



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

INSTITUTO DE PSIQUIATRIA – IPUB

MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

ROSEMARY CALAZANS CYPRIANO



**GRUPO CONDUTOR DA RAPS DA BAIXADA
LITORÂNEA:**

**O que os gestores têm a falar sobre a Rede de
Atenção Psicossocial**

Rio de Janeiro

2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE PSIQUIATRIA - IPUB

ROSEMARY CALAZANS CYPRIANO

GRUPO CONDUTOR DA RAPS DA BAIXADA
LITORÂNEA:

O que os gestores têm a falar sobre a Rede de
Atenção Psicossocial

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado Profissional em Atenção
Psicossocial do Instituto de Psiquiatria da
Universidade Federal do Rio de Janeiro,
como requisito parcial à obtenção do
Título de Mestre em Atenção
Psicossocial.

Orientadora: Profa. Dra Maria Paula
Cerqueira Gomes

Rio de Janeiro
2019

C138s

Cypriano, Rosemary Calazans.

Grupo Condutor da RAPS da Baixada Litorânea: O que os gestores têm a falar sobre a Rede de Atenção Psicossocial/Rosemary Calazans Cypriano.

- Rio de Janeiro, 2019.

141 f.

1. Gestão Pública. 2. Saúde Mental. 3. Narrativas.
4. Oficinas. 5. Cuidado I. Gomes, Maria Paula Cerqueira,
orient. II. Grupo Condutor da RAPS da Baixada Litorânea: O que os gestores têm a falar sobre a Rede de Atenção Psicossocial.

ROSEMARY CALAZANS CYPRIANO

GRUPO CONDUTOR DA RAPS DA BAIXADA
LITORÂNEA:

O que os gestores têm a falar sobre a Rede de
Atenção Psicossocial

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado Profissional em Atenção
Psicossocial do Instituto de Psiquiatria da
Universidade Federal do Rio de Janeiro,
como requisito parcial à obtenção do
Título de Mestre em Atenção Psicossocial.

Aprovada em ____ / ____ / ____.

Profa. Dra. Maria Paula Cerqueira Gomes (Orientadora) – MEPPSO/IPUB/UFRJ

Prof. Dr. Carlos Eduardo de Moraes Honorato – IMS/UERJ

Profa. Dra. Marcia Cristina Nascimento Dourado – MEPPSO/IPUB/UFRJ

Dedico esta Dissertação de Mestrado a todos os gestores de saúde mental, que me provocaram com seus atos ou com a ausência deles, a questionar esse lugar onde o cotidiano é tenso, instigante e vivo.

AGRADECIMENTOS

A Deus por toda a Força e Proteção, que ao longo desse tempo, foi capaz de gerar o cuidado necessário, para o meu melhor desempenho nesse percurso, trazendo Luz nos momentos difíceis que atravessaram esse tempo de estudo, que aqui se conclui.

À minha Orientadora, profa Dra Maria Paula Cerqueira Gomes, que foi e sempre será, um grande exemplo de gestora para mim, não somente por me apresentar de forma ética, comprometida, estimulante e acima de tudo exigente, a importância do que podemos ou não fazer para a melhoria da vida das pessoas de quem cuidamos, ao longo de nossas vidas profissionais, e de forma não menos importante, por conseguir me escutar e auxiliar, dando a direção e os ensinamentos fundamentais do caminho que poderia percorrer, e assim me amparar do jeito respeitoso e afetuoso, que sempre imprimiu em suas falas.

Ao Carlos Eduardo, Cadu, que com sua sabedoria, cautela, apontamentos e ensinamentos, marcou minha vida profissional, além de tornar-se um grande parceiro nesse percurso público, que foi marcado por momentos mais ou menos tensos, porém instigantes.

À Marcia Dourado, que acolheu o meu convite e com gentileza e presteza, fez parte desse trajeto acadêmico.

À Claudia Talembegue, por acolher meu convite com carinho, e já ter participado de minha vida profissional pública, trazendo contribuições importantes.

À professora Cristina Ventura, pela maneira pela qual fez parte do meu crescimento acadêmico e profissional, durante esse momento de minha vida, mas também ao longo de anos, pela maneira que se presentificou com seus apontamentos decisivos e importantes, para o meu trabalho, em minha carreira pública.

Ao meu marido, sempre companheiro e paciente, parceiro de uma vida de muito empenho profissional, que com sua tolerância e carinho não me deixou desistir naquilo que sempre acreditei e teimei, me apoiando e incentivando, mesmo nos momentos de maiores desafios e impasses, acolhendo e escutando as minhas angústias, vividas no dia a dia do trabalho público.

À minha mãe, por me dar a vida, e me incentivar a ser teimosa com tudo que

sempre se apresentasse de forma injusta, em minha vida pessoal e profissional.

Aos gestores de saúde, com quem durante o meu percurso de trabalho na gestão pública de saúde mental, no Município de São Pedro da Aldeia, e em especial, a minha atual gestora de saúde, Francislene Casemiro, por me incentivar ainda mais, a lutar pelo SUS com determinação e coragem, enfrentando a cada dia de trabalho, os impasses e desafios na efetivação das ações para a implantação da política pública de saúde mental.

Aos gestores de saúde mental, com quem já trabalhei, e com quem trabalho regionalmente, que se propuseram a contribuir com essa pesquisa, e que de forma incansável, lutam pela defesa da vida, e pela existência e permanência de uma Rede de Atenção Psicossocial efetiva e de qualidade.

A todos os profissionais da minha equipe, que compõem ou já compuseram a RAPS do Município de São Pedro da Aldeia, RJ, e em especial, os gestores dos dispositivos de saúde mental deste município, que sustentam diariamente com ética, compromisso e cuidado, a política de saúde mental existente, e vislumbram a ampliação da mesma.

Aos profissionais da rede municipal, que por meio da intersetorialidade, sempre buscam ampliar a clínica do sujeito, e as ações necessárias para a sustentação do cuidado ao usuário da saúde mental.

Aos profissionais do Ministério Público e do Poder Judiciário, que através da relação de trabalho, puderam contribuir na ampliação do cuidado ao usuário da saúde mental, me ensinando como cada vez mais, garantir os direitos de cidadania desses usuários, aumentando meu desejo por dias melhores para eles.

Aos familiares dos usuários dos dispositivos que compõem a RAPS do Município de São Pedro da Aldeia, que sempre me impulsionaram a buscar conhecer cada vez mais, as políticas públicas que contribuíssem para a ampliação do cuidado em liberdade.

E, por último, mas não menos importante, a todos os usuários da saúde mental, por me ensinar a cada dia, que é possível tratar sem trancar, e com isso sustentar o desejo e me encorajar, desde sempre, a insistir por dias melhores, que contribuíssem para o avanço necessário e contínuo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, onde o retrocesso em saúde mental, nunca se consolide.

“Resistir protestando não é a única forma de resistência, é possível resistir criando”.

(Eduardo Alves Melo)

RESUMO

Este trabalho tem como objeto de estudo, a função da gestão pública de saúde mental, por meio dos gestores que exercem essa atuação em certo contexto no Estado do Rio de Janeiro. A dimensão estudada é a região da Baixada Litorânea, onde esses gestores se encontram em uma das vias de execução dessa função, que é o modo como eles operam num certo âmbito, sendo dentro do grupo gestor. A abordagem do objeto se deu através das narrativas, onde por meio da Oficina de Sensibilização realizada com os gestores de saúde mental, a riqueza das narrativas tornou-se muito grande e de acordo com a autora, Mary Jane Spink, através dessa ferramenta como estratégia metodológica, pode-se ouvir, nesse caso, os gestores. Dessa forma, a metodologia de narrativas com oficinas, representou a possibilidade de recolher as falas desses gestores, além de ter incluído, nesses momentos, a aposta de uma ação política como possível consequência, e tornou esses momentos um espaço coletivo de construção. Observou-se que foi possível ampliar o estudo sobre esse tema, que determinou para essa pesquisa, a importância do lugar da gestão, como um lugar onde se pode ou não operar uma direção. Promoveu-se o exercício ético-político, por meio da oficina como estratégia de pesquisa, pois ao mesmo tempo em que foi gerado material para análise, criou-se espaços de trocas simbólicas, que potencializaram as discussões em grupo, em relação a temática proposta, gerando conflitos construtivos com vistas ao engajamento político de transformação. Com isso, o uso de oficinas no contexto desta pesquisa, foi de fundamental importância, pois permitiu a articulação entre duas dimensões básicas e indissociáveis da construção de conhecimento, sendo elas, a articulação teórico-metodológicas e implicações ético-políticas. A oficina realizada, uma forma de sensibilização, além de representar ocasião privilegiada para a análise de processos de subjetivação, representou também o cuidado, por meio da inquietação dos gestores de saúde mental, dos municípios que compõem a região da Baixada Litorânea, bem como dentro a expressão do que vivem esses gestores em suas atuações no espaço da gestão. Portanto, a perspectiva de fazer pesquisa, basendo-se no estudo do saber cotidiano, focalizando as maneiras pelas quais os gestores de saúde mental, produzem sentidos e posicionam-se nas relações sociais, com a preocupação de desnaturalizar as construções do cotidiano, estava não somente em consonância com a forma apresentada por Mary Jane Spink, como apontou a necessidade de incorporar novas questões do nível dos processos micropolíticos do trabalho em saúde, por meio da busca pela mudança efetiva do processo de trabalho em saúde, verificada através das diversas e distintas experiências apresentadas, nesta construção dissertativa. Concluiu-se que, o desafio que se impõe, convoca buscarmos novas e variadas ferramentas para a difícil tarefa de construir serviços centrados nos usuários e em suas necessidades, e dessa forma, cuidar desse sujeito, o usuário da saúde mental, garantindo que sua existência importa, assim como a de todos os profissionais de saúde, familiares e os próprios usuários, permanecendo imbricados no laço que torna esse cuidado possível.

Palavras-Chave: Gestão Pública. Saúde Mental. Narrativas. Oficinas. Cuidado

ABSTRACT

This work has as its object of study the function of public management of mental health, through the managers that perform this function, in a certain context in the State of Rio de Janeiro. The dimension studied is the Baixada Litorânea region, where these managers are in one of the ways of performing this function, which is the way they operate in a certain area, being within the management group. The approach of the object was through narratives, where through the Awareness Workshop with mental health managers, the richness of the narratives became very large and according to the author, Mary Jane Spink, through this tool as a strategy. In this case, the managers can be heard. Thus, the narrative methodology with workshops represented the possibility of collecting the speeches of these managers, besides having included, at those moments, the bet of political action as a possible consequence, and made these moments a collective space for construction. It was observed that it was possible to expand the study on this theme, which determined for this research, the importance of the place of management, as a place where one can or cannot operate a direction. The ethical-political exercise was promoted, through the workshop as a research strategy, because at the same time that material was generated for analysis, spaces for symbolic exchanges were created, which facilitated group discussions regarding the proposed theme, generating constructive conflicts with a view to the political engagement of transformation. Thus, the use of workshops in the context of this research was of fundamental importance, as it allowed the articulation between two basic and inseparable dimensions of knowledge construction, namely, the theoretical-methodological articulation and ethical-political implications. The workshop, a form of sensitization, besides representing a privileged occasion for the analysis of subjectivation processes, also represented the care, through the concern of the mental health managers, of the municipalities that make up the Baixada Litorânea region, as well as among others. The expression of what these managers live in their actions in the management space. Therefore, the perspective of doing research, based on the study of everyday knowledge, focusing on the ways in which mental health managers produce meanings and position themselves in social relations, with the concern of denaturalizing everyday constructions, was not only in line with the form presented by Mary Jane Spink, as pointed out the need to incorporate new issues of the level of the micropolitical processes of health work, through the search for effective change in the health work process, verified through the various and distinct experiments presented, in this dissertative construction. It was concluded that the challenge that arises calls for new and varied tools for the difficult task of building services centered on users and their needs, and thus taking care of this subject, the mental health user, ensuring that their existence is important, as well as that of all health professionals, family members and the users themselves, remaining embedded in the bond that makes this care possible.

Key-Words: Management. Public. Mental health. Narratives. Workshops. Watch out.

LISTA DE SIGLAS

SUS	Sistema Único de Saúde
RJ	Rio de Janeiro
IPUB	Instituto de Psiquiatria da UFRJ
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
SP	São Paulo
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
GC	Grupo Condutor
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
CIR-BL	Comissão Intergestores Regional da Baixada Litorânea
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
SAIPS	Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde
RAAS	Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio de Saúde à Família
MS	Ministério da Saúde
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência
ONGS	Organizações não Governamentais

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1	Mapa da Região da Baixada Litorânea	45
FIGURA 2	Distribuição espacial dos participantes no Grupo da Oficina de Sensibilização	51
FIGURA 3	Transcrição sequencial relativa às linhas 02-55 da transcrição integral	67
FIGURA 4	Mapa da oficina de sensibilização (02/09/2019)	68

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	População estimada dos municípios da Baixada Litorânea em 2019	46
TABELA 2	Associações de ideias com a frase momentos que marcaram suas vidas na gestão de saúde mental	57

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	Compartilhando um pouco da história da minha implicação	15
1.2	O começo da minha função como gestora	16
1.3	A chegada como ponto de partida numa gestão	19
2	A REFORMA PSQUIÁTRICA NO MUNICÍPIO DE SÃO PEDRO DA ALDEIA, RJ	22
2.1	A função gestora na implantação dessa Reforma	22
2.2	Os desafios da gestão de saúde mental na sustentação do novo paradigma na instalação dos serviços de saúde mental em São Pedro da Aldeia, RJ	23
3	A REFORMA PSQUIÁTRICA NO BRASIL: MARCOS DA REFORMA	26
3.1	A política de saúde mental do SUS e o processo da reforma psiquiátrica	26
3.2	Histórico da Reforma: a crítica do modelo hospitalocêntrico (1978-1991) e o começo da implantação da rede extra hospitalar (1992-2000)	27
4	OBJETIVO GERAL, ESPECÍFICO E METODOLOGIA	29
4.1	As oficinas como estratégia de pesquisa	30
5	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	33
5.1	Na busca da construção do caminho para pensar a função da Gestão Pública de Saúde Mental	33
5.1.1	O conceito e sua direção	33
5.1.2	A gestão em saúde	34
5.1.3	Os modelos de atenção e o ato de cuidar	35
5.1.4	O trabalho vivo em ato	36
5.1.5	A aposta pelo novo como um dos grandes desafios	38
5.1.6	Fazer gestão, governar	40
5.1.7	Tentando construir um caminho marcado por uma encruzilhada	41
5.1.8	O cuidar como cuidado	42
5.1.9	Então, interrogar é o método?	43
6	PANORAMA DA REGIÃO DA BAIXADA LITORÂNEA	45
6.1	Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da Baixada Litorânea	46

7	PROPOSTA METODOLÓGICA	47
7.1	Oficina de Sensibilização com os Gestores de Saúde Mental	47
7.2	Como ocorrerão as atividades e o registro do material discursivo	46
7.3	Os procedimentos utilizados para a análise da oficina	51
7.4	O que os Gestores de Saúde Mental, têm a falar sobre a Rede de Atenção Psicossocial da Baixada Litorânea, e falaram!	76
7.5	Considerações finais sobre a Oficina de Sensibilização e a proposta metodológica	78
8	CONCLUSÃO	81
9	REFERÊNCIAS	86
	ANEXO – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	88
	APÊNDICE – TRANSCRIÇÕES DA SEGUNDA E TERCEIRA ATIVIDADES	91

1 INTRODUÇÃO

1.1 Compartilhando um pouco da história da minha implicação

A história que este trabalho possibilita contar começou há pelo menos 33 anos atrás, em 1986, quando eu, estudante de psicologia, comecei um percurso de estágio no então Hospital Psiquiátrico Colônia Juliano Moreira, localizado em Jacarepaguá, no Estado do Rio de Janeiro. Lá, onde éramos convocados a participar das reuniões, que ocorriam no auditório do prédio da direção deste Hospital, que naquele tempo era de Domingos Sávio, e que reuniam gestores e profissionais desta instituição asilar, já preocupados com as condições que se encontravam aqueles pacientes ali há muitos anos internados.

Nesse tempo, não entendia o tamanho exato da importância que representava aqueles momentos. Inclusive, me sentia mal, por deixar de estar realizando os atendimentos e as tarefas nas quais tinha como atribuição, para estar ali questionando aquele modelo de tratamento.

Ouvir profissionais e gestores daquela instituição e de outras, como Pedro Gabriel Delgado e Joel Birman, por exemplo, além do próprio Domingos Sávio, era ao mesmo tempo deslumbrante como instigante, mas ainda assim me causava curiosidade. Lembro-me que neste tempo surgiram as seguintes questões:

- Como poderiam aqueles gestores mudar aquela realidade com tamanho abandono para aquelas pessoas ali moradoras de um lugar que não era o seu?
- Como toda aquela paixão que marcava a fala daqueles homens, tornaria possível uma prática diferente?
- Como poderiam devolver aquelas pessoas às suas famílias tão desamparadas pela ausência de valores tão importantes como o próprio valor à vida?

Aquele sofrimento, visível a cada um de nós, não era somente um sofrimento psíquico! Ele guardava em si muito mais que isso! Ele representava também a própria perda de um lugar que um dia tiveram, um lugar de cidadão brasileiro com todos os deveres que esse lugar pode representar, mas também com os direitos que cabe a todos como cidadãos. Tais como direito à saúde, aos tratamentos em liberdade, à moradia, a trabalho, a lazer; tudo que pudesse contribuir para que a nomeação de cidadão não representasse apenas um emblema nacional.

O sofrimento de todos ali, parecia determinar o cumprimento de uma tarefa na qual caberia aos pacientes, familiares e profissionais; mas principalmente àqueles que estavam naquele momento exercendo uma função numa gestão pública.

Tudo isso era muito novo em vários aspectos para mim! Porém, provocador! Tão provocador que me trouxe de volta à esta realidade hospitalar anos mais tarde, já sendo psicóloga, e fazendo um novo percurso acadêmico através de um curso de especialização realizado na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Este curso, incluía um tempo de passagem, novamente pela “Colônia Juliano Moreira”, como era conhecido este Hospital Psiquiátrico, ao mesmo tempo que me aproximava de teóricos estrangeiros que naquele momento influenciavam todo o Movimento, que antecedia uma Reforma já muito esperada. Também permitiu o aprendizado e o acompanhamento do nascimento do Sistema Único de Saúde – SUS, que desde a sua construção é marcado por um mandato social. Este Sistema de Saúde, que é sustentado pelas mudanças sociais, propostas para uma maior qualidade de vida de todo e qualquer cidadão brasileiro, inclusive os que perderam suas cidadanias ao serem internados em instituições psiquiátricas, e lá permaneceram esquecidos pelos familiares, profissionais e gestores à espera do cumprimento das ações necessárias para que sejam retirados dessa condição asilar. Aqui novamente, o mandato daqueles envolvidos numa função de gestão pública, se coloca e me conduz a continuar estudando.

Continuadamente, a dedicação pelo estudo das questões acerca dos transtornos mentais e a descoberta de possibilidades de novas formas de tratamento vão me ocupando e encantando, inclusive por tomar conhecimento que aquelas questões iniciais que me causavam curiosidade e me faziam acreditar em dias melhores para as pessoas com sofrimento psíquico, poderiam se tornar factíveis desde que aquelas realidades mudassem ao invés de permanecer como ainda se encontravam.

Este tempo é então marcado por inúmeras tentativas de entrada no serviço público através de concursos realizados; onde ainda que obtendo aprovação não havia convocação; além da compreensão da existência de um desejo muito grande de colocar tanto conhecimento adquirido a serviço da prática. E que essa prática poderia ser transformadora! Afinal, conhecimento não compartilhado pode tornar-se ineficaz!

Finalmente, em 1999, fui aprovada e convocada para exercer a função de psicóloga, através do concurso público realizado no Município de São Pedro da Aldeia, RJ, e dou início a um trabalho que representará o começo de uma carreira pública questionadora, tensa e instigante, mas sempre com muita paixão e vida!

Dar início a esta carreira, representou apenas uma passagem marcada por pouco tempo na função de psicóloga, neste município localizado na Região da Baixada Litorânea do Estado do Rio de Janeiro. Isso porque, um ano depois, começo um percurso na gestão ao assumir a coordenação municipal de saúde mental.

Dessa forma, começando a exercer esta função numa gestão pública municipal no ano 2000, antes ainda da Lei da Reforma Psiquiátrica ser aprovada, me pego novamente com os questionamentos acerca desta função e da importância de operar uma gestão.

Depois de passados 20 anos de muito trabalho no Município de São Pedro da Aldeia, RJ, dentre os quais, 15 anos estando na gestão do então Programa de Saúde Mental, tenho por meio do mestrado profissional, a oportunidade de produzir conhecimento, já que nesta pesquisa há a possibilidade de uma aproximação maior com o mundo do trabalho, que realizo com toda a militância e singularidade, claramente marcada por muitos profissionais da saúde mental.

Sendo assim, este estudo onde eu me coloco em análise permite colocar em análise, o processo de gestão que vivencio, tornando possível acreditar que a prática do gestor pode ser uma via, a partir da qual haverá uma aproximação maior de um debate sobre esta função.

Então perguntar, qual a função da gestão pública de saúde mental? Qual a função de um gestor de saúde mental? Afinal, o que é operar este mandato público da saúde mental neste ideário da Reforma Psiquiátrica Brasileira?

Esta é a questão que continua a me inquietar, ou seja, o campo da gestão em saúde mental, que permanece me implicando e mantendo vivo o questionamento sobre esta função gestora.

1.2 O começo da minha função como gestora

O coordenador dá o tom! Esta frase foi dita e repetida diversas vezes durante as aulas do curso de especialização em saúde mental, do qual também fiz parte, nesta mesma universidade, que é realizado este estudo aqui descrito.

É também emblemática e desde este tempo, dizia bastante sobre essa função! A função da gestão é dar o tom. Com isso, ficar às voltas com a função da gestão, foi permitindo que descobrisse como operar um espaço onde uma construção teria que acontecer. Algo teria que ser orquestrado! Ser operadora deste mandato público foi determinando minhas ações! Assim como um maestro direciona o tom de sua orquestra! É ele quem tem um mandato a cumprir! Porém, não sem parceria!

Foi necessário desde aquele tempo, recorrer ao significado deste substantivo mandato e verificar inicialmente no dicionário, que representava aquilo de que se está encarregado, numa incumbência, uma missão, aquilo que diz respeito a concessão de poderes para desempenho de uma representação. Desta forma, estamos falando de uma missão em que há poder para desempenhar, no caso aqui representada pela gestão da saúde mental. Tornando possível que no exercício desta gestão, esse poder funcione como determinante para a realização das ações que são verificadas como necessárias para a população que requer assistência em saúde mental.

Chegar à gestão municipal de saúde mental e ter que garantir a presença nas reuniões promovidas mensalmente pela Secretaria Estadual de Saúde por meio da gestão estadual de saúde mental, neste tempo exercida por Maria Paula Cerqueira, fez perceber que essa função precisava ser atravessada por um saber construído sobre as políticas públicas e sobre o campo da saúde mental, com as legislações que sustentavam as ações que podiam e deveriam ocorrer. Este atravessamento era tão incentivado neste tempo da gestão estadual de saúde mental, que foi oferecido a todos os coordenadores municipais de saúde mental do Estado, um curso de especialização em saúde mental no IPUB/UFRJ, já mencionado e do qual fiz parte. Não sem motivo, causava estranheza e incômodo, quando observava que muitos profissionais exerciam a gestão em saúde mental atuando apenas através do viés da política partidária vigente nos municípios no momento. Porém, sabe-se que esta atuação não é tão institucionalizada!

Foi com essa direção de trabalho, apostando na qualificação dos profissionais e na importância dessa qualificação, que houve o início da compreensão sobre o exercício dessa função e do mandato que a gestão em saúde mental devia ter. Esta era uma questão fundamental!

Naquele tempo, era importantíssimo que fosse compreendido que o ideário da Reforma Psiquiátrica constituía uma Política de Estado Brasileiro.

Sendo assim, à gestão importava fazer o desenho do Programa Municipal de Saúde Mental, sustentando uma Política de Estado que já era marcada através do apoio dado à então Política Nacional de Saúde Mental. E aí, enfrentar várias mudanças com posições que eram novas e marcadas por uma gestão técnica e não mais por uma gestão política; onde por muitas vezes ocupava-se um espaço político através de disputa. Esta arena representava um território novo, contudo apontava a necessidade de perceber que havia também na gestão de saúde mental uma singularidade, onde nem tudo podia ser dito e nem tudo era fácil de ser dito. Era preciso descobrir parcerias! Principalmente num território onde todos se conheciam e as relações de poder eram estabelecidas através de acordos. Inclusive pelo fato curioso, porém verdadeiro, da função da gestão municipal de saúde mental, estar a partir daquele momento, sendo exercida por alguém que representava “um estranho no ninho”.

1.3 A chegada como ponto de partida numa gestão

Desconhecer o território é comum e esperado além de ser natural, quando se chega num lugar novo. Não conhecer o governo e seus governantes, além de seus projetos políticos, também é natural para uma profissional que não havia nascido e nem crescido acompanhando aquele local e suas vicissitudes. E não conhecer o grupo gestor local que compõe uma instância de governo municipal, como a Secretaria de Saúde, é também tolerável, mas por pouco tempo. Essa seria a primeira tarefa a cumprir! Aproximar-me de tudo e todos que fosse possível. Foi assim que cheguei à gestão de saúde mental em São Pedro da Aldeia.

Não dá para esquecer de que assim como não havia um Programa Municipal de Saúde Mental, não havia também um lugar onde a gestão pudesse operar sua função. Lugar determinado inclusive por um espaço geográfico.

É claro que já era compreendido que a saúde mental não existia enquanto um Programa de Saúde no município. Então, era preciso eleger um lugar onde junto com os profissionais da psicologia e da psiquiatria, que estavam começando a atuar no município, fossemos escrever o Programa de Saúde Mental. E foi assim que foi conduzido. Na rodoviária do município, ocorria a reunião semanal enquanto era esperado a chegada dos ônibus para retorno, após os dias de trabalho. E lá começava a ser desenhado o que seria o Programa de Saúde Mental do município, com o que era percebido como necessário para gerar a assistência aos usuários com transtornos mentais.

Durante essa construção, também foi uma direção tomada pela gestão do Programa Municipal de Saúde Mental, um movimento de aproximação dos profissionais da rede de Saúde existente naquele momento, assim como da rede de Educação e de Assistência Social e Direitos Humanos. Não menos importante, foi a aproximação com Ministério Público, e com o Juízo, existente no Fórum do município. Acreditava-se que seria fundamental o resgate da cidadania daqueles usuários, que naquele tempo tinham seus tratamentos exclusivamente determinados por internações em hospitais psiquiátricos, assim como a luta contra a violação dos direitos, verificada nessas internações que até então ocorriam. Este seria o ponto de partida que precisava ocorrer para que fosse construído um novo lugar para a loucura no município.

Realizar o cuidado em liberdade e construir parcerias, sempre foi a certeza expressa da gestão de saúde mental por meio das falas de que o usuário da saúde mental não era um usuário apenas da saúde e nem tampouco somente da saúde mental, ele era um usuário do município pois ali era onde residia e portanto cabia à todos os profissionais da rede municipal juntamente com ele, a responsabilidade pelo que ocorria em seu território. Sendo visto dessa forma, acreditava-se que só um trabalho em rede, podia ser potente, e capaz de enfrentar os desafios que existiam para a implantação da política pública em saúde mental, que começava a existir em São Pedro da Aldeia, RJ. E também era sabido que assim as parcerias iam sendo também construídas e que sem elas o percurso seria mais difícil na consolidação dessa política tão importante.

Já existia a crença de todos os profissionais que juntos desenhavam esse percurso, de que a capacidade de capilarização podia produzir a resistência necessária para não continuar reproduzindo o mesmo ato de sempre frente à um

paciente em crise, que era colocá-lo numa ambulância e conduzi-lo à um hospital psiquiátrico para lá o deixar. Havia a aposta de que dessa forma poder-se-ia começar a consolidar o nosso trabalho que era enorme, intenso e denso; pois tratava-se da implantação de uma política pública de saúde mental que estava sendo pautada pela Reforma Psiquiátrica Brasileira.

2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO MUNICÍPIO DE SÃO PEDRO DA ALDEIA, RJ

2.1 A função gestora na implantação dessa Reforma

Foi preciso planejar várias ações ao mesmo tempo! Afinal, não havia rede de saúde mental. Antes da nossa chegada, não havia psicólogos e nem outros profissionais além de 01 médico psiquiatra, e o tratamento para os pacientes com algum problema psíquico era somente medicamentoso e nas situações de crise, o que era feito eram as internações em clínicas psiquiátricas como a Clínica Ego no município de Tanguá, ou mesmo em hospital psiquiátrico como o Hospital Colônia de Rio Bonito no município de Rio Bonito; que ficam localizados na região da Baixada Litorânea, e eram conveniados com o SUS. Naquele tempo, há 21 anos, não havia nem mesmo regulação para as internações psiquiátricas! Qualquer médico, não somente o médico psiquiatra podia dar um laudo psiquiátrico e encaminhar o paciente em crise para uma internação sem tempo determinado, nestes dois hospitais especializados.

O desafio era imenso dentro e fora do município! Para constituir-se como política pública municipal, imaginava-se que à gestão cabia reduzir as internações psiquiátricas e instalar o Programa Municipal de Saúde Mental, que não só começaria a atuar nas situações de acompanhamento das crises, na emergência localizada no Pronto Socorro Municipal, como também construiria o percurso que era necessário para promoção da abertura do acolhimento e acompanhamento da população com transtorno mental. Além, é claro de poder começar a descobrir, quem eram os pacientes que até então haviam sido internados nos hospitais psiquiátricos da região, conveniados com o SUS, conforme já mencionado. Aqui, a descoberta dizia respeito a necessidade de que existissem diferentes modo de operar uma gestão. Precisava sustentar a ideia de que esses modos diferentes diziam respeito a diversidade de ações que cabia à gestão!

Porém, para que tudo isso ocorresse, existia a clareza, já sustentada pela política pública de saúde mental estadual, nesse tempo, da necessidade de haver oficialmente a criação do cargo de coordenador dentro dos organogramas das secretarias municipais de saúde. Esse momento foi construído, mas não foi tão rápido. Durante esse tempo, onde o gestor da saúde precisou compor um novo organograma e sustentar a importância da criação desse cargo, foram ocorrendo as

ações junto com a pequena equipe dos profissionais da saúde mental, existente dentro dos dispositivos da saúde. Ações como a construção do Programa de Saúde Mental, que representasse o que era necessário existir para instalação, e ampliação dos recursos em saúde mental no município. Assim, se inicia o Programa de Saúde Mental do Município de São Pedro da Aldeia, concomitante a aprovação da Lei nº 10.216 – Lei a da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que nos amparava não somente sustentando a nova política nacional de saúde mental como diretriz de trabalho , como também garantindo a implantação da rede de atenção psicossocial, através dos dispositivos criados pelo Ministério da Saúde, para substituir o modelo asilar já comprovado como superado. Não menos importante, aliás fundamental, garantindo também os repasses criados pelo Ministério da Saúde, como forma de incentivo e custeio para os municípios realizarem as ações na direção da consolidação da Reforma Psiquiátrica, proposta através da nova legislação.

Com esse novo panorama nacional, e nesse momento já existindo a gestão de saúde mental como uma das instâncias do governo municipal, tanto a função do gestor de saúde mental como o espaço que a saúde mental passa a ocupar, podem garantir um novo lugar para a loucura. Assim como também, a política de saúde mental iniciada no município torna possível a reforma psiquiátrica existir não somente como um conjunto de ações onde a disputa ocorre na macropolítica, mas acima de tudo um conjunto de ações onde a disputa na micropolítica também pode sustentar uma direção de cuidado e não somente uma direção de tratamento, onde os direitos de cidadania não eram garantidos e o cuidado em liberdade, muito menos.

2.2 Os desafios da gestão de saúde mental na sustentação do novo paradigma na instalação dos serviços de saúde mental em São Pedro da Aldeia, RJ

Pode parecer um paradoxo, mas foi real! Nadar contra a maré, sempre foi o modo como na maioria das vezes, a gestão de saúde mental, operou dentro do projeto político que caracterizava as ações que iam ganhando mais possibilidades no município.

Sempre foi surpreendente e contraditório precisar disputar com os gestores de saúde, o projeto que não representava apenas um desejo pessoal da gestão de saúde mental, mas acima de tudo uma nova política pública de cuidado às pessoas

com sofrimento psíquico e a conseqüente garantia dos direitos desse cuidado em liberdade. Viver essa estranheza era sempre um desafio para a gestão de saúde mental.

A disputa no espaço do trabalho era o que representava a possibilidade do surgimento dos serviços dentro da rede de atenção psicossocial municipal. À gestão de saúde mental cabia a resistência ao modelo de tratamento até então utilizado e a reinvenção no município de tudo o que fosse fundamental para a sustentação da singularidade de cada novo serviço de saúde mental que fosse vir a ser instalado, assim, como, a necessidade de que em cada um deles houvesse um gestor.

Sustentar a importância que o gestor de um serviço de saúde mental tem, e que não cabe ao gestor de saúde mental acumular essa função, representou agregar mais uma disputa na arena municipal. Aquilo que para a gestão de saúde mental era tão claro e representava condição para o bom funcionamento dos serviços, para os gestores de saúde, tornava-se um novo nó a ter que ser desatado, pois na verdade implicava a necessidade da criação de cargos de gestão para os novos dispositivos da saúde mental, além do cargo de gestor deste Programa, que já havia ocorrido.

Como não pensar na importância da função do gestor de cada serviço de saúde mental, que precisava ser instalado na construção da rede de atenção psicossocial municipal, se o desafio representava a construção de um novo lugar para a loucura?

A gestão de saúde mental não podia representar apenas uma máquina de resolver problemas e, nem serem tampouco suas ações reduzidas ao cumprimento de tarefas. Era preciso se preocupar com o funcionamento de cada serviço, que deveria ser instalado no município, no enfrentamento do novo modelo de assistência às pessoas em sofrimento psíquico. Precisava-se gerar o acolhimento necessário à população, para que dessa forma o acesso aos novos serviços representasse de fato, uma nova direção de tratamento.

Essa direção foi sustentada e com ela foi sendo desenhado como seria constituído cada serviço, e sua importância frente aos desafios na implantação e consolidação da reforma psiquiátrica no município.

Outro desafio para gestão de saúde mental seria a qualificação desses serviços, para que o acesso aos mesmos, novos no município, não representasse apenas algo que estivesse na linha do entra e sai, mas sim, na abertura e

acolhimento à população. Essa qualificação era conquistada em momentos que a Secretaria Estadual de Saúde, através da gerência de saúde mental, promovia cursos de capacitação ou que os profissionais de saúde mental, incentivados e financiados pelo município, participavam das Conferências Nacionais de Saúde Mental, das Conferências Estaduais e Municipais de Saúde, além de ter a oportunidade de participar do 1º Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, realizado no estado de São Paulo, dentre outros. Tudo isso ocorreu entre os anos 2000 e 2010, e representou muito no enfrentamento dos desafios que se colocavam para a gestão de saúde mental, com relação a realização das ações tão fundamentais para a retirada dos pacientes internados nos hospitais psiquiátricos da região, para a extinção das solicitações de internação fora do município em clínicas privadas e conveniadas com o SUS, para a criação de Protocolo de saúde mental para as situações de emergências psiquiátricas para a Porta de Entrada Municipal localizada no Pronto Socorro e para a instalação dos serviços que eram necessários na composição da rede extra hospitalar no município, que pudesse acolher as situações de crise e encontrasse no território, o cuidado necessário além de novas formas de inserção e produção de vida para os usuários da saúde mental. Foi também fundamental para a gestão de saúde mental, durante esse percurso, a inscrição do município junto ao Ministério da Saúde, ao Programa de Volta Para Casa, já que esse benefício representava um direito adquirido de todos que ficaram longamente internados em hospitais psiquiátricos, privados de liberdade, e à partir do ano de 2003, este Programa, também criado pelo Ministério da Saúde, foi votado e sancionado, gerando mais esse recurso à esses usuários e seus familiares.

A gestão de saúde mental acreditava, que com o planejamento de todas essas ações, além da aproximação dos atores que compunham a rede municipal dos serviços para a construção de parcerias no cuidado, então preconizado pelo Ministério da Saúde, e necessário para sustentação da nova política nacional de saúde mental, haveria a implantação das diretrizes dessa política, representada na efetiva ampliação dos recursos em saúde mental, e assim realmente ia-se construindo um percurso onde a garantia dos direitos do cuidado em liberdade, e da participação da sociedade, pudessem fazer parte do dia a dia desse projeto político, que era oriundo da política pública do SUS (BRASIL, 2014).

3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL: MARCOS DA REFORMA

3.1 A política de saúde mental do SUS e o processo da reforma psiquiátrica

O início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da eclosão do “movimento sanitário”, nos anos 70, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (BRASIL, 2005).

Embora contemporâneo da Reforma Sanitária, o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Fundado, ao final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde (BRASIL, 2005).

A Reforma Psiquiátrica é um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005).

3.2 Histórico da Reforma: a crítica do modelo hospitalocêntrico (1978-1991) e o começo da implantação da rede extra hospitalar (1992-2000)

O ano de 1978 costuma ser identificado como o de início do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, surge neste ano. É, sobretudo este movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais.

A experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria e sua crítica radical ao manicômio é inspiradora, e revela a possibilidade de ruptura com os antigos paradigmas, como por exemplo, na Colônia Juliano Moreira, enorme asilo com mais de 2000 internos no início dos anos 80, no Rio de Janeiro. Passam a surgir as primeiras propostas e ações para a reorientação da assistência. O II Congresso Nacional do MTSM, em Bauru, SP, em 1987, adota o lema “Por uma Sociedade sem Manicômios”. Neste mesmo ano, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, no Rio de Janeiro (BRASIL, 2005).

Neste período, são de especial importância o surgimento do primeiro CAPS do Brasil, na cidade de São Paulo em 1987, e o início de um processo de intervenção, em 1989, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos, SP, em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus tratos e mortes de pacientes. É esta intervenção, com repercussão nacional, que demonstrou de forma inequívoca a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. Neste período, são implantados no município de Santos, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas, são criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações. A experiência do município de Santos passa a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira. Trata-se da primeira demonstração, com grande repercussão,

de que a Reforma Psiquiátrica, não sendo apenas uma retórica, era possível e exequível (BRASIL, 2005).

Também no ano de 1989, dá entrada no Congresso Nacional, o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país, marcando com isso, o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo (BRASIL, 2005).

Com a Constituição de 1988, é criado o SUS – Sistema Único de Saúde, formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sob o poder do controle social, exercido através dos “Conselhos Comunitários de Saúde”.

A partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. É a partir deste período que a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começa a ganhar contornos mais definidos. É na década de 90, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dias, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

4 OBJETIVO GERAL, ESPECÍFICO E METODOLOGIA

O Objetivo geral desta pesquisa, que tem como título “Grupo Condutor da RAPS da Baixada Litorânea: O que os Gestores têm a falar sobre a Rede de Atenção Psicossocial”, é poder pensar o que vive os gestores de saúde mental nos municípios que compõem a Baixada Litorânea, que é uma das regiões do Estado do Rio de Janeiro. Quem são esses atores, inclusive eu mesma? Qual é a atuação deles no espaço da gestão? Trata-se de uma Pesquisa Qualitativa, tendo como metodologia a Observação Participante, pois faço parte do campo desse estudo, conforme relato já feito no início desta dissertação.

Estudar o que se está vivendo é uma tarefa difícil, porém, quando me coloco em análise, torna-se possível concomitantemente, colocar em análise o processo de gestão que vivencio. Desta forma, torna-se factível pensar não somente a atuação na gestão de saúde mental, como também os atores que atuam na saúde mental. Porém, o que me preocupa, é a atuação desses gestores no espaço da gestão.

Sendo assim, construímos como foco o objetivo específico desta pesquisa, através do espaço do Grupo Condutor da RAPS da Baixada Litorânea, ter um cenário para me aproximar dessas pessoas, desses atores, desses sujeitos. O espaço da gestão é um lugar complexo, mas ele tem sua singularidade, e a prática do gestor pode ser uma via a partir da qual, vou me aproximar de um debate sobre a função de um gestor! E então, pensar qual a função da gestão pública de saúde mental?

O campo da gestão em saúde mental vem sendo um campo pouco discutido e vou me fazer valer desse lugar de pertencimento, lugar da gestão, para ampliar essa discussão, tornando-a inclusive mais atualizada.

Irei me fazer valer, de gestores que exercem a função na saúde mental pública, num certo contexto no Estado do Rio de Janeiro, que é a Baixada Litorânea, e que se encontram em uma das vias de execução dessa função, que é o modo como eles operam num certo âmbito, sendo dentro do grupo gestor.

Todavia, torna-se claro que, com esses objetivos, o tema dessa pesquisa não é a RAPS da Baixada Litorânea e nem tampouco o grupo gestor que a compõem, mas o exercício da gestão pública, o exercício de um mandato gestor, e vou usar essa via para então poder pensar na função de um gestor de saúde mental. E afinal

pensar também, o que é operar esse mandato público da saúde mental nesse ideário da reforma psiquiátrica?

Sendo essa a minha questão, a função gestora, o estudo sobre a gestão, também será realizado, tendo como metodologia as narrativas, onde por meio das Oficinas, a riqueza das narrativas torna-se muito grande, e, de acordo com a autora Mary Jane Spink (2010), através dessa ferramenta, como estratégia metodológica, nos será permitido ouvir, nesse caso, os gestores.

Dessa forma, acreditamos que a metodologia de narrativas com Oficinas, representará a possibilidade de recolher as narrativas dos gestores de saúde mental, dessa região do Estado, além de incluir, nesses momentos, a aposta de uma ação política como possível consequência, e é claro, de tornar esses momentos também, um espaço coletivo de construção.

Nesse contexto, tornar-se-á possível ampliar o estudo sobre esse tema, que determinou desde sempre para essa pesquisa, a importância desse lugar, lugar da gestão, como um lugar onde se pode ou não operar uma direção, ou dar o tom, como já mencionado anteriormente.

4.1 As oficinas como estratégia de pesquisa

Partindo do ponto de vista de que as oficinas são utilizadas como ferramenta metodológica, Mary Jane Spink (2010), acrescenta dizendo que elas são espaços de negociação de sentidos com potencial crítico de produção coletiva de sentidos. Ela atribui que a negociação de sentidos compreende um processo de interanimação dialógica e de construção interpessoal de identidades, num constante jogo de posicionamentos, que faz fluir a multiplicidade e contraste entre versões sobre o campo-tema que se investiga. Com isso, não reduz o objetivo da oficina, ao registro de informações para fins de pesquisa, uma vez que sensibilizam as pessoas para a temática trabalhada, possibilitando aos seus participantes a negociação de sentidos variados, abrindo espaços para que haja controvérsias, além de potencializar mudanças. Segundo Spink (2010), por meio da nossa responsabilidade ético-política enquanto pesquisadores abre-se espaços de reflexão sobre processos de subjetivação. Sendo assim, torna-se de grande valia a necessidade da clareza dessa responsabilidade por parte de nós, pesquisadores. Isso porque dessa forma, através das oficinas pode-se permitir que ocorra a visibilidade de argumentos, de

posições, mas também deslocamentos, que podem, conforme Spink (2010) representar ocasiões privilegiadas para análises sobre produção de jogos de verdade e processos de subjetivação. Acrescenta ainda, que as oficinas promovem o exercício ético-político, pois ao mesmo tempo em que gera material para análise, criam espaços de trocas simbólicas que potencializam a discussão em grupo em relação a temática proposta, gerando conflitos construtivos com vistas ao engajamento político de transformação.

Com isso, segundo a autora, o uso de oficinas no contexto de pesquisa, é de fundamental importância, por permitir a articulação entre duas dimensões básicas e indissociáveis da construção de conhecimento, que são, a articulação teórico-metodológicas e implicações ético-políticas. E continua sustentando a ideia, de que são também potenciais nas transformações das práticas discursivas geradas naquele contexto, numa fusão inseparável entre o que se convencionou chamar de “coleta de informações e produção de informações”.

Inclui ainda, que do ponto de vista teórico-metodológico, as oficinas se apresentam como estratégia facilitadora da troca dialógica e da co-construção de sentidos, cujos procedimentos metodológicos, à primeira vista, parecem articular grupos focais, estratégias de dinâmica de grupo e rodas de conversa.

Aprendemos que as oficinas, através da concepção de grupo focal, permitem focalizar um tema específico e buscar conduzir as produções discursivas do grupo em torno desse tema. É importante que a produção de narrativas particulares e os posicionamentos contrastantes entre interlocutores não sejam evitados. Com isso, o foco recai no processo de produção de sentidos que se desenvolve em grupo, resultando em deslocamentos, tensões e contrastes.

Já a dinâmica de grupo, como procedimento metodológico para a realização das oficinas, é compreendida como troca dialógica entre interlocutores que se traduzem em práticas discursivas diversas.

As rodas de conversa têm o caráter político e transformador de uma ação em grupo, compreendendo, de acordo com Spink (2010), os encontros grupais como espaços privilegiados para estudar as relações de poder que controlam, selecionam e organizam enunciados, bem como produzem regimes de verdade e formas de resistência. E nessa pesquisa, foi utilizado esse procedimento metodológico para a realização da Oficina de Sensibilização, que ocorreu com os profissionais que têm a

função de gestores de saúde mental nos nove municípios que compõem a Região da Baixada Litorânea, que é uma das Regiões do Estado do Rio de Janeiro.

5 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

5.1 Na busca da construção do caminho para pensar a função da Gestão Pública de Saúde Mental

No processo de construção deste trabalho, desde o início, foi caminhando que descobri o caminho. Caminho que se fez na caminhada, durante o caminhar e depois de caminhado. E, entrar em contato com o pensamento de alguns autores que me acompanharam na construção desse caminho, pareceu-me oferecer elementos relacionados com o tema da função da gestão pública, por meio da prática do gestor de saúde mental. A escuta do exercício de um mandato gestor, teve como objetivo construir certo mapa das perspectivas com as quais estes autores desenvolvem suas abordagens. Com isso, a partir de agora, passar pelas teorias, ideias e conceitos que foram explorados, é o meio pelo qual essa busca será descrita.

5.1.1 O conceito e sua direção

Começar pela busca do significado da palavra e seu sinônimo representou utilizar vários dicionários, inclusive o da língua portuguesa. Digo isto, porque em vários dicionários, gestão e administração, são sinônimos. No dicionário da língua portuguesa, os termos gestão e administração referem-se ao ato de governar pessoas, organizações e instituições. Diz respeito ao ato ou efeito de administrar, ação de governar ou gerir empresa ou órgão público. Retrata, exercer mando, ter poder de decisão (sobre), gerir, dirigir. Isto é, confunde-se com o exercício do poder. Política, portanto.

Campos (2019) lembra que na Grécia clássica, em sua origem o termo “política” tinha exatamente esse significado. “Pólis” era a cidade, e a política era a capacidade de fazer a gestão democrática das cidades-estado.

Aqui já se verifica a existência da relação entre a gestão e a política, porque a constituição da administração e da gestão, como campo estruturado de conhecimento, pretendeu segundo Campos, produzir uma ruptura entre a política e a gestão. Ainda na tentativa de um resgate conceitual, sobre o que podemos entender a respeito dos significados da palavra gestão, foi importante lembrar, que já no início do século XX, o engenheiro norte americano Frederick Winslow Taylor, publicou o

livro “Princípios da Administração Científica”, considerado como marco zero de um novo campo de conhecimento. Ele pretendeu apresentar uma metodologia que permitisse a existência de uma gestão técnica, com base em evidências, e não orientada por disputas políticas entre interesses e valores distintos.

Trata-se de uma obra clássica do pensamento administrativo. Certamente, clássica e fundadora de um estilo de governar, que segundo Campos, em seus princípios gerais, não foi ainda superado. Para esses autores, ainda que o campo da gestão tenha se ampliado desde 1911, a disciplina e o controle continuam sendo o eixo central dos métodos de gestão. Com isso, a centralização do poder nos gestores torna-se forma das múltiplas variedades de métodos de gestão ainda hoje existentes. Sendo a autonomia e a integração dos trabalhadores implicados, na invenção de novos modos para resolver problemas internos, estimulada sempre no sentido de aumentar a produtividade e não no de enfrentar questões concernentes aos próprios trabalhadores. Tudo isso, segundo Campos, não favorece a democracia ou a convivência solidária. Ao contrário, exacerba a concorrência entre os trabalhadores e aumenta, em decorrência, a dependência da chefia.

5.1.2 A gestão em saúde

Nesse mesmo trabalho, Campos (2019) diz que a gestão em saúde é quase tão antiga quanto a saúde pública. Lembra-nos que a saúde pública sempre recorreu a várias especialidades e campos de conhecimento, e nasceu interdisciplinar quando esta expressão sequer fora ainda utilizada.

Sendo a gestão pública, o campo aqui estudado, campo esse que requer que sejam considerados os vários saberes, que compõem a arena pública, também foi muito importante passar pelas ideias e conceitos elaborados por Merhy (2003) que aponta para a necessidade da produção de saberes que possam alavancar as mudanças necessárias na assistência à saúde de nossa população, apostando em novos modos de fabricar os modelos de atenção.

Nessa direção, faz a proposta, de um esquema de análise dos modelos de atenção à saúde no qual se leve em consideração os três atores sociais que nele estão implicados, que são: os usuários e suas necessidades de saúde, os trabalhadores e o saber-fazer que comportam e os gestores e sua capacidade de administrar recursos. Merhy (2003) atribui aos modelos de atenção à saúde a

constituição da expressão da relação de contrato entre estes três atores, o que segundo ele, significa dizer que tais processos são eminentemente políticos, mesmo que se apresentem sob a capa de processos tecnológicos.

Para Merhy (2002) sabendo-se explorar as tensões postas neste jogo, pode-se impor linhas de produção de contratualidades que modifiquem o sentido dos modelos de atenção que hoje são hegemônicos; pode-se favorecer momentos de explicitação de projetos ocultos, tornando-os disputáveis entre as partes, e caminhar no sentido da construção de um modelo que se pautem pelo lugar central que os usuários podem ocupar, aumentando sua autonomia. Assim, pode-se reconhecer que os serviços de saúde são um espaço público e que o trabalho neste lugar deve ser presidido por valores humanitários de solidariedade e reconhecimento de direitos de cidadania. Ele sugere que haja análise dos serviços e que se busque mudanças no modelo assistencial, que esses caminhem no sentido da produção de “projetos terapêuticos cuidadores”. Centrados nos usuários e suas necessidades!

Com isso, tornou-se claro durante esse estudo, que o desafio para os trabalhadores da saúde e pesquisadores, além dos próprios gestores é, com certeza, buscar novas e variadas ferramentas para a difícil tarefa de construir serviços centrados nos usuários e em suas necessidades.

5.1.3 Os modelos de atenção e o ato de cuidar

Foi ficando claro, no decorrer do caminhar desse estudo, o quanto que me fazer valer de gestores que exercem a função na saúde mental pública, para estudar o exercício deste mandato gestor, valendo-me de certo olhar, sobre o processo de trabalho que aí se desenvolve, baseada em uma grande aproximação de seus cotidianos, por meio de suas narrativas, poder-se-á ter como perspectiva a aposta que se mantém durante o percurso já vivido e construído, relatado desde o início deste trabalho de pesquisa, da construção de um SUS pautado na defesa da saúde. Torna-se preciso compreender os serviços e suas peculiaridades por meio das narrativas dos gestores de saúde mental, ao mesmo tempo em que é necessário encontrar novos caminhos que permitam sua remodelagem e expansão, sendo sempre no sentido da produção da saúde.

Merhy (2002) defende a ideia de que há múltiplas possibilidades de criação no nível “micropolítico”. A “fabricação” de modelos de atenção resulta dos processos

de negociação entre os atores dos serviços, sendo eles: trabalhadores, usuários e gestor-governo, de acordos nem sempre conhecidos, ou seja, aponta, que os atos de cuidado expressam as muitas formas que as políticas de saúde podem assumir.

A contribuição, aqui para esse estudo, é de que a finalidade de qualquer ação em saúde é o ato de cuidar! O que requer tecnologias de trabalho, que Merhy (2002) conceitua como sendo um “conjunto de conhecimentos e agires”; que estão materializados em máquinas e instrumentos ou em recursos teóricos ou técnicos, que nomeia como tecnologias duras ou leve duras, mas também estão dispersos nas experiências e modos singulares de cada profissional de saúde operar seu trabalho vivo em ato.

Trazer para esse estudo, a ideia de que, o trabalho em saúde é essencialmente “intercessor” relacional, segundo a contribuição de Merhy (2002), permite-nos trazer para a cena o que de possível os gestores de saúde mental podem construir nessa função que lhes incumbe o exercício deste mandato gestor. Além disso, contar que a produção do cuidado poderá operar com a função criativa dos serviços de saúde, por meio das tecnologias leves, conceituadas pelo autor, também foi de grande valia para pensar o que de inovador é possível no trabalho vivo em ato dos gestores de saúde mental que pode potencializar o que ocorre no momento mesmo que ele se realiza.

Segundo o autor, na fabricação dos modelos de atenção, é de grande relevância a ênfase dada ao reconhecimento das contribuições de todos os trabalhadores de saúde, bem como aos meios que podem propiciar o debate e a cooperação entre eles. Para isso, traz a ideia, de que essa fabricação deve ser centrada no usuário e em suas necessidades, e aponta para a importância de examinar como essas necessidades se encontram delineadas.

5.1.4 O trabalho vivo em ato

Passando por mais caminhos, na busca da construção que esse estudo vem permitindo, foram encontrados mais outros trabalhos, que seguem ampliando o mesmo caminho, onde Merhy (2003) analisa os processos de reestruturação produtiva no trabalho em saúde, afirmando que nos dias de hoje, o território em disputa é o campo de ação do trabalho vivo em ato, na sua capacidade de imprimir novos arranjos tecnológicos e rumos para os atos produtivos em saúde.

Neste livro, Merhy (2003), fala da interface entre os processos de gestão e cuidados em saúde, e tem como ideia-força a problematização dos modos cotidianos de se produzir saúde, tendo como, plano político-metodológico a análise micropolítica do trabalho vivo em ato. Oferece uma “caixa de ferramentas”, que funciona como potência de bússola para o pensar num terreno de tensionamentos e desafios em meio aos quais o “agir em saúde” afirma-se como experiência radical de (re) invenção da saúde como bem público e potência de luta “a serviço da vida individual e coletiva”.

Na “caixa de ferramentas”, conforme Merhy et al (2003) intitula, temos conceitos – força que compõem o plano de consistência para as análises micropolíticas, advindas dos campos da filosofia, da economia política, da saúde pública, que funcionam indagando “o que se passa entre”, nos caminhos que se criam por entre impossibilidades no cotidiano das práticas de saúde.

Continuando a caminhar por entre essas contribuições valiosas, faz-se necessário lembrar que desde o início do livro, o autor anuncia que os aliados nesta empreitada são “os inconscientes que protestam”. Para Merhy et al (2003), a superação do modelo médico hegemônico neoliberal, implica o gerenciamento das organizações de saúde de modo mais coletivo, com ordenamento organizacional coerente com ações em saúde voltadas para uma lógica “usuário-centrada, que permite a construção no cotidiano, de vínculos e compromissos estreitos entre trabalhadores e usuários na formatação das intervenções tecnológicas em saúde, conforme suas necessidades individuais e coletivas”. Pensando no campo, aqui estudado, o campo da gestão pública de saúde mental, e o que é operar esse mandato público, entendendo que a análise micropolítica é capaz de nos deslocar do terreno das relações entre unidades previamente constituídas, tais como sujeito e objeto, como apreender o que se passa nos encontros em saúde, na micropolítica dos atos relacionais operando com uma lógica polo centrada, é um caminho a descobrir sempre!

Se nossos aliados são os “inconscientes que protestam”, não seria o caso de pensarmos que o que pode orientar um plano de intervenção, são as relações que se fazem por entre estas “unidades polos”?

Merhy et al (2003), afirma neste livro, seu desejo pelas misturas, pelo exercício do diálogo transdisciplinar em saúde. E como propõe aos profissionais, alunos e pesquisadores envolvidos no seu cotidiano com as práticas de atenção e

de gestão em saúde, se deixar molhar “com os inconscientes que protestam”, cabe-nos reconhecer que cada vez mais esses conceitos e ideias aqui explorados, vão tornando essa caminhada aqui descrita, uma aposta cada vez maior, sobre a importância que é pensar na função da gestão da saúde mental e o que esse mandato público pode operar a serviço da vida individual e coletiva daqueles sujeitos, por quem produzimos ou não um trabalho vivo em ato.

5.1.5 A aposta pelo novo como um dos grandes desafios

Os trabalhadores de saúde são ou podem ser, a rica fonte de criação existente e o centro de tudo na saúde, seguindo os caminhos do autor no texto é o mundo das necessidades dos usuários, que se juntou a ideia de que deve-se superar os modelos centrados nos interesses corporativos profissionais ou econômicos financeiros dos empresários da saúde, transformando-os em usuários centrados. E com isso, superar as lógicas de produção de procedimentos em si pela lógica da produção da saúde e da defesa da vida, individual e coletiva, construindo novos sentidos para as ações de saúde (BRASIL, 2005).

Foi de grande importância nessa caminhada, onde o estudo da gestão, em especial da saúde mental, saber que o autor considera que se os trabalhadores de saúde não se colocarem como fazedores de atos de saúde e se apresentarem como tal para negociar o modelo, segundo ele, não serão reconhecidos pelos outros no jogo em situação e não terão legitimidade para atuar. Para Merhy et al (2003), o usuário pode entrar só com a sua representação das necessidades sobre a forma de situações emergenciais e agudas, mas sempre estará no cenário por ser forma de apresentação das necessidades de saúde.

Ter confirmado a importância que é abrir um processo de negociação claro, em cada espaço público na qual há o encontro entre esses atores, que se pauta pela centralidade do usuário, foi vital para a compreensão da importância da função na gestão pública, na reordenação lógica dos modelos de atenção à saúde e cada vez mais, um desafio também vital, para os que querem construir um SUS implicado, segundo Merhy (2003), na sua alma, com a defesa radical da vida individual e coletiva.

Durante essa caminhada, onde a função gestora é o tema estudado, foi importante compreender que esse autor aponta que as necessidades de saúde e

suas possibilidades de representações, deverão ser tomadas como objeto do ato de cuidar. E considera que a hegemonia médica atual é centrada em uma redução do ato de cuidar a produção de procedimentos profissionais centrados. Coube-nos entender, que os profissionais de saúde são detentores de um conjunto de saberes e de modos de fazer os atos de cuidar que lhes permite, de acordo com Merhy (2003), também gerar processos mais ou menos centrados nos usuários, o que irá favorecer para produzir maior ou menor tensão no terreno de negociação entre eles e o mundo das necessidades de saúde, exigido por um modelo que ele mesmo conceitua usuário centrado.

A finalidade última de qualquer trabalho em saúde, em qualquer tipo de serviço, deve ser a responsabilidade em operar com saberes tecnológicos de expressão material e não material, a produção do cuidado individual e/ou coletivo, prometendo a cura e a saúde. Esse autor acrescenta que, as tecnologias de saúde que produzem o cuidado são configuradas a partir do arranjo entre dimensões materiais e não materiais do fazer em saúde. Dimensões essas, que em seu texto se expressam em terrenos tecnológicos que denomina de leve, leve-duro e duro, conforme já mencionado anteriormente, e que procuram tornar explícito que todos os trabalhadores de saúde fazem clínica cuidadora e operam práticas sanitárias, independentes do recorte profissional (BRASIL, 2005).

Trabalhando nesta perspectiva, será possível apostar no crescimento já verificado, segundo o autor, das intervenções tecno-assistenciais nas redes de serviços, básicas, especializadas e hospitalares, redefinindo o espaço público da gestão dos modelos de atenção e os sentidos das ações de saúde, através da capacidade de gerar novas possibilidades governativas da micropolítica do trabalho em saúde, neste campo da negociação entre o tecnológico e as necessidades, tendo como suporte os sujeitos reais, em situação e ação. Continuar caminhando neste estudo foi fundamental para essa pesquisa, me haver com o que Merhy et al (2003) propõe como grande desafio, ao localizar o lugar do trabalhador de saúde no campo do agir em saúde, atribuindo o trabalho em saúde, aos atos de saúde, por meio da intervenção em saúde sob a forma do cuidado, atuando individual e coletivamente, sobre os “problemas de saúde” e assim poder alcançar como resultado a “cura”, a promoção e a proteção que irá impactar em certas formas de direitos dos usuários, tidos como necessidades de saúde.

5.1.6 Fazer gestão, governar

Se no dicionário da língua portuguesa, gestão refere-se ao ato de governar, e foi fundamental dar início a esse estudo sem abrir mão dessa conceituação, também foi super importante para pensar a função da gestão pública e mais ainda o que é operar esse mandato público da saúde mental, compreender que através do texto, o autor considera que todos os atores governam e por meio de suas capacidades de governar e disputar seus projetos, eles podem transformar todo o cenário. Dessa forma, atribuí que tanto o usuário governa, quanto os trabalhadores (BRASIL, 2005).

Porém, os que representam os blocos políticos que disputam e ocupam lugares de poderes constituídos nas arenas institucionais de governo formal, ou que estão em situação de governo formal, são os que detêm grande parte do controle da constituição das arenas públicas estatais, são a eles, que Merhy et al (2003), dá um terreno de grande potência para operar certos recursos, como a capacidade de administrar recursos das máquinas públicas para dar certos sentidos para as políticas públicas.

Esse ator não é único e nem domina plenamente este cenário. E o modo como os outros ocupam e mesmo definem, com suas ações e disputas, o que é público e privado, redefine potências e regras, criando novos recursos e normas, rearticulando o jeito dos atores jogarem.

Foi tão precioso passar por essa ideia, que esse autor nos dá ao dizer que não se pode descartar a zona de autonomização relativa, como a intitula, dos diferentes gestores, que o sistema de saúde desenha, fez lembrar o quanto que nem tudo pode ser dito e nem tampouco é fácil de ser dito quando se ocupa de uma função gestora. É preciso pensar naquilo que podemos dizer e como dizer. Inclusive, quando dizer. Para ele, há níveis de gestão do sistema, inclusive junto a cada estabelecimento de saúde, nos quais o grau de liberdade permite haver negociações singulares, nos seus espaços públicos institucionais. Esse grau de liberdade pode ser verificado, ao fabricar as intervenções em saúde por meio do formato que o modelo de saúde será desenhado e impresso no dia a dia. Perceber e reconhecer isso se torna importante para quem aposta em mudanças dos sentidos dos modelos de saúde. E tornou-se muito importante neste estudo onde se sabe que à gestão cabe um mandato público!!

Certamente atravessado por esse conceito de autonomização relativa dos diferentes gestores, é preciso diferenciar, já que todos os atores governam, incluindo os usuários e trabalhadores, através de seu texto, nos fez crer também que os recursos que os gestores governo mais operam são (BRASIL, 2005):

- 1) Sua capacidade de formar políticas nas arenas instituídas e mesmo de cercar essas arenas para a penetrabilidade de outros ou de torna-las públicas;
- 2) O controle substantivo do financiamento público;
- 3) A capacidade física instalada no aparato estatal;
- 4) A capacidade de induzir o uso de tecnologias disponíveis no público e no privado;
- 5) Os mecanismos de acessibilidade ao sistema prestador;
- 6) A capacidade de induzir a introdução novas tecnologias;
- 7) A capacidade de viabilizar novos processos gestores de cada estabelecimento de saúde, construindo possibilidades governativas das relações entre os trabalhadores e os usuários, entre outros.

Dessa forma, nos aproximamos da ideia introduzida no texto que Merhy (2002) nos dá, de que a maior ou menor penetrabilidade da maquinaria pública pelos interesses dos distintos grupos sociais vai forjando movimentos no interior das políticas públicas. Inclusive, segundo ele, a capacidade das distintas forças sociais atuarem no terreno da formulação de projetos para a sociedade e de fazerem seus interesses particulares ascenderem ao nível de interesse geral, ou a ele serem incorporados, enquanto público.

Contudo, percorrendo esse caminho na busca que compreende esses estudos, recolher a ideia de que se os gestores não conseguirem impactar os modos como são construídas as contratualidades entre trabalhadores e usuários, no dia a dia dos serviços, foi de suma importância para entender, que eles não vão operar intervenções que sejam transformadoras nos modelos de atenção, especialmente na direção da capacidade tecnológica de ação dos trabalhadores para a defesa intransigente da vida individual e coletiva dos indivíduos e populações.

5.1.7 Tentando construir um caminho marcado por uma encruzilhada

Estudar o tema da gestão pública, já nos conduziu para o campo da administração e suas semelhanças conceituais. No entanto, pensar a saúde em sua

função gestora, com o exercício de seu mandato público, por meio da gestão da saúde mental, nos fez caminhar ainda mais e nos depararmos com desafios que não somente Merhy et al (2003) nos aponta como nos faz debruçar. Desafios encontrados pelos gestores para governar!

É através da experiência, que os profissionais e os consumidores, conforme ele nos diz, tornam-se sabedores que quanto maior a composição das caixas de ferramentas, entendida como, o conjunto de saberes que se dispõe para a ação de produção dos atos de saúde, utilizada para a conformação do cuidado pelos trabalhadores de saúde, individualmente ou em equipes, maior será a possibilidade de compreensão do problema de saúde enfrentado e maior a capacidade de enfrenta-lo de modo adequado, tanto para o usuário do serviço quanto para a própria composição dos processos de trabalho. Sabemos que, quanto mais claro o sentido da ação dos trabalhadores que for dado pelo campo dos usuários, mais definitivo o modelo de atenção explicita-se como comprometido com a defesa da vida. No entanto, foi fundamental compreender também através do texto em questão, que se os gestores formais não conseguirem produzir a “cumplicidade” usuário/trabalhador como nomeia este autor, não conseguirão construir, segundo ele, políticas de saúde dirigidas por aquilo que lhe dá sentido; como ser instrumento de qualificação dos modos de se viver e se gastar a saúde, em sociedade (BRASIL, 2005).

Assim, torna-se claro, que o sentido final do trabalho em saúde é o de defender a vida dos usuários através da produção do cuidado.

5.1.8 O cuidar como cuidado

Tecer essa possibilidade diz respeito ao caminho onde já se recolheu a afirmação de que, no campo da saúde, o objeto não é a cura, ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado.

Mitos antigos e pensadores contemporâneos nos ensinam que a essência humana não se encontra tanto na inteligência, na liberdade ou na criatividade; mas basicamente no cuidado. O cuidado é, na verdade, o suporte real da criatividade, da liberdade e da inteligência, segundo Leonardo Boff (2014), em seu livro “Saber Cuidar”.

Entretanto, o cuidado é ainda algo mais que um ato e uma atitude entre outras. Todos: trabalhadores, usuários e gestores dos serviços, também sabem que, para atingir as finalidades dos atos de saúde, marcadas pelos seus compromissos com a busca da cura das doenças ou da promoção da saúde, o conjunto dos atos produzirão certo formato do cuidar, de distintos modos; como atos de ações individuais e coletivas e como abordagens clínicas e sanitárias da problemática da saúde; onde conjugam todos os saberes e práticas implicados com a construção dos atos cuidadores e com a conformação dos modelos de atenção à saúde.

Sabemos, conforme a vida real dos serviços de saúde tem mostrado que, de acordo com os modelos de atenção que são adotados, nem sempre a produção do cuidado em saúde está comprometida efetivamente com a cura e a promoção. No entanto, pensar em modos nos processos de trabalho em saúde, em qualquer tipo de serviço, que consigam combinar a produção de atos cuidadores de maneira eficaz com conquistas dos resultados, cura, promoção e proteção, é um nó crítico fundamental a ser trabalhado pelo conjunto dos gestores e trabalhadores dos estabelecimentos de saúde; conforme nos ensina Merhy (2003), e serviu de apontamento e direção para esse estudo, onde importou buscar respostas que não se encontravam prontas, mas que podem emergir de um caminho coletivo que se fez caminhando, semelhante a minha implicação já relatada no início desta dissertação, que me fez chegar ao tema da gestão pública e o exercício de um mandato gestor, por meio de poder fazer pensar na função de um gestor em saúde mental através de suas narrativas e na importância verificada nestas, por meio do trabalho vivo em ato, que é operar esse mandato político da saúde mental.

5.1.9 Então, interrogar é o método?

Nos tempos atuais, verifica-se que qualquer pessoa que tiver um mínimo de vivência com um serviço de saúde, pode afirmar com certeza, que as finalidades dos atos de saúde nem sempre são bem realizadas. Cabe então refletir: por que nos é tão difícil cuidar?

Conforme nos ensina Boff (2014), o que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado! Cuidar é mais que um ato, portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Que significa, um grande cuidado ou preocupação em relação a uma pessoa ou a um objeto. O cuidado há de estar presente em tudo;

dizia Martin Heidegger. Segundo ele, o querer e o desejar se encontram enraizados no cuidado essencial. O cuidado é sempre subjacente a tudo o que o ser humano empreende, projeta e faz. É aquilo que entra na definição essencial do humano e estrutura a sua prática. Nas palavras de Martin Heidegger, “cuidado significa um fenômeno ontológico existencial básico” ou um fenômeno que é a base que possibilita a existência humana enquanto humana.

Ao conceituarmos a caixa de ferramentas como instrumento útil à produção do cuidado, e à gestão dos serviços de saúde, permitimo-nos explorar essa tensão própria da produção de atos de saúde; a de ser atos cuidadores, mas não obrigatoriamente curadores e promotores da saúde!

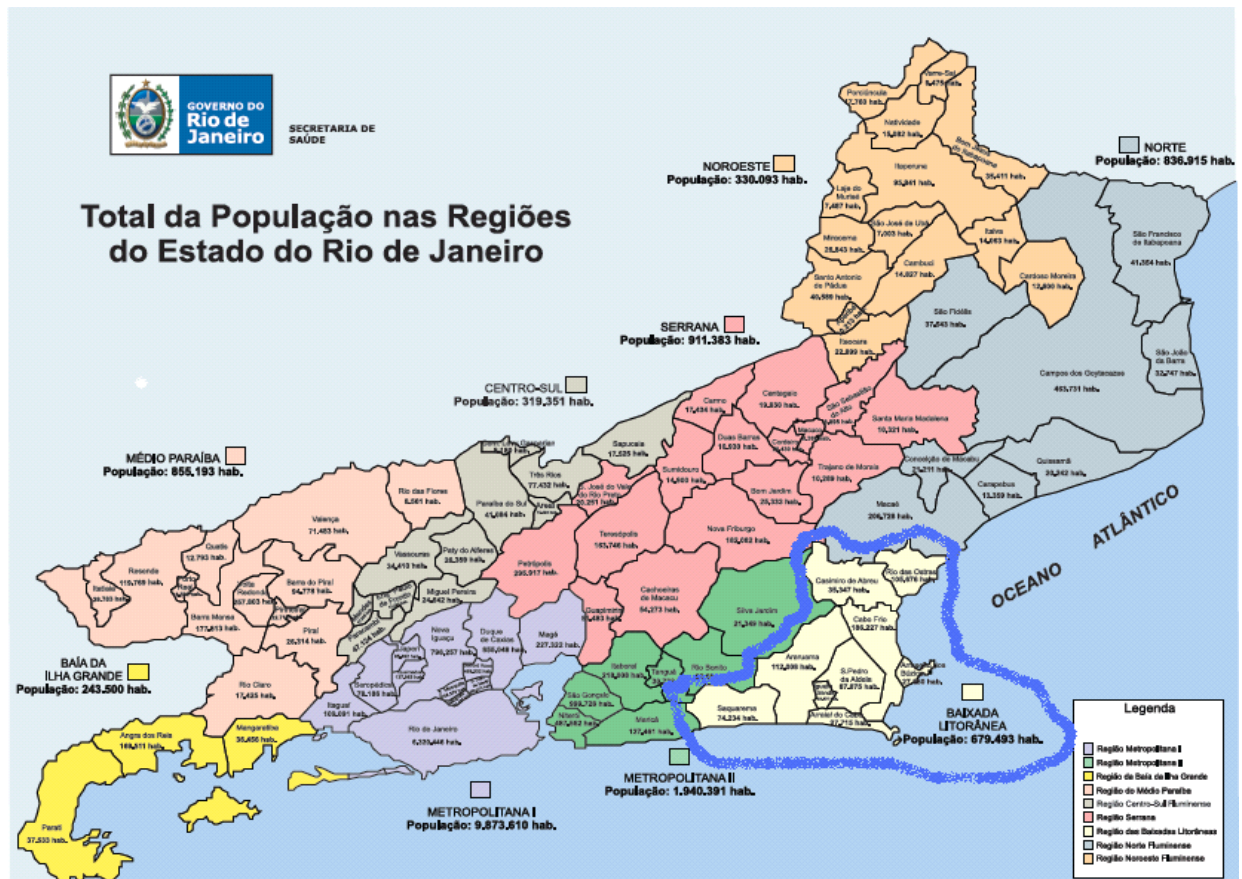
Dessa forma, é possível pensar alternativas para os modelos ineficientes e ineficazes, que muitas vezes, operam nos serviços. Com isso, mais do que questionar o que ocorre nos serviços, a partir de um modelo a priori de organização do processo de trabalho em saúde que dispute com o já dado, pode-se imaginar que deve-se desenvolver a capacidade de criar interrogações sobre o que está ocorrendo, abrindo possibilidades do trabalho coletivo, inventar modos novos e singulares de realizar o trabalho em saúde em situações concretas.

Será esse o método que cabe à gestão pública, no exercício de um mandato gestor, onde aqui neste estudo, me utilizo dessa via para pensar na função de um gestor de saúde mental? Interrogar para criar?

6 PANORAMA DA REGIÃO DA BAIXADA LITORÂNEA

A região da Baixada Litorânea é de grande extensão territorial, fazendo limite com as regiões Metropolitana II e Norte, que corresponde a aproximadamente 6,2% da área total do Estado do Rio de Janeiro e concentra 4,25% de sua população, com densidade demográfica média abaixo do padrão estadual. A região possui acesso viário, terrestre e marítimo, sendo composta pelos seguintes municípios: Araruama, Armação dos Búzios, Arraial do Cabo, Cabo Frio, Casemiro de Abreu, Iguaba Grande, Rio das Ostras, São Pedro da Aldeia e Saquarema.

FIGURA 1 – Mapa da Região da Baixada Litorânea



Fonte: IBGE (2019)

A população da região, no ano de 2019, foi estimada pelo IBGE em 839.958 habitantes e a sua distribuição por município pode ser verificada na tabela a seguir (IBGE, 2019).

TABELA 1 – População estimada dos municípios da Baixada Litorânea em 2019

Município	População
Araruama	132.400
Armação dos Búzios	40.532
Arraial do Cabo	30,349
Cabo Frio	219.863
Casimiro de Abreu	44.184
Iguaba Grande	28.310
Rio das Ostras	150.674
São Pedro da Aldeia	104.476
Saquarema	89.170
TOTAL	839.958

Fonte: IBGE (2019)

6.1 Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da Baixada Litorânea

No contexto da Política Nacional de Saúde Mental, a Comissão Intergestores Regional da Baixada Litorânea (CIR-BL), instituiu o Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial da Região da Baixada Litorânea (GC-RAPS), pela Deliberação CIR/BL 49, de 23 de outubro de 2014, com o objetivo de estruturar essa Rede por meio da criação, ampliação e articulação de Pontos de Atenção à Saúde para pessoas com transtorno mental.

Nesta direção de trabalho, o Grupo Condutor da RAPS da Baixada Litorânea, composto por profissionais indicados pelos gestores de saúde dos municípios dessa região, sendo ou não gestores de saúde mental, têm também a responsabilidade de elaborar os Planos de Ação da RAPS, para que sejam apresentados aos gestores de saúde da região e depois de pactuados em Plenária na CIR, possam ser pactuados em Plenária na CIB (Comissão Intergestores Bipartite), que então encaminham para CIT (Comissão Intergestores Tripartite – reunindo assim as três esferas de governo).

7 PROPOSTA METODOLÓGICA

7.1 Oficina de Sensibilização com os Gestores de Saúde Mental

Com duração prevista para um dia inteiro, a oficina contou com a participação de até 09 profissionais que têm função de gestão. Inicialmente, foi explicado aos participantes os objetivos da oficina e da pesquisa, enfatizando a necessidade de gravarmos as discussões, para fins de análise, nos comprometendo a assegurar o anonimato das pessoas que aceitaram o convite para participar da pesquisa. Essa e outras informações estão incluídas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, assinado antes do início da oficina. Como o potencial de mobilização da oficina, pode ser alto, a condução do grupo é feita em dupla: um coordenador (pesquisador) e um observador. Buscou-se realizar em espaço informal, de preferência com os participantes e pesquisador sentados no chão, ou da melhor forma que lhes conviesse e lhes fosse possível. O importante é garantir que os integrantes possam se ver e ter espaço para mobilidade.

No cenário da pesquisa “Grupo Condutor da RAPS da Baixada Litorânea: O que os Gestores têm a falar sobre a Rede de Atenção Psicossocial”, que envolve os gestores de saúde mental da RAPS/BL, decidimos não padronizar a linguagem. Entretanto, padronizamos os procedimentos de registro das informações.

Segundo Spink (2010), as narrativas devem ser sempre produções voluntárias, embora esta orientação nem sempre seja exequível, na medida em que o grupo tende a construir suas próprias linhas dialógicas, não suscetíveis a tentativas de diretividade do facilitador.

7.2 Como ocorrerão as atividades e o registro do material discursivo

Como já mencionado, as oficinas para fins de pesquisa, possuem dupla função – sensibilização temática e fonte de pesquisa. Neste caso compreendem (a) intervenções visando à sensibilização para os momentos que marcaram a vida na gestão de saúde mental e (b) seu uso como instrumento de coleta de material para pesquisa.

A oficina de sensibilização envolveu quatro etapas: (a) Apresentação; (b) Associação de ideias com a frase momentos que marcaram suas vidas na gestão de saúde mental (1ª Atividade); (c) Memórias das dúvidas, críticas, encontros e desencontros dos momentos que marcaram suas vidas na gestão de saúde mental (2ª Atividade) e (d) o que pode uma gestão (3ª Atividade).

Para a primeira etapa, são previstos quarenta e cinco minutos, dedicados à apresentação do coordenador (pesquisador) e do observador, à explicação dos objetivos da atividade e os procedimentos a serem utilizados. Nessa ocasião, também é solicitado permissão para gravar, explicando a dupla função da oficina (pesquisa e sensibilização) e a conseqüente necessidade de registro. Explicamos, ainda, que a conduta ética em pesquisa com seres humanos requer a explicitação dos objetivos e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para assegurar que os participantes entenderam os objetivos e os procedimentos, distribuimos uma cópia para cada um, dando tempo para a leitura individual ou grupal.

Finalmente, verificamos se os participantes se conhecem e, se necessário, é feita uma breve apresentação. Para dinamizar essa apresentação, foi possível dividir o grupo em duplas de entrevistadores – entrevistados, que após dez minutos de conversa passam a uma rodada aberta de apresentações, na qual quem apresenta o colega é seu respectivo entrevistador, estimulando, desde o início, a prática da troca dialógica. O importante é que essa atividade, “porta de entrada” da oficina, fosse a mais interativa possível, de modo a potencializar trocas no desenvolvimento do encontro, e a mesma tem uma duração total de quarenta e cinco minutos.

Considerando a importância do registro das informações, desenvolvemos formulários específicos e padronizamos os passos, conforme sequencia abaixo:

1. Registro de informações sobre os participantes (formulário 1).
2. Registro das palavras associadas a frase sobre os momentos que marcaram suas vidas na gestão de saúde mental (1ª Atividade – formulário 2).
3. Recolhimento das tiras e registro das memórias das dúvidas, críticas, encontros e desencontros dos momentos que marcaram suas vidas na gestão de saúde mental e o que pode uma gestão? (2ª e 3ª Atividades – formulário 3 e 4).
4. Gravação das discussões (relativas às 2ª e 3ª Atividade).
5. Observações gerais sobre a dinâmica do encontro (funções do observador).

A primeira atividade da oficina consiste na associação de ideias com a frase “me conte sobre os momentos que marcaram suas vidas na gestão de saúde mental”, com a previsão total de quarenta e cinco minutos. Distribuímos uma folha de papel e uma caneta para cada integrante, para que escrevam palavras e/ou frases que associem aos momentos que marcaram suas vidas na gestão de saúde mental. Pedimos, a seguir, para listar todas as palavras e frases que vêm à cabeça quando se fala a frase já descrita sobre os momentos que marcaram suas vidas na gestão de saúde mental. Damos quinze minutos para essa associação, frisando que podem parar de escrever ao sentir que as palavras e frases não saem mais naturalmente. Vale ressaltar que este primeiro exercício não é suficiente para dar conta da complexidade de modos de definir momentos que marcaram suas vidas na gestão de saúde mental pelo grupo. Ao mesmo tempo, nossa intenção não é a de produzir um glossário para posterior análise semântica, mas antes de tudo gerar um exercício com vistas a mobilizar o grupo para uma dinâmica focal. A seguir, o coordenador (pesquisador) digita todas as associações em computador com projeção em tela, de modo que os integrantes visualizem as palavras (formulário 2 - anexo).

Enquanto isso, o observador anota o que lhe parece ser importante nesse momento. O objetivo dessa atividade é dar visibilidade aos participantes da variedade de termos e expressões usadas para falar sobre o problema em foco e, conseqüentemente, a inexistência de definição única, tendo em vista a polissemia de sentidos associados a essa frase.

A segunda atividade focaliza as narrativas sobre as memórias das dúvidas, críticas, encontros e desencontros dos momentos que marcaram suas vidas na gestão de saúde mental, com a previsão total de noventa minutos para essa etapa. São distribuídas papeletas (tiras de papel medindo cerca de 10 x 21 cm) para cada participante, e solicita-se que pensem em suas vidas, desde quando assumiram a gestão de saúde mental, procurando lembrar-se das dúvidas, críticas, encontros e desencontros que marcaram suas vidas nesta gestão. Pedimos então, para escreverem esses momentos nas tiras de papel (um momento para cada papel). Prevemos quarenta e cinco minutos para as lembranças e seu registro, cujo formato pode ser adaptado a partir das potencialidades e interesses do grupo.

A seguir, a discussão é aberta sobre essas memórias lembradas das dúvidas, críticas, encontros e desencontros dos momentos que marcaram suas vidas na gestão de saúde mental.

Nesse momento, o gravador é acionado; podendo registrar a discussão sobre essas situações. Enquanto isso, o observador anota o que lhe parece ser importante nesse momento. No final do exercício, as papeletas são recolhidas para futuras análises. A diferenciação entre formas distintas de vivência dos momentos que marcaram suas vidas na gestão de saúde mental é uma estratégia para abrir diálogos sobre esses momentos na gestão de saúde mental. Ou seja, o objetivo dessa diferenciação é fomentar posicionamentos e tensões sobre aspectos diretamente associados ao problema – foco em questão.

A terceira atividade volta-se mais especificamente à o que pode uma gestão, sendo previsto um total de noventa minutos para esta etapa. Distribui-se papeletas (tiras de papel medindo cerca de 10 X 21 cm) para cada participante, e solicita-se que respondam quatro perguntas que orientarão a discussão: (1) O que acredita serem desafios possíveis a enfrentar-se na gestão de saúde mental? (2) O que acredita serem desafios pouco possíveis a enfrentar-se na gestão de saúde mental? (3) Que tipo de ação podem adotar no cotidiano? (4) Que tipo de ação não podem adotar no cotidiano? Pedimos então, para escreverem as respostas nas tiras de papel distribuídas. Prevemos quarenta e cinco minutos para o registro dessas respostas. Essas perguntas foram formuladas pensando nos objetivos da pesquisa sobre o Grupo Condutor da RAPS da Baixada Litorânea: O que os gestores têm a falar sobre a Rede de Atenção Psicossocial.

A seguir, a discussão é aberta permitindo colocar em análise o processo de gestão que é vivenciado, tornando possível acreditar que a prática do gestor é uma via a partir da qual serão possíveis obter dados sobre essa função.

Nesse momento, o gravador é acionado; podendo registrar a discussão sobre o exercício desse mandato gestor pelos participantes da oficina. Enquanto isso, o observador anota o que lhe parece ser importante nesse momento. No final do exercício, as papeletas são recolhidas para futuras análises.

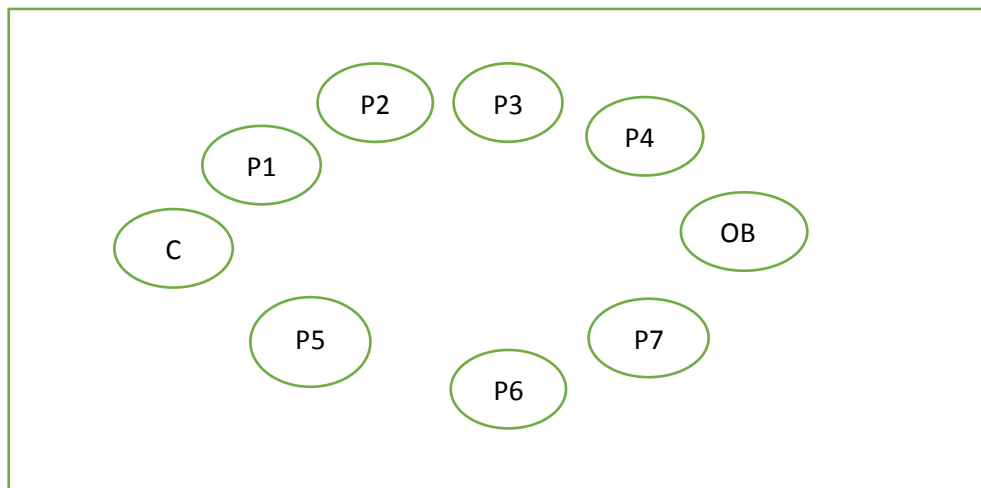
A oficina é encerrada, solicitando uma breve avaliação dos participantes do grupo sobre as atividades e sua dinâmica. O observador falará também sobre a dinâmica do Encontro. Nesse momento, surgem enunciados que contribuem

sobremaneira no processo de análise das práticas discursivas produzidas em grupo sobre o problema investigado.

7.3 Os procedimentos utilizados para a análise da Oficina

As narrativas produzidas pelos entrevistados tanto como as produzidas pela pesquisadora constituem objetos de análises. Para auxiliar a transcrição é feito um registro gráfico da disposição dos participantes no decorrer das atividades, conforme desenho abaixo. O coordenador é identificado com C, a observadora com OB e os participantes com P.

FIGURA 2 – Distribuição espacial dos participantes no grupo da oficina de Sensibilização



Fonte: Autora (2019)

Formulário 1: Registro de Informações Sobre os Participantes

Perguntas:

- 1) Participante 1
- 2) Formação: Psicólogo.
- 3) Qual o cargo que ocupa no município: Coordenação de Saúde Mental.
- 4) Quanto tempo está na gestão de Saúde Mental: desde maio de 2019.

- 1) Participante 2
- 2) Formação: Psicólogo.

3) Qual o cargo que ocupa no município: Coordenação de Atenção ao Paciente.
Responde como Direção de Divisão de Saúde Mental.

4) Quanto tempo está na gestão de Saúde Mental: de 2009 a 2014, de 2017 aos dias de hoje.

1) Participante 3

2) Formação: Psicólogo.

3) Qual o cargo que ocupa no município: Coordenação de Saúde Mental.

4) Quanto tempo está na gestão de Saúde Mental: de abril de 2016 a março de 2017 e de julho de 2018 até os dias de hoje.

1) Participante 4

2) Formação: Psicólogo.

3) Qual o cargo que ocupa no município: Direção de Saúde Mental.

4) Quanto tempo está na gestão de Saúde Mental: desde fevereiro de 2017.

1) Participante 5

2) Formação: Terapeuta Ocupacional.

3) Qual o cargo que ocupa no município: Coordenação de Saúde Mental.

4) Quanto tempo está na gestão de Saúde Mental: desde agosto de 2019.

1) Participante 6

2) Formação: Psicólogo.

3) Qual o cargo que ocupa no município: Coordenação de Saúde Mental.

4) Quanto tempo está na gestão de Saúde Mental: 10 anos.

1) Participante 7

2) Formação: Psicólogo.

3) Qual o cargo que ocupa no município: Direção de Saúde Mental.

4) Quanto tempo está na gestão de Saúde Mental: 15 anos.

Obs. Dois municípios não participaram da Oficina.

O segundo passo da análise centra-se no material obtido nas associações de ideias com a frase momentos que marcaram suas vidas na gestão de saúde mental(1ª Atividade), que são transcritas para o Formulário 2, possibilitando: (a) verificar a diversidade de associações; (b) analisar as diferenças de produção entre os membros do grupo e (c) transferir as associações e frequência com que apareceram no grupo para uma tabela síntese.

Formulário 2: Registro das palavras associadas a frase “me conte sobre os momentos que marcaram suas vidas na gestão de saúde mental” (1ª Atividade).

1) Participante 1.

- Auxílio a crise, no primeiro dia, enquanto coordenador, a um usuário em situação de vulnerabilidade social (não tinha comido há dois dias e nem tomado banho) e a responsável ressaltou que era uma situação cotidiana.
- Reunião com a equipe do CAPS e a mesma não tinha noção (a grande maioria) das diretrizes preconizadas no Programa de Saúde Mental.
- O passeio e a festa do CAPS (no cinema e no dispositivo, respectivamente).
- O discurso do usuário ressaltando a importância do serviço prestado no CAPS.

2) Participante 2.

- Visita aos hospitais psiquiátricos, onde tínhamos municípios internados há muitos anos e as condições precárias que se encontravam, principalmente no Hospital Colônia de Rio Bonito.
- Ter tido a oportunidade de coordenar o programa de saúde mental sem experiência e me apaixonar por essa área.
- Crise dos usuários da saúde mental na emergência (UPA) com o descaso dos médicos, preconceito de toda equipe de plantão.
- Perder vários profissionais qualificados por falta de reconhecimento e salário inadequado. Hoje a equipe de saúde mental de nível superior, recebe um salário mínimo, e ainda sustentam um trabalho.
- Implantação do CAPS II no município.
- Processo de desinstitucionalização: retirar os dois últimos pacientes da Clínica Ego em 2017.

- Implantação dos Serviços de Residência Terapêutica no município.
- Saída da gestão em 2014, por dificuldade no relacionamento e entendimento com a chefia da Saúde Coletiva.
- Um usuário do CAPS, que ao dar entrada na emergência da UPA, foi liberado e matou o tio e o irmão a pauladas na madrugada. A equipe do CAPS, não foi acionada e o usuário foi liberado da UPA, após ter sido levado pelo corpo de bombeiros, deambulando em via pública. Foi medicado e liberado, com queixa de dor de cabeça e estava em situação de crise.

3) Participante 3.

- Inauguração do CAPS no último bairro da cidade.
- Crises a domicilio.
- Suicídios de pacientes intensivos.
- Perdas de profissionais importantes e comprometidos.
- Habilitação do CAPS.
- Embates com o Hospital Geral nas atuações de crise.
- Exoneração do cargo e assistir o serviço retroceder.
- Retornar ao cargo e ter que começar do zero.
- Ter que cumprir ordens judiciais de internação compulsória.

4) Participante 4.

- Usuários em crise, com grande dificuldade para ser realizado o protocolo de emergência no hospital municipal.
- Evolução social (autonomia e reinserção social) dos moradores do Serviço de Residência Terapêutica.
- Melhorias na estrutura do Serviço de Residência Terapêutica, trazendo conforto e dignidade aos moradores, os quais sofreram tanto nos manicômios.
- Descaso da equipe de enfermagem, médica e administrativa do hospital municipal em relação aos usuários em crise.

- Não conseguir colocar em prática diversos planejamentos e questões operacionais mínimas devido à falta de investimento, sensibilidade, prioridade e atenção dos gestores.
- Dificuldade em relação à estrutura e questões básicas para o funcionamento dos serviços, inclusive relacionado a recursos humanos.
- Pode-se falar em precariedade dos serviços e falta de atenção por parte dos gestores. A saúde mental é vista como “a margem da sociedade”. “Para que investir nela?”.

5) Participante 5.

- Implantação do CAPS no município.
- Dificuldade na articulação com hospital municipal, forçando altas precoces e facilitando evasões.
- Maus tratos aos pacientes por profissionais da saúde.
- Falta de sensibilização e autoritarismo dos gestores.
- Retorno ao lar de pacientes egressos de longas internações.
- Saídas de profissionais atuantes para entrada de novos profissionais concursados sem experiência na rede municipal.
- Trabalho junto a atenção básica.
- Agressão física entre os usuários.

6) Participante 6.

- Visitar hospital psiquiátrico para realizar a desinstitucionalização.
- Grande dificuldade na “Porta de Entrada”! Paciente que deu entrada na emergência municipal e seria encaminhado para a Clínica Ego, mas após insistir que permanecesse no pronto socorro, foi verificado cardiopatia, diabetes, obesidade e veio a falecer no mesmo dia.
- Implantação do CAPS I no município.
- Implantação do Fórum da RAPS no município.
- Retirada do último paciente internado na Clínica Ego, ainda este ano.

7) Participante 7

- A chegada na gestão municipal.
- A aproximação com todos os profissionais que compõem o governo.
- Escrever o programa municipal de saúde mental.
- A descoberta do grande número de pacientes internados em hospital psiquiátrico.
- O confronto com o grande número de emergências que o município recebia diariamente no pronto socorro, onde era localizada a “Porta de Entrada”.
- A ausência de serviços de saúde mental.
- O pequeno número de profissionais na saúde mental.
- O desejo e a decisão política de mudar a realidade existente para o tratamento dos transtornos mentais no município.
- O apoio do governo municipal para todas as ações que eram necessárias que ocorressem, para mudança na lógica de tratamento aos pacientes psiquiátricos até então existente.
- O apoio e o incentivo estadual através da gerência de Saúde Mental na instalação de novos equipamentos para saúde mental do município.
- A Reforma Psiquiátrica Brasileira.
- As relações estabelecidas com os gestores de saúde ao longo dos anos na gestão.
- A parceria sempre encontrada com todos os profissionais que fazem parte da equipe de saúde mental.
- A parceria com os usuários.
- A parceria com os familiares.
- A aprovação e criação para os cargos de gestão dos serviços de saúde mental.
- A instalação da rede substitutiva de cuidados.
- A parceria com o Ministério Público e o Juízo desde o início da gestão.
- A parceria e a amizade que foi sendo construída através do laço de trabalho, que sustenta não somente uma direção compartilhada nesse trabalho, como também ajuda a dividir as angústias vividas, quando se ocupa essa função.

TABELA 2 – Associações de ideias com a frase momentos que marcaram suas vidas na gestão de saúde mental

MOMENTOS QUE MARCARAM A VIDA NA GESTÃO DE SAÚDE MENTAL	PARTICIPANTES						
	1	2	3	4	5	6	7
1. Dificuldade no manejo com as crises nas emergências municipais	X	X	X	X	X	X	X
2. Qualificação dos profissionais da saúde mental	X						
3. Condições precárias dos hospitais psiquiátricos da região		X				X	X
4. Oportunidade de ocupar o cargo de getão da saúde mental		X					
5. Perda de profissionais qualificados na saúde mental		X	X				
6. Salários muito defasados para os trabalhadores da saúde mental		X					
7. Implantação de serviços de saúde mental	X	X	X		X	X	X
8. Processo de desinstitucionalização		X		X	X	X	
9. Dificuldade no relacionameto com os gestores de saúde		X		X	X		X
10. Intalação de serviços de saúde mental distante dos centros urbanos			X				
11. Habilitação de serviços junto ao Ministério da Saúde	X	X	X		X	X	X
12. Aumento das tentativas de suicídio			X				
13. Dificuldade com os hospitais gerais nas atuações de crise			X	X	X		
14. Exoneração da gestão da saúde mental por questões políticas		X	X				
15. Ter que cumprir internações compulsórias			X				
16. Dificuldade no cumprimento dos protocolos de saúde mental nas emergências		X	X	X	X	X	X
17. Aumento da autonomia e reinserção social dos moradores dos SRT				X			
18. Dificuldade em executar as ações planejadas pela falta de apoio dos gestores de saúde				X			
19. Baixo numero de recursos humanos para os serviços de saúde mental				X			X
20. Melhorias nas instalações dos serviços de saúde mental				X			
21. Autoritarismo dos gestores de saúde		X		X	X		X
22. Evasão de pacientes da saúde mental das emergências municipais			X		X	X	
23. Evasão de profissionais atuantes pela precariedade nas condições de trabalho					X		
24. Chegada de profissionais concursados sem experiência na saúde mental					X		
25. Trabalho junto à Atenção Básica					X		
26. A aproximação com a rede municipal							X
27. Grande nº de pacientes internados nos hospitais psiquiátricos antes da desinstitucionalização							X
28. Apoio do governo municipal							X
29. Participação da Gerência Estadual de Saúde Mental							X
30. Ausência da criação dos cargos de gestão dos servços de saúde mental	X	X		X			
31. Ausência dos cargo de gestão do programa de saúde mental	X	X		X			
32. Precariedade nas instalações dos serviços de saúde mental				X			

Fonte: Autora (2019)

A análise que podemos fazer começa a partir da diversidade de associações que ocorreram com a realização desta 1ª Atividade. Diz respeito às produções diferentes entre o que os gestores de saúde mental vivem durante o cumprimento desse mandato, e que nos permite colher dados importantes para esta pesquisa sobre gestão, dentre elas estão:

- As dificuldades vividas no manejo com as situações de crise dos usuários da saúde mental nas emergências municipais da região. Essa dificuldade está para todos os gestores de saúde mental no exercício desse mandato gestor, ainda que junto aos hospitais gerais ou nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Prontos Socorros. E, uma das questões que aparece e que pode estar relacionada a essa grande dificuldade, é o cumprimento de protocolos de saúde mental para situações de emergências psiquiátricas, que é sempre muito difícil de ocorrer, ainda que já exista. Sem contar, com a grande evasão dos pacientes da saúde mental, que procuram esses serviços e não permanecem, pela dificuldade no acolhimento, que faz parte do protocolo de saúde mental, em geral não realizado.
- A implantação de serviços de saúde mental, junto ao Ministério da Saúde, que garante a ampliação da rede de saúde mental, bastante verificada pelas narrativas dos gestores de saúde mental.
- O processo de desinstitucionalização foi também bastante lembrado nas narrativas que dizem respeito ao que marca a vida na gestão de saúde mental, inclusive pelo confronto com o grande número de pacientes internados nos hospitais psiquiátricos que necessitavam sair das condições muito precárias que estavam esses hospitais da região, antes do fechamento dos mesmos, conforme as associações de ideias que mais da metade dos gestores de saúde mental expressaram nessa atividade.
- A perda de profissionais qualificados e atuantes na saúde mental, pela precariedade nas condições de trabalho e pelos salários muito defasados para esses trabalhadores, também se fez muito frequente nessa 1ª Atividade.
- O baixo número de profissionais para os serviços de saúde mental, apesar dos concursos realizados na região.
- A exoneração de gestores de saúde mental por questões políticas, interrompendo a direção de trabalho até então implantada, sem gerar garantia de continuidade, também se verificou com uma frequência importante, nas ideias associadas aos momentos que marcaram a vida na gestão de saúde mental, desses gestores que participaram da oficina.

Aliás, essa ideia representou um grande ponto de tensão durante a discussão.

- Uma narrativa muito presente nesse momento da oficina, e que muito diz sobre os momentos que marcaram a vida desses gestores, em quase toda a sua maioria, é a grande dificuldade no relacionamento com os gestores de saúde por meio do autoritarismo bastante frequentes nas ações dos mesmos, tornando muito complicado a execução das ações planejadas para os serviços de saúde mental, devido também, a falta de apoio e investimento desses gestores de saúde.
- Percebe-se muito também, que o apoio dos governos municipais aos gestores da saúde mental da região, que em sua maioria, não têm esse cargo criado no organograma das secretarias de saúde, é tão pequeno, que por meio de suas narrativas, é possível escutar a tensão e os conflitos que são vividos no cumprimento desse mandato, na sustentação e no enfrentamento dos desafios para fazer valer a reforma psiquiátrica brasileira, que inclusive, teve como um de seus marcos históricos: a participação dos profissionais da saúde mental, como esses que estão gestores.
- Apesar da participação da Gerência Estadual de Saúde Mental ser lembrada, como fazendo parte dos momentos que marcaram suas vidas na gestão de saúde mental, representada nessa atividade da oficina, foi baixa a frequência dessa lembrança no grupo de gestores que fizeram parte dessa pesquisa.

Como terceiro passo de análise, as narrativas das memórias das dúvidas, críticas, encontros e desencontros dos momentos que marcaram suas vidas na gestão de saúde mental registradas nas papeletas (2ª Atividade) são transcritas para o Formulário 3, desenvolvido de forma a registrar as situações desses momentos segundo as classificações apresentadas e discutidas na realização da oficina.

Formulário 3: Registro das Memórias das Dúvidas, Críticas, Encontros e Desencontros dos Momentos que Marcaram suas Vidas na Gestão de Saúde Mental (2ª Atividade).

1) Participante 1.

Dúvidas:

- Será que irão demitir alguém do quadro técnico?

- Será que o usuário terá seus direitos garantidos após a consulta (exames, assistência, etc.).

Críticas:

- A falta de qualificação e a implicação de alguns profissionais na atuação.
- A responsabilização por parte dos familiares, a questão que diz respeito aos responsáveis.

Encontros:

- A estrutura oferecida pela atual gestão (2 meses) nos projetos para a saúde mental (questões estruturais).
- A parceria com a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) nos casos de emergência.

Desencontros:

- A dificuldade de articular a rede após o atendimento no dispositivo de saúde mental.
- A falta de comunicação com os superiores e a incerteza da permanência dos profissionais por questões políticas.

2) Participante 2.

Dúvidas:

- No preenchimento no SAIPS, na RAAS e de alguns itens nas Portarias Ministeriais relacionadas a Saúde Mental, que poderiam ser melhor explicados. A Área Técnica de Saúde Mental do Estado, por vezes, não sabe explicar.

Críticas:

- “Vagas políticas” de cargos fundamentais e importantes de profissionais, que são ocupados por pessoas desqualificadas, sem experiência e sem comprometimento, que dificultam nosso trabalho e o avanço na construção da RAPS.
- Não ter a criação do cargo de coordenação dos dispositivos de saúde mental da RAPS municipal. As coordenações do CAPS e dos Serviços de Residência Terapêutica, respondem como coordenação, mas são contratadas por sua profissão.

- Salários inadequados (mínimo) da equipe de saúde mental sem direito a férias.
- Falta de vontade política de ampliar a RAPS municipal.
- Burocratização para conseguir manutenção nos dispositivos de saúde mental, principalmente nos Serviços de Residência Terapêutica.
- Falta de supervisor clínico da RAPS municipal.
- Equipe do NASF não é atuante.

Encontros:

- Nosso Grupo Condutor da RAPS/BL.
- Reuniões de coordenações municipais de saúde mental no Estado e Fórum de AD e Infância e Adolescência, que também são mensais.

Desencontros:

- Relação da equipe do CAPS com a equipe da UPA e do hospital geral.
- Dificuldade com o matriciamento da atenção básica, pela baixa cobertura da mesma e a falta de conhecimento do trabalho da equipe do NASF, que não é atuante.
- Falta de notificação da equipe de saúde mental, nos casos de violência doméstica e transtornos mentais relacionados ao trabalho.

3) Participante 3.

Dúvidas:

- Verbas?
- Sistemas?
- RAAS?
- Não nos preparam para o cargo (não é treinado, ensinado nas academias), lançam aos leões.

Críticas:

- Não haver continuidade nos serviços, os coordenadores saem e não podem passar o que caminharam, o que está em andamento, gerando retrabalho.

Encontros:

- Conhecer outros coordenadores, outras realidades, visitar outros serviços.
- Participar de eventos importantes. (Fóruns, Congressos, etc.).

- Conhecer pessoas incríveis.

Desencontros:

- Não ser ouvida/entendida pelos gestores de saúde.
- Contratos por indicação política.
- Lidar com o ego alheio e a disputa de poder.

4) Participante 4.

Dúvidas:

- Como sensibilizar os gestores e demais profissionais dos serviços parceiros, em relação a necessidade de melhorias e implementações das políticas de saúde mental?
- Como mudar o olhar da sociedade e principalmente dos gestores em relação aos usuários?

Críticas:

- Dificuldades em dialogar com o hospital municipal em relação a internação/protocolo de pacientes em crise, devido à falta de interesse, sensibilidade e conhecimento da equipe médica com os usuários.

Encontros:

- Receber amparo e orientação do estado e do grupo condutor da RAPS da Baixada Litorânea, o que nos faz dividir experiências e encontrar soluções. É muito bom poder contar com pessoas engajadas, que passam pelas mesmas experiências que nós, essa troca é importante.
- Realizar a desinstitucionalização e ver a reinserção social dos usuários.

Desencontros:

- Planejar diversas programações e melhorias nos serviços e não conseguir colocar em prática, devido à falta de incentivo e interesse dos gestores de saúde em fomentar tais ações. Sensação de que a saúde mental está sempre “a margem”, sempre em último plano.

5) Participante 5.

Dúvidas:

- Não houve resposta.

Críticas:

- Troca repentina de bons profissionais por questões políticas.
- Assédio moral.

Encontros:

- Desinstitucionalização dos pacientes internados.

Desencontros:

- Falta de cuidado aos pacientes internados no leito de saúde mental no hospital municipal, por parte da equipe de enfermagem.

6) Participante 6.

Dúvidas:

- Manutenção das ações e estratégias da saúde mental após mudanças na gestão municipal!
- Como manter uma capacitação permanente nos dispositivos?

Críticas:

- Péssima atuação da “Porta de Entrada”.
- Famílias pouco responsabilizadas pelos seus entes!

Encontros:

- Fórum promovido pela Secretaria Estadual de Saúde, favorecendo o esclarecimento de pontos importantes para gestão.
- Fórum municipal, objetivando a construção de protocolos. Ações organizadas.

Desencontros:

- Alcance limitado da Secretaria Estadual de Saúde nos municípios!
- Dificuldade de implantar a “Rede Substitutiva”. Municípios sem perfil!

7) Participante 7.

Dúvidas:

- Poucas! São as relacionadas às alterações dos financiamentos e repasses do Ministério da Saúde, quando as mesmas começam a ocorrer, sem maiores esclarecimentos pelo próprio MS.

Críticas:

- Quanto às questões da política partidária, as quais sempre fiz questão de me utilizar, somente para apoiar as políticas públicas, de

saúde mental e nunca concordei, que não pudesse haver uma direção técnica marcando toda a direção do meu trabalho.

- Quanto às decisões que pudessem ser pensadas apenas por meio de interesses políticos, questões essas que sempre fizeram parte das críticas que fiz, de forma a que todos entendessem e contribuíssem na validação das ações que pudessem corresponder à política pública de saúde mental sustentada para as três esferas de governo.

Encontros:

- Todos os laços que foram sendo construídos ao longo da minha gestão e que permitiram nas três esferas de governo, passar por momentos fáceis e difíceis, sem desistir dos usuários e de contribuir para ampliação do cuidado a eles de forma a garantir sempre e cada vez mais, seu cuidado em liberdade.

Desencontros:

- Os impasses vividos com os gestores de saúde ao longo desse tempo de gestão, que além de me causar sofrimento e em muitos momentos, me levar a pensar em desistir dessa função, me fez aprender muito! Trazendo para a cena a certeza, de como é difícil, mas possível, lidar com o sujeito humano, que sempre será diferente, e com isso, dar mais importância a um objetivo para mim muito maior, que sempre foi, a garantia da implantação da reforma psiquiátrica, com todos os desafios que existem nessa grande tarefa, no município. E aí ponderar sempre o que mais importava! Dessa forma, descobrir como manejar com cada gestor de saúde, em todos os momentos que se vive numa gestão.

Mediante as narrativas das memórias das dúvidas, críticas, encontros e desencontros dos momentos que marcaram a vidas dos gestores de saúde mental da região da baixada litorânea, durante o cumprimento dessa função, foi possível elencar conteúdos que se tornam fundamentais para pensar o que vive esses gestores no espaço da gestão municipal.

Dentre as dúvidas, que mais promovem tensões, estão:

- A incerteza na permanência das equipes técnicas contratadas para trabalhar na saúde mental, devido a questões político-partidárias, e ao fato da existência de contratações por indicação política.
- O desconhecimento acerca das formas de financiamento da política de saúde mental, através do Ministério da Saúde.

Com relação às críticas, que esse grupo gestor possibilitou destacar por meio de suas narrativas através de sua atuação e do processo de gestão que vivenciam, estão:

- A ausência de qualificação permanente para os gestores de saúde mental.
- A falta de qualificação dos profissionais de saúde mental.
- A falta de sensibilização dos gestores de saúde, para as ações de implantação da política nacional de saúde mental, necessária nos municípios.
- A ocupação de cargos fundamentais para os programas de saúde mental, por meio de indicação política, gerando dificuldades importantes nos serviços de saúde mental.
- A ausência de criação do cargo de gestor de saúde mental, nos organogramas das secretarias municipais de saúde da região.
- A ausência de criação do cargo de coordenação dos dispositivos de saúde mental, na grande maioria da RAPS nos municípios da região.
- A baixa remuneração salarial para os profissionais das equipes de saúde mental.
- A falta de apoio político na ampliação da RAPS em alguns dos municípios da região.
- A pouca manutenção nos dispositivos de saúde mental.
- A falta de supervisor clinico-institucional da RAPS nos municípios da região.
- A descontinuidade das ações nos serviços de saúde mental, provocada pela exoneração dos gestores de saúde mental de maneira súbita.
- A grande dificuldade no relacionamento com os profissionais nas emergências psiquiátricas, localizadas nas UPAS e nos Prontos

Socorros, gerando falta de cuidado aos usuários internados em situações de crise.

Todavia, o campo da gestão em saúde mental, por meio das narrativas dos gestores, que fizeram parte da oficina, também retratou um lugar de pertencimento, através de repetidas memórias dos encontros possíveis na vida desses gestores de saúde mental. Dentre eles estão:

- A existência do Grupo Condutor da RAPS/BL e a participação mensal nesse grupo gestor como sendo uma das vias de execução dessa função gestora, onde há muita troca de experiências e informações.
- A participação nos Fóruns Estaduais promovidos pela Secretaria Estadual de Saúde, por meio da Coordenação Estadual de Saúde Mental e sua Área Técnica.
- A realização da desinstitucionalização dos pacientes internados nos hospitais psiquiátricos da região, promovendo bem-estar aos pacientes, possibilitando o retorno a uma moradia.

Porém, a memória dos desencontros mais ocorridos no exercício desse mandato gestor, trazidos por meio de suas narrativas, nos permitiu dar ouvidos a um tom, que pode ou não operar uma direção. São eles:

- A dificuldade na articulação com a rede intersetorial.
- A pouca possibilidade de ser ouvido pelos gestores de saúde, na maioria dos municípios que compõem a região.
- O pouco alcance das ações da Secretaria Estadual de Saúde, representado por meio da pouca presença dos representantes da Gestão Estadual de Saúde Mental, nos últimos anos, no acompanhamento das ações para sustentação da RAPS dos municípios que compõem a região.
- Os impasses vividos com os gestores de saúde, inclusive por meio de posicionamentos autoritários, impactando nas ações necessárias para a ampliação da RAPS nos municípios da região e o fortalecimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

A estratégia de sistematização dessas discussões em grupo segue os parâmetros do material gerado na terceira atividade. As questões que orientam essa etapa do encontro foram produzidas a partir dos objetivos da pesquisa,

considerando os interesses do pesquisador, mas também conhecimentos prévios que possam viabilizar versões ou argumentos em contraste ou tensão.

As gravações das discussões realizadas nas atividades dois e três são transcritas de duas maneiras: (a) transcrição sequencial para propiciar uma visão de conjunto das temáticas abordadas; (b) transcrição integral.

A transcrição sequencial foi feita escutando-se a gravação (antes da transcrição integral). Anotou-se a sequência das falas, fazendo-se uma breve descrição da temática. Teve por objetivo dar uma visão de conjunto-dinâmica e conteúdo. Buscou-se, portanto, fazer anotações que não ultrapassassem uma linha por participante. A transcrição sequencial possibilitou a seleção de trechos da discussão onde houve processos de negociação de sentidos sobre os momentos que marcaram suas vidas na gestão de saúde mental em temáticas variadas.

FIGURA 3 – Transcrição sequencial relativa às linhas 02-55 da transcrição integral

- | | |
|------------|---|
| P1. | Será que vão demitir alguém do quadro técnico? Há falta de qualificação e implicação de alguns profissionais na atuação. |
| C. | Esses dois, você não tem como interferir? |
| P2. | Dificuldade com o matriciamento do NASF, pois a equipe não é atuante. |
| C. | São cadastradas e credenciadas pelo Ministério da Saúde, recebem o recurso, mas não trabalham. Que loucura ¹ |
| P3. | Não há continuidade nos serviços, a coordenação anterior tinha tido desentendimento com o secretário e foi exonerado, e não foi permitido que me passasse o serviço. |
| C. | Você parece concursado, né (risos)? Eu sempre achei que era concursado. |
| P4. | Dificuldade em dialogar com o hospital municipal em relação à internação e protocolo de pacientes em crise, devido à falta de interesse, sensibilidade e conhecimento da equipe médica com os usuários. |
| C. | Não achou em críticas, nem em encontros e desencontros? |
| P6. | A verdade é que, quando tem mudança de gestão, não depende da gente de jeito nenhum, porque eles resolvem mudar 100% e acabou. |
| C. | Você não tem poder sobre isso? |

Esses trechos são analisados com a técnica dos mapas dialógicos Spink (2010). Para construção desses mapas, na pesquisa sobre os momentos que marcaram suas vidas na gestão de saúde mental, utilizamos três colunas: descrição desses momentos, explicações e justificativas das ações a eles relacionadas e emoções associadas, transferindo para as colunas a transcrição integral do trecho selecionado na transcrição sequencial. As colunas do mapa são definidas a partir dos objetivos específicos da pesquisa e da identificação de temas na fase da transcrição sequencial.

FIGURA 4 – Mapa da Oficina de Sensibilização (02/09/2019)

Descrição dos Momentos que marcaram suas vidas na gestão de saúde mental	Explicações/Justificativas das Ações a eles relacionadas	Emoções Associadas
C. Alguém mais quer falar das situações de ameaça de demissão dos profissionais técnicos?	P1. Quando há falta de profissionais qualificados e implicados...	P1. Enquanto coordenação é algo difícil de lidar, porque não depende de nós.
	Sabia que ia trazer consequências.	
	C. É uma situação que a gente sabe: mas não tem como interferir?	
C. Alguém mais quer conversar sobre a dificuldade com o matriciamento da atenção básica através do NASF?	P2. A equipe não é atuante.	P2. São credenciadas pelo Ministério da Saúde, recebem recurso e não trabalham (raiva).
C. E as exonerações de gestores de saúde mental?	P3. Por questões políticas ou por desentendimento com os secretários, não permitindo a continuidade nos serviços.	P3. Só para gerar retrabalho (indignação).
C. Aconteceu?		P3. A coordenação anterior foi exonerada e não foi permitido que me passasse o serviço.
P4. E as situações de crise dos nossos usuários nos hospitais municipais?	C. Qual é a grande dificuldade?	

	P4. Dialogar sobre as interações e os protocolos dos pacientes em crise.	P4. Sofremos com a falta de interesse, sensibilidade e conhecimento da equipe médica com os usuários.
C. Não acreditam ter poder sobre as mudanças de gestão durante um mandato gestor?	P6. A verdade é que, não depende da gente de jeito nenhum, porque eles resolvem mudar 100% e acabou!	P3. A reação é de recomeçar depois da mudança, fazer tudo novamente.

Fonte: Autora (2019)

Formulário 4: Registro das Perguntas e Respostas sobre o que pode uma Gestão. (3ª Atividade).

1) Participante 1

- O que acredita serem desafios possíveis a enfrentar-se na gestão de saúde mental?

O maior desafio enquanto gestor, primeiramente, é motivar a equipe a fim de que desempenhem seu trabalho enquanto profissionais comprometidos. Fazer com que os seus “superiores” compreendam a importância de um programa de saúde mental na rede, para a promoção da saúde. Fazer com que os responsáveis e/ou familiares se engajem na condução terapêutica do usuário. Sem as questões supracitadas, ficaria inviável garantir direitos e vislumbrar o ponto principal de um dispositivo de saúde mental, que é promover o protagonismo de seus usuários e reinseri-los como seres sociais, respeitando sua subjetividade, tal qual se deve respeitar todo e qualquer cidadão.

- O que acredita serem desafios poucos possíveis a enfrentar-se na gestão de saúde mental?

Os desafios pouco possíveis são os de ter recursos necessários e ter dificuldades em administra-los (pois a realidade é outra), e também ter capacitação oferecida pelo poder público e ter dificuldade em enviar profissionais.

- Que tipo de ação podem adotar no cotidiano?

As ações cotidianas possíveis são a priori: conduzir o que foi proposto por cada profissional conforme o Projeto Terapêutico Singular (nos dispositivos de saúde mental, como também fora dele), e estar atentos as demandas que porventura surgirem na prática profissional, tais como: apoio a crise, visitas domiciliares,

acolhimento, ética no compartilhamento em rede. Com isso, fazer valer o que preconiza as leis norteadoras da saúde mental, dentre outras ações.

- Que tipo de ação não podem adotar no cotidiano?

A coordenação não deve se valer de suas questões morais, político partidárias, religiosas, para direcionar sua prática junto aos dispositivos de saúde mental.

2) Participante 2

- O que acredita serem desafios possíveis a enfrentar-se na gestão de saúde mental?

Implantar o CAPSi e o CAPS AD a partir de uma intervenção do Ministério Público. Parceria entre a UPA e o CAPS a partir de uma capacitação. Maior implicação da equipe técnica do CAPS com o Serviço de Residência Terapêutica, estreitando os laços e avançando no cuidado clínico com os moradores. Contratação do supervisor clínico da RAPS. Reuniões intersetoriais para melhor articulação dos setores.

- O que acredita serem desafios poucos possíveis a enfrentar-se na gestão de saúde mental?

Melhoria de salário. Gestão das verbas dos dispositivos de saúde mental, como por exemplo: ter um caixa para pequenas intervenções e também urgências no CAPS e, principalmente, nos Serviços de Residência Terapêutica. Manter uma equipe já qualificada na permanência do trabalho, pela falta de condições de trabalho e salário.

- Que tipo de ação podem adotar no cotidiano?

Capacitação da equipe técnica do Ambulatório, do Serviço de Residência Terapêutica e do CAPS. Confecção de relatórios mensais retratando os avanços e desafios. Ter um planejamento melhor para trabalharmos na precariedade que temos. Articular com municípios vizinhos a internação de pacientes em crise, para não gerar internação compulsória. Confecção de protocolos e apresentação para a rede. Ter maior participação nas reuniões dos Conselhos e fazer uma mobilização para Associação de Familiares dos usuários de saúde mental, para que se tenha representação.

- Que tipo de ação não podem adotar no cotidiano?

Autonomia para gerir melhor o programa de saúde mental, como ter acesso direto a Prefeita. Confeccionar relatórios para o Ministério Público, com todas as nossas dificuldades. Muitas vezes ou quase sempre, essa conversa tem que ser informal.

3) Participante 3

- O que acredita serem desafios possíveis a enfrentar-se na gestão de saúde mental?

Manter uma postura ética e comprometida, mesmo sem ser concursado. Estabelecer contatos com a rede sócio assistencial, ou seja, órgãos autônomos que facilitem a continuidade do serviço, como por exemplo: Ministério Público, Conselho Tutelar, Tribunal de Justiça e outros. Fomentar espaço de discussão e aprimoramento/capacitação do trabalhador/profissionais de saúde.

- O que acredita serem desafios poucos possíveis a enfrentar-se na gestão de saúde mental?

Manter a continuidade dos serviços no que tange aos cargos de indicação política. Manter a qualidade dos serviços ofertados, baseando-se no item anterior.

- Que tipo de ação podem adotar no cotidiano?

Documentar tudo em relação a necessidades e providências. Estabelecer boas parcerias com Ministério Público e Tribunal de Justiça. Incluir nos espaços de discussão (Fórum, Capacitações) organizações não governamentais. Participar das reuniões do Conselho de Saúde.

- Que tipo de ação não podem adotar no cotidiano?

Ações político partidárias pautadas em interesses individuais, seja lá de quem for para desenvolver um trabalho corretamente. Não ficar alheio aos acontecimentos.

4) Participante 4

- O que acredita serem desafios possíveis a enfrentar-se na gestão de saúde mental?

Adaptar a equipe técnica às particularidades dos serviços a partir de capacitação, reunião e supervisão. Prestar um serviço de qualidade à comunidade (dentro das nossas possibilidades) devido ao empenho e dedicação da equipe.

Elaborar planejamentos e estratégias com o objetivo de organizar a estrutura da RAPS (acho difícil que seja realizado, porém o planejamento é possível). Apresentar para sociedade as políticas da saúde mental inseri-las na sociedade.

- O que acredita serem desafios poucos possíveis a enfrentar-se na gestão de saúde mental?

Conseguir habilitar e implementar todos os serviços componentes da RAPS no município. Conseguir atender a demanda do município sem o suporte da atenção básica e dos gestores. Conseguir organizar os serviços com estrutura de qualidade, diante da falta de suporte e engajamento da gestão, para investir na saúde mental. Conseguir conscientizar os gestores sobre a necessidade de investimento na saúde mental, devido ao tabu de a saúde mental não ser bem vista pelos gestores (sempre excluídos, “a margem”, nunca prioridade).

- Que tipo de ação podem adotar no cotidiano?

Articular com órgãos fiscalizadores como o Ministério Público. Ações de prevenção e redução de danos. Ações de orientação e capacitação. Ações de inclusão, ações terapêuticas através de oficinas, através da promoção e da inserção do usuário nas relações sociais. Articular com demais serviços de outras secretarias: CREAS, Conselho Tutelar.

- Que tipo de ação não podem adotar no cotidiano?

Não posso relatar em um relatório para o Ministério Público a total realidade do serviço (precariedade do hospital municipal), para não comprometer o governo (e o meu emprego). Informalmente, em uma reunião, eu falo, mas por escrito não é possível.

5) Participante 5

- O que acredita serem desafios possíveis a enfrentar-se na gestão de saúde mental?

Sensibilizar a sociedade e parceiros da rede para as questões da saúde mental. Aplicar os recursos para a melhoria da assistência.

- O que acredita serem desafios poucos possíveis a enfrentar-se na gestão de saúde mental?

Influência política como desarticulador do trabalho construído.

- Que tipo de ação podem adotar no cotidiano?
Capacitação permanente da rede.
- Que tipo de ação não podem adotar no cotidiano?
Não houve resposta.

6) Participante 6

- O que acredita serem desafios possíveis a enfrentar-se na gestão de saúde mental?
Implantação de protocolo mínimo. Capacitação das “Portas de Entrada”.
- O que acredita serem desafios poucos possíveis a enfrentar-se na gestão de saúde mental?
Mudança na equipe em função da mudança na gestão.
- Que tipo de ação podem adotar no cotidiano?
Acolher, triar e dar o encaminhamento adequado a cada caso, mesmo com as dificuldades na rede de cuidado.
- Que tipo de ação não podem adotar no cotidiano?
Impedir as ações político partidárias, porém sempre buscando redirecionar para uma atitude técnica.

7) Participante 7

- O que acredita serem desafios possíveis a enfrentar-se na gestão de saúde mental?
Todas as questões que possam envolver o trabalho no dia a dia da gestão, desde que seja atravessado por uma ética no trabalho, sempre respeitando todos e cada um, com seus direitos sendo garantidos na luta de que os recursos por meio das rubricas do MS e os recursos próprios do município, estejam presentes para as ações que devam acontecer, na implementação da política de saúde mental no município.
- O que acredita serem desafios poucos possíveis a enfrentar-se na gestão de saúde mental?
A falta de reconhecimento da necessidade das ações em saúde mental, na direção da sustentação da reforma psiquiátrica. A não utilização dos recursos repassados do Ministério da Saúde à criação e ampliação da RAPS municipal, pela

grande compreensão da necessidade desses serviços. As internações compulsórias que realmente nunca, em quinze anos de gestão precisei cumprir.

➤ Que tipo de ação podem adotar no cotidiano?

Todas! Todas que precisam existir para fazer valer o que acreditamos ser importante para o programa de saúde mental, pois sempre foi esclarecido o porquê de cada necessidade para o município implantar ou realizar, e quase nunca foi deixado de ser cumprida e tomada como uma ação que precisava ser coletiva e compartilhada, apesar dos embates pelas diferenças de opinião para se chegar ao consenso.

➤ Que tipo de ação não podem adotar no cotidiano?

Falar tudo o que pensa na hora que não for adequada. Falar do que é necessário para a ampliação do programa de saúde mental, em momentos que consigo perceber que os gestores de saúde não poderão escutar. Falar com total liberdade para todos a qualquer tempo e lugar. Dizer para os parceiros, coisas que não dizem respeito ao trabalho nos momentos em que o trabalho é o foco. Não misturar público com o privado, ainda que os laços construídos no trabalho possam ter sido transformados em laços de amizade.

Mediante as narrativas dos gestores de saúde de mental, sobre o que pode uma gestão, durante a oficina de sensibilização, foi possível escutar muito acerca do que atravessa esse mandato gestor, nesse lugar tão complexo que é a gestão de saúde mental, ao operar nesse ideário da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Dessa forma, foi possível elencar desafios que são enfrentados, como:

- Motivar a equipe de saúde mental no desempenho de seu trabalho diário.
- Buscar o apoio dos gestores de saúde.
- Buscar a participação dos familiares no projeto terapêutico dos usuários nos dispositivos de saúde mental.
- Ampliar a RAPS municipal sem que para isso, seja necessário solicitar a intervenção do Ministério Público.
- Construir a parceria dos serviços de emergência com a rede CAPS.
- Aumentar a implicação da rede CAPS com os Serviços de Residência Terapêutica.
- Realizar a contratação de supervisor clínico institucional da RAPS.
- Aumentar a articulação intersetorial.

- Fomentar capacitação aos profissionais da rede de cuidados.
- Sensibilizar a sociedade para as questões da saúde mental.
- Aplicar os recursos para melhoria da assistência em saúde.
- Possuir uma direção ética no dia a dia do trabalho na gestão de saúde mental.
- Garantir a utilização dos recursos do Ministério da Saúde no financiamento das ações da política nacional de saúde mental por meio da implantação da RAPS nos municípios da região.
- Buscar melhorias de salários.
- Manter a equipe qualificada no trabalho embora não exista condições e salários adequados.
- Manter a continuidade dos serviços nos momentos em que há substituição de profissionais por meio de indicação política.
- Implantar os dispositivos da RAPS nos municípios, mesmo com pouco apoio e decisão da gestão de saúde.

Porém, durante esses enfrentamentos, foi possível escutar também o que esse grupo gestor imagina que pode adotar no cotidiano de seu trabalho gestor. São ações como:

- Fazer valer a legislação de saúde mental para a garantia da Política Pública de Saúde Mental.
- Qualificar os profissionais da rede de saúde mental.
- Elaborar relatórios retratando os avanços e desafios vividos.
- Ter maior participação nas reuniões dos conselhos municipais.
- Criar a Associação de familiares e usuários da saúde Mental.
- Documentar as ações realizadas.
- Estabelecer boas parcerias com o Ministério Público e o Tribunal de Justiça.
- Incluir as ONGs nos espaços de discussão.
- Manter articulação com a rede intersetorial.
- Acolher e dar encaminhamento adequado a cada caso, mesmo com as dificuldades existentes na rede de cuidados.
- Realizar todas as ações necessárias para fazer valer o que se acredita ou pensa ser importante, para o bom funcionamento da rede de saúde mental.

Contudo, foi possível escutar desses gestores de saúde mental, ações importantes que não imaginam poder realizar. São elas:

- Utilizar-se de ações políticas partidárias, morais e religiosas para direcionar sua prática na gestão de saúde mental.
- Elaborar relatórios para o Ministério Público, relatando as dificuldades existentes na gestão de saúde mental.
- Ficar alheio aos acontecimentos.
- Impedir as ações políticas partidárias.
- Falar tudo o que se pensa em hora inadequada.
- Falar sobre as necessidades para a ampliação da RAPS em momentos que os gestores não poderão escutar.
- Falar com total liberdade para todos a qualquer tempo e lugar.
- Dizer para os parceiros, coisas que não dizem respeito ao trabalho, nos momentos em que o trabalho é o foco.
- Misturar público com privado, ainda que tenham sido construídos laços de amizade, no trabalho do dia a dia na gestão pública de saúde mental.

7.4 O que os Gestores de Saúde Mental, têm a falar sobre a Rede de Atenção Psicossocial da Baixada Litorânea, e falaram!

Embora a segunda e a terceira atividade, da oficina de sensibilização, realizada com os gestores de saúde mental da região da Baixada Litorânea, tenha gerado escritos, também gerou transcrições (em anexo), mediante as gravações das discussões durante essas atividades. E, fez-se necessário e importante, para a pesquisa aqui realizada, um consolidado acerca das falas mais significativas e representativas dessas atividades da pesquisa, que é descrito abaixo:

- “Será que vão demitir alguém do quadro técnico”?
- “A saúde mental é sempre uma aposta”!
- “É, não tem nada que ensine a gente a ser gestor, né? Estou dizendo isso, porque a gente não aprende isso na faculdade, isso não é dado nas academias. Depende da gente, né? A gente tem que correr atrás”!
- “Como sensibilizar os gestores de saúde e demais profissionais de serviços parceiros, em relação a necessidade de melhorias e implementações das políticas de saúde mental”?

- “Nos lançam aos leões! Na academia não se fala sobre os processos de gestão”.
- “Tá numa função de gestão é muito difícil! Muito difícil”!
- “Então assim, a gente aprende fazendo, e o nosso fazer, ele tem um tempo determinado que geralmente são quatro anos, e aí tudo recomeça. E aí a gente não consegue construir uma política sólida, né? Porque ela tá sempre sendo fragmentada por essas interrupções.”
- “A verdade é que, quando tem mudança de gestão, não depende da gente de jeito nenhum, porque eles resolvem mudar 100% e acabou. Exoneram”!
- “Como manter uma capacitação permanente nos dispositivos de saúde mental? É muito difícil! Passa também por essa questão de mudança de gestão”.
- “O Grupo Condutor da RAPS da Baixada Litorânea e as orientações do Estado, nos faz dividir experiências e encontrar soluções. A gente se sente acolhido”!
- “E o salário inadequado, que é de 01 salário mínimo pra equipe de saúde mental de nível superior, sem direito a férias para os contratados”.
- “É a falta de vontade política de ampliar a rede de atenção psicossocial.
- “Ainda tem a lógica do curral eleitoral, é todo mundo nomeado gente”!
- “Não ser ouvido, entendido pelos secretários de saúde”.
- “Carteiradas dos políticos. Vocês não recebem”?
- “Em relação a política partidária, que ela não se sobreponha a política pública e as ações que são necessárias ocorrer”.
- “Seria bom que a Secretaria Estadual de Saúde tivesse um alcance maior, talvez uma presença mais efetiva junto aos secretários de saúde. Vir pessoalmente para reforçar aquilo que nós já pedimos, mas a gente sabe que é difícil.”
- “Como não lembrar dos impasses vividos nas relações com os gestores de saúde ao longo do tempo na gestão? Porém, reconheço que aprendi muito ao lidar com as diferenças interpessoais, em nome de um objetivo muito maior”!
- “Eu também, acho que é possível a gente apresentar para sociedade, as políticas de saúde mental. É uma maneira de inseri-los na sociedade, porque

a gente sabe, que tudo que tem a ver com a saúde mental e a mesma, tá sempre muito a margem, né?”

- “É, esse modelo de quatro anos é muito complicado, né? No primeiro ano, você trabalha com o orçamento anterior, o segundo ano, você vai planejar o orçamento, o terceiro, você trabalha um cadinho e, o quarto, você não pode fazer mais nada (risos)”.
- “Manter uma continuidade nos serviços em geral? Não vou nem falar só da saúde mental, com esse modelo de gestão tão descontinuado e ainda tem a situação da galera pegar o que tá feito e desmanchar tudo, além de fazer de novo”.
- “Então, porque a gente tá trabalhando muito só, é um trabalho de muita solidão mesmo”!
- “Como quem tem só vida acadêmica e nunca trabalhou, ele tem um abismo entre o que ele fala e o que a gente faz. Não é”?
- “Quando você escreve, faz a gente pensar e repensar o trabalho, você começa a pensar não será que eu sou realmente responsável por isso? Será que poderia estar fazendo mais? Será que isso realmente não depende de mim? Aí, quando depende, você vê se vai dar certo, aí vem a angústia...”.
- “A gente também não tem muito tempo de escrever o que a gente faz, não é? Então, quando a gente na gestão, não tem essa possibilidade, isso compromete o nosso papel na gestão, que é isso. Quando a gente para pra escrever, a gente escuta, a gente lê, a gente pensa, e isso retorna de alguma forma. A gente não consegue separar esse tempo, no tempo da gestão, e isso compromete muito a gestão da gente, né”?

7.5 Considerações finais sobre a Oficina de Sensibilização e a proposta metodológica

Na análise das narrativas produzidas pelos entrevistados, aprofundamos a compreensão sobre os momentos que marcaram a vida dos gestores de saúde mental, de modo a auxiliar a análise do processo de gestão que é vivenciado, tornando possível acreditar que por meio da prática do gestor poder-se-á debater-se sobre esta função.

Em linhas gerais, é importante ressaltar que, nesta proposta metodológica, o exercício que foi apresentado ao grupo se caracteriza pelo estímulo à visualização de diferentes versões sobre o problema investigado. Isso se dá inicialmente e a partir da técnica de associação de palavras que dá visibilidade à polissemia de termos e expressões e, mais adiante, nas narrativas que apresentam formas diversas de apropriação e atualizações particulares dessas formas diversas de significação. Contudo, o que se destaca nesta proposta é o incentivo ao exercício reflexivo que se inaugura com a atividade de agrupar as narrativas (em papeletas), a qual provoca deslocamentos de sentidos e potencializa discussões em grupo, visualizando tensões e controvérsias. Esse movimento é ampliado na última atividade, em que são apresentadas questões que visam a desestabilizar e contrastar possibilidades.

Assim, ao invés de priorizar consensos ou aspectos que se afirmam como centrais, a partir da repetição, os procedimentos de análise (transcrição sequencial e mapas dialógicos) visaram dar visibilidade às dinâmicas que se estabeleceram entre os interlocutores, em produtivas disputas promovidas pela Oficina.

Pode-se considerar que os espaços em que se promove a visibilidade e a negociação de versões, têm implicações teóricas, metodológicas e éticas, de acordo com Spink (2010), uma vez que tendem a produzir efeitos de transformação simbólica que ultrapassam o momento de realização das discussões, assim como extrapolam os usos analíticos que porventura sejam feitos por nós, pesquisadores. Parece frequente, segundo a autora, que os ecos de nossas pesquisas continuam vibrando tempos depois da realização daquilo que se convencionou chamar de “coleta de dados”.

A autora também considera ser fundamental, que seja levada a sério, nossa responsabilidade ético-política como pesquisadores que se propõem a abrir espaços de reflexão sobre processos de subjetivação.

Portanto, não podemos ignorar que, ao promover um encontro marcado pelo incentivo à visibilização da diversidade, assim como a explicitação de possíveis tensões e conflitos, favorecemos diálogos pautados pela retórica, portanto, pela produção de jogos de verdade.

Ainda, segundo Spink; Menegon e Medrado (2014), o que produzimos em uma oficina escapa à mente isolada de um indivíduo ou à produção singular de um falante. São produtos da interação, portanto, parciais, situados e móveis. Constituem

práticas discursivas que tomam corpo no coletivo, inauguradas a partir do convite feito pelo pesquisador.

Além disso, sendo uma produção dialógica, as oficinas, certamente, podem gerar produções discursivas que não têm necessariamente compromisso com experiências prévias ou com formulações conceituais mais amplas das pessoas. Consistem em produções situadas, cujas análises não podem se pretender generalizáveis ou representativas do que uma comunidade discursiva pensa a respeito.

Assim, sendo a oficina um encontro que favoreceu a negociação (nem sempre consensual) de versões sobre o mundo e sobre nós próprios, ela se configurou, antes de tudo, como jogos de linguagem, de base retórica, orientados pelo poder, ou seja, em “jogos de verdade”, que situam, caracterizam e inscrevem processos de subjetivação.

O conceito “jogos de verdade”, foi desenvolvido por Foucault, ou seja, para Foucault, a verdade não preexiste à linguagem ou ao sujeito; ela se inscreve em relações entre as pessoas, mediadas por jogos de poder, e como efeito produz práticas de si, regulando possibilidades.

E essa foi a aposta que nos importou!

8 CONCLUSÃO

Enfim. "o cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para mim". Essa frase, da qual nunca esqueci, e que encontrei entre os escritos de Leonardo Boff, a bastante tempo atrás, tornou-se muito emblemática para esse momento, em que me dedico a cumprir a tarefa de conclusão desse texto, que desde o início apontava para um questionamento acerca de uma função numa gestão pública.

Desde as primeiras linhas que me debrucei a escrever sobre a minha implicação e os motivos que me impulsionaram a estudar esse tema, acredito, já poder atribuir o cuidado, como o fio condutor de tudo que tampouco imaginava que iria percorrer durante essa pesquisa.

Como não atribuir uma atitude de preocupação àqueles profissionais e gestores que já naquele tempo, no Hospital Colônia Juliano Moreira, me instigavam a pensar em novas formas de tratamento para os pacientes que lá moravam há anos?

Vale lembrar que alguns estudiosos derivam cuidado do latim *cura*. Em sua forma mais antiga, *cura* em latim se escrevia *coera* e era usada num contexto de relações de amor e de amizade. Expressava a atitude de cuidado, de desvelo, de preocupação e de inquietação pela pessoa amada. Outros derivam cuidado, de *cogitare-cogitatus*, o sentido é o mesmo, de cura: cogitar, pensar, colocar atenção, mostrar interesse, revelar uma atitude de desvelo e de preocupação. Parece-nos, que já naquele tempo, entre *cura* e cuidado estabelecia-se uma relação. Aliás, poder-se-ia pensar, que a ideia que os movia desde aquele tempo, estava na cura através do tratamento, onde o cuidado seria estabelecido numa relação de preocupação?

E por que neste momento, onde preciso aqui, tecer e alinhar a escrita produzida neste trabalho, o cuidado representa o fio que de fato imagino poderá conduzir à algumas amarrações? Trabalho, que representou pesquisar a função da gestão pública de saúde mental, onde por meio do espaço do Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial da Baixada Litorânea, tive um cenário no qual a aproximação desses atores, desses sujeitos, pode permitir-me garantir um debate sobre a função de um gestor de saúde mental, através de suas falas, de suas

narrativas. E com isso, poder pensar o que é operar este mandato público da saúde mental neste ideário da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Recorrer ao percurso, já escrito neste trabalho, onde foi possível atribuir a essa função gestora, a capacidade de dar o tom, como um maestro direciona o tom de sua orquestra, já apontava também, para uma atitude de desvelo, de responsabilidade, que deve fazer parte da construção a acontecer.

Mostrar interesse pelos parceiros que precisam estar incluídos na rede, que necessita ser tecida durante o exercício deste mandato gestor, também me fez associar ao cuidado e tudo que ele é capaz de produzir quando de forma coletiva, damos importância a quem nos preocupa.

Seguir nesse texto que se buscou caracterizar pela defesa de um certo ponto de vista, possibilitou fazer da Oficina, uma forma de sensibilização, além de representar ocasião privilegiada para a análise de processos de subjetivação, onde o cuidado pode ser representado por meio da inquietação dos gestores de saúde mental nos municípios que compõem a região da Baixada Litorânea, bem como dentro a expressão, do que vivem esses gestores em suas atuações no espaço da gestão.

A perspectiva de fazer pesquisa, de acordo com a forma apresentada por Mary Jane Spink, baseou-se no estudo do saber cotidiano, focalizando as maneiras pelas quais os gestores de saúde mental, produzem sentidos e posicionam-se nas relações sociais, no locus onde se produzem e se significam determinadas práticas e com a preocupação de desnaturalizar as construções do cotidiano.

Merhy, dentre todos os autores, dos quais o pensamento fez parte dessa construção textual, aponta que, as distintas experiências que buscam a mudança efetiva do processo de trabalho em saúde, tem necessidade de incorporar novas questões do nível dos processos micro políticos do trabalho em saúde.

Embora a análise das práticas discursivas dê-se, em última instância num nível micro, conforme inclusive se pode conduzir a pesquisa, a noção de contexto é abordada em vários níveis. Partindo do pressuposto que as pessoas podem expressar-se de maneiras diversas (dependendo de onde estão com quem estão falando, o que foi dito e qual a forma de interação) buscamos entender porque as pessoas falam certas coisas num determinado momento.

Ao nos certificarmos, por meio das narrativas dos gestores de saúde mental, que precisamos levar em consideração os usuários e suas necessidades de saúde,

os trabalhadores e o saber-fazer que comportam e os gestores e sua capacidade de administrar recursos, conforme Merhy inclusive conceituou, para que possamos fazer um esquema de análise dos modelos de atenção à saúde, parece-nos que o cuidado, por meio da demonstração de interesse nesses sujeitos dar-se-á de forma desafiadora, posto que convocará buscarmos novas e variadas ferramentas para a difícil tarefa de construir serviços centrados nos usuários e em suas necessidades. E para um modelo SUS usuário-centrado ocorrer, torna-se um desafio poder pensar em como tornar pública uma dinâmica microdecisória, a tal ponto que, conforme nos ensinou Merhy, os verdadeiramente interessados nesta, ou seja, os usuários com suas necessidades de saúde, possam também colocar suas razões em jogo.

E assim, esse é o problema, segundo Merhy, que passa a interessar a todo o conjunto dos processos gerencial e regulatórios, tanto no plano da organização quanto do processo de trabalho, que pede uma descaptura do trabalho vivo em ato no plano da assistência e no plano da gestão, contemplando a razão do usuário como seu eixo.

Cuidar desse sujeito, o usuário da saúde mental, desde o início do Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, foi o fio condutor das ações pensadas e realizadas tanto pelos profissionais da saúde como pelos familiares, além é claro, dos próprios usuários, que se tornavam potentes por meio desse enlaçamento.

Aqui novamente, relembro Boff, quando de forma bastante cuidadosa, nos diz que, não busquemos o caminho da cura fora do ser humano. O *ethos*, a casa humana, como nos lembra, está no próprio ser humano. Acrescenta que, ele precisa voltar-se sobre si mesmo e redescobrir sua essência, que se encontra no cuidado!

Com isso, podemos dizer, que o cuidado se encontra na raiz primeira do ser humano, antes que ele faça qualquer coisa. E se fizer, ela sempre vem acompanhada de cuidado e imbuída de cuidado. O ser humano é um ser de cuidado! Colocar cuidado em tudo o que projeta e faz, eis a característica singular do ser humano, segundo o próprio Leonardo Boff.

Lembrando que, para Merhy, quanto mais abrangente for este mundo incorporado pelo ato de cuidar, mais este vai ter que operar uma caixa de tecnologias ampla e complexa, não sendo suficiente que alguns poucos Programas, tentem dar conta da produção da saúde, pois esta é exigente e complexa. Ela mobiliza muitas linhas de cuidado. E certamente, consome muitos tipos de saberes tecnológicos.

Não acreditando em receitas definitivas para a organização da produção de saúde mental, mas sim, no cuidado que ocorre quando alguém nos importa, e digo dessa forma, pois desde o início da pesquisa faço parte desse campo, onde estou imersa há anos, pode-se para além de todos os apontamentos já feitos, no decorrer dessa pesquisa, e baseada na Oficina realizada, eleger o que parece ser impossível não dizer e dizer e dizer novamente.

Se o cuidado e seu surgimento, se dá quando a existência de alguém nos importa é fundamental pensar que para que um gestor de saúde mental opere seu mandato público no ideário da Reforma Psiquiátrica, com toda a complexidade que isso representa, conforme já apresentado ao longo da pesquisa, torna-se também de extrema importância, pensar como é possível tornar a existência desse gestor, como a de um sujeito que nos importa. Principalmente, tornando compreensível e factível para os gestores de saúde, assim como para os governos municipais, a existência desta função pública para o cumprimento deste mandato, que é público.

Assim como, também importa que a qualificação seja permanente para os gestores de saúde mental. Além de ser de fundamental importância, o apoio dos gestores de saúde às ações que devem ser realizadas por quem deve cumprir um mandato tão complexo como este.

E com isso, poder pensar em outras formas que precisam ser incorporadas às práticas de um gestor de saúde mental, para que essa função tão importante, de quem importa nos preocupar, não seja cumprida da forma tão solitária, conforme percebido por meio das narrativas desses gestores.

Como tornar possível a mudança dessa realidade tão difícil, que é vivida por esses gestores de saúde mental, e percebida por meio das narrativas deles durante essa pesquisa na região da Baixada Litorânea?

De que forma, cada município dessa região do Estado do Rio de Janeiro, poder-se-ia fazer valer da importância do ser humano e de tudo que ele é capaz de produzir, em qualquer que seja sua posição na vida, na medida que o cuidado representa a sua essência?

Afinal, lembremos da frase tão emblemática para o enfrentamento das ações que precisavam existir para sustentar a Reforma Psiquiátrica Brasileira, “cuidar sim, excluir não”, que certamente nos remete a pensar não somente em relação aos usuários da saúde mental, mas a todos que importa para que as necessidades de saúde, o saber-fazer e a capacidade de administrar recursos, estejam imbricados no

laço que torna o cuidado possível ao dar importância a esses atores, sendo eles os usuários, os profissionais e os gestores da saúde mental.

9 REFERÊNCIAS

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar**. Rio de Janeiro, Petrópolis, 20 ed., p. 199, 2014.

BRASIL. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Documento apresentado à conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. **Deliberação CIB nº 3.044 de 24 de julho de 2014**. Pactuar a composição da Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço da Região Baixada Litorânea (CIES/BL) para o ano de 2014. Publicada no D.O. de 5 de agosto de 2014.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; CAMPOS, Rosana Teresa Onocko. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde, Gestão em Saúde: um campo aplicado de conhecimento**. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/gessau.html>. Acesso em 8 out. 2019.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura**. São Paulo: Editora Perspectiva, p. 608, 1999.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009.

IBGE. **Estimativa da população da Baixada Litorânea: quadro do ano de 2019**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br> Acesso em: 12 nov. 2019.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, p. 1953-1957, 2002.

MERHY, Emerson Elias. **O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde**. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Coleção de Textos do Projeto VERSUS. Brasil. Brasília, 2003.

MERHY, Emerson Elias et al. **O trabalho em saúde: olhando e experinciando o SUS no cotidiano**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, p. 296, 2003.

RIO DE JANEIRO. **Mapa da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro**, 2019.

SPINK, Mary Jane. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, p. 72, 2010.

SPINK, Mary Jane; MENEGON, Vera Mincoff; MEDRADO, Benedito. Oficinas como Estratégia de Pesquisa: Articulações Teórico-Methodológicas e Aplicações Ético-Políticas. **Psicologia & Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 23-43, 2014.

ANEXO – TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO INSTITUTO DE PSIQUIATRIA – IPUB



GRUPO CONDUTOR DA RAPS DA BAIXADA LITORÂNEA: O QUE OS GESTORES TÊM A FALAR SOBRE A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL?

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “Grupo Condutor da RAPS da Baixada Litorânea: O que os Gestores têm a falar sobre a Rede de Atenção Psicossocial?” Desenvolvida por Rosemary Calazans Cypriano, aluna do Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial da UFRJ, sob orientação da Professora Doutora Maria Paula Cerqueira Gomes.

Objetivo Central:

O objetivo geral deste trabalho é identificar por meio das narrativas produzidas pelos gestores quais são as dificuldades encontradas para implantação das ações que compõem a RAPS da Baixada Litorânea.

Por que você está sendo convidado:

O convite a sua participação se deve ao fato de que através desta pesquisa, poderei estudar e pensar sobre a prática de gestores municipais de saúde mental como você, que poderá me dizer sobre suas dificuldades para a implantação das ações da RAPS, e assim a partir da produção dessas narrativas, construir o que vivem e pensam sobre essas ações, sendo você parte desse coletivo que compõem esse dispositivo de gestão.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a

qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confiabilidade e a privacidade das informações por você prestadas.

Mecanismos para garantir o sigilo e a privacidade:

Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Procedimentos detalhados que serão utilizados na pesquisa:

A sua participação consistirá em fazer parte das Oficinas de Identificação de Problemas onde todos os gestores municipais de saúde mental que serão convidados, poderão responder ao roteiro oculto de perguntas que faz parte desse momento.

Tempo de duração das Oficinas de identificação de problemas:

O tempo de duração dessas Oficinas será de dia inteiro e acredito que não serão necessárias mais que duas Oficinas de Identificação de Problemas.

Guarda dos dados e materiais coletados na pesquisa:

Os dados coletados nesses momentos serão registrados integralmente e transcritos posteriormente.

Benefícios diretos (individuais ou coletivos) aos sujeitos da pesquisa:

O benefício relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de que os resultados podem contribuir para o enfrentamento dos desafios da Reforma Psiquiátrica, vividos em especial pelos gestores de saúde mental na Baixada Litorânea; pode tornar o Grupo Condutor da RAPS/BL mais potente na realização das ações pactuadas pelos gestores municipais de saúde e, por último, mas não menos importante, pode contribuir não somente para Gestão Regional da Rede de Atenção Psicossocial como também fazer desta pesquisa um instrumento de intervenção para Gestão Estadual.

Previsão de riscos ou desconfortos:

Durante a pesquisa podem ocorrer riscos como mal-estar com os gestores municipais de saúde e com os gestores dos Programas Municipais de Saúde Mental,

no entanto questionar o próprio Grupo Condutor da RAPS da Baixada Litorânea como dispositivo de gestão e pensar sobre a possibilidade desse Grupo ser uma ferramenta de Gestão Estratégica para o Planejamento Estratégico Regional da Rede de Atenção Psicossocial, pode ser uma forma de identificar as contradições e os impasses que a Rede de Atenção Psicossocial da Baixada Litorânea enfrenta.

Sobre a divulgação dos resultados da Pesquisa:

Os resultados serão divulgados em Artigos Científicos e na Dissertação.

Contato com a pesquisadora responsável:

Tel.: (22) 99873-5625

E-mail: rosemarycalazans@gmail.com

Endereço Institucional: Av. Getúlio Vargas, 354, Centro, São Pedro da Aldeia, RJ – Brasil, CEP: 28941-122

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do IPUB/UFRJ:

Telefone: (21) 3938-5510

E-mail: comite.etica@ipub.ufrj.br

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar. Recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Local e Data

Assinatura do Sujeito da Pesquisa

Rosemary Calazans Cypriano
Pesquisador Responsável

APÊNDICE – TRANSCRIÇÕES DA SEGUNDA E TERCEIRA ATIVIDADES

Além dos registros que foram escritos nas papeletas, a segunda e a terceira atividade, gerou como material de análise, as discussões que foram gravadas e transcritas abaixo.

Transcrição Sequencial da 2ª Atividade.

Participante 1:

Resposta um: eu coloquei que a dúvida... Qual é o meu questionamento: Será que vão demitir alguém do quadro técnico? Isso enquanto coordenação é algo difícil da gente lidar pois não depende de nós né? É uma dúvida que afeta diretamente a própria gestão.

Coordenador/Pesquisador:

É verdade.

Participante 2:

Então vamos lá.

A resposta um, eu coloquei como as dúvidas no preenchimento do SAIPS, na RAAS, de alguns itens nas Portarias de saúde mental, que poderiam ser melhor explicadas. E aí coloquei uma observação que até a área técnica de saúde mental do estado não sabe explicar pra gente, quando a gente liga e pede algum suporte. “Ahh fala com Marli”. A Marli às vezes esclarece, mas a gente vê que sempre é a Marli que vai falar alguma coisa, que em alguns casos também eles não têm respostas, e aí, a gente fica com dúvida na Portaria inclusive né? Agora, nessa classificação do Ambulatório Especializado, eu achei que ficou muito mal explicado, como, como a gente classificar essa equipe de saúde mental aí pro o Ambulatório?

Então eu coloquei a saúde mental, isso na verdade apareceu como uma crítica né, que a saúde mental é sempre uma aposta, né? Quando falo assim, foi crítica, crítica e dúvida, né?

Coordenador/Pesquisador:

Dúvida ou crítica?

Participante 2:

Dúvida. Eu coloquei...na verdade eu estou com uma dúvida, eu coloquei que a saúde mental é sempre uma aposta porque surgem problemas que envolvem principalmente questões de moradores das SRT, e que temos dificuldades em resolver, e por serem casos complexos necessitam de supervisão. Assim como algumas crises de usuários que acontece tipo às 17h e o CAPS fechando... chega alguém em crise, não tem lugar para ir, pra onde que você vai mandar, e o usuário não quer voltar para casa, então eu coloco aqui, eu queria colocar a necessidade de supervisão de alguma forma, em algum ponto desse trabalho que a pesquisadora tá fazendo, porque eu acho importante. Porque assim, dúvida a gente tem o tempo todo na saúde mental, surgem situações que você fala assim, meu Deus o que eu vou fazer? A dúvida foi nesse sentindo, o que eu vou fazer com isso? Esses dias, chegou um usuário né, do CAPS em crise, não queria voltar pra casa, ele mora com a cuidadora, e estava uma chuva torrencial. Aí pegaram o carro foram até a rua dele, e a água estava aqui, quase no peito, não tinha como entrar na rua, não conseguiram falar com a cuidadora, ninguém atendia o telefone. Já eram 17h e o CAPS fechando, e ele falando não vou voltar pra lá, e aí o CAPS sozinho. O que vamos fazer, levar então pro Centro POP? Ele queria viver aquela crise longe, ele estava pedindo, eu preciso de um lugar pra viver a minha crise, pois é, eu não quero voltar pra lá. Porque ele estava muito perseguido, muito paranoico com a filha da mulher, estava sim. “Porque tão dizendo que eu abusei dela, mas eu não fiz nada disso. Eu vou ficar pagando por uma coisa que eu não fiz?” Então ele não queria tá perto, ele queria viver aquilo longe. E aí? Vai pro Centro POP? E comida? Não tem comida. Não tinha como alimentar ele no final de semana! Naquela chuva torrencial. E aí me perguntam o que fazer? E aí pensei, a SRT faz comida, então vamos pedir pra ele pegar quentinha na SRT. Assim foi uma dúvida né? O que vou fazer com isso? Isso foi um problema pra mim!

Participante 3:

A gente nem sempre tem, quase nunca.

Participante 2:

Então assim, a gente se vê muito só, foi a dúvida em relação a isso.

Coordenador/Pesquisador:

Então foi isso.

Participante 2:

E eu coloquei as Portarias, porque eles colocam uma Portaria, e dizem que vai ter mudança nisso, mudança naquilo, mas não tem ninguém pra explicar, assim... vai ter uma equipe de saúde mental, mas vai ser assim, e então é isso, e eles não explicam, sabe? Igual agora uma equipe especializada de saúde mental, nível 1, 2 e 3, aí tá lá, é, assistente social 30 horas, médico 10 horas...

Participante 3:

É, eu por exemplo eu bem observei o que você me disse.

Participante 2:

Aí eles colocam embaixo que tem que ser referenciado da atenção básica mas se não vem ninguém para te dizer direito, olha vai ser assim, a atenção básica vai receber, a gente também vai tá em cima, vai tá fazendo uma reunião com atenção básica, porque assim, se atenção básica tá incluída nisso, será que eles sabem que estão nessa Portaria, o que eles precisarão fazer. E ao invés disso, eles jogam para saúde mental, e a gente vai ter que se virar com a atenção básica.

Participante 3:

Eu pensei muito nisso com o que você me falou.

Dúvida é a respeito dos sistemas, não tem uma explicação, né? Por exemplo: sobre a RAAS, a gente já pediu capacitação duas vezes, marcaram e desmarcaram. Quando a gente tem uma dúvida sobre o procedimento não tem uma pessoa que saiba esclarecer corretamente pra gente. Quando tem glosa, ninguém sabe explicar corretamente pra gente o motivo da glosa. Então, é fica assim, aquela coisa de então pergunto a quem, né? E sobre verbas? Estou dizendo isso, porque a gente não aprende isso na faculdade, isso não é dado nas academias, então assim, você chega e o gestor também não sabe. O secretário de saúde por exemplo, o meu ele é contador, então assim ele também não sabe sobre isso. Então a gente tem que ficar correndo atrás, eu não sei qual o teto que eu tenho, que eu tenho... Eu tenho que realmente parar pra ler pra poder saber sobre isso, não tem uma passagem, né dessas coisas. É, não tem nada que ensine a gente a ser gestor, né? Nem na academia, também não tem. Você é jogado ali e você cava, né? Então botei

isso como dúvida e que depende muito da gente né, a gente tem que correr atrás do prejuízo.

O outro das dúvidas... no preenchimento do SAIPS. Mas eu acho que tem a ver com a gente.

Participante 3:

Mas depende da gente também...

Coordenador/Pesquisador:

Entendeu que depende, não é?

Participante 4:

A minha dúvida eu botei uma pergunta, né? Que seria como sensibilizar os gestores e demais profissionais de serviços parceiros em relação a necessidade de melhorias e implementações das políticas de saúde mental? Como mudar o olhar da sociedade principalmente dos gestores em relação aos usuários? É, eu posso promover alguma ação, que, que mostre a saúde mental e sensibilizar as pessoas? Eu acredito mesmo que seja um trabalho de formiguinha. Que a gente seja sempre desvalorizado. Alguma coisa a gente pode colocar ali. É uma luta né?

Porque existe isso né? As pessoas da saúde mental são pessoas que devem ser isoladas da sociedade, que todo mundo tem medo delas...então são tratadas como se tivessem a margem mesmo, tivessem que ser excluídos, isolados. E aí eu tinha muita dúvida, ainda tenho né, de como sensibilizar as pessoas sobre isso, como mudar esse olhar? Aí tem uma outra dúvida... verbas, sistemas, RAAS, inúmeras, não nos preparam para o cargo, não somos treinados.

Participante 3:

Isso não é ensinado na Academia.

Participante 4:

Não, não é ensinado.

Participante 3:

Ninguém ensina pra gente.

Participante 4:

Nos lançam aos leões.

Participante 3:

É isso aí, taca lá e aprende, entendeu? Na Academia não se fala sobre isso, desse processo de gestão.

Participante 4:

Não, isso é só na vida.

Participante 3:

É, mas nessa vida não se permite que quem estava antes de você, lhe passe o que sabe. Então, assim gente, é punk! É gente, é, é sinistro.

Participante 4:

Tá numa função de gestão é muito difícil.

Participante 3:

Muito difícil.

Participante 4:

Que a gente tem uns impasses, a gente tem as pessoas cobrando a gente, em cima e embaixo, quem tá abaixo da gente e quem tá acima. E as vezes quem tá abaixo, cobra muito e você tá no limite, a gente não consegue alcançar. Aí você vai com sua equipe, que tá abaixo né, monta um monte de coisa, planeja...e quando você leva para quem tá acima, você não consegue executar. É muito difícil.

Coordenador/Pesquisador:

Repete só aquela sua fala, que você falou da academia.

Participante 3:

É, porque é assim na universidade a gente só aprende, não sei na formação de vocês, mas assim, muito básico né? Nessa questão da psicologia clínica, por exemplo, eu brinco que eu não escolhi, a vida escolheu que eu caísse numa

coordenação de CRAS quando eu me formei. O que que a gente aprende de CRAS na universidade?

Participante 4:

Assistência nenhuma.

Participante 3:

Entendeu? Então eu fiquei assim. Gente, o que que eu vou fazer aqui? Aí você come aquilo ali com farinha né, estuda, estuda, estuda. Eles não! Esses cargos nomeados né? Eles não permitem nem que quem estava antes passe pra você o que fez.

Participante 4:

A gente tem quem se basear em Portarias.

Participante 3:

É, eu até me preocupo hoje em dia muito assim com e-mails institucionais. Por que? Pra quando eu sair, eu posso morrer né? Não é só ser mandado embora né? Alguém que chegue e pegue assim, eu divido, tem reunião na terça e quinta no CAPS, toda terça e toda quinta, e eu falo tudo, passo a passo que eu conversei com o secretário, porque se eu faltar pelo menos a pessoa que chegou ali, isso aí ela já fez, isso aí ela já pegou, e na gestão de saúde mental é a mesma coisa, a universidade não fala nada sobre, sobre gestão em saúde mental. Você vem, o, o, o secretário não sabe falar nada, ele não tem a menor, gente vocês sabem o que eu passei com a verba do SRT, devolvi. Agora tá, aceitaram e gastaram tudo com computador e mesa, gente a verba do SRT. Entendeu? Em 2005. E aí, ele aí, ele recebeu uma cobrança, e veio perguntar pra mim, que, que é isso, como se faz, o que você gastou com computador. Entendeu? Então assim, a gente aprende fazendo, e o nosso fazer, ele tem um tempo determinado que geralmente são quatro anos, pra quem sabe entender aí, um pinga é letra, e aí tudo recomeça, tudo recomeça. E aí a gente não consegue construir uma política sólida né? Porque ela tá sempre, sendo fragmentada por essas interrupções.

Participante 6:

Bom...é. Bom eu pude observar pelo que o último colega falou, as vezes como um entende crítica o outro coloca como dúvida, depende do enfoque, né?

Então, por exemplo: dúvida eu coloquei como a questão de como fazer a manutenção das ações e estratégias em saúde mental após mudança na gestão municipal, apesar da gente poder ter uma ação, mas a verdade é que, que quando tem mudança de gestão, não depende da gente de jeito nenhum, porque eles resolvem mudar 100% e acabou. Então a nossa ação, ela acaba tendo que se reiniciar depois de toda mudança, então tem que corrigir e fazer tudo novamente.

Coordenador/Pesquisador:

Você não tem poder sobre isso?

Participante 6:

Maior dúvida: Como manter uma capacitação permanente nos dispositivos? É muito difícil, passa também por essa questão de mudança de gestão. Quando você cria um trabalho pra fazer uma capacitação, é permanente, as vezes até no serviço que não tem como você tá pagando para fazer cursinho. A ideia não é essa, a gente tá sempre atualizando e tal, como que a gente faz isso realmente? Precisa de uma estratégia pra gente manter essa, essa, sabe, viva essa capacitação? Pra tá sempre chamando atenção pro Protocolo de saúde mental? Pra que as pessoas respeitem minimamente o Protocolo e tal. Não começar pela atenção no secundário e terciário e sim pela atenção primária. Aquela coisa, que vivo sempre batendo nessa tecla.

Participante 7:

Então, com relação a dúvidas, é, são poucas, né. Diferente aí de, dos outros participantes né, eu acabo tendo poucas dúvidas mesmo. Porém, na hora que surge algumas alterações dos financiamentos e repasses do Ministério da Saúde, quando começam a ocorrer essas alterações, que ainda não haviam, se não houberam esclarecimentos, aí isso me causa dúvidas, né?

Participante 1:

Crítica à falta de qualificação e implicação de alguns profissionais na atuação, era algo que, que não depende de nós, né, é acaba não dependendo de nós, mas que também afeta diretamente enquanto coordenação. Porque apesar de não serem,

além de não serem qualificados eles não se implicam, que quando você não tem alguém que não é qualificado, mas que se implica na atividade ele vai procurar de alguma maneira, é, é, se empoderar daquilo né, pra exercer uma melhor função e de fato a gente vê que há essa, essa problemática aí.

Participante 4:

Tem mais um aqui que é encontros, receber o amparo, e orientação do Estado e do Grupo Condutor da Baixada Litorânea.

Eu botei também. O que nos faz dividir experiências e encontrar soluções, é muito bom poder contar com pessoas engajadas que passam pelas mesmas experiências que nós, é, a gente se sente acolhido né?

Participante 3:

É verdade.

Participante 4:

E eu acho que é assim a saúde mental, ela tem isso. Somos muito engajados, a gente tem um grupo regional né, a gente pode falar isso no âmbito regional muito engajado, então tudo que a gente precisa, a gente luta com muita dificuldade, mas a parte de amparo a gente tem do Estado, até do governo federal mesmo, é uma luta sim, as pessoas são atuantes, eu não vejo, não sei dizer pelos outros serviços, mas eu não vejo isso muito em outras áreas.

Participante 3:

É, é realmente.

Participante 4:

Por exemplo, na assistência não tem. Na assistência não tem, e em vários outros serviços.

Coordenador/Pesquisador:

Esses dois você não tem como interferir?

Participante 1:

Eu não tenho como interferir, a qualificação a gente até teve, mas eles já estão atuando. Então, eles precisam também se movimentar fazer esse movimento pra se implicarem nisso, apesar de não serem qualificados eles podem se implicar. Quando você se implica com determinada situação, você busca mecanismo para exercer da melhor maneira possível aquela atividade.

Participante 2:

São as críticas né? Às vagas políticas de cargos fundamentais e importantes de profissionais que são ocupados por pessoas desqualificadas, sem experiência e sem comprometimento, que dificultam nosso trabalho e o avanço na construção da RAPS. E não ter a criação do cargo de coordenação dos dispositivos de saúde mental da RAPS, é aí coloquei como exemplo né? Que as coordenações do CAPS, das SRT respondem como coordenadores, né? Respondem até ofícios do MP, documentos importantes, mas são contratados né, por sua profissão, como assistente social, como psicólogo e até o meu cargo né, que não tá criado, eles colocaram e fizeram um novo organograma e incluíram a divisão como Divisão de Saúde Mental, mas não me colocaram como coordenador né? É me colocaram como diretor de divisão, mas a minha denominação no Diário Oficial está como coordenador de atenção ao paciente. E o salário inadequado, que é de 01 salário mínimo pra equipe de saúde mental, pra equipe de nível superior, sem direito a férias para os contratados. E a falta de vontade política de ampliar a RAPS, burocratização para conseguir a manutenção dos dispositivos principalmente dos SRT, né? Que é a manutenção elétrica, né, a parte também de pintura, é uma coisa difícil.

Participante 3:

Ainda tem a lógica do curral eleitoral, é todo mundo nomeado gente! E nomeado, você está lá naquele momento, sai um, sai todo mundo! Então assim, não há mesmo uma possibilidade, a gente ainda trabalha com contrato, o contrato você é contratado pelo Fundo Municipal de Saúde, então você ainda fica, você ainda tem tempo pra fazer. Isso gente, quando a pessoa tem comprometimento. Estava conversando aqui, que eu sou incapaz de receber uma proposta amanhã e não me

preocupar com quem vai ficar no lugar. Não passar até onde eu caminhei, mas tem gente que não tá nem aí.

Participante 4:

Tem gente que quer isso mesmo.

Participante 3:

Entendeu?

Participante 4:

Tem mais um aqui que tá desencontros. Não ser ouvido entendido pelos secretários.

Participante 3:

Carteiradas dos políticos. Vocês não recebem? Eu recebo muitas, quero que você atenda fulano... lidar com ego alheio.

Participante 4:

A disputa de poder.

Participante 3:

Eu recebia muito.

Participante 4:

A gente recebe ainda. A gente recebe também.

Participante 3:

É. Aí coloquei também lidar com o, com o ego de todos né. Assim, essa disputa de poder... não quer fazer parceria porque esse espaço é meu.

Participante 4:

Ai isso tem muito.

Participante 3:

É, ficou uma crítica, né porque eu acho assim, não, não houve, não há continuidade nos serviços. Quando eu assumi a coordenação, é a coordenação anterior, tinha tido desentendimento com secretário e foi exonerado e não foi permitido que ele me passasse o serviço. Então assim, a gente não sabe até onde a pessoa caminhou, não sabe o que é que tá em andamento... gera todo um retrabalho né, pra gente começar o serviço, e isso independe de mim. Eu não pude obrigar o secretário deixar eu conversar, e ele também saiu com uma condição difícil, sempre se sai por um desentendimento. Raramente se sai numa boa.

Você de repente não sabe, a pessoa geralmente, quando sai chateada apaga todos os arquivos. Não é feita uma transição e isso acontece a cada mudança de governo. Não sei se vocês vivenciam isso, inclusive coordenadores da rede né? Que às vezes você tá acompanhando um caso com a rede e troca todo mundo. E não tem, não se repassa serviço, você tem que começar tudo de novo, essa é uma crítica que eu coloquei que eu acho que complica. Aí, uma outra pessoa também colocou a crítica, dificuldade em dialogar com o Hospital Municipal em relação à internação e ao protocolo de paciente em crise, devido à falta de interesse, de sensibilidade e conhecimento da equipe médica com os usuários.

Participante 2:

Fui eu.

Participante 3:

É, é não sei se você percebe isso, mas o hospital geral, eles não se vêem como uma parte da RAPS, eles não se vêem né? Eu acho que desconstruir a lógica dos reguladores de vaga para o hospício, é difícil pra eles.

Participante 4:

Não, eles acham que maluco tem que...

Participante 3:

É, eles não se vêem como cuidadores né? É eu percebo isso lá. Como eles a vida toda só encaminharam para internações em hospitais psiquiátricos, então só

regulavam a vaga, então agora nos perguntam por que que eles têm que ficar com essa pessoa aqui? Eu escuto muito isso. Entendeu?

Coordenador/Pesquisador:

Isso acontece independente da sua vontade?

Participante 3:

Independente da minha vontade né.

Participante 7:

Apoiadíssimo!

Participante 6:

É com relação a crítica ainda, a péssima atuação das Portas de Entrada.

Aí vai a crítica às famílias pouco responsabilizadas pelos seus parentes, quer dizer, aquela coisa dos nossos usuários, em que aí tem a nossa ação também, mas nem sempre a gente consegue. O Ministério Público não consegue responsabilizar ninguém, e aí fica por isso mesmo. Nós é que acabamos tendo que fazer alguma coisa e a família entrega ali, e a coisa fica dessa maneira. Isso é uma crítica.

Participante 7:

Sempre tentei fazer valer uma direção técnica, por isso uma crítica que faço insistentemente é em relação à política partidária, que ela não se sobreponha a política pública e as ações que são necessárias ocorrer.

Participante 1:

E a minha resposta três: foi a estrutura oferecida pela atual gestão que daí uns dois meses a um mês e meio mais ou menos, nos projetos para saúde mental, ou seja, eles me deram total estrutura e eu me impliquei nisso. Uma das condições pra que eu aceitasse a coordenação lá, foi essa que eu falei. Eu preciso de estrutura, é, a priori física. Porque a gente tem lá o ambulatório que atende junto dentro do CAPS, então você imagina a confusão. Então, uma das questões que eu me envolvi diretamente, foi a partir de uma conversa minha com, com o prefeito e com o secretário de saúde, foi isso, que eles me dessem condições para que eu pudesse atuar.

Coordenador/Pesquisador:

Isso foi encontro.

Participante 1:

Isso foi no encontro!

Coordenador/Pesquisador:

Hummmm.

Participante 3:

Encontros né? Foi maravilhoso conhecer outros coordenadores! Essa vinda aqui, mensal, acrescenta muito na minha vida! Eu aprendo muito com vocês, a gente troca muita coisa! Muito interessante outras realidades né? Quando fala que atenção básica tem baixa cobertura, eu fico pensando assim... valorizando mais a nossa, porque tem outras coisas que tem lá que não tem cá, então essa troca é muito gratificante. Participar de congressos e fóruns, tá, botei como encontros maravilhosos, que estando na coordenação tenho essa possibilidade, meu município patrocina. E esse é o lado bom da coisa, eu tenho ido a todos os fóruns anuais da ABRASME, escrito trabalho, levado o serviço daqui né, para as discussões, rodas de conversa. Então essa parte eu achei legal aí botei aqui, conhecer pessoas incríveis. Vocês são incríveis!

Participante 4:

Encontros, eu botei receber a orientação do estado e do Grupo Condutor da RAPS da Baixada Litorânea, o que nos faz dividir experiências e encontrar soluções. É muito bom poder contar com pessoas engajadas que passam pelas mesmas experiências que nós, essa troca é importante. E também coloquei, realizar a desinstitucionalização e ver a reinserção social dos usuários, é isso é também um encontro importante, né?

Participante 6:

Encontro é uma coisa boa né? Fórum promovido pela SES, favorecendo o esclarecimento de pontos importantes pra gente, muitas vezes a gente tira dúvida só em participar, sem precisar falar nada, mas as vezes a nossa dúvida estava lá, eu acho que a gente tem que manter esses fóruns e outros municipais. Fizemos um

convite agora para vários setores, pra gente discutir essa coisa da atenção primária e como se trabalha a questão da saúde mental. Pra eles não pegarem o paciente, mandar lá pra não sei pra onde. Eu costumo dizer que, é, já aconteceu o caso né, que o Conselho Tutelar, enfim qualquer outro órgão manda pra especialidade, encaminha para neurologia, encaminha para psiquiatria, vai chegar uma hora que eles vão falar assim, estou encaminhando para cirurgia cardíaca chama e prepara no centro cirúrgico e tal, porque eles determinam exatamente pra onde o paciente vai, e não segue um rito simples. Manda o médico de família fazer atendimento, fazer exame de sangue se for preciso, conversar... de repente ele resolve a coisa por ali, ao contrário disso, já pega e já faz o documento, manda lá pra especialidade... e o usuário passa por todos os setores. Entendeu? É isso.

Coordenador/Pesquisador:

Há muitos encontros em comum que se está falando, não é?

Participante 7.

Nos encontros... há...os laços que fiz ao longo desses 15 anos de gestão, tanto no município como junto à equipe do Estado e do Ministério da Saúde.

Participante 4:

Também tem encontros, que é conhecer os coordenadores.

Participante 3:

Vocês, gente.

Participante 4:

Outras realidades, visitar outros serviços, participar de eventos importantes, Fóruns e Congressos, e conhecer pessoas incríveis. Eu, eu coloquei um aqui que é desencontro, planejar diversos programas, melhorias no serviço e não conseguir colocar em prática devido à falta de incentivo e interesse dos gestores em fomentar tais ações. A sensação de que a saúde mental está sempre à margem, sempre em último plano, esse eu coloquei que tinha a ver com a gente, porque a gente que planeja, se a gente ficar quietinho parado eles nunca nem vão saber quais são os projetos a serem feitos, então a gente apresenta, só que a gente apresenta e a gente é barrado, então assim... uma angústia que a gente vive.

Participante 2:

Os desencontros, isso, dificuldade como matriciamento da atenção básica pela baixa cobertura do ESF, pela falta de conhecimento do trabalho, né? A falta de notificação da equipe de saúde mental né, com relação àquela ficha de violência doméstica, né? E os transtornos mentais relacionados ao trabalho que também tem a ver com a gente. E a relação da equipe do CAPS com a equipe da UPA e do hospital geral, acho que tem a ver com o nosso trabalho.

Coordenador/Pesquisador:

Ainda que seja um desencontro.

Participante 2:

É agora tem um desencontro que é a equipe do NASF, Ela não é atuante, né, coloquei isso porque a gente tem uma equipe do NASF que por exemplo, no meu município, ela é uma equipe que tá cadastrada recebe a verba do SUS, e, e...ela não existe, os profissionais estão ali, tem psicólogo, tem médico, tem nutricionista, as únicas pessoas que eu conheço da equipe do NASF, é uma nutricionista e uma assistente social, que está de licença.

Coordenador/Pesquisador:

Nada, não existe de forma atuante?

Participante 2:

Não atuam.

Coordenador/Pesquisador:

Você quer dizer...

Participante 2:

É, não trabalham, não tem.

Coordenador/Pesquisador:

Como NASF?

Participante 2:

Não trabalham como NASF e nem sei onde estão essas pessoas.

Coordenador/Pesquisador:

São cadastradas e credenciadas pelo Ministério da Saúde, recebem o recurso, mas não trabalham.

Participante 2:

Não trabalham, não trabalham.

Coordenador/Pesquisador:

Que loucura!!!

Participante 3:

Desencontros, tem a ver com a gente também né, os encontros e os desencontros eu coloquei, é não ser ouvido, não ser entendido pelos nossos gestores porque assim, quando eles colocam uma coisa como regra, vou dar um exemplo, agora eles querem que o CAPS use jaleco. Entendeu? Aí eu tive que correr atrás de normativa de Portaria, e mesmo assim ainda tá uma guerra, porque ele quer que todo mundo use uniforme, então assim não tem uma escuta. Outro exemplo né, lá tem um sítio agrícola que tem poços de pescas e tal, aí eu fui levar os usuários para fazer um dia de pescaria, permitiram e tal, aí eu fui notificado pelo Conselho, porque o meu carro, o carro do CAPS estava comprando anzol, então assim, são explicações patéticas que eu tenho que dar porque ninguém entende nada. Entendeu? É assim se eu for, e às vezes eu vou com o usuário fazer essas compras.

Participante 3:

Meu plano gente, meu plano estava tão bonitinho, coloquei várias reformas, várias coisas, quando eu fui caçar já tinham tirado quase tudo.

Participante 4:

É, quando coloco, o nosso plano anual nunca teve saúde mental, a gente colocava e eles não incluíam.

Participante 3:

É doido.

Participante 2:

Eu não sei o do meu município, o plano de saúde mental, se você planejou se você fez também, vamos lá, por exemplo, serviço residencial terapêutico, aí deve colocar manutenção da parte elétrica, da pintura, decoração, é, os móveis que você montou a casa, parece que aquele dinheiro veio pra você comprar os móveis e depois parece que você nem vai mais precisar mobiliar novamente.

Participante 3:

Não, não tem manutenção.

Participante 2:

Então assim, há uma dificuldade muito grande nisso, mas eu acho que tem que ter alguém da gestão estadual pra acompanhar esse plano, já que de quatro em quatro anos, vem alguém falar que você precisa fazer planejamento novamente. Isso porque não tem ninguém pra fiscalizar, aí a gente faz um trabalho, apresenta aquilo, aquilo é uma coisa chata pra caramba, mas necessário de ser feito. Porém ninguém se compromete. Entendeu?

Participante 3:

A minha infiltração no Conselho Municipal de Saúde foi muito bacana, porque eu fiz o meu plano e ele deu um recebido, a secretária deu um recebido, quando ele publicou, ele publicou sem um monte de coisas que eu tinha colocado. Aí, eu enviei uma cópia pro Conselho Municipal de Saúde, da publicação...

Participante 4:

Nossa é bom, isso é bom.

Participante 3:

Entendeu? Porque assim, a nossa participação nesse espaço que é coletivo, pra mim, tem sido fundamental? Entendeu? Porque lá, eu sou conselheira. Entendeu?

Participante 4:

Mas é bom mesmo.

Participante 3:

É diferente, eu não estou nessa posição de defender, eu estou como conselheira, deixando claro que se amanhã o CAPS ficar sem luz... Eu planejei uma reforma, porque eu entendi que eu precisava, se foi retirado pela gestão não é culpa minha, aí eu fui lá e protocolei os dois, num futuro quando der problema...

Participante 4:

Você tem esse respaldo.

Participante 3:

Um respaldo. Entendeu?

Coordenador/Pesquisador:

É responsabilidade sua dar ciência?

Participante 3:

Exatamente. Não agrada, tá gente?

Participante 4:

Ah... não gente, com certeza.

Participante 3:

Mas eu sempre falo pra eles, antes de eu me ferrar, você vai se ferrar dez vezes. Eu falo pra eles, você pode saber, antes de eu me ferrar, você se ferra também.

Participante 4:

A equipe do NASF não é atuante.

Participante 2:

Hum... hum, mas o NASF não...

Participante 4:

Ah tá, baixa cobertura da atenção básica, matriciamento da atenção básica e continua...

Participante 2:

Não esse aqui é desencontro.

Participante 4:

Então, estou lendo desencontro, matriciamento da atenção básica e continua.

Participante 2:

Não esse aqui é a equipe do NASF que não é atuante, mas é um desencontro, nossa equipe do NASF.

Coordenador/Pesquisador:

Você estava comprando anzol participante 3?

Participante 3:

Comprando anzol, porque eu levei os usuários no sítio agrícola para pescar, então eu aproveitei aquela semana e fiz uma oficina pra eles construírem anzol, eles colheram lá o bambuzinho, lixaram, colocaram, aí eu fui questionado pelo Conselho Municipal de Saúde: “o que que o carro do CAPS estava fazendo em frente ao Pesque e Pague?” Era uma loja de pet que vende anzol, tipo não sei o que eles acharam, é uma coisa assim, por exemplo: as vezes eu acompanho usuário pra fazer a compra dele do mês porque ele não conhece dinheiro. E vem a pergunta: “o que que você está fazendo com carro do CAPS no mercado?” Então, assim umas coisas patéticas né? É muito desconfortável, considero isso como desencontro, né? As contratações também, como se falou aqui, sem perfil, é que é muito complicado, é, eu sou contratado há onze anos na prefeitura, entra governo e sai governo e eu vou ficando. Depois, assim... entra um governo novo eles me tiram. Aí um mês depois, eles me colocam como eu relatei naquela primeira atividade. Eu fiquei um ano fora desse governo, então o serviço foi lá no chão, aí depois a gente começa tudo de novo.

Coordenador/Pesquisador:

Pra ver como que é, você parece concursado, né (risos)? Eu sempre achei que era concursado.

Participante 3:

Não. Até o Ministério Público acha que eu sou, porque eu faço umas denúncias doidas (risos), é desse nível. Então, assim... lidar com esse tipo de coisa, porque até postar uma coisa, e incentivar o usuário, gera toda uma questão de crítica.

Coordenador/Pesquisador:

E ainda tem que dar conta disso.

Participante 3:

Muito difícil né?

Participante 6:

Como desencontro, alcance limitado da própria Secretaria Estadual de Saúde nos municípios, por mais que a gente até possa fazer uma colocação, às vezes não depende nem deles, que dirá da gente né? Se falta carro, se falta, não é falta de dinheiro. Então, isso é um alcance limitado e seria bom né, que, que a Secretaria Estadual de Saúde tivesse um alcance maior, talvez uma presença mais efetiva junto ao secretário de saúde, vir pessoalmente para reforçar aquilo que nós já pedimos e tudo, mas a gente sabe que é difícil.

Coordenador/Pesquisador:

Isso tudo, isso tudo é dentro dos desencontros?

Participante 6:

É. Desencontro, é a dificuldade de implantar rede substitutiva, é município sem perfil. E também a gente não tem como, né? A gente viu que a gente fez a desinstitucionalização, continuamos a fazer, implanta CAPS e faz isso, faz aquilo e zera internação. Agora não pode internar mesmo e aí no meu município, eu não posso credenciar leito que tem que ter 23.000 pra cada, tem que ser um mínimo de 4 pra 3000.

Coordenador/Pesquisador:

Não, agora não é mais, tem que ter 80% da ocupação do leito, agora não é mais pelo nível populacional.

Participante 6:

Mudou. Mas de qualquer maneira...

Participante 4:

Agora não é aquele de ter oito leitos no mínimo?

Participante 6:

É, agora tem que ter oito leitos, mas seis leitos ocupados por semana.

Aí de qualquer maneira, acaba as vezes fugindo do perfil, do que a gente tem de demanda pra atender. Sempre tem que atender algum tipo de situação que foge do nosso perfil. Tá entendendo? É um desencontro.

Participante 7.

Como não localizar nos desencontros, os impasses vividos nas relações com os gestores de saúde ao longo dos anos na gestão? Impasses que me causaram muito sofrimento e por vários momentos, me fizeram pensar em desistir dessa função e entregar o cargo! Porém, reconheço que aprendi muito ao lidar com as diferenças interpessoais em nome de um objetivo muito maior! E com isso, cresci demais ao lidar com cada gestor!

Transcrição Sequencial da 3ª Atividade.

Coordenador/Pesquisador:

Então, essa atividade é a terceira, e ela se volta mais especificamente para o que pode uma gestão. Foram feitas quatro perguntas para todos os gestores, e eles vão estar respondendo. A primeira pergunta é: O que acredita serem desafios possíveis a enfrentar-se na gestão de saúde mental? Vamos lá.

Participante 3:

Então, é como o participante 4 mesmo estava falando em outro momento. Acho que tem a ver com cada realidade né? Acho que cada um vai falando. Por exemplo, pra mim é um desafio enorme, mas é possível. É... manter uma postura ética e comprometida mesmo sem ser concursada. Entendeu? Isso é muito difícil, porque mal ou bem fica aquela questão de que, não, você tá aqui porque fulano te convidou. Tá, eu ultrapassei governos diferentes, fui retirada, fui recolocada, eu brinco que o último assinou minha carta de alforria né, porque eu não devo mais, não é? Mas é por questão mesmo de trabalhar direitinho, então acho que o desafio é grande,

porém possível. E... uma coisa também que é desafio lá, acho que pra todo mundo, estabelecer contatos né, com a rede socioassistencial, esse eu considero até uma estratégia, assim a gente dividi a nossa necessidade, que a gente deseja com órgãos que são, que são autônomos, por exemplo: Conselho Tutelar que fica lá independente de nós, Tribunal de Justiça, o Ministério Público, acho que é uma estratégia interessante pra gente deixar a sementinha pra que aquilo permaneça com a gente ou sem a gente, né? É difícil porque você bota sua cara na reta, mas é possível. E também fomentar espaços de discussão e aprimoramento pra capacitar esses trabalhadores que vão chegando e tem que entrar no ritmo pra gente conseguir dar continuidade no serviço. Vai pra dois?

Coordenador/Pesquisador:

Não, não. Todo mundo responde.

Participante 4:

Eu coloquei... é o que seria desafio possível. Eu falei que é possível adaptar a equipe técnica as particularidades do serviço a partir de capacitação, reunião e supervisão. Que as vezes a gente recebe pessoas que não, não são, não têm experiência por conta de terem passado agora no concurso ou por serem indicação política, mas eu acho que dá pra adaptar essas pessoas ao serviço através de capacitação, de reunião, supervisão. Eu coloquei também que dá pra gente prestar um serviço de qualidade a comunidade dentro das nossas possibilidades, devido ao empenho e dedicação da equipe. Então, por mais que a gente tenha uma estrutura precária, que falte muitas coisas, eu acho que com o empenho da equipe e a dedicação, a gente consegue ser, é, servir de uma maneira mais, é...de qualidade, através do nosso acolhimento, tudo que a gente tem pra oferecer. E eu coloquei também, que é possível elaborar planejamento, estratégias com o objetivo de organizar a estrutura da RAPS, eu acho que é difícil realizar esses planejamentos e estratégias, porque outras coisas impedem a gente, mas eu acho que é possível a gente planejar e apresentar isso pros gestores, é... um planejamento organizado e tal, que é um plano anual, que a gente faz. E, eu também acho que é possível a gente apresentar pra sociedade as políticas de saúde mental, é uma maneira de inseri-los na sociedade, porque a gente sabe que tudo que tem a ver com saúde mental e a mesma tá sempre muito à margem né? Sempre excluídos, muitas pessoas nem conhecem, não sabem que existem residências terapêuticas,

pouquíssimas pessoas conhecem. Então, há maneira de a gente apresentar pra sociedade, enquanto a gente tá na coordenação né? ...Sobre o que é o programa de saúde mental...

Participante 6:

Segui esse seu mesmo caminho, né? Protocolo mínimo e capacitação das Portas de Entrada, esse protocolo mínimo, é, eu chamo de mínimo porque é, realmente as equipes não têm minimamente o que fazer, quando bate paciente lá na emergência, ou as vezes em qualquer lugar dos dispositivos. As pessoas terminam por dar um encaminhamento errado. Oh, tem um caso que a gente acabou sendo envolvido, pra mim, com o Conselho do Idoso, mas aí eu indo pra tentar já triar, pra fazer, pra arrumar, apesar de que o diagnóstico, não fizemos nem visita ainda, agora vocês estão dizendo que é meu, vocês não sabem nem o que é o caso, não entendi né? E a atenção primária entra onde? Então eu tento fazer um caminho lógico pra que não saia atropelando tudo e ter que voltar pro início, as pessoas já chegam lá pro final. O que vocês fizeram? Nada. Então pera aí, alguém tem que fazer alguma coisa. Pera aí, chegou, o que a gente faz? Passo um. Não vamos começar do passo três, vamos começar do um, né? Se o caso é emergência, aí passo um é emergência, mas saiu da emergência, não é, vamos lá! Vamos começar por onde? Agora se o caso é família, ou esse caso tem que ter uma referência, onde é o bairro, qual é a idade, já tem cadastro lá, não tem, o caso deveria ser clinico, não é? Tem que peneirar, tem que, pra você saber. Então é assim, quanto a ação do protocolo, nesse sentindo que as pessoas não fiquem batendo cabeça, as pessoas encaminham o que não tinha nada a ver, encaminhar pra aquilo ali, não tinha sentindo nenhum, aquela ação não tinha sentindo, normalmente é no corredor, e lembrei de você...tem um caso, pera aí. Estou passando aqui, aí vou ver se é seu, não, não é meu, mas tudo bem, aí falou pera aí, deixa eu ir redirecionando pra não perder o foco. Está entendendo a coisa, já que não andou né, vamos embora. Então é isso, isso que a gente tem que começar a discutir. Que eu já fiz essa discussão, a gente já criou o protocolo e depois desmontou, é basicamente isso aí, mas dá, dá pra fazer...

Coordenador/Pesquisador:

E você participante 2?

Participante 2:

É, implantar o CAPSi e o CAPS AD a partir de uma intervenção do MP. Só será possível dessa forma.

Participante 3:

Eu concordo.

Participante 2:

Pelo menos no meu caso.

Participante 3:

É.

Participante 2:

Parceria entre a UPA e o CAPS a partir de uma capacitação, aí eu volto a dizer que eu acho que essa capacitação tem que ser uma capacitação...

Participante 7:

Externa.

Participante 2:

Externa. Não nossa. Porque o que a gente pode a gente já tá fazendo, né? A gente já faz além do que a gente pode. É, maior implicação da equipe técnica do CAPS com os SRT, respeitando os laços e avançando no cuidado clínico com os moradores. É, isso é uma coisa que a equipe do CAPS não traz muito, mas os SRT sempre cobram né, aí eu achei importante colocar a partir da fala das coordenadoras, né? E elas sempre reclamam... "Ah, porque ninguém vem aqui?" Porque o morador tá de lado, e a gente precisa fazer alguma coisa, isso tem que ser levado pra reunião de equipe. Aí eu sempre falo aqui assim, é... vários pacientes graves também, usuários graves do CAPS que precisam de VD, que precisam de maior investimento da equipe, as vezes a equipe não consegue chegar, então eu digo assim... eu acho que as pessoas fazem, é, estão fazendo o que elas podem, eu acho que a gente pode realmente pensar em como melhorar, mas as vezes eu vejo

a fala delas como se fosse uma coisa exclusiva, a gente tem que dar mais pros SRT, eles são usuários como os outros.

Participante 7:

Sim.

Participante 2:

Né? Do CAPS, mas eu vejo também que a cobrança com a gente é maior, vindo da coordenação, se acontecer alguma coisa com eles, elas respondem e a gente também enquanto coordenação, né? Por ser um dispositivo de moradia, então, mas as vezes você acha que a gente já avançou muito. É, contratação do supervisor clínico da RAPS, eu acho uma coisa possível, é né, mas aí tem que ter acho o relatório do Estado, né? O Estado junto ali também, é falando, corrigindo a Portaria, que diz que a gente tem que ter, né, eu acho que o Estado pode ajudar no sentido de confeccionar o relatório pro gestor, né? Pro secretário de saúde, pra que isso possa, não cobrar da gente, mas pro secretário. Reuniões intersetoriais para melhor articulação dos setores, acho que é fundamental que a gente continue esse trabalho, assim sempre chamando a secretaria de assistência social, de educação, né? Pra gente poder ver como é que tá a rede e estruturar da melhor forma possível.

Participante 3:

Vê a segunda, ué.

Participante 2:

A segunda...

Participante 6:

O que acredita serem desafios pouco possíveis a enfrentar-se na gestão de saúde mental?

Coordenador/Pesquisador:

Só um minutinho.

Coordenador/Pesquisador:

Então, agora a gente vai para segunda pergunta. O que acredita serem desafios pouco possíveis a enfrentar-se na gestão de saúde mental?

Participante 3:

Pode responder?

Coordenador/Pesquisador:

Pode.

Participante 3:

Então gente, acho que pouco possível, acho que nem só da saúde mental, mas numa visão até mais macro, né? É esse modelo de quatro anos é muito complicado né? No primeiro ano você trabalha com o orçamento anterior, o segundo ano você vai planejar o seu orçamento, o terceiro você trabalha um cadinho e o quarto você não pode fazer mais nada(risos). Então teoricamente né, o que que é o desafio pouco possível? Manter uma continuidade né, nos serviços em geral né, não vou nem falar só da saúde mental, é, com esse modelo né, de gestão tão descontinuado, e ainda tem a situação da galera pegar o que tá feito e desmanchar tudo e fazer de novo, então é isso.

Participante 6:

Então, essa é exatamente a minha resposta, mudança da equipe em função da mudança na gestão.

Participante 3:

Né? É difícil.

Participante 4:

É basicamente isso.

Participante 3:

Não foi programado para dar certo(risos).

Participante 4:

Coloquei mais coisa, botei conseguir habilitar e implementar todos os serviços e componentes da RAPS no município, coisa difícil, implementar e mudar tudo que a gente precisa, conseguir atender a demanda do município sem o suporte da atenção

básica, a gente pode até planejar uma estratégia, mas aí a atenção básica estando com uma abrangência de 50% de cobertura, torna tudo muito difícil.

Coordenador/Pesquisador:

Mas você acha que é difícil? É efetuar essas ações que estão planejadas na RAPS?

Participante 4:

Sim. Porque o gestor, não, quem tá acima da gente, não cumpre isso. A gente pede. Estou tentando habilitar o CAPS 2...

Coordenador/Pesquisador:

Mas foram eles que pactuaram.

Participante 4:

É, mas não faz. Pactuaram, mas nem sabem o motivo. Botaram CAPS AD pra 2019, a gente não conseguiu nem habilitar o Serviço de Residência Terapêutica! Então, eu coloquei, é tudo isso. É assim, tipo a gente não tá acima, o nosso CAPS, ele pode ser CAPS 2, pra isso a gente precisa contratar quatro profissionais, só isso. Já disse que não, não tem condições. Porém, disse que é o mínimo, mas quem tá acima da gente ainda acha que a saúde mental, sei lá, não serve de nada. Então, vamos levando do jeito que tá, maluco não vota, sei lá, deve ser alguma coisa do tipo. Eu botei conseguir organizar o serviço, construir qualidade diante da falta de suporte, de engajamento da gestão, pra investir na saúde mental e conseguir conscientizar os gestores sobre a necessidade de investimentos na saúde mental, devido ao tabu. Já que a saúde mental nunca é bem vista, sempre excluídos, nunca são prioridades! Tudo que eu coloquei termina numa mesma coisa, a gestão que está acima da gente na saúde e o prefeito, precisam se engajar nisso.

Participante 2:

Acho que tem uma questão maior aí nessa, das pactuações, né? Porque a gente, todo ano era um inferno né, a gente tem que fazer aquele plano anual de saúde e a gente tem que fazer o, o dos quatros anos, né? É, aí todo mês a gente tem que fazer o relatório, agora a gente tem que fazer quadrimestral, estou aqui pensando que quinta feira eu tenho que apresentar o quadrimestral. Mas pra que? Acho que é só pra fazer. O gestor ou quem tá acima não quer fazer, eu acho que, tem alguém, não sei se é controle e avaliação, não sei de que cargo seria, né, deveria realmente

acompanhar, né? Porque que você não atingiu, porque que você não fez, o que que você fez, tem que ter alguém pra tá ali medindo, não é só a gente colocando o que a gente tem que fazer, e todo ano aquela palhaçada e parece que somos palhaços, todo ano temos que fazer a mesma coisa, não tem ninguém que diz assim:” Por que você não avançou? O que está faltando pra você?” E alguém que chegue pra perguntar isso, mas que também tenha autonomia de chegar lá e dizer: “isso não aconteceu por conta disso, disso e disso, né?” Então, porque a gente tá trabalhando muito só, é um trabalho de muita solidão mesmo!

Coordenador/Pesquisador:

Quer dizer, aí acaba se planejando, mas não se efetuando, e ninguém senta pra perguntar o que que aconteceu, porque não aconteceu, ou mais ainda, pactua-se e nem se quer se tenta executar, né?

Participante 4:

Eles não têm nem noção, pesquisador, do que estão pactuando, não sabem nem o que é.

Coordenador/Pesquisador:

Você acha que os gestores não tem essa clareza?

Participante 4:

O último que pactuou várias coisas aqui, quando eu vi, falei assim, cobraram da gente o CAPS AD, está pactuado pra 2019, e tal. Aí eu disse: eu não pactuei isso, porque sou somente o representante aqui da saúde mental. Aí, eu fui levei pra subsecretária, e ela falou: “Não, pera aí, tem alguma coisa estranha aqui, porque a gente sabe que ninguém pactuaria o CAPS AD pra 2019”. Aí, lembraram que ela saiu de férias, então tinha uma pessoa no lugar dela e essa pessoa foi pra reunião da CIR e pactuou. Tipo assim, eu acho que o lançaram lá.

Coordenador/Pesquisador:

Sim, isso mesmo! A pactuação é um ato do gestor de saúde, não é um ato da gestão de saúde mental. Aí é gestão de saúde.

Participante 4:

Como ele não conhecia direito, eu acho que estavam todos os municípios, e todo mundo jogando as pactuações, aí ele pegou e falou: “CAPS AD pra 2019! “

Participante 3:

Lembrou aqueles lances de leilão.

Participante 4:

Eu falei, gente olha só, uma mente em sã consciência, a gente sabe que tem uma obra no Serviço de Residência Terapêutica que não terminou, pra gente viabilizar. Aí vão abrir um CAPS, outra equipe, para um dispositivo em 2019? Então, vai.

Coordenador/Pesquisador:

Participante 2...?

Participante 3:

A dois, né?

Coordenador/Pesquisador:

É.

Participante 3:

É, desafios... melhoria de salário, gestão das verbas dos dispositivos de saúde mental.

Coordenador/Pesquisador:

Você acha isso pouco possível? Melhoria de salário?

Participante 3:

É

Participante 7:

Jesus toma conta!

Participante 2:

Acho que só se mudar a secretária, o prefeito, só se mudar a prefeita... nem é o secretário não, porque se a prefeita for reeleita, vai continuar sendo o mesmo salário, que é o salário do concurso e ela disse que não adianta alguém fazer o concurso, achar que vai ganhar mais, porque não vai. Tem um vídeo dela gravado falando isso. É, também a gestão das verbas dos dispositivos de saúde mental, como por exemplo: quando eu falo da gestão das verbas que seria de custeio, que a

gente tenha pelo menos, na verdade eu gostaria de ter uma conta com todo o dinheiro da saúde mental, que a gente pudesse administrar, mas aqui ainda estou muito humilde. Eu estou falando de um caixa, sabe? Um caixa pequeno, assim pra gente fazer pequenas intervenções nos CAPS né? Tem também as urgências que acontecem nas Residências Terapêuticas... quebra um cano, ninguém da secretaria vai lá no final de semana, morador escorrega e bate a cabeça..., o que aconteceu com a gente.

Participante 6:

Você tem essa verba?

Participante 2:

Não, não tenho, e acho pouco possível.

Participante 7:

Nós aqui, temos dentro da secretaria, uma equipe de manutenção que atende todos os dispositivos da saúde, a gente liga e eles vêm pra fazer o que é necessário.

Participante 3:

A gente gasta o nosso.

Participante 2:

Lá a gente pede, mas eles falam que a saúde tem que comprar o cano que a secretaria de obras tem que colocar pra gente. Entendeu? Alguma coisa assim. Eu consigo capina, apareceu uma cobra na Residência Terapêutica, quem que dá conta da cobra, aconteceu isso mês passado, mostrei a cobra, cheio de mato, não adianta fazer memorando, as meninas ligaram das Residências Terapêuticas, é bem difícil... É, manter uma equipe já qualificada né? A permanência no trabalho, pela falta de condições de trabalho e salário.

Coordenador/Pesquisador:

Pra terceira pergunta que foi:

Que tipo de ação podem adotar no cotidiano?

Participante 3:

Eu botei, documentar tudo. É, em relação assim às necessidades, às providências, porque eu hoje respondo questões que foram documentadas em 2015, então se a pessoa tivesse protocolado lá atrás, por exemplo, em relação ao carro, em relação a várias coisas... Então assim, eu acho que a gente precisa documentar todas as necessidades, mesmo que não tenha retorno, é bom a gente documentar, porque aí você vai ter uma cópia, vai tá lá, né? Eu não só documento como eu costumo mandar uma cópia pro Ministério Público. Sabe eu boto com cópia pro MP.

Coordenador/Pesquisador:

Todos os documentos, participante 3?

Participante 3:

Todos que são necessidades extremas, tipo o carro do CAPS né? A última, simplesmente o juiz o chamou lá, e... entendeu?

Participante 4:

Mas você manda assim pro secretário e bota uma cópia assim? O secretário não te chama atenção?

Participante 3:

Isso! Eu não sei como eu estou lá há 11 anos! Eles me respeitam a beça. Então assim, é, eles me respeitam, ninguém quer o meu lugar gente, então ele me respeita. Entendeu? Assim.

Coordenador/Pesquisador:

Isso é uma coisa de suma importância. A gente fica achando e temendo por isso, mas assim, esse lugar da gestão de saúde mental poucos querem.

Participante 3:

Poucos querem.

Participante 4:

É mais se eu sair tem um monte querendo.

Participante 3:

O meu ninguém quer, lá ficou um ano. A equipe do TJ, é, é muito atuante em meu município, que lá tem um abrigo, aqui também deve ter né? Um abrigo, então assim, eles estão sempre conversando com a gente a respeito dos casos e são nesses momentos que eu planto a minha sementinha. Entendeu? Então assim quando eu quero alguma coisa, sopro lá no ouvido deles e aquilo chega assim do nada, então eu acho importante, é ir incluindo.

Coordenador/Pesquisador:

Eu achei importante o que você está trazendo, porque assim fala dessa parceria.

Participante 3:

É uma parceria mesmo.

Coordenador/Pesquisador:

Do Executivo com o Judiciário.

Participante 3:

É.

Coordenador/Pesquisador:

Porque são órgãos públicos do mesmo jeito, e a gente que precisa, não podemos vê-los como uma ameaça e sim como parceiros.

Participante 3:

Não. Me ajudou muito.

Coordenador/Pesquisador:

Eles estão ali pra fazer um bom serviço, bem servir os usuários.

Participante 3:

Graças a Deus, isso sempre foi um potencial pra mim lá, porque, eu sempre tive uma boa relação. Tudo que eles me pedem, eu faço das tripas coração pra fazer, mas em contra partida eu tenho isso, me ajuda nisso, aí eles vão lá e dão uma ajudinha. Outra coisa que eu acho importante é incluir nesses espaços de discussões, fórum, capacitação, as Organizações não Governamentais, porque elas ficam, né? As igrejas, os representantes das igrejas, os representantes das associações, como a APAE, que tem lá. A gente sempre tá incluindo a equipe deles,

nesses trabalhos. Por quê? Porque depois eu passo e eles ficam, né? E aí, eles são não governamentais, então eles podem..., ou seja, eu tento manipular quem pode pra brigar pelo que eu não posso. Entendeu? Mais ou menos isso, e outra coisa gente que foi uma estratégica que pra mim, foi fundamentalmente, infiltrar me no Conselho de Saúde, ter uma cadeira lá, e me prontifiquei a ser secretário, porque tudo eu boto em ata. Entendeu? Porque aí tem como cobrar, tá na ata do Conselho. Ele é um órgão fiscalizador, então assim, eu achei que isso rendeu muito pra mim. O leito de saúde mental só está na OS, porque eu coloquei na ata do Conselho de Saúde, então é isso.

Coordenador/Pesquisador:

São instâncias de poder também.

Participante 3:

Que a gente tem que manipular, usar da maneira que for possível.

Coordenador/Pesquisador:

É o controle social, né?

Participante 3:

Exato, e já que não tem a participação da população, a gente tem que pelo menos tentar dessa forma. Eu sempre levo como uma reclamação, faço questão de colocar na ata. Entendeu? Na próxima fica aquela cobrança, aquela cobrança, até que aconteça, né, essas são ações que eu acho que são possíveis no cotidiano. Tá?

Coordenador/Pesquisador:

Tá. Quem vai falar?

Participante 4:

É, eu botei articular com os órgãos fiscalizadores, como o Ministério Público. Eu coloquei também ações de prevenção e redução de danos, ações de orientação e capacitação, ações de inclusão, ações terapêuticas através de oficinas, através da promoção e da inserção do usuário nas relações sociais. Coloquei também, articular com demais serviços da saúde e de outras secretarias, como o CREAS, Conselho Tutelar e Secretaria de Educação.

Participante 6:

Olha só que interessante tudo que vocês falaram aí bate né, mas eu volto a minha, a minha posição anterior, que eu coloquei assim: “Que tipo de ação eu posso adotar? Que eu possa acolher, triar e dar um encaminhamento adequado a cada caso, mesmo com a dificuldade da rede. Eu me vejo como aquela pessoa que fica no meio de um monte de crianças, correndo de um lado pro outro. Aí você fica aqui, agora você vai pra lá.

Participante 2:

Mediando.

Participante 6:

É, porque é assim. O pessoal atira pra qualquer lado, vem um e fala assim: “Vai lá no vereador e tenta aquela vaga lá pro ambulatório”. Aí vem outro e diz eu tive lá na casa do prefeito, e o prefeito falou que vai falar com você, vem outro, acabou de entrar um surtando com o bombeiro na emergência. O que que vai fazer?” Essas pessoas não têm uma atitude frente a alguma coisa que acontece. Direcionando...é, é normalmente é isso, normalmente é isso. Eu passo num determinado setor na secretaria e...

Coordenador/Pesquisador:

Com essa posição você se vê fazendo algo?

Participante 6:

É, eu me vejo o tempo todo trabalhando. Normalmente eu falo assim, esquece o prefeito, esquece o vereador, vamos ver o caso. Não, não quero nem saber quem foi o vereador. Vamos ver o caso, e o que que está acontecendo? O que dá pra fazer, não importa se foi o vereador ou se foi o prefeito, importa o caso. Não estou aqui pra dizer, ah, foi o prefeito, então vai ser assim, se não fosse o prefeito, ia ser de outro jeito. Então é isso. Em um município pequeno, é uma coisa que acontece, não sei se é só comigo.

Participante 4:

Acontece, essa história de dá um jeitinho.

Participante 6:

É, não, nunca. Pra mim a minha conduta é uma só.

Participante 2:

Só tem vaga pra dezembro? Só tem vaga pra dezembro. Porque vem do gabinete,” preciso do psiquiatra”. Não tem como.

Participante 6:

Eu sou assessor do prefeito e queria que você visse pra mim, fala de uma conhecida. “Tá, mas porque precisa ser encaminhada pela assessoria do prefeito?” Pergunto. “É porque é o seguinte: mora em outro município.” Ah sim, ela não tem prontuário aqui? Não. Então não tem como. Eu sou assim, eu não consigo, estou em fim de carreira no sentido de prefeitura, eu digo um não com uma facilidade, quer me tirar, me tira, não estou nem aí, tá entendendo? Então, eu falo não. Como assim de outro município? Não vou dá jeito, essa pessoa não tem nem cadastro aqui, eu não tenho nem como, eu não posso fazer isso, né? E coisas assim, manda um psicólogo pra atender fulana, que é filha de cicrano, que a gente conhece, pra atender pra psicoterapia no leito do hospital. Não, não mando não. Então a gente tem que atender todo mundo no leito agora? Como é que é isso? Ah é diferente... a pessoa não tá andando, a pessoa tá em estado de confusão mental, a pessoa tá precisando disso, viu o filho ser assassinado na porta de casa, está de luto. Bom, vamos ver qual é a conduta pra essa pessoa. Vamos lá, vamos acolher, vai um médico de família, vai medicar, mas já vi um pedido bem louco assim, de psicoterapia no leito pra fulano, aí não. Então esse tipo de coisa desse encaminhamento, ele tem que ser assim, isso eu não abro mão, de fazer a coisa de forma profissional, não interessa. Até chegou ao ponto, que ouvi. “Pede para ir lá que boto hora extra no contracheque do profissional.” Não, não vai botar hora extra no contracheque de ninguém, é o nosso trabalho né? Fazer de forma correta, como tem que ser feito, essa foi a resposta. Aí a pessoa tenta, não porque receberá hora extra, mas porque tem que ir. Entendeu? Então, graças a Deus, eu ainda posso fazer isso e de forma nenhuma ceder a uma pressão política. Então isso pra mim é

fundamental. Por isso eu botei acolher, triar, dar encaminhamento adequado pra cada caso, mesmo com as dificuldades da rede de cuidados, isso é o que eu posso botar, o resto é o que elas falaram, realmente, capacitação, que a gente já falou aqui, treinar a equipe que muda, é igual a todo município, é uma manobra nesse sentindo aí.

Participante 7:

É de cada um, de cada município.

Participante 6:

De cada município com a sua realidade. Tem coisas que tem que ser via Ministério Público. Tem coisas sabe, manda cópia, né, cada um tem uma, cada um tem uma estratégia, pra poder lidar, porque é muito confuso.

Participante 2:

O MP é muito parceiro né, no caso dos moradores da Residência Terapêutica que estavam usando cocaína né, o pessoal do Estado estava lá, e aí a gente ficou a manhã toda discutindo o caso deles, aí eu falei, eu quero fazer um relatório pra falar do caso do fulano e encaminhar pro MP. Mas porque você quer encaminhar um relatório pro MP? Eles pediram alguma coisa pra você? Aí eu disse não, é que é ter um cuidado, aí né, aí de repente é o medo do morador que pode usar, pode chegar, pode bater em uma cuidadora, pode matar, pode matar outro morador, né, e aí eu sou responsável junto com a coordenação por aquela casa, e mais a agressividade, qualquer um pode ter, usando droga ou não, aí eu falei, não realmente, então isso pode acontecer né? Um morador de qualquer outro lugar. Aí me coloca pra pensar, então você não tem que fazer relatório, e ainda sim eu fiquei achando sabe que eu precisava mandar um relatório pro MP e o Estado dizendo que não.

Participante 6:

Depende da situação.

Participante 2:

Eu acho que o Estado tem medo.

Participante 7:

É que as vezes a gente percebe, não é? O estado, ele tá muitas vezes longe, não tá na lida, quem tá na cara do gol, somos nós que estamos aqui. O estado dá orientação, mas esse termômetro é vivido por nós mesmos, no dia a dia, a gente tá aqui na ponta, a gente tá com as questões do CAPS, do CAPSi, do SRT, do Ambulatório, a gente sabe quando a chapa esquenta, ou quando não esquenta, né? É diferente de você falar do lugar da gestão, mas da gestão dentro de uma secretaria estadual de saúde, onde esse *trabalho tete a tete* não é feito né? É supervisionado, mas não é vivido, eu penso que é diferente, uma coisa é você ir lá dar supervisão, não é naquele momento, não é no afã do momento. Outra coisa é você está ali.

Participante 3:

Como quem tem só vida acadêmica e nunca trabalhou, ele tem um abismo entre o que ele fala e o que a gente faz. Não é?

Coordenador/Pesquisador:

Mas fala você agora participante 2.

Participante 2:

É tipo de ação, capacitação da equipe técnica né? Pro ambulatório, para as residências terapêuticas e pro CAPS, confecção de relatórios mensais né, com avanços e *desafios*. É ter um planejamento melhor para trabalharmos na precariedade que temos né, precários nós já somos! Nós temos que começar a planejar, eu acho que pra crise né, planejar mais pra enxugar menos gelo. É, articular com municípios vizinhos, internação de paciente em crise, para não gerar uma internação compulsória. Porque que eu coloquei isso, assim. Fiquei pensando. Nossa! Falar de internação no momento que a gente tá, mas a gente tá vivendo uma fragilidade. Que é real, da gente não ter leito, e é, com essa nova Portaria né? Eu acho que fica uma preocupação de voltarem com as internações. “Tá vendo não tem como internar, a gente precisa voltar com os leitos do SUS”. Fala que escuto. “Precisa voltar com as internações nas clínicas, eu acho que às vezes tentar né, com o paciente”, também penso. Tive um caso lá de um paciente que eu não consegui, é, ele ficou 15 dias no hospital, a mãe não podia ficar com ele, pagou R\$1.500,00 pros cuidadores que tínhamos, pra poder ficar com ele. Fizemos tudo

que era possível, ele é muito maluco, muito doido. E aí eu liguei pro coordenador de saúde mental do município dele, e liguei também pro diretor de um hospital psiquiátrico de referência de lá, é, e aí consegui uma vaga sem ter que cumprir uma internação compulsória, porque a mãe já tinha ido na Defensoria, ele estava correndo risco.

O coordenador de saúde mental do município de origem: “Nossa o que vocês estão vivendo, tá punk pra vocês né?” Então, acho que às vezes a gente ter um conhecimento, ligar e ter uma conversa, eu acho que ajuda muito.

Também coloquei fazer os protocolos né? É, protocolo de saúde mental e apresentação dele pra rede, porque a gente tem que fazer e tá junto com essas pessoas, passando pra eles, pra ter maior participação nas reuniões dos Conselhos e fazer uma mobilização pra uma associação de familiares e usuários da saúde mental, para que se tenha uma representação maior. Acho importante, a gente não tem lá, e eu acho importante que eles tenham um lugar para estar brigando, porque a gente não pode falar aqui, que eles têm voz.

Coordenador/Pesquisador:

Sim, é controle social de novo.

Participante 2:

É isso aí.

Coordenador/Pesquisador:

Então, e agora por último, mas não menos importante: Que tipo de ação não podem adotar no cotidiano?

Participante 3:

Nossa o que você tá falando?

Coordenador/Pesquisador:

Sobre a gestão de saúde mental.

Participante 3:

Então, essa foi difícil! O que me veio à cabeça e faz parte da minha realidade, pra fazer um trabalho assim digno, correto, é não, não, não, não aceitar ações voltadas assim pra parceria de políticas partidárias, que não tem interesse individual, ficar

alheio ali. Eu fico alheio, entendeu? E ao mesmo tempo, não fico alheio aos acontecimentos.

Coordenador/Pesquisador:

Não ficar alheio aos acontecimentos, mas também não se colocar de forma partidária.

Participante 3:

Isso, não tomar partido. Entendeu? Eu sou de fulano e aí abrir essa. Lá em meu município, foi a maneira que eu encontrei de permanecer. Entendeu?

Coordenador/Pesquisador:

Nem é ficando tão alheio, mas também não é ficando totalmente dentro.

Participante 3:

É entendeu?

Participante 6:

Se faz parte da gestão, faz parte da gestão.

Participante 3:

De quem tiver no poder no momento. Entendeu?

Participante 6:

A sua ação é técnica, por isso eu coloquei assim: O que eu não posso? Eu não posso impedir as ações políticas partidárias, porém sempre buscando redirecionar para uma atitude técnica.

Participante 3:

Isso.

Participante 6:

Eu não posso impedir, mas eu vou aceitar e vou fazer de forma técnica né?

Coordenador/Pesquisador:

E você?

Participante 4:

Eu não escrevi nada, porque eu vou pensar ainda.

Participante 2:

Eu coloquei, na verdade eu coloquei assim, autonomia pra gerir melhor o programa como ter acesso direto a prefeita. Coloquei isso, porque vejo que algumas coisas esbarram muito na secretaria. Você está abaixo da secretária e a secretária está abaixo da prefeita, e você tem que seguir uma hierarquia. Só que quando você pega, dá o azar como eu, de pegar uma secretária que fez estágio no CAPS, que foi levada, ela conhece o nosso trabalho, mas não dá a mínima, é, e não quer ouvir, passa por você, tem dia que dá bom dia, tem dia que não dá. Eu já falei bem assim pra ela, e ela me ignora e fala: “não posso atender porque hoje eu não estou bem, hoje eu estou resolvendo um monte de outras coisas”. Sei que ela está na sala dela a mais de uma hora sem fazer nada, sem receber ninguém. Eu penso, como que eu vou resolver as coisas do programa de saúde mental? E a gente fica naquela angústia, porque a equipe tá toda em cima de você, e você não tem como esvaziar, não tem como esgotar, porque chega até você e fica parado. E aí eu falo, que a gente tinha que pegar muitas coisas, porque aí eu ouço que a secretária não quer passar pra prefeita que as coisas estão ruins, se não, ela perde o cargo dela, ela quer dizer que ela está resolvendo tudo. Será que a prefeita sabe que a gente precisa resolver isso tudo? Será que, será que ela, que ela tem noção? Por exemplo, que o CAPSi seria ótimo, até para investimento pra campanha dela?

Coordenador/Pesquisador:

Se for judicializado pra acontecer?

Participante 2:

Não assim.

Participante 3:

Não tem acesso a chefe de gabinete, não?

Participante 2:

Não, mas aí eu agora estou fazendo isso. Aí a secretária fala, não posso contratar esse médico psiquiatra, porque eu não vou conseguir salário, aí eu vou lá na

assessora do gabinete e falo, a secretária disse que não pode pagar, mas a gente tá sem médico e tal, aí daqui a pouco depois de um mês, olha, está liberado. Estou com psiquiatra infanto juvenil, agora depois de quase um ano né, consegui agora. Aí ficou um mês a documentação dele lá, eu falei... caramba perdi esse médico, porque ele não vai ficar me esperando, psiquiatra infanto juvenil é difícil de conseguir. É, mas eu tenho feito isso.

Coordenador/Pesquisador:

Mas então, o que que você não pode adotar no cotidiano?

Participante 2:

Na verdade, eu acho que eu coloquei essa autonomia né? E por causa disso, é uma coisa que a gente não pode colocar, mas que eu estou fazendo, não posso, mas estou fazendo.

Participante 4:

Por isso tenho dificuldade em escrever.

Coordenador/Pesquisador:

Deixa entender, se ela disse que não pode, porque de fato pela hierarquia você não pode. Só que o jeito que você dá, é de quebrar o protocolo, de quebrar a hierarquia.

Participante 2:

Isso aí.

Coordenador/Pesquisador:

Mas aí é um não pode, e você tá podendo.

Participante 2:

Com essa eu estou podendo, não sei se o próximo eu poderei.

Participante 4:

Eu não consegui escrever nada.

Coordenador/Pesquisador:

Não precisa. Não conseguiu, não conseguiu.

Participante 2:

Eu coloquei também fazer relatórios para a Ministério Público.

Coordenador/Pesquisador:

Faz a gente pensar.

Participante 4:

Mas é o que a gente acaba fazendo.

Participante 2:

Mas é porque eu não posso, fazer relatórios para o MP, com todas as nossas dificuldades. Muitas vezes ou quase sempre, essa conversa tem que ser informal, algumas coisas eu coloco no relatório, outras coisas eu marco uma reunião com a promotora e falo, tá acontecendo, isso, isso e isso, a gente coloca tudo, em alguns casos, bota tudo. O MP, gente, tem contato com esse documento, porque o MP faz o seguinte, sabe o que eles fazem...quando eles vão cobrar da secretária de saúde? Porque várias vezes eu peguei, eles mandam o mesmo relatório assinado por mim junto com o que eles estão querendo, aí ela vem me chamar no esporro. Porque ele grampeia, é, eu calculei por exemplo: o MP ele fez uma fiscalização lá, na fiscalização eles mandam o relatório deles. Chegou o carro? Aí chega lá, não tem carro, não tem, não minto. Medicação? Tá faltando. Foi feita a barra de acesso para cadeirante? Foi feito faixa de sinalização no chão? Não foi feito. Aí eles mandam isso formal no relatório, aí eu respondo a verdade e isso vai para o jurídico da secretaria de saúde. Eu não posso mandar direto pra eles.

Participante 3:

Eu também não.

Participante 2:

Aí, eles mandam pra secretária pra ela responder, ela não sabe responder. Ela vai mandar para eu responder, mas é para secretária, aí eu respondo e devolvo pra ela e aí o advogado dessa vez, fez tipo assim: mostrou pra secretária a minha resposta. Ela falou: “vai dar merda isso né?” Aí ele falou: “vai, mas é verdade”. E ela: “então tá, mas vai dá isso aí, porém até isso aí dar alguma coisa... isso aí vai para frente.”

Maior cara de pau! “Ahhh então tá bom, então pode enviar.” E eu dei minha resposta.”

Participante 3:

Na verdade, gente, eu...

Participante 2:

Realmente o CAPSi está judicializado desde 2015, que tem uma instauração.

Participante 4:

O negócio não andou?

Participante 2:

Não andou. Tem uma instauração pública pro CAPSi desde 2015, e ele tá lá na RAPS, aí eles mandaram.

Participante 4:

Vocês têm 1 mês pra começar o processo. Isso?

Participante 3:

Assim, na verdade eu faço um relatório, assim do nada pro Ministério Público, por exemplo: eles mandam perguntando assim... sigo o presente pra saber se já dispõe de carro, se o CAPS já dispõe de carro exclusivo com motorista exclusivo, aí eu vou lá e respondo sim a duas semanas, entretanto com a direção trancada, com limpador ruim, informalmente eu falo, não tem condições. Aí o secretário lê, aí ele me chama, aí eu falo: secretário por gentileza lê em voz alta, o que tiver de mentira o senhor fala que eu tiro agora. Ele vai falar o que? É tudo verdade. Entendeu? Aí assim eu não faço um relatório do nada, aí assim eu já tinha rodado há bastante.

Participante 4:

É, e depois disso eu escrevi aqui, não posso relatar em um relatório para o MP a total realidade do serviço, inclusive sobre o encarregado do hospital, de outros serviços, para não comprometer o governo e nem o meu emprego, informalmente eu falo sobre isso em reunião, mas por escrito não.

Participante 6:

É não, tem razão, responder sei que não é fácil, tanto é que eu botei, rodando e rodando e batendo na mesma tecla.

Coordenador/Pesquisador:

Posso só perguntar uma coisa a vocês? O que vocês acharam da oficina? Assim por favor, isso tudo, fiquem tranquilos, que nada disso será vazado. Porque na verdade, isso vai ser escutado por mim, eu vou pegar o áudio, o que de cada coisa que vocês falaram, o que diz respeito, para fazer todo o consolidado, para botar na pesquisa, para eu avaliar tudo isso e poder ponderar com tudo que eu estou estudando, pra poder trazer isso como fonte de conhecimento. Acho que todo mundo assim meio que, falou um monte de coisa, mas uns mais e outros menos, uns falaram de coisas que são mais graves, e eu acho, acho que o participante 2, sempre faz de um jeito que me parece que fica muito mais difícil, do que todo mundo.

Participante 2:

Acaba meio que adoecendo, a equipe não tem nem dinheiro nem pra pagar terapia.

Participante 6:

Por mais que você coloque a coisa assim, ah é esse ou aquele, eu não vejo uma coisa muito ruim. Tudo bem, tem gestores e gestores de saúde, mas de uma forma geral, independente de qual é o gestor, nós sempre tivemos os mesmos problemas, às vezes você pode dizer assim, ah com esse eu tive menos problema nisso, mas em geral a questão não é citar muitos nomes, não se refere a pessoas, mas ao sistema, tanto é que você vê que é igual.

Participante 2:

Eu tive uma secretária anterior que ela falava assim, se o carro não for pro CAPS, eu quero a pessoa que é responsável, que liberou pra outro município, aqui na minha sala, o carro é só do CAPS.

Coordenador/Pesquisador:

Mas eu queria saber de vocês o que vocês acharam da oficina? É, se isso assim, teve algum proveito pra vocês, além de poder responder a isso tudo, não é? Enfim, o que vocês acharam dessa dinâmica? Tudo que a gente teve tempo aí de falar e pensar, não é? Isso mobilizou vocês? Não mobilizou? O que vocês acharam?

Participante 2:

Acho que a oficina acaba sendo uma capacitação, não sei se a palavra é capacitação.

Participante 3:

Mas é.

Participante 4:

É uma troca, né?

Participante 2:

Faz a gente pensar e repensar o trabalho, e quando você escreve, você coloca assim, você começa a pensar... Não será que eu sou realmente responsável por isso? Será que poderia estar fazendo mais? Será que isso realmente não depende de mim? Ai quando depende, você vê se vai dar certo, aí vem a angústia...

Participante 7:

Mais isso é muito importante não é, participante 2? Porque assim, a gente que fica trabalhando muito como a gente trabalha, as vezes pouco pode parar pra pensar. A gente trabalha muito na saúde mental né? A gente se empenha muito, a gente é muito militante né, assim no sentido de brigar pelos direitos dos usuários e tudo que a gente precisa fazer, mesmo quando os gestores de saúde não entendem nada daquilo né? Porém, a gente tem essa, essa atuação, e a gente tem muito pouco tempo de estudar, não é? Quando o estado não promove alguma coisa ou quando a gente não tem um supervisor que, que seja um olhar de fora, que sente e aponte coisas, fica muito difícil. A gente também não tem muito tempo de escrever o que a gente faz, não é? Esse exercício, que quando a gente está na academia, que a gente consegue preservar, por mais que seja correndo, no fim de semana, um pouco de tempo pra estudar, mas esse exercício de botar no papel, ele faz muito espelho para a gente, não é? Então, quando a gente na gestão, não tem essa possibilidade, eu acho que isso compromete o nosso papel na gestão, que é isso. Quando a gente para pra escrever, a gente escuta, a gente lê, a gente pensa, e isso retorna de alguma forma. Na gestão a gente pouco faz isso, se a gente não for convocada por interesses próprios de estudar, de fazer uma especialização, de fazer um mestrado,

de se virar no tempo para fazer né, e o estado não fizer, a gente não tem tempo disso né? A gente não consegue separar esse tempo no tempo da gestão, e isso compromete muito a gestão da gente né? E assim, eu fico avaliando, que se compromete tudo né? Quando eu lembro de outros tempos né, eu tenho 20 anos de funcionalismo público, fiz agora de município, quando eu tive no primeiro momento na gestão, a gente tinha curso de especialização, promovido pelo estado né, nesta universidade, a gente teve um curso né, aqui. Naquele tempo, isso foi muito importante pro estado, assim como para todos os coordenadores que compunham as gestões municipais de saúde mental. Eu estou dizendo, que é isso, poder se encontrar. A gente tem aqui na região esse momento de troca, de dividir e ainda, um dá informação pro outro... “essa Portaria caiu, não é mais isso, é aquilo”, que as vezes você não teve tempo de ler, mas aí o participante 4 leu e me diz, eu leio e digo.

Participante 2:

Alguns dispositivos são mais fáceis, mas para os outros, é assim muito complicado, os serviços de residência terapêutica, o estado não capacitou a gente. Mas a gente liga um para o outro, eu fiz assim... o participante 4, me liga, eu fiz assim. Faz isso, faz aquilo...

Participante 4:

O que a gente tem é essa união que a gente tem, isso é muito importante! Eu penso, que os outros programas não têm isso, não sei né. Eu acho que o que é muito importante, é o engajamento muito bom que faz a gente refletir, o lugar que a gente ocupa né? O que que a gente pode fazer em relação a isso, e é uma troca muito importante, que a gente se acha, se ajuda muito.

Coordenador/Pesquisador:

E serve de qualificação para nossa rede municipal, pra nossa rede profissional, que a gente vai se virando na angústia e com o que tem né? E aí aponta para várias coisas. Isso eu não quero mais, isso eu quero, que que eu posso, o que é que eu preciso? Eu falei, tem coisas que a gente sabe, mas a gente não pode dizer né?

Participante 4:

A gente compartilha a angústia.

Coordenador/Pesquisador:

A gente divide a angústia e isso diminui o peso, que é da gestão.

Participante 3:

Quem sabe a partir disso não é, sei que pra todo mundo é muito corrido, mas que a gente planejasse algum tipo de troca na parte da tarde no dia da reunião da RAPS regional, falando cada um sobre sua experiência, o que a gente puder né?

Participante 4:

Eu acho que a gente podia, é pensar, uma vez por mês ou de dois em dois meses, fazer um evento, não um evento, mas se encontrar em um dos municípios, tipo um dia lá no município onde o participante 4 está na gestão, aí a gente fala sobre o que acontece lá na RAPS, depois a gente vai até onde o participante 6 está na gestão, porque as vezes o que um faz, pode ajudar em um posicionamento do outro.

Coordenador/Pesquisador:

Sim! Isso também é capacitação né? Que é igual quando o estado promove os fóruns, é nada mais que isso, que ouvir todos os municípios que compõem o estado, os 92 municípios que compõem o estado né? E eles também fornecem informações importantes, mas também ouvir da gente, então tá assim, tá desse jeito... Escutar né, o que vem a cabeça, ou o que a gente está vivendo, é um momento de troca muito importante né?

Participante 2:

Isso não deixa de ser uma reunião da RAPS também não?

Coordenador/Pesquisador:

Mas eu acho que é assim, o que o participante 4 está dizendo é que, que a gente pode independente dessa reunião oficial, a gente poder fazer encontros da gestão nos municípios... então esse mês a gente vai pegar esse dia e sair daqui e vamos, vamos almoçar, vamos em algum dos municípios, ou vamos em algum outro dia né? Vamos combinar e ir lá conhecer a RAPS do município onde o participante 3 está na gestão, vamos lá em seu município conhecer o CAPS de lá.

Participante 4:

Hoje eu consegui organizar o ambulatório da policlínica, da saúde mental com a ajuda do participante 2, porque me deu uma referência do que fazia e hoje nosso ambulatório é quase referência, e ai, tinha pego isso de Rio Bonito, agora está precisando de ajuda.

Coordenador/Pesquisador:

Eu acho uma boa ideia participante 4, essa da gente poder pensar assim. Talvez na próxima reunião da RAPS, poderemos levar os temas para o 1º Congresso de CAPS que ocorrerá em dezembro no Estado do Rio.

Coordenador/Pesquisador:

Para o congresso sim. Porém, eu acho que a gente pode de repente, pensar nisso e tirar um calendário e cada mês né, poder pensar assim... Ir conhecer a rede de atenção psicossocial de cada município que compõe a região, e cada gestor de saúde mental vai mostrar pra gente onde fica o CAPS, como é o serviço de residência terapêutica, e a gente ir conhecer. E no outro mês, vamos conhecer outro. Acho que fazer essa coisa itinerante talvez seja bem legal! Entendeu? Assim, não seria uma reunião da RAPS? Pra gente conhecer, por exemplo: o participante 3 trabalha com uma coisa que achei legal, com a Organização Não Governamental, que dizer, isso é importante. Entender melhor como funciona. Conhecer o CAPS de lá, conhecer... eu acho que talvez isso amplie os nossos, os nossos, os nossos horizontes, e amplie as nossas experiências, não é? Porque aí o que o outro faz, também serve de experiência pra gente. Eu queria agradecer muito a todos vocês, não é? Todos vocês, embora, tenha sentido muito pelo fato de que faltaram dois municípios, sendo que um deles, a coordenação disse que não conseguiu vir por compromissos que surgiram de uma hora pra outra, e o outro não deu notícias do motivo de sua ausência.

Observações Gerais sobre a Dinâmica do Encontro

Anotação das observações feitas na 1ª Atividade

A princípio pensaram somente em momentos ruins, dando origem a um desconforto entre os participantes, e após esse momento o participante 5 perguntou se também poderia colocar os momentos bons. Falaram que preferiam falar a ter

que escrever. Relataram as dificuldades que aparecem com os gestores de saúde, como a falta de apoio.

Um ponto positivo é o apoio entre os gestores de saúde mental. Ficou claro que os grandes problemas na gestão são: a política, a falta de apoio dos gestores de saúde, o abuso de poder pelos políticos, a discriminação à saúde mental. O participante 2, ficou muito concentrado e relatou muitas coisas. O participante 3, foi quem mais falou e demonstrou a sua indignação em relação a todos os transtornos e problemas que passa em relação a sua gestão. Relatou que é um cargo que nem sempre pode seguir o protocolo, e sim ter que improvisar. Falou também do local onde é o CAPS, a distância dele em relação ao centro da cidade, como uma forma de exclusão, como nos manicômios.

As dúvidas e o desconforto foram grandes, principalmente do participante 2, em relação ao tempo no cargo, por sair e voltar e também a nomeação do cargo que ocupa. Discutiram os problemas de terem sido fechados os leitos nos hospitais psiquiátricos, mas não abriram leitos de saúde mental nos hospitais gerais, de acordo com a necessidade dos municípios que compõe a região. Falaram da angústia por não ter o suporte dos hospitais gerais, e de como se negam para internar pacientes que não apresentam nenhum transtorno físico. O participante 1, relatou que se espantou ao saber que a equipe do CAPS não sabia o que era uma VD (visita domiciliar) e oficinas. Com isso abriu-se um espaço para discussão do número de profissionais que se formam e não têm noção sobre a saúde mental. Falaram sobre a eleição do CRP, o salário base da profissão e que o CRP não luta pelos direitos dos psicólogos. O participante 6, relatou o seu choque ao visitar um hospital psiquiátrico. Falou dos óbitos ocorridos, dos pacientes que foram desinstitucionalizados, e dos laços afetivos que foram rompidos nesses momentos. O participante 3, falou de como é difícil construir um trabalho e dar continuidade a ele.

O coordenador/pesquisador da oficina ressaltou como é importante o profissional ter qualificação para desenvolver um bom trabalho na saúde mental.

O participante 7, ficou muito concentrado e não apresentou nenhuma dúvida ao responder. Falou do apoio que teve e tem do governo municipal, do Ministério Público e do Juízo, bem diferente dos outros participantes. Ficou claro que todos os participantes estavam bem integrados e suas demandas eram semelhantes, mostrando que todos passam por situações similares.

Anotação das observações feitas na 2ª Atividade

O primeiro a falar foi o participante 1, falou de não depender dele a qualificação do quadro técnico. O segundo participante a falar foi o 4, que voltou a abordar a dificuldade de dialogar com o hospital geral. O participante 2, abordou novamente sobre o seu cargo que ainda não foi adequado corretamente e sobre os salários dos profissionais e suas condições precárias para trabalhar. O participante 3, falou novamente sobre o profissional que saiu e não passou o trabalho para quem vai assumir o cargo. Concordou com o participante 2, sobre RAAS e a falta de preparo para o preenchimento desse documento, além de lembrar que a academia não prepara para trabalhar no SUS. Falou também das cobranças absurdas que vive na gestão, como no dia que saiu com os usuários e foi questionado, por que estava com o carro do CAPS em uma loja de venda de anzol. Falou do quanto é difícil lidar com o ego dos novos governantes e a carteirada de políticos. O participante 6, falou da dificuldade em não poder credenciar leito de saúde mental e da dificuldade de encaminhamento adequado aos pacientes para a saúde mental e seus dispositivos.

O participante 2, falou da falta de parceria da UPA com o CAPS. Falou também da dificuldade de contratação de supervisor clínico institucional para a RAPS e a falta de ajuda do Estado. Pontuou a solidão do trabalho na saúde mental e a falta de comprometimento dos gestores de saúde. Voltou a falar do salário, que é pouco e sobre a dificuldade de manter uma equipe qualificada.

O participante 3, falou do desafio de manter a continuidade nos serviços durante os 4 anos, e relata que documenta e protocola tudo para o Ministério Público, porque ele hoje responde a ações de outro coordenador de antes dele. Fala: “ninguém quer o meu lugar, por isso ele me respeita”. Pontua sobre o Ministério Público, ser um parceiro em prol dos usuários. Vê a parceria com os dispositivos não governamentais. Fala das estratégias de se infiltrar no Conselho de Saúde. O participante 4, fala do pouco engajamento das gestões em relação a saúde mental, e deu um exemplo: “maluco não vota”.

Anotação das observações feitas na 3ª Atividade

O participante 4, ficou impactado com esta atividade e falou que não soube responder. O participante 2, achou difícil pois quer se referir ao que respondeu nas outras atividades. O participante 3, se acha otimista pois acredita que tudo é possível. O participante 2, se mostrou muito compenetrado em suas respostas.

O participante 3, falou de manter uma postura ética mesmo não sendo concursado. Acrescentou que um desafio era estabelecer contatos com a rede sócio assistencial, tendo espaço para os profissionais que estão chegando. O participante 4, voltou a falar na adaptação dos novos profissionais. Achou difícil no planejamento da RAPS, ter a possibilidade de apresentar para a sociedade, o que é a saúde mental e a necessidade da implantação dos dispositivos da RAPS. O participante 3, falou da articulação com órgãos como MP, CREAS e Conselho Tutelar.

O participante 6, se vê como um mediador para encaminhar cada um para o serviço certo. Fala: “esquece o prefeito, vereador, e vamos ver o caso, pois o que interessa é o caso independentemente de onde veio”. Falou das semelhanças nas dificuldades de cada município.

O participante 2, falou da articulação com os municípios vizinhos em relação a internação. Demonstrou a preocupação de não ter leitos de saúde mental, e acabar voltando com as internações compulsórias. A necessidade de elaboração de Protocolos. E a preocupação de ter mais participação nas reuniões dos Conselhos.

O participante 3, falou da necessidade da neutralidade em relação a política atual. O participante 2, falou sobre a necessidade de ter acesso direto ao Prefeito. Ter autonomia, que não pode, devido a hierarquia, mas está fazendo o que precisa, está conseguindo pois está quebrando o protocolo. Acentuou a dificuldade que tem em dar seguimento das coisas. O participante 4, disse sobre o fato de não poder relatar a realidade ao Ministério Público, para não comprometer o atual governo e seu próprio emprego.

O participante 6, falou que independente dos governos, os problemas são os mesmos. Para o participante 2, a oficina foi importante por que fez pensar no que faz e o que pode fazer. E acrescenta dizendo, que o que compromete a gestão é a falta de capacitação. E “a angústia de saber e não poder falar”. O participante 6, propôs uma roda de conversa, sendo cada vez em um município diferente, dentre todos os municípios da região (encontro para discussão de situações). O participante 7, não apresentou nenhuma dúvida em relação as perguntas.