. P. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. **Rev. Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 143-51, jun. 2004.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso Betim (MG). In: MERHY, E. E.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. **O trabalho em saúde:** olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 37-54.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de programa destinado a mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E.; MAGALHAES JUNIOR, H. H.; RIMOLI, J. *et al.* (orgs). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2006. p. 125- 134.

GERSCHMAN, S. **A Democracia Inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária brasileira**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

GODOY, G. C. **Entre o Cotidiano e a História: experiências intersubjetivas e configurações relacionais emergentes entre os trabalhadores de um CAPS**. Fortaleza-CE, 2009. 280f. Tese [Doutorado em Saúde Coletiva]. Programa de Doutorado em saúde Coletiva, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-CE, 2009.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface – Comunic., Saúde, Educ**, São Paulo, v. 9, n. 17, p. 287-301, mar./ago. 2005.

GOMEZ, C.M.; THEDIM-COSTA, S. M. F. Precarização do trabalho e desproteção social: desafios para a saúde coletiva. **Ciênc. Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 411-421, 1999.

GUIMARÃES, J.M.X. **Satisfação dos trabalhadores de saúde mental: o caso dos Centros de Atenção Psicossocial de Fortaleza-Ceará**. Fortaleza-CE, 2007. 154f. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública]. Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-CE, 2007.

GUIMARÃES, J. M. X.; JORGE, M. S. B.; ASSIS, M. M. A. (In) Satisfação com o trabalho em serviços de saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 16, v. 4, p. 2145-2154, abr. 2011.

GUIMARÃES, J. M. X.; JORGE, M. S. B.; MAIA, M. R. F.; OLIVEIRA, L.C.; MORAIS, A.P.P.; LIMA, M.P.O.; *et al.* Participação social na saúde mental: espaço de construção de cidadania, formulação de políticas e

tomada de decisão. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2113-2122, jul. 2010.

GUIZARDI, F. L.; CAVALCANTI, F. O. A gestão em saúde: nexos entre o cotidiano institucional e a participação política no SUS. **Interface-comunicação, saúde, educação**, Botucatu, n. 14, n. 34, p. 633-645, jul./set. 2010a.

GUIZARDI, F. L.; CAVALCANTI, F. O. Perspectivas democráticas e suas condições de possibilidade: interseções entre a participação política no SUS e a gestão em saúde. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, n. 34, v. 85, p. 299-309, abr./jun. 2010b.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R.; MACHADO, F. R. S.; DELAAI, T. Participação, democracia institucional e competência: algumas questões sobre os modos de produção de gestão no SUS. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. (org.). **Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: EdUCS: IMS/UERJ: CEPESQ, 2006. p. 09-24.

HECKERT, A. L. C.; PASSOS, E. BARROS, M. E. B. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v.13, supl.1, p.493-502, 2009.

HEIDEMANN, N. **A gestão nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): as concepções de gestor na dinâmica gerencial**. Ijuí-RS, 2009. 12f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. Universidade Regional do Noroeste do Rio Grande do Sul, Ijuí-RS, 2009.

JORGE, M. S. B.; GUIMARÃES, J. M. X.; NOGUEIRA, M. E. F.; MOREIRA, T. M. M.; MORAIS, A. P. P. Gestão de recursos humanos nos centros de atenção psicossocial no contexto da Política de Desprecarização do Trabalho no Sistema Único de Saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 16, n.3, p.417-425, jul./set. 2007.

KODA, M. Y. A construção de sentidos para o trabalho em um Núcleo de Atenção Psicossocial. In: AMARANTE, P. (org.). **Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003. p. 23-41.

LEVCOVITZ, E; LIMA, L D.; MACHADO, C V. Política de saúde nos Anos 90: Relações intergovernamentais e o Papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-318, 2001.

LIBÉRIO, M. Avaliação da qualidade de serviços de saúde mental. **Revista Saúde em Foco** – Informe epidemiológico em Saúde Coletiva, n. 21, p. 61-78, 2001.

LINS, A.M.; CECILIO, L.C.O. Campos de intervenções organizacionais: a contribuição das ciências humanas para uma leitura crítica das propostas de gestão das organizações de saúde. **Interface – comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 503-514, set./dez. 2007.

LUTUFO, M.; MIRANDA, A.S. Sistemas de direção e práticas de gestão governamental em secretarias estaduais de saúde. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 6, p. 1143-63, Nov./dez. 2007.

LUZ, M. T. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 5, no. 2, p. 293-312, abr./jun. 2000.

MACHADO, M. H. Trabalhadores da saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. In: LIMAA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C. **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 257-284.

MARAZINA, I. Trabalhador da saúde mental: encruzilhada da loucura. In: LANCETTI, A. *et al.* (org.). **Saúde loucura I**. São Paulo: Hucitec, 1991. p. 69-74.

MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. C. C. Sentimentos de prazer e sofrimento de docentes na implantação de um currículo. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre-RS, v. 27, n. 2, . 284-290, jun. 2006.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS; ABRASCO, 2006. p. 41-67.

MATTOS, R. A. Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: CEPESC; ABRASCO, 2007. p. 369-384.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. São Paulo: HUCITEC, 1993.

MENDES, E. V. **Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

_____. **Os grandes dilemas do SUS**. Tomo II. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.

MENDES-GONÇALVES, R.B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo**. São Paulo: HUCITEC, 1994.

MENEZES, M. V. S.; ASSIS, M. M. A. Financiamento da atenção básica à saúde (2005-2006): apontamentos para o debate. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 72, p. 89-100, jan./abr. 2006.

MERHY, EE. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 1 ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, EE. **Saúde:** a cartografia do trabalho vivo. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2007a.

_____. Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In.: MERHY, E.E.; AMARAL, H. (orgs.). **A reforma psiquiátrica no cotidiano II.** São Paulo: Hucitec, 2007b. p. 55-66.

_____. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, EE; ONOCKO, R. (orgs.). **Agir em Saúde:** um desafio para o público. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2006a. 113-160.

_____. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar modelos de atenção. In: MERHY, E.E.; MAGALHAES JUNIOR, H.H.; RIMOLI, J. *et al.* (orgs.). **O trabalho em saúde:** olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: HUCITEC, 2006b. p. 15-36.

_____. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L.C.O. (org.) **Inventando a mudança na saúde.** 3 ed. São Paulo: HUCITEC, 2006c. p. 117-160.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, EE; ONOCKO, R. (orgs.). **Agir em Saúde:** um desafio para o público. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2006d. p. 71-112.

_____. Por uma composição tecnológica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apondo mudanças para os modelos tecnoassistenciais. **Saúde em debate,** Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-323, set./dez. 2003.

_____. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, pp. 305-314, 1999.

_____. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte** – Reescrevendo o Público. São Paulo: Ed. Xamã, 1998. v. 01. 387 p.

_____. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, S. (org.). **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 163-186.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9ª ed. Revista e aprimorada. São Paulo: HUCITEC, 2006.

_____. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 24 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MINTZBERG, H. **Mintzberg on Management: inside our strang world of organizations**. New York: The Free Prees, 1989.

MORAIS, A.P.P. **Saúde mental na atenção básica: o desafio da implementação do apoio matricial**. São Paulo-SP, 2010. 120 f. Tese [Doutorado em Saúde Pública]. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, São Paulo-SP, 2010.

MOYSES, N. M. N.; MACHADO, M. H. Políticas de gestão do trabalho no SUS: o desafio sempre presente. **Divulgação em Saúde para o Debate**, Rio de Janeiro, n. 45, p. 33-41, mai. 2010.

NOGUEIRA, R. P. O desenvolvimento federativo do SUS e as novas modalidades institucionais de gerência das unidades assistenciais. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (orgs.). **Gestão pública e relação público privado na saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2011. p. 24-47.

NUNES, M.; TORRENTÉ, M.; OTTONI, V.; MORAES NETO, V.; SANTANA, M. A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 188-196, jan. 2008.

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

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P.; PASSOS, E.; FERRER, A. L.; MIRANDA, L.; GAMA, C. A. P. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, supl. 1, p. 16-22, ago. 2009.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. Gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: Gastão Wagner de Sousa Campos. (Org.). **Saúde Paideia**. 1a ed. São Paulo: HUCITEC, 2007. p. 122-149.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A.I. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 547-574.

_____. A Reforma Sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA-FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

_____. **Recursos Humanos em Saúde no Brasil**: problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994.

PAIM, J.S.; TEIXEIRA, C. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, supl., p. 1819-1829, nov. 2007.

PASCHE, D. F. **Gestão e Subjetividade em Saúde**. Campinas-SP, 2003. 283f. Tese [Doutorado em Saúde Coletiva]. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas-SP, 2003.

_____. Humanizar a formação para humanizar o SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Formação e intervenção**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. p. 63-72. (Cadernos HumanizaSUS, v. 1).

PAULA, A. P. P. Administração pública brasileira entre o gerencialismo e a gestão social. **Rev. adm. empres.**, São Paulo, vol. 45, n. 1, p. 36-49, jan./mar. 2005.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, fev. 2001.

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. (orgs.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. p. 161-178.

PEDUZZI, M.; PALMA, J. J. L. A equipe de saúde. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. (orgs.). **Saúde do adulto: programas e ações na atenção básica**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 234-250.

PEREIRA, L. D. A gestão da força de trabalho em saúde na década de 90. **PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 363-382, jul. 2004.

- PESSOTI, I. **A loucura e as épocas**. 2 ed. São Paulo: Editora 34, 1995.
- PIERANTONI, C.R.; VARELLA, T.C.; SANTOS, M.R.; FRANÇA, T.; GARCIA, A.C. Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4. P. 685-704, 2008.
- PIERANTONI, C.R. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. **Ciênc. Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 341-360, 2001.
- PINHEIRO, R. Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re) pensar a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde. In: _____; MATTOS, R.A. (org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: CEPESC: ABRASCO, 2007. p. 15-27.
- PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2006. p. 21-36.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. Implicações da integralidade na gestão da saúde. In: _____. (orgs). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 11-26.
- PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. p. 67-114.
- PITTA, A. **Hospital dor e morte como ofício**. 4 ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

PITTA, A.M.F. Qualidade de serviços de saúde mental: desafios para a epidemiologia. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 6, p. 313-321, jun. 1996.

PITTA, A.M.F.; SILVA FILHO, J.F.; SOUZA, G.W; LANCMAN, S.; KINOSHITA, R.T.; CAVALCANTI, M.T.; *et al.* Determinantes da qualidade de serviços de saúde mental em municípios brasileiros: estudo da satisfação com os resultados das atividades desenvolvidas por paciente, familiares e trabalhadores dos serviços. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 9, p. 441-452, set. 1995.

PUCCINI, P.T.; CECÍLIO, L.C.O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n. 5, p. 1342-1353, set./out. 2004.

QUINDERÉ, P.H.D.; SALES, F.D.A.; ALBUQUERQUE, R.A.; JORGE, M.S.B. A convivência entre os modelos asilar e psicossocial: saúde mental em Fortaleza, CE. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 34, . 84, p. 137-147, jan./mar. 2010.

REIS, A. O. A.; MARAZINA, I.V.; GALLO, P.R. A humanização na saúde como instância libertadora. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.13, n.3, p.36-43, set./dez. 2004

RIETRA, RCP. **Inovações na Gestão em Saúde Mental**: um Estudo de Caso sobre o CAPS na Cidade do Rio de Janeiro. [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; 1999.

RIOS, I.C. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. **Rev. Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 253–261, abr./jun. 2009.

RIVERA, F.J.U. Comunicação e negociação gerencial. In: _____. **Análise Estratégica em Saúde e Gestão pela Escuta**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 219-244.

RIVERA, F.J.U.; ARTMAN, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. In: RIVERA, F.J.U. **Análise Estratégica em Saúde e Gestão pela Escuta**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 17-36.

ROCHA, RM. **Enfermagem em saúde mental**. 2. ed. atualizada e ampliada. Rio de Janeiro: Ed. Senac Nacional, 2005.

ROLLO, A.A. É possível valorizar o trabalho na saúde num mundo “globalizado”? . In: SANTOS-FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B. (orgs.). **Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007. p. 19-61.

SAMPAIO, J.J.C.; GUIMARÃES, J.M.X.; CARNEIRO, C.; GARCIA FILHO, C. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4685-4694, dez. 2011.

SAMPAIO, J.J.C.; GUIMARÃES, J.M.X.; ABREU, L.M. **Supervisão clínico-institucional e a organização da atenção psicossocial no Ceará**. São Paulo: HUCITEC, 2010.

SAMPAIO, J.J.C. A humanização da saúde. In: CARNEIRO, C; RUIZ, E.M; LANDIM, L.P. SAMPAIO, J.J.C. (orgs). **Acolher cidadão: estratégia de aperfeiçoamento do SUS em Quixadá, Ceará**. Fortaleza: EdUECE, 2006. p. 21-26.

SAMPAIO, J. J. C.; SANTOS, A. W. G. A experiência do Centro de Atenção Psicossocial e o Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica. In.: PITTA, A. (org.) **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SAMPAIO, J. J. C; SANTOS, A. W. G.; ANDRADE, L. O. M. Saúde mental e cidadania: um desafio local. In: MENDES, E.V. (org.). **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: HUCITEC, 1998.

SAMPAIO, J.J.C. **Hospital psiquiátrico público no Brasil**: a sobrevivência do asilo e outros destinos possíveis. Rio de Janeiro – Rio de Janeiro [Dissertação]: Rio de Janeiro-RJ; 1988.

SANTOS, A.M.; ASSIS, M.M.A.; RODRIGUES, A.A.A.O.; NASCIMENTO, M.A.A.; JORGE, M.S.B. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 75-85, jan. 2007.

SANTOS, B. S. **Pela mão de Alice**: o social e o político na pós-modernidade. São Paulo: Cortez, 1997.

SANTOS, L. Administração pública e a gestão da saúde. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P.D.C. (orgs.). **Gestão pública e relação público privado na saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2011. p. 68-86.

SANTOS, L. O que são redes? In: SILVA, S.F. (org.). **Redes de Atenção à Saúde no SUS**: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde. São Paulo: IDISA: CONASEMS, 2008. p. 29-34.

SANTOS-FILHO, S.B. Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do HUMANIZASUS: o contexto do trabalho no cotidiano dos serviços de saúde. In: SANTOS-FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B. (orgs.). **Trabalhador da saúde**: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007. p. 73-96.

SCHRAIBER, L.B. (org). **Programação em saúde hoje**. São Paulo: HUCITEC, 1993.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, nº. 1, p. 187-192, 2000.

SILVA FILHO, J. F.; CAVALCANTI, M. T.; CADILHE, G. R.; VILAÇA, A. T.; AVANCINI, E.; MACHADO, H. O.; *et al.* Avaliação da qualidade de serviços de saúde mental no município de Niterói – RJ: a satisfação dos usuários como critério. **Jornal brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 7, p. 393-402, jul. 1996.

SILVA, A. L. A. **Produção de subjetividade e gestão em saúde**. Campinas-SP, 2004. 214f. Tese [Doutorado em Saúde Pública]. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas – SP, 2004.

SILVA, J. P. L.; TAVARES, C. M. M. Educação permanente de profissionais de saúde mental: competências para o trabalho interdisciplinar. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 290-301, set./dez. 2003.

SILVA, M.T.; LANCMAN, S.; ALONSO, C.M.C. Consequências da intangibilidade na gestão dos novos serviços de saúde mental. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, supl. 1, p. 36-42, ago. 2009.

SILVA JUNIOR, A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

SILVA JUNIOR, A. G.; ALVES, C. A.; ALVES, M. G. M. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC: ABRASCO, 2005. p. 77-90.

SILVEIRA, L.C.; SILVA, L.M.S.; SILVA, M.R.F.; ALENCAR, M.N.; BRASILEIRO, G.M.V. *et al.* Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial segundo parâmetros de humanização da gestão. In: CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. **Coletânea de artigos PPSUS-2**. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2011. p. 83-95.

SOUZA, A. C.; LIMA, A. T.; PINHEIRO, R. Da “instituição negada” à “instituição inventada”: a especificidade do processo de desinstitucionalização do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, em Niterói, RJ. In: PINHEIRO, R. *et al* (orgs.). **Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos**. Rio de Janeiro: CEPESC/ UERJ: ABRASCO, 2007. p. 91-114.

SOUZA, F. M.; VALENCIA, E.; DAHL, C.; CAVALCANTI, M. T. A violência urbana e suas consequências em um Centro de Atenção Psicossocial na zona norte do município do Rio de Janeiro. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 20, n.2, p. 121-130, abr./jun. 2011.

STROSCHEIN, K.A.; ZOCHE, D.A.A. Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. **Trab. Educ. Saúde**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 505-519, nov. 2011.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J.P. **Modelos de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família**. Salvador: EDUFBA, 2006.

TEIXEIRA, CF. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 257-277, set./dez. 2003.

TEIXEIRA, C.F. Modelos de Atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. In: _____ (org). **Promoção e Vigilância da saúde**. Salvador: CEPS/ISC, 2002.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S.; VILASBÔAS, A.L. SUS, modelos assistências e Vigilância da Saúde. **IESUS**, v. VII, n. 2, p. 7-27, abr./jun. 1998.

TEIXEIRA, S.F. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In: _____ (org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. 3 ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco, 2006. p. 17-46.

TESTA, M. **Pensar em salud**. 3 ed. Buenos Aires - Argentina: Lugar Editorial, 2004.

TESTA, M. **Saber en salud: la construccion del conocimiento**. Buenos Aires – Argentina: Lugar Editorial, 1997.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; FERNANDES, C.; ALMEIDA, C.M. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 133-149, jan./mar. 2000.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1990.

UCHIMURA, K. Y. **Integralidade e humanização na estratégia saúde da família: percepções de atores implicados na atenção básica de Fortaleza-CE**. Fortaleza, 2010. 209 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-CE, 2010.

UCHIMURA, K.Y.; BOSI, M.L.M. A polissemia da qualidade na avaliação de programas e serviços de saúde: resgatando a subjetividade. In: BOSI, M.L.M; MERCADO, F.J. (orgs). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petropolis (RJ): Vozes, 2004. p. 75-98.

UCHIMURA, K.Y.; BOSI, M.L.M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 1561-1569, nov./dez. 2002.

UGÁ, M.A.; PORTO, S.M. Financiamento e alocação de recursos em saúde no Brasil. In: GIOVENELLA, L. *et al* (orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 395-425.

VASCONCELOS, C.M. Política e gestão no SUS: uma interação conflitiva. In: CASTRO, J.L.; FORMIGA, J.M.M.; VILAR, R.L.A. (orgas). **Política e gestão em saúde: reflexões e estudos**. Natal: Editora Observatório RH NESCC/UFRN, 2006. p. 49-68.

VASCONCELLOS, V.C.; AZEVEDO, C.S. Sentidos do trabalho e imaginário organizacional em um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. **Interface – comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 4. N. 34, p. 563-576, jul./set. 2010.

VILAR, R.L.A.; GERMANO, J.W.; GERMANO, R.M. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e a humanização: dilemas e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 35, n.91, p. 545-552, out./dez. 2011.

WENTZEL, C.; KANTORSKI, L.P. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 13, n. 4, p. 593-598, dez. 2004.

YIN, R.K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Tradução de Daniel Grasse. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

Sobre os autores

José Maria Ximenes Guimarães – Enfermeiro Sanitarista. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará – UECE. Mestre em Saúde Pública pela UECE. Pesquisador do Grupo de Pesquisa Vida e Trabalho/UECE. Atuou como consultor da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde, no Ministério da Saúde – Brasil, no período 2012-2015; Gestor da Coordenadoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde no Ceará, no período 2014-2015. Professor Substituto do Curso de Graduação em Medicina da UECE. Docente nos cursos de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde e Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Saúde da Família – RENASF, ambos na UECE.

José Jackson Coelho Sampaio – Médico Psiquiatra. Doutor em Medicina Preventiva pelo Universidade de São Paulo - USP/Ribeirão Preto. Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade de Estado do Rio de Janeiro- IMS/UERJ. Professor Titular de Saúde Pública da UECE. Docente do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – UECE. Líder do Grupo de Pesquisa Vida e Trabalho.