



UFRJ



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE PSIQUIATRIA – IPUB
PROGRAMA DE MESTRADO EM ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Nelly de Azeredo

**O Apoiador Institucional Estadual e sua função na articulação da
Política de Saúde Mental**

Junho/2020

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nelly de Azeredo

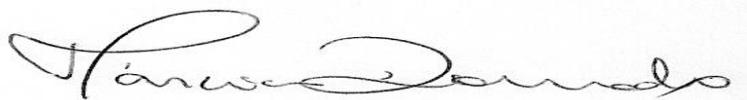
O Apoiador Institucional Estadual e sua função na articulação da Política de Saúde Mental

Dissertação de Mestrado 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. Marcia Cristina Nascimento Dourado

BANCA EXAMINADORA

Rio de Janeiro, 07 / 07 / 2020.



Profa. Dra. Marcia Cristina Dourado (IPUB/UFRJ) - Orientadora - Presidente

Participação por videoconferência

Profa. Dra. – Maria Paula Cerqueira (IPUB/UFRJ)- Examinadora

Participação por videoconferência

Profa. Dra. Moema Belloni Schimidt - Examinadora

Retrato do artista, quando coisa

A maior riqueza
Do homem
É sua incompletude
Nesse ponto
Sou abastado
Palavras que me aceitam
Como sou
-eu não aceito
Não aguento ser apenas
Um sujeito que abre
portas, que puxa
válvulas, que olha o
relógio, que compra pão
às 6 da tarde, que vai
lá fora, que aponta lápis,
que vê a uva etc. etc.
Perdoai. Mas eu preciso ser Outros
Eu penso
Renovar o homem
Usando borboletas.

-Manoel de Barros-

Poeta

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Dra. Marcia Dourado, que foi organizando comigo aquilo que eu queria destacar com o meu trabalho, com delicadeza nos questionamentos e com o saber de quem sabe ensinar.

Ao Professor Pedro Gabriel, que com suas aulas e discussões sobre os movimentos sociais e a relação com o modelo radicalmente democrático da saúde, nos remeteu; as políticas públicas fazem parte da luta pelo bem-estar social.

A Professora Paula Cerqueira, que sempre com sua generosidade de escutar onde eu queria pensar, me forneceu materiais de leitura e me convidou a fazer parte do seu grupo de orientandos, no início do mestrado.

Aos meus companheiros, Apoiadores regionais, na Gerencia de Saúde Mental/SES, que me incentivaram a voltar a universidade em busca de renovação para as nossas discussões epistemológicas, de equipe, e de renovação para continuar a luta antimanicomial.

E a todos que acreditaram, que sabem das minhas inquietações, e a importância daquilo pelo qual eu luto.

Ao grande amor que muito me move, meu filho Yago, minhas enteadas, meus amigos, muito em especial minha amiga Lena, e familiares, que não me deixaram desistir do meu melhor caminho.

RESUMO

Nesta pesquisa, avalia-se o Apoio Institucional, sendo uma função metodológica do SUS, como funciona na sua prática na gestão no âmbito do Estado do Rio de Janeiro.

A opção metodológica pela pesquisa qualitativa com observação também de dados, possibilitou o estudo sobre práticas no trabalho de gestão na implantação da política de saúde mental, a partir da experiência e desempenho da função, Apoiador Institucional, que não pode ser apreendida simplesmente do ponto de vista de critérios mensuráveis e de objetividade.

Privilegiamos como objeto para essa análise as práticas dos Apoiadores Institucionais na Coordenação da gerência de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, considerando os aspectos dos discursos nas entrevistas com esses apoiadores que compõem a equipe de trabalho, na direção do entendimento de como se formula a implantação da Política de Saúde Mental, na estruturação do SUS. Com isso relacionamos as diretrizes que formulam essa função e sua aplicabilidade no campo da saúde mental.

Essa experiência aposta na potência da figura do apoiador institucional. Mesmo com a possibilidade de controle e autoridade sobre o grupo, o apoiador institucional pode facilitar diálogos, mediar conflitos, ampliar as possibilidades de reflexões e trazer ofertas relevantes para o processo de trabalho e para a cogestão.

No avanço da implantação do Sistema Único de Saúde, com a emergência do movimento político da reforma psiquiátrica que atesta a direção antimanicomial, surge a necessidade da criação de redes substitutivas aos manicômios, a saúde mental pública requer um modelo de gestão como direção e monitoramento para os processos de trabalho. Aparecem as leis e os atores que regulamentam e mudam a operacionalidade no cuidado em saúde mental.

Assim, ampliaram-se as possibilidades dos Estados e Municípios reformularem seus modelos para a Atenção Psicossocial.

Palavras-chave: Atenção Psicossocial; Apoiador Institucional; Saúde Mental; Estado.

ABSTRACT

In this research, Institutional Support is assessed as a methodological function of SUS and its functioning as a management practice, within the scope of the State of Rio de Janeiro.

The methodological option for qualitative research, also with observation of data, made it possible to study practices in management work in the implementation of mental health policy, based on the experience and performance of the role of the Institutional Supporter, which cannot be learned simply from the point view of measurable criteria and objectivity.

As an object for this analysis, the practices of Institutional Supporters in the Coordination of Mental Health Management of the State Health Secretariat of Rio de Janeiro are privileged, considering the aspects of the speeches in the interviews with these supporters who make up the work team, in direction of understanding how the implementation of the Mental Health Policy is formulated, in the structuring of SUS. With this, the guidelines that formulate this function and its applicability in the field of mental health are related.

This experience bets on the power of the figure of the Institutional Supporter. Even with the possibility of control and authority over the group, the Institutional Supporter can facilitate dialogues, mediate conflicts, expand the possibilities for reflections and bring relevant offers to the work process and to the co-management.

In the advancement of the implantation of the Unified Health System, with the emergence of the political movement of psychiatric reform that attests to the anti-asylum direction, the need arises to create substitute networks for asylums. Public mental health requires a management model as a direction and monitoring for work processes. The laws and actors that regulate and change the operability in mental health care appear.

Thus, the possibilities of States and Municipalities to reformulate their models for Psychosocial Care were expanded.

Keywords

Psychosocial Care; Institutional Supporter; Mental Health; State.

Sumário:

Introdução.....	08
1 - A Gestão da Política de Saúde no âmbito do Estado do RJ.....	15
1.1- O Papel da Gestão Estadual do RJ na Atenção Psicossocial	17
1.2 - Avaliação das regiões e dispositivos de Atenção Psicossocial do Estado da CAP/SES (2017/2019)	25
1.3 - A reforma psiquiátrica e a construção da política de saúde mental no Estado do RJ.....	42
2 - O Apoiador Institucional, uma Metodologia de cogestão no Âmbito do SUS	49
2.1 – Cogestão, o fazer solidário do SUS.....	55
3 - Percurso Metodológico.....	57
3.1 - Roteiro das entrevistas com os Apoiadores Institucionais.....	59
4 - Resultados e Discussão sobre as entrevistas.....	59
4.1 Caracterização dos participantes.....	59
4.2 – Categorias para organização da discussão e as diversas visões sobre o que o trabalho do Apoiador institucional.....	60
5 – Discussão e conclusão.....	70
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
ANEXOS.....	80

Introdução

Minha inserção e interesse pelo campo da Saúde Mental, nasceu com minha formação em Psicologia na graduação, estagiei no CAPSi do CARIM-Instituto de Psiquiatria (IPUB) – durante dois anos, 2003/2005 e com meu ingresso, nesse mesmo lugar, na Especialização em Reabilitação Psicossocial para a Infância e Adolescência, permaneci por mais dois anos.

Desde então, minha formação se orientou pelos conceitos da Reforma Psiquiátrica, do cuidado em Atenção Psicossocial e pela prática no CAPSi- Centro de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência, no cuidado em saúde mental. Paralelamente, fui fazendo formação em psicanálise.

Como psicóloga trabalhei na gestão da Secretaria Municipal de Assistência Social do Rio de Janeiro, na Fundação Estadual para Infância e Adolescência, no Hospital Estadual Eduardo Rabelo e em 2013 fui para a gestão na GSM - Gerência Estadual de Saúde Mental/SES- Rio de Janeiro, onde desempenho a função de Apoiadora Institucional da Região Metropolitana I – Rio de Janeiro e Baixada Fluminense.

Na gestão estadual, lugar mais especificamente do trabalho formulador e articulador da política, os apoiadores da gerência de saúde mental, estão implicados nas discussões da lógica para o cuidado na atenção psicossocial, ainda, na proposição dos serviços e a implantação nos municípios, na discussão das internações de crise, atravessadas pela judicialização e nas avaliações com os municípios dos territórios existenciais dos usuários.

A minha relação com a política de saúde, propriamente com a da saúde mental, fala o quanto acredito nessa política, e a metodologia do apoio segue esse desenho, a proposta de política pública do SUS, que direciona o cuidado para a garantia de acesso a toda população, com o princípio da universalidade e equidade. O caráter de serviços de cuidado em saúde à sociedade, como conjunto de práticas pretende demolir todas as barreiras sociais, culturais, econômicas e políticas que não promovam essa relação democrática na sociedade.

Na Coordenação de Atenção Psicossocial/SES-RJ, me convoquei a pensar sobre a prática e a formação, não só a minha, mas dos profissionais que desempenham uma mesma função, o APOIADOR INSTITUCIONAL. Além de nomear uma função, trata-se de uma metodologia de trabalho para o SUS-Sistema Único de Saúde, onde se insere a

Política de Saúde Mental, no âmbito federal, estadual e municipal. E no âmbito estadual, sobre o qual me debrucei nesta pesquisa, utilizamos esta função como um mandato para o desempenho na implantação e fomento que a gestão dessa política convoca como Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro.

As ações na Política de Saúde Mental, na gestão e na prática de diversos profissionais, têm como direção, delinear linhas de cuidado a partir da constituição de redes que se conectem e possibilitem a integralidade do cuidado aos usuários do sistema de saúde.

Organizou-se no SUS - Sistema Único de Saúde, as redes prioritárias, que se constituem a partir da necessidade de enfrentamentos de vulnerabilidades, agravos ou doenças que acometem as pessoas ou as populações. Nesse contexto, foi instituída pela portaria nº 3088/2011 a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011).

As redes prioritárias, no âmbito estadual, são discutidas e construídas através dos Grupos Condutores Estaduais (GCE), formados por representantes da Secretaria Estadual de Saúde, do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) pelo Apoio institucional do Ministério da Saúde (MS), e por representantes dos Grupos Condutores regionais, conduzidos pelo Apoiador Institucional responsável pela respectiva região, tendo como finalidade a construção de espaços coletivos plurais, heterogêneos e múltiplos para participação cidadã na constituição de um novo modelo de atenção (BRASIL,2010).

O SUS introduziu mudanças na relação Estado-Sociedade, operando a partir de princípios e diretrizes, como a descentralização da gestão, participação popular e controle social em todos os níveis de gestão do sistema.

Entretanto, nasceu e se desenvolveu em meio ao avanço do neoliberalismo na América Latina, com o discurso hegemônico de privatização e desestatização, contenção de gastos públicos, a não prioridade das “demandas sociais”, atenção no mercado, com isso invadiram todos os governos da Nova República, impondo uma focalização das políticas sociais.

Neste tempo, no âmbito do SUS, elaborou-se um método que objetivava fortalecer os sujeitos, individuais e coletivos, a fim de construir uma democracia institucional. Essa estratégia metodológica intencionava ampliar a capacidade de direção e de governo dos sujeitos, para aumentar suas capacidades de análise e de intervenção sobre a realidade.

Baseado em matrizes conceituais, oriundas da política, do planejamento, com referência-teórico-metodológico da Análise Institucional (2004), o Método Paidéia (2000;2004) e a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2008) construiu um processo singular de cogestão para análise e cogestão de coletivos dos municípios e estrutura do trabalho gestor nos estados.

O método Paidéia, da roda, é uma tentativa de ampliar a capacidade de as pessoas lidarem com poder, com circulação de afetos e com o saber, ao mesmo tempo em que estão fazendo coisas, trabalhando, cumprindo tarefas. No fundo, é a radicalização da construção de cidadania e de sociedades democráticas.

A função Apoiador Institucional, surge com a essência do método Paidéia que segundo seu idealizador Campos (2000;2004), no final do milênio, é o objeto dessa metodologia, para ampliar a capacidade de análise e cogestão de coletivos, O tema está presente em estudos, publicações, na gestão e no cotidiano de inúmeros trabalhadores do SUS. “É um método de apoio à cogestão de processos complexos de produção” Este articula a produção de bens e serviços com a produção de instituições, organizações e dos próprios sujeitos. É um método de gestão para a elaboração, implementação e execução de projetos e políticas públicas, enquanto apoia a construção de sujeitos, individuais e coletivos. Além disso, ele pode ser incorporado pelos coletivos organizados sem a necessidade de um agente externo.

Em 2014, em uma entrevista, Campos explica o que considera apoio e metodologia de cogestão no SUS;

O apoio, eu considero, é uma metodologia. Tem um referencial teórico, o referencial da cogestão, da saúde do SUS, dos sistemas públicos, mas ele é um conjunto de metodologias desenvolvidas para viabilizar a cogestão, a gestão participativa capilarizada, digamos assim. A metodologia do apoio é uma metodologia para mudança e não a mudança autoritária que vem somente de fora. Uma parte (como experiências do passado) vai vir de fora sempre, mas também é preciso que se valorize a experiência, o conhecimento dos usuários, dos trabalhadores, o contexto. É esse conjunto de metodologias, é uma forma de fazer a práxis, é uma forma de gerenciar a mudança. O Apoio parte da ideia de que ninguém é dono da verdade, ninguém tem

toda experiência do mundo, há muita coisa interessante fora da nossa experiência existencial, institucional....

A Análise Institucional, compõe como um dos eixos da estrutura dessa metodologia, ela exige um campo de análise, que explicita uma organização de conhecimentos históricos, políticos e conjunturais acerca do campo de intervenção no qual irá desenvolver um processo investigativo. Também neste trabalho, na qualidade de pesquisa-intervenção, tem início, com a participação ativa na análise da instituição realizada, incitada pelos dispositivos mobilizadores, desencadeados primeiramente pela própria demanda do pesquisador, o caráter implicacional dele. (SILVEIRA,2008)

A gestão dos sistemas e serviços de saúde no Brasil é um grande desafio para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). As ações e os serviços ofertados estão sendo ampliados, porém, ainda estamos distantes da rede contínua de cuidados integrais, indispensável para integrar as diferentes etapas de atenção, otimizar a aplicação dos recursos do SUS e consolidar sua legitimidade junto aos usuários (MERHY et al, 2003; SANTOS, 2007).

Essa experiência aposta na potência da figura do apoiador institucional. Mesmo com a possibilidade de controle e autoridade sobre o grupo, o apoiador institucional pode facilitar diálogos, mediar conflitos, ampliar as possibilidades de reflexões e trazer ofertas relevantes para o processo de trabalho e para a cogestão.

A figura do Apoiador aparece também na gestão da Política de Saúde Mental, a partir do âmbito do SUS com a mesma competência, em esferas, federal e estadual, apostando no deslocamento do tratamento do hospital para a comunidade, como se refere Nicacio (2013), ao relatar a necessidade da consolidação de uma rede assistencial extra hospitalar para a promoção da inclusão social do louco. Ao discorrer sobre Atenção psicossocial e cidadania, apresenta a função terapêutica, com a humanização dos hospitais psiquiátricos e a implantação dos espaços ambulatoriais, com o advento da reforma psiquiátrica que radicaliza a partir do modelo da experiência italiana, com Franco Basaglia, a questão da cidadania do louco.

Quanto ao Apoio institucional, nomeado pelo Ministério da Saúde como apoio integrado, é a estratégia que busca privilegiar a função normativa para estabelecer relações construtivas entre as três esferas de governo, funcionando como um dispositivo

de apoio à gestão e fortalecimento da capacidade de governo sobre o sistema de saúde nos âmbitos estadual e municipal. O propósito é, intermediar e promover a cooperação técnica aos sistemas estaduais de saúde, a partir do envolvimento participativo e integrado de todas as áreas ministeriais, atuando assim como indutor de um reordenamento e qualificação na própria gestão, pela necessidade de se estabelecer fluxos transversais de demandas e respostas integradas (BRASIL 2012).

Sendo importante a investigação e registros das práticas da saúde na aplicabilidade das políticas de saúde mental, e a sustentação do modelo de atenção psicossocial, este trabalho discutirá o papel do Apoiador na produção de respostas institucionais afirmativas na implantação da Política de Saúde Mental e dos instrumentos orientadores para a lógica desse trabalho. E, ainda, seus encontros com os sujeitos, que nesta relação produzem tecnologias para os cuidados em saúde, construindo os dispositivos necessários para a consolidação da RAPS- Rede de Atenção Psicossocial.

Estes registros poderão ser utilizados como intervenção que geram mudanças significativas nos modos de entender, de atender e de gerir em saúde mental. De modo prioritário e transversal na maioria dos municípios, que participam da regionalização e contam com a metodologia do Apoiador Institucional, que fomenta e interliga as gestões de forma a manter uma educação permanente e uma direção de trabalho.

Nesse universo de tensões e construção de trabalho algumas vezes vivo por outras vezes morto, vem se consolidando como uma figura articuladora no SUS, o apoiador institucional, na tentativa de promover encontro entre os coletivos e desses encontros ressonar em produção de cuidado. Esta figura institucional e política vêm se instituindo em algumas áreas e programas como na atenção básica e na saúde mental. Alguns conceitos e direções sobre esta prática vêm sendo amplamente colocados em debate à literatura mais atual de autores que conversam com esse modelo de cogestão (CAMPOS, 2003,2005; BERTUSSI, 2010; OLIVEIRA, 2011; FERNANDES, 2012).

Nesta perspectiva, é necessário refletir a gestão como uma ação política com interlocução e avaliação, como instrumento que requer uma metodologia que contemple a pluralidade e interdisciplinaridade, focando as inter-relações entre subjetividade, gestão dos processos de trabalho e clínica (HECK,2008).

O cuidado com a perspectiva de inclusão do sujeito e da subjetividade nos projetos clínicos, contemplando os projetos de vida aí implícitos. O cuidado se coloca em oposição ao reducionismo da clínica voltada para a remissão de sintomas.

(Alves, 2006)

Guizard e Cavalcanti (2010) reforçam que é necessário desconstruir tecnologias de gestão em saúde que apresentam um forte viés técnico e centralizador, pois não é difícil constatar que, mesmo advogando a participação popular e o planejamento ascendente, os modelos de gestão propostos no âmbito do planejamento e da programação em saúde redundaram na permanência de práticas de gestão calcadas na centralização normativa das políticas públicas e no controle do processo de trabalho nas instituições de saúde.

Este estudo procura circunscrever a gestão como um campo de prática social. Destaca-se nessa direção o trabalho vivo em ato onde os trabalhadores demonstram sua capacidade de autogoverno, pois ao manejar seus saberes tecnológicos o fazem de maneira autônoma, sob uma perspectiva crítica aos pressupostos modelares que orientam o processo de gestão no interior do SUS. Acredita-se ainda nas tensões constitutivas do agir e presença da gestão do cotidiano não apenas como gestão governamental, mas aquela prática inerente a todo trabalhador inscrito no processo de produzir práticas em seu dia-a-dia (MERHY, 1999; 2002; 2005; MENDONÇA, 2008).

Como orientação teórica, será realizado um percurso pela política de saúde mental, os conceitos sobre o papel do Apoiador Institucional e a partir de alguns autores, o cotidiano desse trabalho, do apoio nas políticas de gestão que são discutidas no arcabouço do SUS.

Como **Objetivo**, este trabalho busca:

-Analisar o trabalho dos Apoiadores Institucionais, inseridos na CAP/SES na construção da Política de Saúde Mental e o desempenho no âmbito do Estado do Rio de Janeiro.

E como **Objetivos** específicos:

-Analisar como os Apoiadores Institucionais articulam seu trabalho para implantação da RAPS nos municípios do Estado do RJ e o desempenho da sua função gestora.

- Analisar os impasses e potencialidades no processo de trabalho do apoiador Institucional.

Capítulo 1

A GESTÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO ÂMBITO DO ESTADO DO RJ

A estrutura da Secretaria Estadual de Saúde (SES) /RJ) da qual partem as ações a implementar, monitorar e acompanhar os programas de saúde mental nos municípios do estado, até 2019 denominava-se Gerência de Saúde Mental (GSM), que passou a ser Coordenação de Atenção Psicossocial (CAP) com a mudança de gestores estaduais. Atualmente subordinada à Superintendência de Atenção Psicossocial. A GSM não possuía orçamento, e sua função era eminentemente técnico-política, com a composição de um coordenador, Apoiadores Institucionais regionais e dois profissionais de suporte organizacional.

Na SES-Secretaria Estadual de Saúde/RJ, a figura apoiador institucional surge a partir de 2013, antes a função denominava-se como “referência para as regiões”.

Com a nova formação de superintendência em setembro de 2019, o Estado do Rio de Janeiro na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) instituiu um programa de cofinanciamento, (COFI-RAPS) , ação inédita do estado a partir da Lei 8154, de 05 de novembro de 2018, que trata da participação do Estado do Rio de Janeiro para fomento e inovação da rede de atenção Psicossocial, instituída pela portaria do Ministério da Saúde nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, que estabelece no âmbito do SUS (Sistema Único de Saúde), a Política Nacional de Saúde Mental e compreende as estratégias e diretrizes adotadas pelo país, com o objetivo de organizar a assistência às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados específicos em saúde mental. O (COFI-RAPS), foi destinado a todos os municípios que aderiram ao programa.

Hoje a rede de atenção em saúde mental no estado do Rio de Janeiro é composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que são dispositivos estratégicos para a organização da rede no território com vistas a substituir os hospitais psiquiátricos. Os CAPS podem ser de diferentes tipos para atender a clientela com demandas específicas. Diferenciam-se entre as tipologias CAPS I; CAPS II; CAPS III, CAPS ad e ad III e CAPSi, de acordo com o porte, capacidade de atendimento e clientela alvo.

Os serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) são dispositivos de moradia, localizados preferencialmente em centros urbanos. Tem por objetivo dar resposta aos problemas de moradia aos pacientes oriundos de longo tempo de internação em hospitais psiquiátricos que não possuem vínculos familiares ou sociais quando estes, ainda que existentes, não possui capacidade ou desejo de acolhê-los.

Também são dispositivos dessa rede os leitos de saúde mental em hospital geral, os serviços de urgência e emergência, ambulatoriais mais resolutivos e com ofertas diversificadas de assistência, e ainda os centros de convivência. Há também um conjunto de instrumentos de gestão constituídos com o objetivo de reduzir os leitos dos hospitais psiquiátricos e criar mecanismos de apoio à desinstitucionalização.

Ressalta-se que a ação fundante importante da reforma psiquiátrica que é a desinstitucionalização, não é só desospitalizar, isso constitui uma etapa importante, mas compreende também a promoção de ações que ressocializa o sujeito garantindo condições de vida e circulação no território. Vem acompanhada de um conjunto de outras ações que envolvem a participação de outros setores e serviços da RAPS – Rede de Atenção Psicossocial (estabelecida pela portaria nº 106/2000), além dos dispositivos de saúde mental os dispositivos da Atenção básica, e os benefícios sociais, como auxílio financeiro na estruturação da autonomia do sujeito.

O território das práticas de saúde é um espaço de disputa e de constituição de políticas, cuja característica central é a pluralidade, constituído a partir da ação de distintos sujeitos coletivos, que conforme seus interesses, desejos e capacidade de agir, aliam-se e/ou confrontam-se, na tentativa de afirmar certo amoldamento de um bem social – a saúde – “como objeto de ação intencional de políticas que lhe faça sentido como base para representar, de modo universal, o mundo das necessidades dos outros nos planos coletivo e individual” (MERHY, 1999 p.308).

Na constituição das políticas públicas no campo da saúde mental os Estados vêm desempenhando papéis importantes, em função do perfil dos municípios do país.

No Estado do Rio de Janeiro, os municípios, em sua maioria são de pequeno a médio porte populacional, e com a complexidade na formulação de um modelo de atenção em saúde mental, pode se afirmar que a participação do estado torna-se essencial: na formulação e adaptação regional da política, na construção de uma rede substitutiva de serviços, na coordenação das ações no território, no combate às desigualdades e na

melhoria das condições locais com fortalecimento da capacidade institucional nos municípios principalmente naquelas regiões onde existem verdadeiros vazios assistenciais (SIMON; BATISTA, 2011).

No avanço da implantação do Sistema Único de Saúde, com a emergência do movimento político da reforma psiquiátrica que atesta a direção antimanicomial, a necessidade da criação de redes substitutivas aos manicômios, a saúde mental pública requer um modelo de gestão como direção e monitoramento para os processos de trabalho. Aparecem as leis que regulamentam e que muda a operacionalidade no cuidado em saúde mental.

Assim, ampliaram-se as possibilidades dos Estados e municípios reformularem seus modelos de atenção.

“...processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos 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, marcada por impasses, tensões, conflitos e desafios”

(Brasil,2005 p.5)

1.1 – O Papel da Gestão Estadual do RJ na Atenção Psicossocial

A Secretaria Estadual de Saúde deve assumir o papel de Gestora Estadual do Sistema Único de Saúde. Esta gestão se dá no sentido amplo, não se restringindo ao gerenciamento de apenas sua rede própria de prestação de serviços (hospitais e outras unidades) ou dos prestadores de serviços, privados e públicos que estejam sob sua gestão, ou ainda de alguns programas assistenciais. A amplitude e o grau de autonomia desta gestão, no entanto, está relacionada ao tipo de Gestão em que o Estado esteja habilitado variando, portanto, de Estado para Estado (BRASIL, 2003).

No Estado do Rio de Janeiro (RJ), a Secretaria de Saúde (SES), bem como os 92 municípios que o integram, aderiram à implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), através da Deliberação da Comissão Intergestora Bipartite – CIB nº 1.464, de 08 de março de 2012. Estes municípios estão distribuídos pelas nove regiões de saúde do estado.

O Brasil caracteriza-se como um país federalista, diante disso se torna preponderante a ação coordenada e complementar entre os entes federativos. A regionalização constitui uma estratégia prioritária para garantir o direito à saúde, portanto deve ser o orientador no que tange a descentralização das ações e serviços.

Os principais objetivos da regionalização são garantir o acesso, resolubilidade e qualidade às ações e serviços de saúde; reduzir desigualdades sociais e territoriais; promover a equidade e integralidade da atenção; racionalizar os gastos e otimizar os recursos, além de fomentar o processo de descentralização. É imprescindível pontuar que este processo é complexo e pressupõe respeitar as singularidades de cada localidade e pautar as necessidades da população como questão central, sendo necessária a regulação da União e dos estados (MENDES; pestana, 2004; ribeiro; barros,2010).

A Coordenação de Atenção Psicossocial/RJ, no contexto atual, está organizada em três núcleos temáticos sendo; Infância e Adolescência, Álcool e outras drogas e Desinstitucionalização. A Coordenação tem instituído o cargo de coordenador, que é a figura que responde administrativamente pela área. Fazem parte do corpo técnico, 10 apoiadores que se dividem nas 9 regiões de saúde que compreendem os 92 municípios do estado e também na composição do apoio aos núcleos temáticos, além de duas técnicas no setor de suporte administrativo aos apoiadores. As regiões de saúde do estado se organizam em: Metropolitana I e II, Norte, Noroeste, Serrana, Baixada Litorânea, Centro-Sul, BIG (Baía da Ilha Grande) e Médio Paraíba. Regiões de Saúde foram instituídas como o espaço geográfico contínuo constituído por aglomerado de municípios com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2012 a).



(Figura - 1- Deliberação CIB-RJ Nº 1.452- SAS)

O universo das organizações de saúde forma-se como território de tensões, pois se constitui em espaço de intervenção de sujeitos coletivos inscritos a partir de suas capacidades de se autogovernarem, disputando o cotidiano imerso nas normas e regras instituídas para o controle organizacional (MENDONÇA, 2008).

Esta condição de autogoverno e protagonismo dos trabalhadores é constitutivo de seu cerne, no campo da saúde está elevada a muitas potências. Nos serviços isto é perceptível, pois todos podem praticar seus trabalhos vivos em ato, conforme seus modos de compreender os interesses em jogo e de dar sentido aos seus agires. “O conflito entre autonomia e controle é sem dúvida um lugar de tensão e, portanto, de potência, constituindo-se em avaliação e problematização dessa prática.

É importante descrever o que chamamos de Grupo Condutor da RAPS na organização da gestão estadual; como o planejamento das áreas e redes de serviços com articulações intrasetoriais (Atenção primária e saúde mental) e intersetoriais (Ministério Público, Secretaria de Educação, representantes dos Grupos Condutores regionais, sendo o espaço gestor de discussão e proposição da Atenção Psicossocial com toda parte que regulamenta e coloca a lógica da clínica ampliada. Até meado de 2015 o Ministério da

Saúde disponibilizava aos trabalhadores cursos que atualizavam as discussões sobre o modelo do SUS o que reforçava a eficácia na construção do modelo de Atenção como política pública que promove acesso e equidade.

Os Apoiadores junto ao Coordenador participam das reuniões do Grupo Condutor estadual da RAPS, instituído desde março de 2012. O encontro é mensal e se discute os planos de ação da RAPS, no estado já tivemos dois planos aprovados e pactuados importantes, 2012/2014 e 2014/2016, sendo que com as mudanças políticas e com o financiamento emperrado pelo MS, a partir de 2016 houveram muitas mudanças na SES que impediram uma nova pactuação a partir disso, sendo a última a base para implantação dos serviços pelos municípios.

A Rede de atenção Psicossocial (RAPS), têm como eixos estratégicos de implementação: Ampliação do acesso à rede de atenção integral à saúde mental; Qualificação da rede de atenção integral à saúde mental; Ações intersetoriais para reinserção social e reabilitação; Ações de prevenção e de redução de danos (BRASIL, 2011a).

Os componentes da RAPS são: Atenção Primária (UBS, ESF); Consultórios na rua; Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); Unidades de Acolhimento (UA); Serviço Residencial Terapêutico (SRT); leitos em hospital geral urgência e emergência (SAMU, UPA).

Dentre as diversas pautas do Grupo Condutor, é geralmente abordado, em diversos momentos a implantação de dispositivos da RAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), leitos em hospital geral e a liberação do financiamento como incentivo de investimento para implantação, e o custeio mensal pelo Ministério da Saúde e somente a partir de 2019, pelo Estado.

O Grupo Condutor passou por um processo de amadurecimento durante o ano de 2013. Em alguns momentos não era possível alinhar os pensamentos e dar encaminhamentos resolutivos para as questões suscitadas. Às vezes era possível notar momentos em que o grupo estava se transformando em um dispositivo para cumprir um papel burocrático. Em algumas ocasiões colocamos o funcionamento do grupo em pauta e refletimos sobre nosso processo de trabalho. A figura do Conselho Estadual de Saúde foi potente para que as discussões se aproximassem da real necessidade da implementação

de uma rede que possa refletir um cuidado eficaz e de qualidade na assistência aos usuários da rede de Saúde Mental.

Regularmente a partir das pactuações e direções do Ministério da Saúde, das reuniões de equipe no Estado e do próprio grupo Condutor estadual, os apoiadores fazem visitas técnicas aos municípios tanto para mediar, orientar e discutir a lógica do trabalho no cuidado territorial e comunitário que a Atenção Psicossocial propõe, como avaliar os investimentos de recursos humanos e financiamentos que fazem parte da RAPS.

A partir da reforma psiquiátrica o trabalho do apoio na gestão estadual, com a possibilidade dos fechamentos dos hospitais, ampliou as ações na participação da organização da RAPS e nos projetos de desinstitucionalização com a regulação da portaria nº 2840, de 29 de dezembro de 2014, instituído o Programa de Desinstitucionalização, integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de atenção Psicossocial (RAPS).

Ainda como trabalho bem importante do Apoio Estadual, ocorre a execução do PNASH/Psiquiatria (Programa Nacional de Avaliação dos Serviços hospitalares em 2012/2014), que possibilitou com aplicação de um abrangente instrumento avaliativo, o credenciamento de hospitais psiquiátricos do SUS e conseqüentemente na implantação, pelos municípios, do modelo de atenção territorial e comunitário com o remanejamento de recursos para os dispositivos substitutivos (CAPS) e para a rede de suporte, para reinserção das pessoas que encontravam-se com seus laços sociais rompidos, por uma existência de longa permanência em internações nos hospitais psiquiátricos. Modelo que produz iatrogenia com isolamentos sociais e torna os sujeitos desabilitados na contratualidade necessária para viver na sociedade. Isso não impede quando se faz necessário o cuidado nos momentos de crises, isso ao ocorrer pode convocar internações que de maneira breve, estabiliza para haver o retorno familiar e comunitário, conseqüentemente evitando maiores prejuízos, provocados pela exclusão da vida sócio afetiva. Aliás, cada vez mais, atualmente, pensamos que as crises possam ser manejadas em dispositivos como CAPS III, que possuem leitos para crise e suspensão do território, e ainda na composição da desinstitucionalização para as pessoas sem possibilidade de retorno familiar e com longas internações, possam morar em residências terapêuticas, moradias assistidas ou projetos de moradia que se apresentem nos territórios que podem

resgatar laços e espaços de cidadania e ainda podem ser espaços transitórios para reaproximação com as famílias.

A Coordenação de Atenção Psicossocial, Gerencia de Saúde Mental até 2019, sempre caminhou em articulação com a Atenção Básica, muitas vezes indo junto com seus também apoiadores regionais do estado do RJ, reunir-se nos municípios. Essa coordenação, encontrava-se até 2016 subordinada a Superintendência de Atenção Básica, mudando para Superintendência de Qualidade e atualmente Superintendência de Atenção Psicossocial e População de Vulneráveis, tornando-se Coordenação de Atenção Psicossocial o que implica também em algumas mudanças nas direções de trabalho na estrutura da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro.

A intersetorialidade sempre foi ponto crucial das ações da GSM/SES/RJ, estabelecendo parcerias com o Ministério Público, Secretaria de Educação, Assistência Social. Existem diversas pautas com o Ministério Público visando articular apoio para as ações de desinstitucionalização, de implantação dos dispositivos da rede, monitoramento dos serviços da rede. Nesse contexto se constroem junto ao Ministério Público parcerias que viabilizassem a concretização da política de Saúde mental. Sem a intenção de que os municípios se tornem réus, porém como órgão fiscalizador junto ao estado, em relação a política de saúde mental como definição de cuidado.

A educação em serviço não se define somente a partir de uma lista de necessidades individuais, nem das orientações dos níveis centrais, mas principalmente a partir dos problemas da organização do trabalho, ponderando a necessidade de prestar atenção relevante e de qualidade, com integralidade e humanização, e considerando ainda a necessidade de conduzir ações, serviços e sistemas com produção em rede e solidariedade intersetorial (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Os importantes espaços de educação permanente ofertados pela coordenação de saúde mental, são os fóruns dos eixos, mensais, e o fórum de coordenadores, bimensal. Estes encontros mostraram-se como disparadores de processos de reflexão sobre a lógica do trabalho nos dispositivos da RAPS. O estado fortalece os fóruns regionais, pois possibilitam a participação de um quantitativo maior de profissionais, uma vez que os fóruns sendo na capital impossibilita a vinda de alguns trabalhadores em função da distância, mesmo que os que participam sejam multiplicadores do conhecimento.

Os Fóruns mensais estaduais são os de Coordenadores, Infância e Adolescência, Álcool e Drogas, Desinstitucionalização e Fórum Ampliado), onde junto a intersectorialidade e aos trabalhadores da saúde mental pode se pactuar e discutir os impactos, a prática, avanços e experiências a serem incorporadas para a aplicabilidade da política de saúde mental.

Vale lembrar que até meado de 2015 o Ministério da Saúde disponibilizava aos trabalhadores cursos que atualizavam as discussões sobre o modelo do SUS o que reforçava a eficácia na construção do modelo de Atenção como política pública que promove acesso, equidade e saúde comunitária. Como apoiadores estaduais sempre veiculamos essas oportunidades a todos os trabalhadores de saúde mental na esfera municipal.

Ressalto ainda a importância da necessidade de espaços de Educação Permanente para os Apoiadores da Coordenação, que possibilite avaliações contínuas do papel do gestor e também da prática dos apoiadores, assim tornar este fazer mais potente e alinhado. Considero que as reuniões da equipe fazem dessa educação no modelo de gestão compartilhada, como alinhamento das direções de trabalho e do conhecimento das experiências singulares nas regiões.

A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa (que promove e produz sentidos) e propõe que a mudança das práticas profissionais deva estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais dos profissionais. Portanto, os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde deveriam ser estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho. Seu objetivo deve ser a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Conhecer a realidade dos municípios é essencial à função do Apoiador, que o faz compreender seu papel como gestor para avaliar projetos para habilitar serviços, cobrar funcionamento e estruturação da rede, atuar como fiscalizadora. Todas essas atuações que ocupam o lugar de gestor, e como definição do apoiador institucional, nesta prática, é demarcada a horizontalidade na construção parceira com os municípios do funcionamento da rede de atenção psicossocial.

Na esfera estadual o olhar do Apoiador para a RAPS no funcionamento dos municípios requer uma responsabilidade sobre a forma do cuidado gerenciado pela rede no seu principal dispositivo de acolhimento, o CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, constituído pela portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002 , considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede que resgatam as potencialidades dos recursos comunitários, intersetoriais e capacitados para realizarem ações dirigidas aos familiares e atendimentos clínicos em regime de atenção diária a pacientes com transtornos severos e persistentes em sua área programática.

Em 2011, quando surge a portaria 3.088, cria-se a RAPS que “institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Esta portaria amplia o compromisso quanto ao tratamento das pessoas com grave sofrimento psíquico, pois reafirma que não somente os CAPS devem ser responsáveis por este cuidado, mas a rede composta por diversos equipamentos do SUS.

Ainda, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), tem como uma de suas funções a desconstrução do conceito de loucura e a inclusão dos ditos “loucos” no laço social, transformando o histórico de estigma e a segregação. Além de conceber a crise como algo passível de ser tratada fora dos espaços de exclusão dos manicômios. É fundamental o CAPS ser ator principal no desmonte da lógica manicomial de tratamento da loucura, juntamente com os parceiros da atenção primária, secundária e terciária.

O mandato do CAPS é atender e cuidar de toda clientela que possui grave sofrimento psíquico, o Apoiador nas discussões com suas regiões , junto com os municípios, propõe ampliar a rede de CAPS ou melhor qualifica-lo, reforçando a importância da intersetorialidade, principalmente com a Assistência Social, Cultura, Esporte e Lazer, Educação, Sociedade Civil, associações de moradores e toda variedade de instituições que compõe o território subjetivo de cada usuário.

Os CAPS por sua essência pública, estão referenciados a lógica do SUS, pela universalidade do acesso e deve considerar que todo cidadão que procurar ajuda deverá ser atendido nessa instituição, mesmo não possuindo grave sofrimento psíquico. Assim a concepção de atendimento inclui desconstrução da demanda, encaminhamento responsável para equipamentos e acolhimento em tratamento naquilo que o CAPS precisa cuidar.

Nos acolhimentos das “crises” e nos locais que elas se derem, como processo de trabalho a internação deverá ser o último recurso.

E se são possíveis as intervenções do Apoiador na sua prática, estas não estarão desvinculadas da direção do SUS, de teorias clínicas institucionais, da ciência e de projetos articulados construídos com a participação viva da própria história de cada sujeito, respeitando a cidadania e os territórios afetivos de cada usuário no cuidado em saúde.

1.2 – Avaliação das regiões e dispositivos de Atenção Psicossocial do Estado da Coordenadoria de Atenção Psicossocial (2017/2019)

Os serviços habilitados recebem financiamento do Ministério da Saúde e são avaliados pelos apoiadores institucionais estaduais para aprovação e recomendação da Habilitação. Como função gestora os apoiadores exercem hierarquicamente juntamente aos municípios a função analítica elaborando os relatórios técnicos recomendando ou não a habilitação dos serviços em caso de desaprovação ira recomendar os ajustes a serem feitos como equipes mínimas, espaços adequados e o mais importante o trabalho com a lógica que a Política de Saúde Mental recomenda e as tipificações das portarias que a organiza.

Figura 2: Rede de Atenção Psicossocial habilitada pelo Ministério da Saúde

SERVIÇOS HABILITADOS NA RAPS (jul/2018)								
Total	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS i	CAPS AD	CAPS ad III	SRT	LSM-HG (SHR)
45	49	3	27	22	5	163	143	

Fonte: Coordenação Nacional de Saúde Mental/MS, jul/2018.

CAPS: centro de atenção psicossocial, CAPSi: centro de atenção psicossocial infanto-juvenil, CAPS AD: centro de atenção psicossocial álcool e drogas, SRT: serviço residencial terapêutico, LSM-HG (SHR): leito de saúde mental em hospital geral (serviço hospitalar de referência).

Figura 3: Rede de Atenção Psicossocial implantada no Estado do Rio de Janeiro

Regiões	REDE SAÚDE MENTAL IMPLANTADA NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO									
	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAP S i	CAPS AD	CAPS ad III	SRT	LSM-HG (SHR)	Uai	UAa
Total do Estado	49	52	6	33	25	8	220	239	2	2
Baía da Ilha Grande	2	1	-	1	1	-	-	12	-	-
Baixada Litorânea	6	3	-	2	1	-	9	4	-	-
Centro-Sul	8	2	-	1	2	1	22	30	-	-
Médio Paraíba	7	6	-	4	4	-	12	35	-	-
Metropolitana I	-	25	5	16	12	4	123	67	-	2
Metropolitana II	2	7	-	4	3	1	23	25	1	-
Norte	6	2	1	2	1	1	3	12	1	-
Noroeste	7	1	-	1	1	-	8	24	-	-
Serrana	11	5	-	2	-	1	20	30	-	-

Fonte: Gerência de Saúde Mental/SES-RJ, set/2018.

CAPS: centro de atenção psicossocial, CAPSi: centro de atenção psicossocial infanto-juvenil, CAPS AD: centro de atenção psicossocial álcool e drogas, SRT: serviço residencial terapêutico, LSM-HG (SHR): leito de saúde mental em hospital geral (serviço hospitalar de referência), Upai: unidade de acolhimento infanto-juvenil, UAa: unidade de acolhimento adulto.

Os CAPS são os principais dispositivos da RAPS para assistência diária às pessoas portadoras de transtornos mentais severos e persistentes. A rede atualmente possui 171 CAPS implantados no estado, dos quais 151 são habilitados pelo MS (figura 2). O parâmetro utilizado para avaliar a cobertura deste serviço é de 1 CAPS/100.000 habitantes. O Estado do Rio de Janeiro possui uma taxa de 0,79 de cobertura de CAPS (em 2017), como pode ser constatado no quadro abaixo. Na figura 3, é apresentada a série histórica de 2008 a 2017 desse indicador, por região de saúde, mostrando aumento anual da cobertura no estado, embora tenham ocorrido variações entre as regiões.

Apesar da taxa de cobertura de CAPS no estado ser considerada avançada pelos parâmetros do Ministério da Saúde, o indicador estadual não reflete as diferenças de cobertura entre as regiões. Além disso, já foi demonstrado que mesmo em estados em que esse indicador parece estar acima do esperado, existe cobertura insuficiente em relação a uma parcela considerável da população (Gonçalves et al. A falácia da adequação da cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial no Estado do Rio Grande do Sul. Revista Psiquiatra RS. 2010).

**Quadro I - Parâmetros de Cobertura do indicador CAPS/100 mil habitantes: - Cobertura muito boa (acima de 0,70)
Cobertura boa (entre 0,50 e 0,69)
Cobertura regular/baixa (entre 0,35 a 0,49)
Cobertura baixa (de 0,20 a 0,34)
Cobertura insuficiente/crítica (abaixo de 0,20)**

Fonte: Saúde Mental em Dados (Ano 10, nº 12, outubro de 2015)

Região de Saúde	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Estado do Rio de Janeiro	0,49	0,50	0,55	0,57	0,66	0,69	0,72	0,74	0,76	0,79
Baía da Ilha Grande	0,86	0,84	0,82	0,80	0,79	0,77	1,13	1,11	1,09	1,08
Baixada Litorânea	0,16	0,15	0,29	0,29	0,63	0,68	0,73	0,85	0,76	0,81
Centro-Sul	1,90	1,88	2,19	2,49	2,63	2,92	3,06	3,51	3,20	3,20
Médio Paraíba	1,19	1,24	1,40	1,45	1,67	1,66	1,66	1,71	1,71	1,86
Metropolitana I	0,31	0,31	0,35	0,36	0,43	0,45	0,45	0,46	0,52	0,54
Metropolitana II	0,55	0,54	0,54	0,54	0,58	0,58	0,65	0,64	0,59	0,64
Noroeste	1,65	1,64	1,67	1,66	1,95	1,94	1,94	1,93	1,93	1,92
Norte	0,82	0,81	0,78	0,82	0,81	0,80	0,96	0,95	0,95	0,93
Serrana	0,65	0,70	0,77	1,04	1,08	1,24	1,23	1,28	1,28	1,27

Figura 3: Série Histórica de 2008 a 2017 da Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial nas Regiões de Saúde do ERJ.

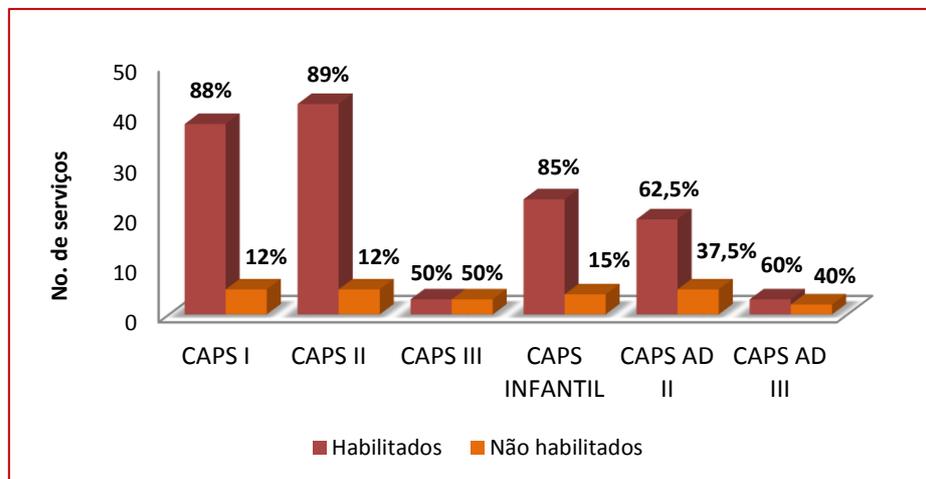
Fontes: 2008-2015 Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro/Ministério da Saúde. 2015-2016: IBGE, Estimativas de população residente nos municípios, com data de referência em 01/07/15. CNES - Cadastro Nacional e Estabelecimento de Saúde.

A potência dos serviços substitutivos ao modelo manicomial pode ser demonstrada no estado através dos dados levantados pela Gerência de Saúde Mental (GSM/SES-RJ) em outubro de 2017. Em um universo de 169 CAPS existentes no estado, na época do levantamento, em todas as suas modalidades (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS ADII, CAPS ADIII, e CAPSi), 152 serviços informaram que no período de 1 a 5 anos, 29.460 usuários mantiveram-se em atendimento sem necessitar da internação psiquiátrica como recurso de tratamento. No período de 5 a 10 anos, 11.970 usuários mantiveram-se em atendimento sem necessitar de internação psiquiátrica como recurso de tratamento, e em um período de mais de 10 anos, 8.642 usuários foram tratados sem necessitar da internação psiquiátrica. Outro dado importante diz respeito aos atendimentos à crise realizados pelas equipes dos CAPS no período de 01/10/2016 a 01/10/2017, 152 CAPS realizaram 8.290 atendimentos à crise em um ano, o que corresponde a uma média de 55 atendimentos à crise por CAPS por ano.

Apresentação dos dados realizado pelos Apoiadores da Coordenação Estadual de Atenção Psicossocial, demonstrando a efetividade do cuidado nos CAPS e a influencia da diminuição das internações no atendimento a crise;

Número de serviços habilitados/MS (Recurso disponibilizado pelo MS)

Serviços	Habilitados	Não habilitados	Total de serviços
CAPS I	38 (88%)	5 (12%)	43
CAPS II	42 (89%)	5 (11%)	47
CAPS III	3 (50%)	3 (50%)	6
CAPS Infantil	23 (85%)	4 (15%)	27
CAPS AD II	19 (62,5%)	5 (37,5%)	24
CAPS AD III	3 (60%)	2 (40%)	5
Total	128 (84%)	24 (16%)	152 (100%)



Número de serviços habilitados/MS (Recurso há ser disponibilizado pelo MS/2017)

AGUARDANDO LIBERAÇÃO DE INCENTIVO

1 UAA municipal	Petrópolis
1UAA Regional	Rio Bonito/Silva Jardim/Tanguá
4 Leitos/SM	Itaguaí
1 SRT Tipo I	Vassouras
1 SRT Tipo II	Barra Mansa
1 CAPSi	São Pedro D'Aldeia
1 CAPSad	Maricá
1 CAPS II novo	Petrópolis

AGUARDANDO HABILITAÇÃO DO SERVIÇO

2 SRTs Tipo I	Barra do Pirai/Vassouras
26 SRTs Tipo II	15 Rio de Janeiro
	5 São Gonçalo
	2 Magé
	1 Maricá
	1 Paty do Alferes
2 CAPSad novo	1 Rio das Ostras
	1 Tanguá
1 CAPS I	Duque de Caxias/Maricá
1 CAPS I	Casemiro de Abreu
1 CAPSi	Barra do Pirai
1 CAPS II novo	Rio de Janeiro
Leitos/SM	Pinheiral/Itaocara/Magé

Financiamento para implantação do MS

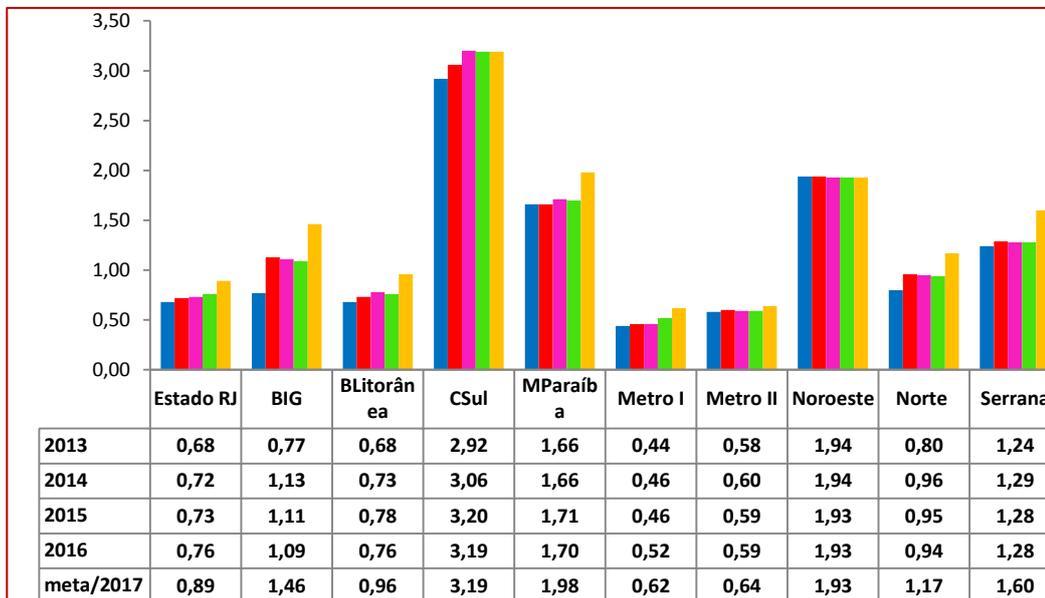
Financiamento para custeio mensal do serviço

CAPS EM FUNCIONAMENTO COM OU SEM PROPOSTAS ANALISADAS NO SAIPS (Sistema para avaliação das propostas de serviços/MS)

Qtde	Municípios	Serviços - CAPS	Solicitação SAIPS	Observações da rede implantada
1	RIO DE JANEIRO	CAPS AD III (Mussum)	S	Proposta no SAIPS. Possui CNES: 7080522
2	RIO DE JANEIRO	CAPS II (Neusa S. Souza)	S	Proposta no SAIPS. Possui CNES: 7926103
3	RIO DE JANEIRO	CAPS II (Manoel de Barros)	S	Proposta no SAIPS. Possui CNES: 9051538
4	RIO DE JANEIRO	CAPS III (Franco Basaglia)	S	Proposta no SAIPS. Possui CNES: 7884524
5	RIO DE JANEIRO	CAPS III qualif (Bispo do Rosário)	S	Proposta no SAIPS. Possui CNES: 5034272
6	RIO DE JANEIRO	CAPS Infantil (Heitor V. Lobos)	S	Proposta no SAIPS. Possui CNES: 7113137
7	RIO DE JANEIRO	CAPS Infantil (Visconde Sabugosa)	S	Proposta no SAIPS. Possui CNES: 7060335
8	PETRÓPOLIS	CAPS II (Itaipava)	S	Proposta no SAIPS. Possui CNES: 9177558
9	NOVA IGUAÇU	CAPS Infantil	S	Proposta no SAIPS. Possui CNES: 6409792
10	MAGE	CAPS Infantil	S	Proposta no SAIPS. Possui CNES: 7131666
11	MAGE	CAPS AD III	S	Proposta no SAIPS. Possui CNES: 9286195
12	ARRAJAL DO CABO	CAPS I	S	Proposta no SAIPS. Possui CNES: 7800290

Qtde	Municípios	Serviços - CAPS	Solicitação SAIPS	Observações da rede implantada
1	RIO DE JANEIRO	CAPS AD III (Mussum)	S	Proposta no SAIPS. Possui CNES: 7080522
2	RIO DE JANEIRO	CAPS II (Neusa S. Souza)	S	Proposta no SAIPS. Possui CNES: 7926103
3	RIO DE JANEIRO	CAPS II (Manoel de Barros)	S	Proposta no SAIPS. Possui CNES: 9051538
4	RIO DE JANEIRO	CAPS III (Franco Basaglia)	S	Proposta no SAIPS. Possui CNES: 7884524
5	RIO DE JANEIRO	CAPS III qualif (Bispo do Rosário)	S	Proposta no SAIPS. Possui CNES: 5034272
6	RIO DE JANEIRO	CAPS Infantil (Heitor V. Lobos)	S	Proposta no SAIPS. Possui CNES: 7113137
7	RIO DE JANEIRO	CAPS Infantil (Visconde Sabugosa)	S	Proposta no SAIPS. Possui CNES: 7060335
8	PETRÓPOLIS	CAPS II (Itaipava)	S	Proposta no SAIPS. Possui CNES: 9177558
9	NOVA IGUAÇU	CAPS Infantil	S	Proposta no SAIPS. Possui CNES: 6409792
10	MAGE	CAPS Infantil	S	Proposta no SAIPS. Possui CNES: 7131666
11	MAGE	CAPS AD III	S	Proposta no SAIPS. Possui CNES: 9286195
12	ARRAJAL DO CABO	CAPS I	S	Proposta no SAIPS. Possui CNES: 7800290

TAXA DE COBERTURAS DOS CAPS/MS.



FONTE: IBGE, Estimativas de população residente nos municípios, com data de referência em 01/07/16.

CNES - Cadastro Nacional e Estabelecimento de Saúde.

NÚMERO TOTAL DE USUÁRIOS ATUALMENTE CADASTRADOS (DATA DE 30/09/17)
E EM ATENDIMENTO NA RECEPÇÃO DOS CAPS

Serviços	*Usuários atualmente cadastrados	**Usuários atualmente em atendimento na recepção	Total de serviços
CAPS I	12.392 (18%)	2.692 (20%)	43
CAPS II	25.790 (37%)	5.215 (39%)	47
CAPS III	5.271 (8%)	1.228 (9%)	6
CAPS INFANTIL	7.191 (10%)	2.511 (19%)	27
CAPS AD II	15.945 (23%)	1.202 (9%)	24
CAPS AD III	2.294 (3%)	620 (5%)	5
Total	68.883	13.468	152

TOTAL DE USUÁRIOS CADASTRADOS NOS CAPS, QUE SE MANTEM EM TRATAMENTO SEM INTERNAÇÃO.

Serviços	Entre 1 e 5 anos	Entre 5 e 10 anos	Mais de 10 anos
CAPS I	8.160	3.660	4.008
CAPS II	8.794	4.763	4.277
CAPS III	2.398	552	-
CAPS INFANTIL	4.020	602	19
CAPS AD II	4.700	2.393	338
CAPS AD III	1.388	-	-
Total	29.460	11.970	8.642

RELAÇÃO POR SERVIÇOS DO NÚMERO DE INTERNAÇÕES/ACOLHIMENTO, INDICADAS PELOS CAPS, E PARA ONDE INDICARAM

Serviços	HG	HP	Outros/Local
CAPS I	423	122	CT
CAPS II	312	279	UPA/CARE/SHR/Posto 24h/Leito CAPS III/UAA/PAM
CAPS III	11	12	-
CAPS INFANTIL	42	22	Casa Viva/UPA/Leito ADIII/Leito CAPSIII/Clinica SP/CATI BMansa
CAPS AD II	128	54	CT/SHR/ONGs/CF/UPA/PAM
CAPS AD III	59	21	CT/Int. Clínicas
Total	975	510	

NÚMERO DE ATENDIMENTOS À CRISE REALIZADOS PELOS CAPS (PERÍODO DE 1/10/16 A 1/10/17)

Serviços	No. de atendimentos realizados
CAPS I	1.263
CAPS II	2.516
CAPS III	1.036
CAPS INFANTIL	841
CAPS AD II	512
CAPS AD III	2.122
Total	8.290

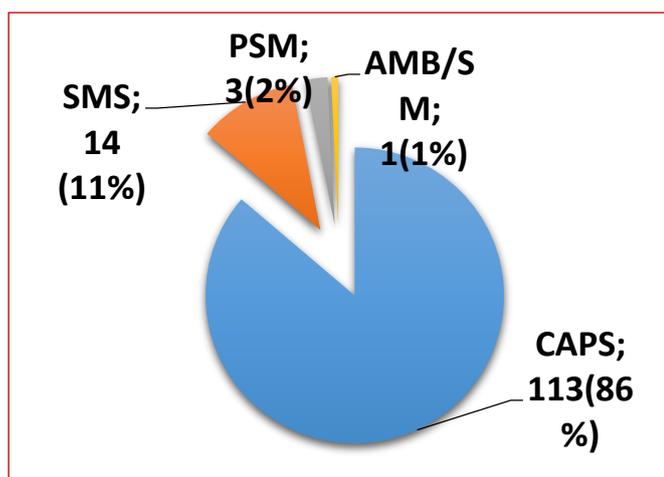
NÚMERO DE USUÁRIOS ACOMPANHADOS PELOS CAPS QUE PERTENCEM AOS SRTS (Serviços de Residências Terapêuticas)

Serviços	No. de moradores que frequentam os CAPS
CAPS I	66
CAPS II	929
CAPS III	240
CAPS INFANTIL	-
CAPS AD II	7
CAPS AD III	2
Total	1.244

NÚMERO DE SERVIÇOS QUE REALIZAM MATRICIAMENTO

Serviços	Realizam	Não realizam	Total
CAPS I	40	3	43
CAPS II	36	11	47
CAPS III	4	2	6
CAPS INFANTIL	24	3	27
CAPS AD II	22	1	23
CAPS AD III	5	-	5
Total	131	20	151

ONDE É REALIZADO O PREENCHIMENTO DAS INFORMAÇÕES NO SISTEMA DE REGISTROS DAS AÇÕES AMBULATORIAIS – RAAS



PRINCIPAIS DIFICULDADES NO USO DO RAAS

- Falta de Capacitação;
- Recursos Humanos;
- Sem estrutura dos equipamentos (internet, computador);
- Rotatividade de funcionários nos serviços.

INFORMAÇÕES SOBRE NÚMERO DE USUÁRIOS ACOLHIDOS NAS TRÊS UNIDADES DE ACOLHIMENTO IMPLANTADAS NO ESTADO NO PERÍODO DE 1/10/16 A 1/10/17

Serviços	No. de acolhimentos	
	UAA (2)	UAI (1)
CAPS I	-	-
CAPS II	3	-
CAPS III	3	-
CAPS INFANTIL	1	28
CAPS AD II	9	-
CAPS AD III	113	-
Total	129	28

NÚMERO DE INTERNAÇÕES REALIZADAS NOS LEITOS DE SAÚDE MENTAL (PORT GM/MS Nº 148/2012) NO PERÍODO DE 1/10/16 A 1/10/17

Leitos em Saúde Mental	No. de internações: 1.027
Leitos em funcionamento, com e sem propostas no SAIPS	No. de internações: 657

No. de Leitos em Saúde Mental/MS	No. de Leitos em funcionamento	Total de leitos implantados no Estado RJ
135	122	257

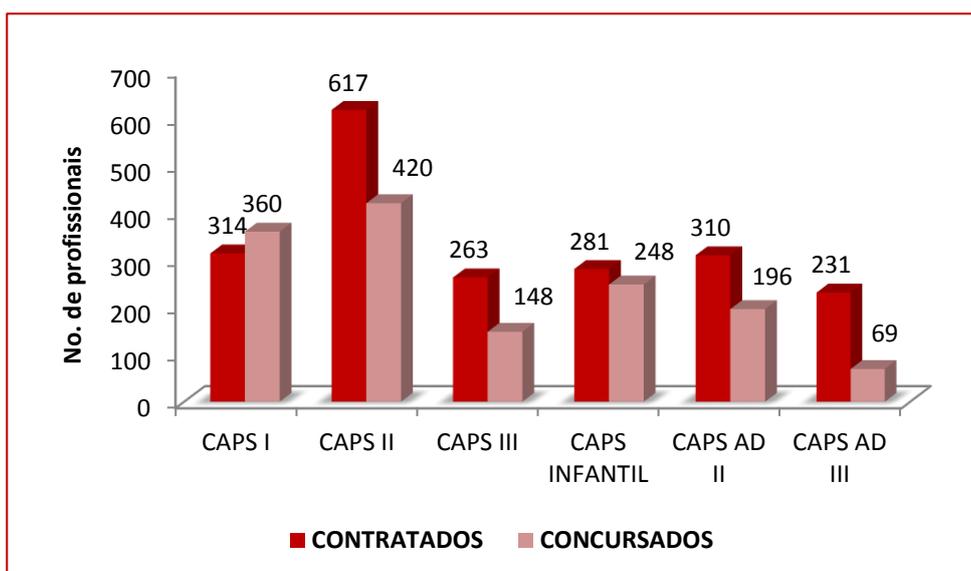
INFORMAÇÕES SOBRE AS EQUIPES EXISTENTES NOS SERVIÇOS

Equipe multiprofissional	Serviços						Total
	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPS AD II	CAPS AD III	
Psicólogo	128	175	35	111	82	45	576
Psiquiatra	57	82	19	35	33	11	237
Clínico	6	6	1	6	17	3	39
Enfermeiro	51	61	48	33	40	42	275
Assistente Social	52	63	11	27	42	12	207
Terapeuta Ocupacional	25	35	6	15	16	3	100
Musicoterapeuta	4	11	3	8	5	2	33
Fonoaudiólogo	4	3	-	16	1	-	24
Pedagogo	1	5	-	8	3	-	17
Técnico/Auxiliar de Enfermagem	53	132	79	59	65	63	451
Nutricionista/Técnico de Nutrição	2	7	-	2	-	2	13
Fisioterapeuta	1	1	-	1	2	-	5
Farmacêutico/Téc. ou Auxiliar de Farmácia	3	10	2	2	4	3	24
Educador Físico	-	5	1	2	3	1	12
Redutor de Danos	-	-	-	-	5	5	10
Oficineiros	29	35	13	17	16	11	121
Cuidadores	27	96	93	13	1	1	231
Auxiliar administrativo	65	91	19	55	58	11	299
Recepcionista/Atendente	4	13	-	4	3	-	24
Cozinheira/Auxiliar de cozinha/Copeira	36	50	11	13	15	10	135
Segurança Patrimonial/ Porteiro/Vigilante/Defesa Civil	17	66	28	34	42	23	210
Artesão	9	6	-	1	2	-	18
Serv. Gerais/Aux SG	46	73	28	31	35	26	239
Motorista	6	2	-	-	1	-	9

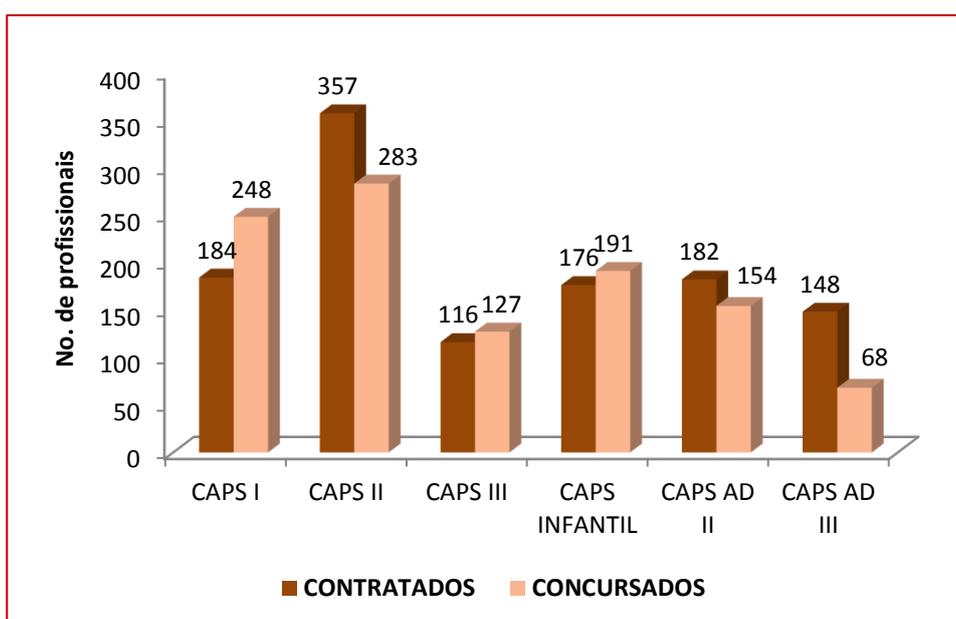
LEITOS EM SHR (Serviço hospitalar de Referência) EM FUNCIONAMENTO COM PROPOSTAS NO SAIPS (total de 80 leitos)

Qtde	Municípios	Serviço - SHR Saúde Mental	Solicitação SAIPS	Observações da rede implantada
1	SANTO ANTONIO DE PADUA	Leitos de Saúde Mental	S	04 leitos em funcionamento
2	DUQUE DE CAXIAS	Leitos de Saúde Mental	S	12 leitos em funcionamento
3	MANGARATIBA	Leitos de Saúde Mental	S	02 leitos em funcionamento
4	PARATY	Leitos de Saúde Mental	S	02 leitos em funcionamento
5	ENGº PAULO DE FRONTIN	Leitos de Saúde Mental	S	03 leitos em funcionamento
6	PARAIBA DO SUL	Leitos de Saúde Mental	S	03 leitos em funcionamento
7	BARRA DO PIRAI	Leitos de Saúde Mental	S	04 leitos em funcionamento
8	ITATIAIA	Leitos de Saúde Mental	S	02 leitos em funcionamento
9	ITABORAÍ	Leitos de Saúde Mental	S	08 leitos em funcionamento
10	SAO FRANCISCO DE ITABAPOANA	Leitos de Saúde Mental	S	04 leitos em funcionamento
11	BOM JESUS DO ITABAPOANA	Leitos de Saúde Mental	S	10 leitos em funcionamento
12	SANTO ANTONIO DE PADUA	Leitos de Saúde Mental	S	04 leitos em funcionamento
13	CACHOEIRAS DE MACACU	Leitos de Saúde Mental	S	04 leitos em funcionamento
14	NOVA FRIBURGO	Leitos de Saúde Mental	S	07 leitos em funcionamento
15	PETROPOLIS	Leitos de Saúde Mental	S	05 leitos em funcionamento
16	RIO DE JANEIRO	Leitos de Saúde Mental	S	05 leitos em funcionamento
17	RIO DAS FLORES	Leitos de Saúde Mental	S	01 leito em funcionamento
18	CONCEICAO DE MACABU	Leitos de Saúde Mental		04 leitos em funcionamento

EQUIPE TOTAL NOS SERVIÇOS



EQUIPE TÉCNICA NOS SERVIÇOS



Esses dados reforçam e validam o trabalho dos dispositivos substitutivos aos modelos manicomiais que fazem parte da RAPS-Rede de Atenção Psicossocial.

E ajudou a desconstruir as críticas da gestão do Ministério da saúde, neste momento de retrocessos ao uso da RAPS e isso possivelmente tem haver com as dificuldades de registro de informações no sistema da RAAS, ainda as mudanças nas coordenações de saúde mental, sistematização dos dados e a lógica dos leitos de hospital geral.

É fundamental que se priorize o investimento nos serviços de base territorial e comunitária, como estratégia de cuidado para a redução do número de internações. No Estado do Rio de Janeiro, que já foi um dos maiores parques manicomiais do país, ainda existem 2.220 leitos SUS, dos quais 314 são leitos de hospitais psiquiátricos de custódia. Atualmente, existem 16 hospitais psiquiátricos com 1.192 pacientes internados há mais de um ano, o que demonstra a necessidade de ações de desinstitucionalização e implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos - SRTs para a clientela egressa dos hospitais psiquiátricos e de custódia. A tabela abaixo mostra o número de leitos SUS fechados no período de janeiro de 2008 a agosto de 2018.

Tabela XX: Leitos fechados em hospitais psiquiátricos no estado de 2008 a 2018.

Ano	Estabelecimento/município	Nº de leitos SUS fechados
2008	Sanatório de Duque de Caxias/Duque de Caxias	240
2009	Clínica Engº Paulo de Frontin/Engº Paulo de Frontin	116
	CS Volta Redonda/ Volta Redonda	40
	Clínica Solar das Pedras Brancas/Petrópolis	74
	Clínica de Repouso Valência/Rio de Janeiro	200
2011	SAME/Magé	104
2012	Clínica das Amendoeiras/Rio de Janeiro	120
	CS Vilar dos Teles/ São João de Meriti	240
	CS Dr. Eiras/Paracambi	344
2013	Clínica de Repouso Sta. Edwiges/Rio de Janeiro	90
2014	Clínica de Repouso Itabapoana/Bom Jesus do Itabapoana	240
	Clínica da Gávea/Rio de Janeiro	80
2015	Hospital Paracambi/Paracambi	223
	Inst. Dr. Francisco Spínola/Rio de Janeiro	114
2016	Hosp. Pedro de Alcântara (Ass. Espírita Obreiros do Bem) /Rio de Janeiro	40
	Sanatório Rio de Janeiro (CR Sta Alice) /Rio de Janeiro	80
	Hospital Colônia Rio Bonito/ Rio Bonito	440
	Hospital de Custódia Heitor Carrilho/Rio de Janeiro	167
2017	CLIVAPA/Quatis	156
	IDNM - Sanatório Henrique Roxo/ Campos dos Goytacazes	120
	Clínica Santa Catarina/ São Gonçalo	120

2018	Instituição Frederico Leomil/CS Alfredo Neves/Niterói	200
	Clínica de Repouso EGO (fechou módulos)/Tanguá	80
Total de leitos SUS fechados no período		3674

Fonte: Gerência de Saúde Mental/SAB/SES-RJ, jul/2018.

O trabalho do Apoio estadual junto aos municípios sempre foi articulador no momento de fechamento dos hospitais psiquiátricos, participando de sensos, como instrumento avaliativo, para levantamentos das histórias das internações e a relação da vida dessas pessoas, das audiências judiciais e da formulação de grupos de trabalho com o municípios para construção dos projetos terapêuticos. O caminho é a reinserção dos usuários, cobrando dos municípios o trabalho para o retorno familiar, ou espaços de moradia no seu território de vida, sempre com o apoio dos CAPS trabalhando esse enlace familiar, ou então, quando não é possível, o planejamento da rede com a RTs-Residências terapêuticas nos territórios onde os usuários desinstitucionalizados possam obter benefícios terapêuticos com o resgate da sua história de vida.

No entanto, devido ao acelerado processo de desmonte das políticas públicas no país, é crescente o sucateamento dos serviços em relação à infraestrutura e recursos humanos, com a precarização dos contratos de trabalho. Esse cenário compromete a qualificação técnica dos serviços, em função da rotatividade dos trabalhadores, e consequentemente, a plena sustentação da potência de cuidado ofertada pelos dispositivos da RAPS.

Ao lado disso, destaca-se a disputa de projetos, como as comunidades terapêuticas que se encontram na contramão da Reforma Psiquiátrica, por serem instituições centradas na internação e no isolamento do usuário. Tais serviços funcionam sob a lógica asilar e excludente vigente nos hospícios, e ferem a necessária laicidade das ações em saúde por normalmente serem de cunho religioso. A OPAS/OMS aponta contundentemente a inadequação e ineficácia das internações involuntárias ou compulsórias no tratamento de usuários em uso prejudicial de álcool e outras substâncias.

Cabe ressaltar, ainda, que ao estabelecerem a abstinência como regra para ingresso e permanência dos usuários, as comunidades terapêuticas contrariam a Política Nacional de Redução de Danos, instituída pela Portaria MS/GM nº 1.028, de 1º de julho de 2005. Diversos órgãos de fiscalização e de garantia de direitos humanos e sociais produziram relatórios contrários ao seu funcionamento (Conselho Federal de Psicologia, Mecanismo

de Combate à Tortura, etc.), como o Relatório de Inspeção Nacional das Comunidades Terapêuticas, organizado pelo MPF, PFDC, MNCTP e CFP, lançado em Brasília no dia 18 de junho de 2018.

As unidades de acolhimento adulto e infanto-juvenil (UA e Uai), previstas na RAPS, foram pouco implantadas por parte dos municípios do Estado do RJ, apesar de terem sido pactuadas nos planos de ação da RAPS. No momento, apenas três municípios no estado dispõem desse dispositivo em seu território, Campos, Niterói e Rio de Janeiro. É imprescindível ao cuidado das pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas, a ampliação da oferta de UA/UAI e a manutenção das já existentes, assim como dos CAPSad III, que ofertam cuidado a esta clientela 24 horas, todos os dias da semana. Estes dois dispositivos articulados ao serviço do Consultório na Rua, dispositivo da atenção básica, tem se mostrado eficaz no cuidado desta clientela.

Os leitos de saúde mental em hospital geral, SM-HG, instituídos pela Portaria GM/MS nº 148 de 2012, foram pactuados pelos municípios, e muitos se encontram em funcionamento, em bora ainda sem habilitação pelo MS. Alguns municípios, de menor porte populacional, constituíram um número menor de leitos do que o previsto como mínimo pela portaria, tendo sido justificado e aceito pelo MS à época e receberam o incentivo. Porém, com a alteração do número mínimo de leitos pela Portaria nº 3588/2017, estes municípios não estão sendo habilitados pelo MS para o recebimento do custeio. A equipe técnica da CAP/SES tem estudado junto aos municípios a possibilidade de regionalização dos leitos, porém em alguns casos não tem sido possível, em função de variáveis como distância geográfica, entre outras.

Em algumas regiões, a falta de Leitos de Saúde Mental em hospital geral, em conjunto com a cultura de internação ainda vigente em nossa sociedade, e a judicialização da assistência, principalmente em se tratando de crianças e adolescentes, tem levado a um crescente número de internações fora dos municípios, e até mesmo em outras regiões e estados. Fato completamente contrário às diretrizes do cuidado em saúde mental.

Em relação ao cuidado de crianças e adolescentes, algumas questões importantes devem ser enfatizadas, de forma geral para todas as regiões do estado:

- Responsabilizar os CAPS e CAPSi pelo atendimento dos casos graves na infância e adolescência (sustentação da crise no dispositivo): muitos CAPSI não o fazem, delegando esse cuidado para os ambulatórios;

- Internações de crianças e adolescentes devem ser realizadas dentro dos municípios (implantação de leitos de infância e adolescência com espaço para acompanhante para os municípios que ainda não o fizeram); articulação junto às Promotorias a fim de repensar as determinações de internação compulsória, reduzindo seu número;
- Enfoque no cuidado dos jovens em uso abusivo de álcool e outras drogas, internação em hospitais gerais e ações no território;
- Responsabilizar os CAPS I e CAPSi pelo atendimento dos casos de autismo, inclusive de adultos (é necessário avançar na tomada de responsabilidade dos CAPS de adulto frente a esses casos);
- Medicalização da infância: responsabilizar os CAPS ou equipe de saúde mental municipal no que diz respeito ao matriciamento referente a essa questão nos ambulatórios e território como um todo;
- Matriciamento junto à Estratégia de Saúde da Família e intersetorial (escolas, assistência social e outros);
- Articulação junto ao controle social (assembleia com pais e familiares na direção da cidadania e direitos de manutenção, melhora e financiamento dos serviços de saúde utilizados por seus filhos);
- Articulação entre os equipamentos de saúde mental e o DEGASE (Departamento Geral de Ações Socioeducativas): responsabilizar esses equipamentos em relação aos jovens munícipes que estão nas unidades de internação do DEGASE e no CRIAD (Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente).

Em 2017, em função da proposta de alteração na Política Nacional de Saúde Mental, o Ministério da Saúde apresentou dados sobre a RAPS baseando-se apenas nos serviços habilitados, o que reduz drasticamente o número de serviços em efetivo funcionamento e, conseqüentemente, a sua produção. Mas, importante ressaltar que, pelos dados apresentados pelo MS, pode-se constatar, no Brasil, uma redução de 14% do número de tentativas de suicídio nos municípios que investiram na implantação dos CAPS, reforçando a potência desses dispositivos. Somente no estado do RJ, existem atualmente 25 CAPS, 62 SRTs e 105 leitos de saúde mental em hospital geral em

funcionamento, alguns aguardando habilitação pelo MS. Existem ainda serviços previstos nos planos de ação regionais, que ainda não foram implantados. Por outro lado, o MS não cumpriu com a habilitação das propostas já aprovadas pela área técnica da Coordenação Geral de Saúde Mental Álcool e outras Drogas (CGMAD/SAS/MS), em 2017 e 2018, o que faz com que muitos serviços estejam em funcionamento sem receber custeio federal, isto dificulta a implantação de novos equipamentos, na medida em que os municípios se veem obrigados a assumir integralmente o custeio dos dispositivos já implantados e em funcionamento.

Na Portaria de Consolidação nº 3/2017, anexo V, art. 78, está previsto que os recursos de AIH (Autorização de Internação Hospitalar) acompanhem os pacientes desinternados e, no caso de fechamento de leitos, o retorno dos valores das AIHs ao município de origem do paciente. O custeio de serviços e ações extra hospitalares requer investimento financeiro, os serviços necessitam de recursos humanos e estrutura (transporte, alimentação, entre outras) que ultrapassam em muito o financiamento disponibilizado pelo MS. Importante destacar que a verba das AIHs reorientadas seja monitorada, que seu uso seja aplicado nas ações de saúde mental pactuadas pelos municípios e que isso seja avaliado pelo controle social, pelos estados e pelo MS.

A CAP/SES organiza dois fóruns estaduais mensais, que são espaços de debate e resoluções, mas também de capacitação da rede. Importante ressaltar também a necessidade de investimento em recursos para a qualificação permanente da RAPS, através de cursos de capacitação nas regiões e supervisão clínico-institucional nas redes municipais.

Observamos a necessidade de fortalecimento dos grupos condutores regionais da RAPS, e em algumas regiões da reconstrução destes grupos, além da efetiva participação nas reuniões do Grupo Conductor Estadual da RAPS, com o objetivo de acompanhar e discutir as ações em saúde mental no Estado do Rio de Janeiro.

Assim, é premente que a RAPS seja ampliada e mantida de forma qualificada, para superar a precarização de grande parte dos serviços de saúde mental na atualidade, em razão, fundamentalmente, da falta de recursos públicos. Dessa forma será possível garantir a integração e articulação entre os pontos de atenção das redes de saúde no território, o cuidado por meio do acolhimento, o acompanhamento contínuo e a atenção às urgências.

Ao final do ano de 2019 houve a importante participação dos apoiadores institucionais na coordenação de Atenção Psicossocial na formulação da resolução e planejamento orçamentário do cofinanciamento estadual que considero o avanço dos últimos tempos desse trabalho assumindo a regulação da lei aprovada para o importante cofinanciamento do estado do RJ que pode ajudar os municípios na ampliação da rede de atenção Psicossocial;

A Resolução SES N° 1911 DE 23 de setembro de 2019 institui O Programa de Cofinanciamento, Fomento e Inovação da Rede de Atenção Psicossocial do estado do Rio de Janeiro (COFI-RAPS). (Apresento os principais artigos da resolução);

Art. 5° - Os recursos financeiros do COFI-RAPS são destinados ao fomento e inovação dos seguintes pontos de atenção da RAPS:

I - Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I);

II - Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II);

III - Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III);

IV - Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPS i);

V - Centro de Atenção Psicossocial II Álcool e Drogas (CAPS AD);

VI - Centro de Atenção Psicossocial III Álcool e Drogas (CAPS AD III);

VII - Serviço Hospitalar de Referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde, decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas (SHR);

VIII - Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT);

IX - Unidades de Acolhimento (UAA);

X - Unidades de Acolhimento Infantil (UAI).

Art. 6° - O COFI-RAPS tem quatro modalidades de financiamento para os pontos de atenção da RAPS elencados no artigo 5°:

I-FORTALECIMENTO E INOVAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (FI-RAPS);

II - QUALIFICAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (QUALICAPS);

III - PLANO DE AMPLIAÇÃO DOS SERVIÇOS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (PAS-RAPS);

IV-FINANCIAMENTO PARA RECURSOS HOSPITALARES EM HOSPITAIS GERAIS (FIRHME-RAPS)

O total do cofinanciamento distribuído pelos municípios, na modalidade acima resultou em um investimento na RAPS no final de 2019 o total de R\$ 29.794.245,45 valores calculados e pactuados na gestão com o trabalho e defesa do Apoiadores que analisaram o devido investimento para cada município e com o conhecimento que possuem da realidade das regiões e seus recursos e investimentos.

1.3 – A reforma psiquiátrica e a construção da política de saúde mental no Estado do RJ.

De meados do século XIX até a década de 1980, os serviços especializados de hospitalização psiquiátrica de longa permanência predominaram no país (PORTOCARRERO, 1990). A Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica, também influenciada pelo processo de redemocratização vividos no país naquela época, redefiniram um novo modo de pensar os processos de saúde ao propor transformações estruturais e ideológicas na lógica vigente (AMARANTE; 2007; DELGADO; GOMES; COUTINHO,2001).

Além do grande número de Portarias editadas criando mecanismos de indução para implantação dos Programas Municipais de Saúde Mental em consonância com os princípios da Reabilitação Psicossocial, a aprovação da Lei 10.216 em 06 de abril de 2001, conhecida como lei da Reforma Psiquiátrica ou Lei Paulo Delgado, impulsionou de forma definitiva as transformações na assistência. A lei que “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (Brasil, 2004).

A Reforma Psiquiátrica está para além dos serviços estruturados fisicamente como espaços de saúde, já que um de seus pilares é outra forma de inclusão social que envolve, necessariamente, um redimensionamento do espaço social de modo a permitir que este

possa acolher as diferenças, visto que anterior a isso, o louco ou doente mental estava incluído em espaços restritos e marcado no corpo social, presos nos hospícios.

O relatório da III conferência Nacional de Saúde Mental (1963) foi o mais completo em termos das atribuições dos estados na política de saúde mental, antevendo a participação destes na elaboração de leis e planos, no financiamento e apoio ao processo de municipalização dos serviços, no acompanhamento e supervisão dos serviços, na atuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e na articulação com as instâncias de controle social (BRASIL, 2002b; SIMON; BAPTISTA, 2011).

Considerando a importância de uma política nacional para direcionar avanços na oferta da rede de cuidado em saúde mental, esta não deve implicar a adoção de padrões e modelos uniformes em todo o território nacional. Portanto, torna-se necessária a construção de políticas direcionadas para as especificidades loco regionais, e acredita-se que isso só será possível no cotidiano do trabalho entre os envolvidos. (LIMA et al,2012).

Muitos desafios ainda estão colocados para a reversão do modelo assistencial em saúde mental no estado do Rio de Janeiro. Entre eles, o grande número de leitos psiquiátricos ainda existentes e o número insuficiente de serviços extra hospitalares para fazerem frente a essa realidade.

Como dificuldade na formulação da Política de Saúde Mental, podemos pensar que conceitos e valores não são suficientes para a mudança do paradigma manicomial, pois todo o conhecimento precisa entrar na ação da prática no modo de atender em saúde.

A política Nacional de Saúde Mental tem uma especificidade que se apóia no fato de ter se estruturado através da capilarização de movimentos sociais. Alguns deles foram considerados mais determinantes e aglutinadores, onde destacamos o Movimento do Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), organizado inicialmente no Rio de Janeiro. Sua principal característica era a inexistência de estrutura formal e a pluralidade de representações.

Entre as décadas de 70 e 80 vimos avançar os valores de movimento. Desde o pós-guerra, no cenário mundial, desenharam-se críticas ao modo mundialmente predominante de tratar os loucos. O alto custo e a comprovada ineficiência do método de asilamento fizeram surgir, em diversos países e por diferentes motivações experiências de reforma do modelo.

No Brasil não foi diferente. As críticas começaram a ganhar força na década de 70 e encontraram de um lado resistência dos que se alimentavam dessa indústria, e de outro, apoio de vários setores e de representantes da área de saúde mental. Delinearam-se algumas propostas alternativas ao modelo hospitalocêntrico, vindas inclusive dos órgãos oficiais, que nesse momento pareciam preocupados com o aspecto curativo e econômico do tratamento. Outro dado que nos importa é o fato de que alguns desses críticos passaram a ocupar cargos importantes nesses órgãos, o que impulsionou a política na direção da reforma do modelo.

Durante a década de 60 e início dos anos 70, como ocorreu com todos os setores da saúde, também houve uma intensificação na contratação de leitos privados em psiquiatria, estimulando a proliferação dos hospitais psiquiátricos que eram fonte de grandes lucros, principalmente por dispensar a utilização de tecnologias caras. Submetidos a pouca ou nenhuma fiscalização dos serviços prestados, havia um consenso que nesta área os lucros eram abundantes e a demanda crescente.

A cultura previdenciária da época fez crescer o repasse financeiro para os setores privados relativos aos serviços prestados de assistência médica. Os gastos passaram a representar um percentual cada vez maior na medida em que cresceram as demandas por serviços, sem que estes estivessem minimamente regulados pelo setor público. Segundo Amarante (2007), o sistema funcionou de forma a favorecer gastos desnecessários e fraudes, o que também contribuiu para o colapso no sistema. O saneamento dos gastos foi fator preponderante para que um importante passo fosse dado no sentido de potencializar a administração da rede pública.

Em 1972 o Ministério da Saúde lançou, em conjunto com outros países da América Latina, um documento que definia um conjunto de princípios que deveriam nortear a assistência psiquiátrica nesses países. O documento sugeria basicamente a condenação da cultura hospitalar e a diversificação da oferta de serviços com atendimento ao egresso e reabilitação para os pacientes crônicos, como nos informa Resende (2001).

A primeira metade da década de 70 insinuou assim um caminho de mudanças que não foram implementadas. Um outro exemplo foi o manual de serviços de Assistência Psiquiátrica lançado INPS, seguindo orientações do Ministério da Saúde e preconizando o tratamento extra hospitalar de base comunitária. Esse manual foi relançado em forma de portaria que além de ter definido a DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental) como órgão normatizador, reafirmava os princípios da psiquiatria comunitária como

direção para a assistência. Ressalta-se aqui que o Ministério da Saúde se encontrava política e financeiramente enfraquecido (Paulin e Turato, 2004).

Houve um retrocesso no investimento na assistência psiquiátrica em virtude provavelmente, da perda de apoio e legitimidade do governo militar que passou a dirigir seus investimentos para outras áreas da saúde com “maior visibilidade”. Apesar do retrocesso político formal, cada vez mais entraram em cena atores que foram ganhando importância e abriram caminho para a transformação. Entre estes estavam representados os estudantes e os trabalhadores de saúde mental.

Nota-se que mesmo com um cenário político desfavorável a Reforma continuou avançando através da organização de atores sociais.

A crise financeira do Sistema Nacional de Previdência Social, a onda de denúncias veiculadas na imprensa sobre as péssimas condições da assistência psiquiátrica tradicional e a mobilização de setores diretamente envolvidos, tanto na formulação de políticas quanto na assistência, foram o cenário disparador do que foi denominado Movimento da Reforma Psiquiátrica, no final da década de 70.

Na segunda metade da década de 80 o movimento da Reforma se fortaleceu, as ideias transformadoras da assistência em saúde mental foram tornadas oficiais.

A I Conferência Nacional de Saúde Mental que aconteceu em 1987 na cidade do Rio de Janeiro e ainda sob a ebulição do que tinha sido a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), teve como eixos temáticos: Economia, Sociedade e Estado – impactos sobre a saúde mental; Reforma Sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental.

O relatório final aponta para a abrangência do tema na medida em que afirma a premência da implementação de políticas sociais, a fim de que se opere mudança significativa nas condições materiais de vida, corroborando com a ampliação do conceito de saúde proposto pela reforma Sanitária,

O novo texto constitucional de 88 criou o SUS e foi enfático nos direitos do cidadão. Estabeleceu o direito universal à saúde de forma integral e equânime; a descentralização com responsabilidades gerenciais e controle social.

Alguns dos valores defendidos pela política de saúde mental estreita relação com a estratégia da desinstitucionalização. O resgate da cidadania e do poder de contratualização e principalmente o direito a um tratamento em liberdade são exemplos disso.

Em 1989 começou a tramitar no Congresso a lei 3657/89 da reforma Psiquiátrica. Essa lei conhecida como lei Paulo Delgado, deputado que a apresentou ao Congresso, enfrentando interesses ligados principalmente ao lucro de capital.

Em 1990 a Reforma ganhou reforço com a Declaração de Caracas, definida a partir da conferência Regional para a reestruturação da Assistência Psiquiátrica no Continente. Realizou-se na Venezuela, com a participação de diversas associações de profissionais, comissões, Conselhos, membros do Parlamento de vários países, autoridades de saúde, profissionais de saúde mental, legisladores, juristas, universidades e outros. O Brasil foi signatário desta declaração que concluiu como pontos principais a serem seguidos e apoiados pelas instâncias nacionais cabíveis: a revisão da hegemonia da legislação com vistas a garantir a dignidade, os direitos humanos e civis dos doentes mentais e sua permanência e assistência do modelo centrado na internação hospitalar tanto na rede pública quanto na rede privada; ajuste da legislação com vistas a garantir a dignidade, os direitos humanos e civis dos doentes mentais e sua permanência e assistência em seu meio comunitário.

A I Conferência Nacional de Saúde Mental fez com que fossem evidenciadas as grandes distorções representadas não só pelas leis ultrapassadas, mas pelo tipo de assistência prestada na maioria dos países da América Latina, e da urgência de proceder as atualizações cabíveis de acordo com os recursos e as especificidades locais. (Desviat, 1995)

No Brasil após um movimento intenso de democratização a promulgação da constituição cidadã e a criação do SUS, a eleição de Collor de Mello para a presidência da república no ano de 1989 foi marcada pela ascensão de ideias neoliberais que colocaram obstáculos à implementação do sistema. Segundo Guedes (2001), “houve de imediato um acentuado decréscimo no financiamento público do setor de saúde, com recrudescimento das forças políticas conservadoras”.

Delgado (2004) chama a atenção para o fato de que os últimos anos da década de 80 foram palco de importantes fatos políticos na área da saúde mental. As tentativas de mudança que se voltaram para a reforma do asilo e para a ambulatorização ocorridas na década de 80, não se mostraram capazes de dar respostas à mudança no modelo. Na década de 90, vai dizer que iniciam-se os dez anos cruciais da Reforma brasileira. No ambiente favorável dos debates sobre a utopia da sociedade sem manicômios, catalisados pela discussão para da lei que propunha a “extinção progressiva” do modelo hospitalocêntrico, o Estado foi finalmente cumprindo a sua parte. Normas foram

surgindo, decisões foram sendo tomadas, e enfrentamentos eternamente adiados, especialmente com o aparato hospitalar, passaram a ser o cotidiano dos gestores e militantes da Reforma.

Nesta década também, cabe ressaltar que o Estado do Rio de Janeiro chegou a fazer algumas resoluções que não tiveram força de lei, em vários estados brasileiros foram aprovadas leis estaduais inspiradas no projeto de lei federal que tramitava no Congresso que não tiveram força de lei.

A edição das primeiras Portarias ministeriais definindo a Reforma Psiquiátrica como diretriz nacional foram editadas no da década de 90. As portarias SNAS nº189 de nov. de 91 e nº 224 de janeiro de 2002, inauguraram uma série de normatizações que foram tornando esta direção cada vez mais clara. Estas Portarias tiveram especial impacto pelo potencial de apresentar aos gestores a possibilidade de incorporação de novas tecnologias assistenciais criando procedimentos que permitem o financiamento de serviços de atenção diária e outros, como oficinas terapêuticas e atendimentos grupais, e regulamentar todos os tipos de serviços de saúde mental, inclusive os hospitais psiquiátricos, respectivamente. Para estes a Portaria 224 ainda indica, no item relativo às Disposições Gerais, a proibição ou obrigatoriedade de algumas ações, “tendo em vista a necessidade de humanização da assistência, bem como a preservação dos direitos de cidadania dos pacientes. ” (Brasil, 2004.p.251).

Quinze anos passados da edição da primeira Portaria, uma vasta legislação em saúde mental, a aprovação da lei federal 10.216 de abril de 2001 e a realização, no mesmo ano, da III Conferência Nacional de Saúde Mental, foram fatores determinantes para a consolidação da Reforma Psiquiátrica como política. A especial atenção que esta vem recebendo do atual governo, foi legitimada através da ampla participação de representantes dos vários segmentos da sociedade.

O conceito de descentralização organiza a política do SUS que significa implementar o Sistema Único de Saúde sob a responsabilidade das secretarias municipais de saúde, na figura do seu gestor que é o responsável pela saúde, conseqüentemente pela política de saúde mental em última instância.

Os municípios têm o desafio de gerir, entre outras políticas públicas, a saúde pública local, em que se considera o município como sendo:

(...) o principal responsável pela saúde pública de sua população. A partir do Pacto pela Saúde, assinado em 2006, o gestor municipal passa a assumir imediata ou paulatinamente a plenitude da gestão das ações e serviços de saúde oferecidos em seu território. (BRASIL, 2006).

A Constituição Federal de 1988 representa o marco inicial do processo de descentralização de poder e distribuição de competência compartilhada nas três esferas de governo da Federação. Esse processo é o que vem sendo desenvolvido em gestão de saúde no Brasil. Em termos práticos, isso representa, no município, a sobrecarga para implantação, desenvolvimento, acompanhamento, avaliação e controle da aplicação de recursos de todas as políticas e programas, inclusive a política de saúde. ” (SILVA E CAMPOS, 2015).

O processo de descentralização da saúde no estado ocorreu de forma peculiar e com movimentos de avanços e inflexões. Paralelamente havia a experiência de descentralização através do SUDS – Sistema Descentralizado de Saúde, trazendo um acúmulo político e modificando o modo de atuação da Secretaria Estadual de Saúde-SES, conferindo-lhe um importante protagonismo no processo. No entanto o início dos anos 90, a SES, mais precisamente a partir de 92, vive um momento político de enorme retrocesso. Além da instabilidade do cargo do gestor estadual, com mudança de vários secretários, a gestão estadual era marcada por uma forte oposição ao SUS. Entretanto, a partir de 2000 ocorreu uma expressiva expansão da rede de atenção extra hospitalar em saúde mental. A lei 10.216 em 06 de abril de 2001, conhecida como lei da reforma psiquiátrica disparou grande número de portarias criando mecanismos de indução para a implantação dos Programas municipais de Saúde Mental, transformando a assistência.

A promulgação da lei deu um novo fôlego ao processo de oficialização da reforma como política, que foi corroborada com a criação de linhas específicas de financiamento para os serviços substitutivos, para pagamento de bolsa auxílio aos egressos de internações psiquiátricas de longa duração e de mecanismos legais para implementar a fiscalização dos hospitais e as estratégias de redução de leitos. Nesta perspectiva a saúde mental veio cada vez mais conquistando espaço dos governos, tornando se um tema relevante dentre as questões de saúde.

Vemos, no entanto, que a descentralização na saúde, no estado do Rio de Janeiro sempre foi fortemente influenciado pelo poder político-partidário, que nem sempre atua em acordo com a construção do SUS e sempre foi importante a relação dos estados com

o governo federal, ou melhor com as políticas do governo e como os estados se relacionam frente as diretrizes da política nacional.

Capítulo 2

O APOIADOR INSTITUCIONAL, UMA METODOLOGIA DE COGESTÃO NO ÂMBITO DO SUS.

A concepção de apoio institucional foi desenvolvida por Gastão Campos (2000;2004) como crítica e contraposição à função de supervisão de origem da administração científica (taylorista). Para a Política Nacional de Humanização (BRASIL 2008), o apoio institucional diferencia-se das funções clássicas nas organizações, como supervisão e assessoria, visto que estas emergem de concepções de gestão do trabalho que partem do pressuposto de que os coletivos necessitam de alguém que saiba ou indique o que deve ser feito ou, na mesma direção, que faça pelas pessoas.

Diferentemente das tradicionais “assessorias” e “consultorias”, o apoiador não faz pela ou para as equipes, e sim com as equipes, apoiando a análise, elaboração e planejamento de tarefas e projetos de intervenção. Assim, compromete-se com as equipes e não somente com a alta direção da instituição, sem deixar de trazer diretrizes dos níveis superiores da gestão e analisar o contexto externo ao grupo como diretrizes orçamentárias, políticas e organizacionais.

De acordo com o apontamento, com base da Política Nacional de Humanização, para gestores e trabalhadores do SUS (BRASIL, 2008), o apoio institucional é colocado como diretriz e dispositivo para ampliar a capacidade de reflexão, de entendimento e de análise de coletivos, que assim poderiam qualificar sua própria intervenção, sua capacidade de produzir mais e melhor saúde.

Nesse sentido, o apoiador institucional tem a função de: ativar espaços coletivos, através de arranjos ou dispositivos que propiciem a interação entre sujeitos; reconhecer as relações de poder, afeto e a circulação de saberes, visando à viabilização dos projetos pactuados por atores institucionais e sociais; mediar a construção de objetivos comuns e a pactuação de compromissos e contratos ao agir com os coletivos; atuar em processos de qualificação das ações institucionais; promover ampliação da capacidade crítica dos

grupos, propiciando processos transformadores das práticas de saúde e assim contribuir para melhorar a qualidade da gestão no SUS.

Segundo as diretrizes propostas pela Política Nacional de Humanização (2008), apoio é uma função gerencial que reformula o modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. É uma lógica, uma metodologia, por meio da qual se pretende desconstruir a ideia de uma supervisão, um poder especializado, um gestor vindo de outra esfera, especializado, enfim fora da construção da prática e do cotidiano dos serviços, trazendo direções de cuidado já regulamentado e homogêneo sem envolvimento com aquilo que exige construções diferentes para projetos que precisam se construir e que na vivência se reconstróem e exigem respostas singulares. Ao contrário, o apoio institucional tem como objetivo-chave justamente o de construir espaços de análise e interferência no cotidiano, potencializando análises coletivas de valores, saberes e fazeres e, desse modo, implementar e mudar práticas.

Assim, entendemos que o apoio institucional abre a possibilidade de funcionar como articulador, como conector, produzindo novos territórios, reconhecendo e embaralhando lugares previamente constituídos como aqueles convencionalmente denominados, identificados, dialetizando o lugar de gestão e de atenção, de trabalhadores de saúde e de usuários. O apoio institucional se coloca aqui como um híbrido que, sem ponto de partida e de chegada, se faz em meio, no entre, nas margens, movimentando-se e pondo a movimentar os pontos conectados, potencializando a produção de redes quentes e não sectárias.

O ponto de partida para dialogar sobre essa prática é a base conceitual, ética, política, institucional do apoio enquanto inovação no campo da gestão e na saúde. Um mergulho no ato de apoiar trazendo os debates atuais, para fazer emergir questões sobre a própria constituição da função apoio em diversas perspectivas de acesso: a partir da racionalidade da gestão, das bases conceituais, éticas e políticas da saúde e do Sistema Único de Saúde (OLIVEIRA, 2011).

É nesse contexto de engendramento entre as forças e as tecnologias produtoras e produzidas pelos movimentos de Saúde Coletiva, do SUS e de democratização institucional que se insere a sugestão de uma tecnologia de apoio institucional (FERNANDES, 2012).

Entende-se o apoio institucional como mediador na instituição da política, pois fomenta análises sobre a dinâmica de relações, de poderes, de práticas, de significações, de afetos que permeiam o estabelecimento ou instituição analisados, colocando-as a

serviço de todas as pessoas aí situadas. Conferindo-lhes, assim, meios para pensarem sobre sua função e funcionamento, construção de redes e de práticas inéditas, discursivas e não discursivas (VASCONCELOS; MORSCHEL, 2009).

O apoio é uma postura que busca reformular os clássicos mecanismos de gestão. Parte-se do pressuposto que as funções de gestão se exercem entre sujeitos, ainda que com distintos graus de saber e de poder. Caracteriza-se como referencial pedagógico para a formação em saúde (CAMPOS, 2003; 2005).

Desse modo, a função apoio é estratégico para a instauração de processos de mudança em grupos e organizações. O apoio institucional adota como diretriz a democracia institucional e a autonomia dos sujeitos. Por isso, o trabalho do apoiador abrange sempre a inserção em movimentos coletivos, auxiliando na análise da instituição, buscando novos modos de operar e produzir das organizações. Opera em uma região de fronteira entre a clínica e a política, entre o cuidado e a gestão, trabalhando no sentido da transversalidade das práticas e dos saberes no interior das organizações (BRASIL, 2008).

O apoiador age, localmente, na experiência concreta dos coletivos – junto com os sujeitos, suas histórias e seus contextos. Toma a política pública como efeito de propagação. É uma prática que requer dispositivos em torno dos quais se articulam a repetição e a variação. Nessa função de referência, a partir da mesma matéria do circuito claudicante da repetição possibilita a experimentação de novos territórios existenciais (KASTRUP; BARROS, 2009).

Apoio engendra uma diferença substantiva, pois considera que toda atividade humana decorre sempre de mediações entre o trabalho prescrito (tarefa) e o trabalho realizado (HENNINGTON,2008; SCHWARTZ,2005), ou seja, sempre sofre a interferência dos sujeitos, entre outros. Assim, os agentes das práticas sempre modificam o que é prescrito e, logo, atuar com eles e não sobre eles é a aposta do apoio, pois esta ação pode produzir interferências em ato, produzindo ações mais identificadas com os pressupostos éticos, técnicos, administrativos e políticos das organizações de saúde. E isso requer, entre outros, que se tomem como inseparáveis os modos de gestão e de atenção. Logo, pode-se afirmar que o apoio não se restringe ao campo das técnicas (de saúde, médicas etc.), mas, toma como objeto o campo da gestão, entendida como espaço de ação que define modos de organização do trabalho.

É um “fazer junto e não por” ajudando na construção de grupalidades solidárias, ou seja, ajudar a constituir equipes de saúde como grupalidades que comungam espaços de trabalho, e isso significa construir disposição para se pôr em circulação e em análise

afetos, saberes e poderes. Falar, conversar, pôr em análise a experiência singular de ser trabalhador de saúde naquele grupo, naquela instituição. Restituir a fala aos sujeitos, sem o qual a formação de compromisso e a contratação de tarefa não terão a potência necessária para a produção das mudanças nos modos de cuidar e de gerir.

Essa interação por sua vez, diferentemente de outras tecnologias, requisita trabalho intensivo (OLIVEIRA, 2011). Esse tipo de trabalho é aquele que necessita de contato frequente, trocas cotidianas, interação afetiva, o que permite fazer constituir do Apoio uma referência para as regiões de saúde, os municípios e rede de atenção psicossocial e seus trabalhadores. Assim apoiar é estar presente para fazer análises coletivas (para se conhecer as forças que produzem os campos problemáticos) e produzir linhas/planos de ação, as quais se imaginam potentes para mudar realidades institucionais e a qualidade das ações de cuidado.

Alguns municípios e estados criaram o cargo de apoiador institucional ou de apoio à gestão. Este mantém alguma relação hierárquica sobre os serviços de saúde, seus gerentes e suas equipes e ao mesmo tempo responde a uma chefia que lhe é superior, como um coordenador de distrito, de região, do nível central ou mesmo diretamente ao próprio secretário de saúde. Nessa configuração, o apoiador tem o duplo papel de gestor, acumulando por um lado a atribuição formal de gerência, a qual define seus “apoiados” como subordinados e, de outro, a relação apoiador-apoiado. Nessas experiências, o apoiador se constitui na relação com seus apoiados como um mediador formal. Essa modalidade de apoio, tem o intuito de apoiar e cooperar no processo de implementação das políticas governamentais de saúde. Vale ressaltar que nesta conformação, há forte tendência à fixidez dos papéis de apoiador e de apoiado, correndo-se o risco de se tornar um processo unilateral. É claro que o poder de indução de políticas por essa via ganha enorme amplitude, mas passa a depender exclusivamente dos atores que operam estes papéis e da força crítica dos sistemas de cogestão – em geral frágeis e parcialmente implementados - o grau de democracia inscrita nesse modelo de gestão, mantendo toda a organização no fio de navalha entre uma organização democrática e um aparato institucional ainda mais autoritário (BRASIL, 2012a; OLIVEIRA, 2011).

O trabalho do apoiador envolve uma tríplice tarefa - ativar coletivos, conectar redes e incluir conflitos – que se desdobram em inúmeras outras. Agenciar conexões, ativando redes, de saber, de cuidado, de cogestão e tantas outras, no mesmo ato de convocar sujeitos e seus conflitos, ativando coletivos e rodas agonísticas, que os mantenham conectados e solidários. O apoiador não é o timoneiro que comanda e determina a mudança; são os agenciamentos - para os quais o apoiador é apenas um dos

que contribui - que se acoplam a outros e vão fazendo deslizar a organização e os sujeitos, fazendo-os diferenciarem-se de si mesmos (OLIVEIRA, 2011).

Entretanto, o apoio é permeado pelo calor dos afetos circulantes e não é fácil desfazer esse vínculo. Isso pesa muito no momento de avaliar resultados, pois tudo conspira para que circule uma sensação de que poderia ter sido melhor, de que podíamos chegar mais longe. Mas não se pode ir mais longe do que diferir de si mesmo (DELEUZE, GUATTARI, 1995).

A questão da formação do apoiador ainda é um desafio. O “formar em ato” não é tarefa simples. Formar um apoiador é um ato próprio da função apoio. Não no sentido de que só alguém com um “título” de apoiador institucional pode fazê-lo. O ato de formar não é propriamente algo que um indivíduo apoiador faz. É a relação de apoio que forma o apoiador. Para fomentar essa discussão retomamos o que Merhy et al. (2003) traz acerca do trabalho em saúde e suas tensões. Tensão entre o trabalho vivo em ato – que ocorre no exato momento da atividade produtiva e criativa, inscrito nas relações entre trabalhador e usuário no volátil momento de seu encontro – e trabalho morto, expresso por meio dos instrumentos, normas e saberes, produzidos anteriormente e disponíveis para serem utilizados. Esse modo de fazer, previamente estruturado, “pode capturar” o trabalho vivo em ato de tal modo, que o trabalhador não exerça sua ação de maneira autônoma e criativa. Essa possível captura diminui as possibilidades de responder à singularidade de cada encontro. A tensão opera o tempo todo no cotidiano dos serviços, nos mais diversos encontros. No entanto, vale explicitar que, como afirma Merhy et al. (2003, p. 24), “todos os atores governam e ao disputar seus projetos transformam todo o cenário”, construído na gestão. Diante desses apontamentos, pode-se observar que há uma produção subjetiva que opera fortemente com base no trabalho, núcleo central da realização do cuidado e suas derivações para o mundo da vida como atividade humana, e por isto traz em si a potência da criatividade, inventividade; ou, pode se deixar capturar pelo aparato instrumental que cerca toda atividade de cuidado em saúde. Esta concepção se aplica fortemente para os trabalhadores que se consideram na posição de gestores, uma vez que se acredita que somente através do que se produz nas relações se pode produzir trabalho em saúde, se quiserem assim denominar o processo gestor (FRANCO, 2009).

O papel do apoio que aqui se discute não permite separação entre clínica e gestão, e acredita-se que o apoio se constitui na micropolítica do encontro entre apoiador e as equipes de saúde, ou entre aqueles que ocupam posição de gestores, mobilizando distintas ofertas, relacionadas à organização do processo de trabalho e à produção do cuidado, de acordo com as necessidades de cada equipe, reconhecendo a mútua interconectividade

entre a produção e gestão do cuidado (BERTUSSI, 2010).

Do ponto de vista técnico-assistencial, aponta-se que um dos dilemas do campo da saúde mental é a tradição de estudá-la pela perspectiva da doença mental. Para Oliveira: “Estamos acostumados a pensar o cuidado através da medicação, da consulta e de um profissional que tutela a pessoa que nos procura. O grande desafio, para nós é pensar como podemos buscar novas alternativas de cuidado”, questionou, respondendo: “Temos que fazer com que dentro dos nossos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) se consiga implantar e discutir nas equipes a ideia de que a solução para uma pessoa que está em crise não é somente medicalizá-la, interná-la e tratá-la com procedimentos invasivos”.

O apoio vai sendo produzido a partir de encontros, na interface dos mandatos de gestão, orientação da legislação vigente e a dinâmica das relações dos trabalhadores e usuários na saúde. O que produz lutas diárias, resistências e afetações e tudo sempre precisando se colocar em análise como organização e direção de trabalho.

Quanto ao Apoio institucional, nomeado pelo Ministério da Saúde como apoio integrado, é a estratégia que busca privilegiar a função normativa para estabelecer relações construtivas entre as três esferas de governo, funcionando como um dispositivo de apoio à gestão e fortalecimento da capacidade de governo sobre o sistema de saúde nos âmbitos estadual e municipal. O propósito é, intermediar e promover a cooperação técnica aos sistemas estaduais de saúde, a partir do envolvimento participativo e integrado de todas as áreas ministeriais, atuando assim como indutor de um reordenamento e qualificação na própria gestão, pela necessidade de se estabelecer fluxos transversais de demandas e respostas integradas (BRASIL 2012).

Destaca-se nessa direção o trabalho vivo em ato onde os trabalhadores demonstram sua capacidade de autogoverno, pois ao manejar seus saberes tecnológicos o fazem de maneira autônoma, sob uma perspectiva crítica aos pressupostos modelares que orientam o processo de gestão no interior do SUS. Acredita-se ainda nas tensões constitutivas do agir e presença da gestão do cotidiano não apenas como gestão governamental, mas aquela prática inerente a todo trabalhador inscrito no processo de produzir práticas em seu dia-a-dia (MERHY, 1999; 2002; 2005; MENDONÇA, 2008)

2.1 – Cogestão, o fazer solidário do SUS.

Uma gestão mais compartilhada, portanto, mais democrática, nos serviços de saúde, no cotidiano das práticas de saúde, que envolvem as relações, os encontros entre usuários, sua família e rede social com trabalhadores e equipes de saúde, necessita alterações nos modos de organização do trabalho em saúde. Ou seja, que se alterem os processos de definição das tarefas, responsabilidades e encargos assumidos pelos trabalhadores. Tradicionalmente, os serviços de saúde organizaram seu processo de trabalho baseando-se no saber das profissões e das categorias (as coordenações do corpo clínico ou médico, da enfermagem, dos assistentes sociais, etc.) e não em objetivos comuns.

Na verdade, esse tipo de organização não tem garantido que as práticas dos diversos trabalhadores se complementem, ou que haja solidariedade no cuidado, nem que as ações sejam eficazes no sentido de oferecer um tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. Isso tem acarretado falta de motivação dos trabalhadores e pouco incentivo ao envolvimento dos usuários nos processos de produção de saúde (corresponsabilização no cuidado de si). Por isso, a gestão participativa é um valioso instrumento para a construção de mudanças nos modos de gerir e nas práticas de saúde, contribuindo para tornar o atendimento mais eficaz/efetivo e motivador para as equipes de trabalho. A cogestão é um modelo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, sendo, portanto, uma diretriz ético-política que visa democratizar as relações no campo da saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como um de seus princípios definidos na Constituição Federal a participação social, na perspectiva de democratizar a gestão da saúde. Esta gestão, no entendimento da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS), não é exercida apenas no âmbito do sistema e serviços de saúde, mas também diz respeito ao cuidado em saúde.

Para operacionalizar a participação social, a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, orienta sobre a formação dos Conselhos de Saúde nos âmbitos nacional, estadual e municipal. Estes conselhos são compostos por trabalhadores e gestores de saúde (50% dos conselheiros, sendo 25% para cada segmento) e os restantes 50% são compostos por usuários do sistema.

As representações dos usuários e dos trabalhadores no Conselho Municipal, Estadual e Nacional de Saúde devem ter legitimidade e compromisso político com seus representados. Desta forma, para garantir esta legitimidade, sua atuação deveria ser

precedida por consulta sobre os interesses de sua comunidade.

Além dos Conselhos e Conferências, os gestores das três esferas de governo (federal, estadual e municipal) instituíram espaços de negociação e definição de pactos acerca dos assuntos da gestão da saúde. Trata-se da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no âmbito nacional, e nos estados as Comissões Intergestores Bipartites (CIB), com representações dos municípios e do estado. Estas Comissões são também lugares importantes de exercício de gestão compartilhada e participativa, muito embora reúnam gestores, os quais então definem de forma mais corresponsabilizada os encargos sanitários. A participação social, no entanto, não pode estar restrita a essas instâncias formalizadas para a participação cidadã em saúde. Esta deve ser valorizada e incentivada no dia-a-dia dos serviços do SUS, nos quais a participação tem sido ampliada gradativamente. Mesmo os trabalhadores de saúde ainda participam pouco das decisões sobre os rumos das unidades em que trabalham. Pode-se atribuir isto ao fato de que lhes pareça uma atuação difícil, complexa ou dificultada tanto por excesso de burocracia quanto por uma gestão centralizadora e pouco participativa.

Pela prática na Coordenação de Atenção Psicossocial, anteriormente a 2019, Gerência de Saúde Mental do Estado do RJ, na secretaria estadual de saúde, onde sou Apoiadora Institucional desde 2013, muitas questões na direção do trabalho dessa função, no âmbito estadual, se apresentam. Durante todo esse meu período, me interessei em apresentar os espaços e o mandato do Apoiador que considerei importante como agente para ampliação da capacidade de direção da democracia institucional no SUS, com recorte na implantação da Política de saúde mental e que compôs meu arcabouço de investigação teórico-prática.

Como um dos principais eixos a ser trabalhado e o processo de desinstitucionalização, para os apoiadores da CAS/SES participei de fechamentos dos hospitais psiquiátricos que faziam parte das regiões por mim apoiadas, pois por um tempo fui para a região Norte e Noroeste e desde 2014, apoio a região metropolitana I, que se constitui da baixada fluminense e o município do Rio de Janeiro, dentre eles a Clínica de bom Jesus de Itabapoana, que mantinha pacientes vivendo em um porão em situação insalubre, presos e abandonados pelas famílias, vinham de vários municípios da região norte e noroeste.

Já na região metropolitana I, propriamente no Rio de Janeiro, o fechamento do Sanatório Rio de Janeiro e da Clínica Spínola, cujo todo o processo de saída dos usuários

foi conduzido pelo município, porém contanto com suporte do estado para o trabalho com os casos difíceis de reinserção para seus territórios de vida e das discussões com o MP e Juizado.

Além disso, apesar de não ser da minha região, contribuimos com outros hospitais como Paracambi e Colônia de Rio Bonito, pois nesses processos de desinstitucionalização nos hospitais psiquiátricos sempre encontramos usuários que são munícipes de várias regiões. Essas buscas iniciam pela história de vida e conseqüentemente suas relações familiares e comunitárias. Atualmente em pauta, por ser também de outras colaboramos com o mesmo processo da Clínica Três Rios, Clínica Cananéia na região centro sul, e o Hospital João Viana em Campos.

Capítulo 3

PERCURSO METODOLÓGICO

O estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa. Para Minayo (2010), a pesquisa qualitativa possibilita compreender o significado e a intencionalidade como inerentes aos atos, relações e estruturas sociais como construções humanas e significativas. A pesquisa qualitativa tem como foco de estudo o processo vivenciado pelos sujeitos (FLICK, 2009).

A pesquisa foi realizada na CAP/SES/RJ, que desenvolve suas ações na perspectiva de apoiar os 92 municípios na estruturação das ações de cuidado aos usuários da rede de atenção à saúde mental. Nessa abordagem, o pesquisador procura aprofundar-se na compreensão dos fenômenos que estuda – ações dos indivíduos, grupos ou organizações em seu ambiente e contexto social. Assim sendo, a interpretação e as considerações do pesquisador se instituem como principal instrumento de investigação. A necessidade do pesquisador de estar em contato direto e prolongado com o campo, para captar os significados dos comportamentos observados, revelam-se como características preponderantes (PATTON, 2002).

A opção metodológica é pela pesquisa qualitativa, possibilita o estudo sobre práticas no trabalho de gestão para implantação da política de saúde mental e a

experiência de uma função como o do Apoiador Institucional que não pode ser apreendida do ponto de vista de critérios mensuráveis e de objetividade.

Privilegiamos como objeto para essa análise as práticas dos Apoiadores Institucionais na Coordenação da gerência de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, considerando os aspectos dos discursos nas entrevistas de 8 apoiadores que compõe a equipe de trabalho na direção da formulação e implantação da política pública na atenção psicossocial na estruturação do SUS e na experiência singular do gestor.

Hoje em 2020 a CAP/SES/RJ compõe a Superintendência de Atenção Psicossocial e populações vulneráveis (SAPV) que está inserida na Subsecretaria de atenção Integral a Saúde, tem como principal missão dentro da SES/RJ formular e implantar a política de atenção à saúde do estado do Rio de Janeiro.

Utilizou-se também a metodologia de revisão integrativa, onde busca-se na base de dados de Periódicos as principais publicações em relação as palavras chaves deste estudo. A revisão integrativa determina o conhecimento atual sobre um tema específico, já que é conduzida de modo a identificar, analisar e sintetizar resultados de estudos independentes sobre o mesmo objeto (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A revisão integrativa inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a reinvenção da prática, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos sobre a temática abordada (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

No caso do nosso estudo, os atores foram convidados a participar a partir do lugar específico de gestores, o que os convoca a uma especificidade para interação que está sendo demandada.

A negociação a partir dos posicionamentos definidos de que aqui tratam os autores, nos ajuda a explicitar algumas variáveis do campo onde se deu nosso estudo. Consideramos relevante o fato da pesquisadora atuar na gestão estadual de saúde mental e por esta inserção possuir um conhecimento prévio com a maioria dos entrevistados. Entendemos que esse fator opere como facilitador, gerando uma predisposição ao diálogo e garantindo os deslocamentos das interações verbais do nosso cotidiano.

3.1 Roteiro das entrevistas com os Apoiadores Institucionais e considerações éticas.

Foram identificados todos os apoiadores do momento da gestão, perfazendo um total de 10 apoiadores institucionais, sendo a pesquisadora um deles. Apenas 8 apoiadores responderam a entrevista, sendo que um não participou, por impedimento pessoal.

As entrevistas foram realizadas com base em um roteiro semiestruturado, com questões pertinentes ao movimento da gestão estadual da saúde mental. Por ser semiestruturado, o roteiro foi tratado de forma a orientar a entrevista, mas que sempre houvesse para o Apoiador, a possibilidade de fazer comentários ou apresentar fatos por ele considerados importantes, mesmo que este não estivessem contemplados a priori.

As entrevistas tiveram em torno de uma hora a duas horas de duração, foram gravadas e posteriormente transcritas.

A pesquisa foi submetida à aprovação no Comitê de Ética Instituto de Psiquiatria em Pesquisa do Instituto de Psiquiatria da Universidade federal do rio de Janeiro (CEP-IPUB/UFRJ) e no Núcleo de estudos da Secretaria Estadual de Saúde do estado do Rio de Janeiro.

Todos os entrevistados foram informados claramente sobre os objetivos e métodos do estudo, assim como assegurado o sigilo sobre as informações que foram coletadas e os outros aspectos éticos de acordo com as diretrizes e normas da resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, sobre pesquisas envolvendo seres humanos.

Capítulo 4

RESULTADOS E DISCUSSÃO SOBRE AS ENTREVISTAS

4.1 Caracterização dos participantes

Os participantes das entrevistas são trabalhadores da Coordenação de atenção Psicossocial na gestão da secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, com a função de Apoiadores Institucionais. Possuem diversas categorias profissionais e diversos vínculos empregatícios, como funcionários públicos e contratados. Entre os profissionais entrevistados aparecem: Médico, psicólogos, Assistentes Sociais, Fonoaudióloga e

Terapeuta Ocupacional. Todos que participaram da pesquisa, já trabalham há pelo menos 6 anos nesta função, variando com idades de 40 a 65 anos.

4.2 – Categorias para organização da discussão e as diversas visões sobre o que o trabalho do Apoiador institucional.

A análise das entrevistas mostra que existem entendimentos sobre o trabalho dos Apoiadores, atravessados pelo conhecimento, formação e experiência de cada um. A partir da categorização com questões importantes a serem observadas nessa pesquisa foram selecionadas respostas das entrevistas que possibilitassem o desenho do entendimento do processo de trabalho do Apoiador Institucional pelos que exercem essa função na gestão estadual do Rio de Janeiro, ressaltando que as respostas foram selecionadas, levando em conta as repetições de falas e a importância das respostas que se repetiam, podendo condensar aspectos importantes nos discursos de forma aleatória de maneira a associar ao campo teórico e prático que foi apresentado no percurso do trabalho.

Categoria 1 – O Trabalho do Apoiador Institucional no âmbito do Estado do RJ

- *“Auxiliar os municípios no sentido de **orientar e monitorar** os serviços ligados a RAPS municipais” (Assistente social, apoiadora há 9 anos na região metropolitana I)*

- *“Podemos dizer que o papel do apoiador é a partir de sua inserção nos territórios (municípios) **propor, provocar, pensar junto** em novas formas de operacionalizar a política pública. Em determinadas conjunturas, como a atual, tem o papel também de pensar em formas de resistir ao desmonte de uma política. Entendendo que a política se faz em um processo coletivo e democrático, é importante que o apoiador possa induzir a construção de coletivos, como fóruns, com o objetivo de se pensar constantemente em ações balizadas pela conjuntura atual e os consensos construídos democraticamente”. (Assistente Social, apoiadora há 7 anos- região metropolitana II)*

-“O apoiador institucional no âmbito da atual Coordenação de Atenção Psicossocial (antiga Gerência de Saúde Mental) do ERJ tem por norte atuar para a **desinstitucionalização**, dos usuários internados nos hospícios ainda conveniados ao SUS, bem como **fomentar estratégias de cuidado** que deem conta das chamadas “emergências psiquiátricas” prioritariamente nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), portas de entrada por excelência para a atenção à crise e ordenadores do cuidado nas articulações com os demais pontos de atenção à saúde dos outros componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), como por exemplo, os dispositivos da Atenção Primária, da Rede de Atenção às Urgências, do componente Atenção Hospitalar (Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral) e com atores de outras redes que possam atuar intersetorialmente na promoção de um cuidado verdadeiramente integral”. **(Psicóloga, apoiadora há 6 anos na região Centro-Sul)**

-“Dentro do Estado é uma discussão dentro dessa lógica do cuidado, de sustentar um pouco as portarias, a lei 10.216, porque o Estado não coloca financiamento em nenhum serviço, então é mais uma discussão da lógica do cuidado, do que o apoio no sentido de implementar uma rede, de melhorar financeiramente uma rede, de poder ajudar financeiramente os municípios, na minha região todos os municípios são gestão plena, então, eles tem condições de caminhar sem precisar do Estado, entre aspas, e a gente acaba ficando mais com essa questão da lógica do cuidado. Para mim é um apoio técnico. ” **(Psicóloga-apoiadora a 8 anos na região Serrana)**

*Vale ressaltar que esta entrevista acima, foi realizada antes de ser aprovado o cofinanciamento pelo Estado do RJ para os municípios.

- “Nós temos aquelas funções que estão definidas na Lei 8080 para o papel dos Estados; supervisão, monitoramento, indução da política. É uma proximidade com os programas municipais de saúde mental com a política. É fazer a política acontecer e articular organicamente na medida do possível, no Estado do Rio de Janeiro, nas diversas regiões.” **(Médico- Apoiador da região Metropolitana II e Baixada Litorânea.)**

O trabalho do Apoiador Institucional consiste em apoiar as gestões municipais no planejamento, implantação, qualificação das equipes e avaliação do trabalho da Rede de Atenção Psicossocial local segundo às diretrizes da Política Pública de Saúde Mental antimanicomial.

A análise dos processos iluminados por este estudo possibilita evidenciar potência na conquista da integralidade de arranjos que articulam na gestão a efetiva produção da rede de cuidados. O método do apoio opta por uma gestão não pronta, mas porosa, corre o risco de lidar com o inusitado, embora sabendo, o quão complicado isso possa significar.

Acreditar na multiplicidade da gestão em saúde significa reconhecer a multiplicidade do mundo, das formas de existência, na plasticidade da saúde, na vida em construção. Esta plasticidade surge nas respostas dos apoiadores por entenderem que ao mesmo tempo que há a regulação para orientação da forma que os serviços e a lógica destes necessitam para existir ao mesmo tempo há a interferência, tanto pela formação, como pelo entendimento da sua própria atuação, ao estabelecer contato com o coletivo como uma forma provocativa, reflexiva ou como um mandato na construção de política pública que produz acesso, e no caso da saúde mental, um cuidado construído nos territórios de vida das pessoas, preservando os direitos sociais e mantendo os sujeitos nos seus laços comunitários, sustentando a amplitude do conceito de saúde.

Categoria 2 – Interferência da Gestão Política no Trabalho

- *“Ao meu ver, a gestão macropolítica interfere e muito no trabalho da coordenação de atenção psicossocial, visto, nos períodos que esta política se mostrou desfavorável, o apoio teve dificuldades para exercer o seu mandato em sua plenitude, em razão da falta de recursos financeiros para executar as atividades nos territórios, como visitas técnicas aos municípios, e a realização dos fóruns regionais. A escassez de recursos humanos para desempenhar as funções também tem sido outro complicador para o desenvolvimento das atividades do apoio” (Assistente Social, apoiadora há 9 anos).*

- “Tomando por base a premissa de que não há gestão apartada da dimensão política (e aqui estou entendendo que a pergunta aponte, inicialmente, para a dimensão político-partidária), penso que os vieses ideológicos que caracterizam as diversas filiações daqueles que respondem pela governança dos 92 municípios que integram o ERJ podem, sim, interferir no trabalho do apoiador institucional da CAPS/SES-RJ, ora fomentando-o, ora desinvestindo-o, dependendo dos interesses de alinhamento, ou divergências, com a nossa direção de trabalho. Contudo, é preciso dizer que os (as) gestores (as) municipais, para além de suas filiações partidárias, são legitimados (as), ou desinvestidos (as), por relações de poder (aliás, todos (as) nós) que extrapolam os limites da política partidária, dentro e fora de seus territórios, o que confere permanente plasticidade e efemeridade às cenas políticas que sustentam as gestões locais e a consequente necessidade de reposicionamentos estratégicos por parte do apoiador institucional.” **(Psicóloga – apoiadora há 8 anos)**

- “Sim, sendo o trabalho do apoio uma ação técnica e política (não acredito em neutralidade) diferentes serão as estratégias na mediação com os municípios. O SUS é uma política pensada sob os princípios da democracia, considerando a participação e controle social. Numa conjuntura mais democrática a construção coletiva tá dada, o que não significa que não se faz necessária a mediação crítica, avaliação das relações de poder e que não haja conflitos ou disputas, mas numa conjuntura menos democrática, o trabalho do apoio passa a ser também pensar em estratégias de garantir os espaços coletivos de construção. Se o trabalho do apoiador é também político, de construção crítica, a gestão política tem influência direta, pois pode potencializar seu papel (considerando o inclusive como um trabalhador do SUS e, portando, participante também desta construção) ou despontecializa-lo tornando o um mero repassador de informações “técnicas” de uma política de governo. É claro que ele pode não querer este papel. A gestão política sempre é uma questão, pois muitos gestores se preocupam mais com seus interesses eleitoreiros, corporativos ou outros e não com uma política de estado de construção de uma política pública participativa. Na maioria das vezes determinadas políticas como a saúde mental, AIDS, saúde da mulher e

outras vem se mantendo, a partir de pactuações e consensos coletivos por conta da luta de trabalhadores e usuários juntos em movimento sociais (Assistente social, apoiadora há 10 anos- região metropolitana II)

A partir das respostas dos entrevistados nota-se que a decisão política, com suas características ideológicas interfere no avanço ou nas barreiras para o trabalho e têm impacto sobre as organizações sociais, as relações de classe entre trabalhadores, e o conceito de território e laços familiares e ainda a regulação e a garantia dos direitos sociais.

Dialeticamente, a reação individual e também coletiva através da organização social pode confrontar e, em circunstâncias excepcionais, reverter parcial ou totalmente as decisões macropolíticas. Quando há a predominância do pensamento autoritário e não democrático a direção na gestão pode se contrapor a necessidade de um ambiente democrático que permita ser compartilhado no coletivo e pactuadas propostas de cuidado na Atenção Psicossocial, na produção de acesso, como trata a proposta do SUS e a política de Saúde Mental.

O decisivo é que a saúde mental é uma condição a partir das experiências singulares dos indivíduos, mas afetada pelas relações sociais contemporâneas de poder.

Isto sugere que os que sofrem de doença mental, por exemplo, depressão induzida pelo desemprego, insegurança no trabalho ou declínio no padrão de vida, pode reduzir seu sofrimento por meio da possibilidade de adquirir contratos com a sociedade (consciência/conhecimento de classe), quer sob a forma de organização coletiva ou da ação de classe.

Categoria 3 – Mediação do Apoiador Institucional para a implantação da política de Saúde Mental nos territórios municipais

- “...nessas regiões isso proporcionou que a gente formasse um grupo, não é um colegiado de gestores nas regiões, são gestores e trabalhadores que conhecem muito bem o seu trabalho. O seu trabalho de rede na região atua nesse sentido. Nesse sentido, então, a gente conta com as pessoas que já estão há muito tempo nesse trabalho, fazendo isso para que principalmente nesses momentos de pouco acesso, de que não tem transporte, que não tem isso ou aquilo, mas que o trabalho se mantenha. ” (**Médico- Apoiador da região Metropolitana II e Baixada Litorânea.**)

- “Então, na minha região tem um processo de desinstitucionalização, tem dois hospitais psiquiátricos, então, a gente tem sido convocados um pouco para discutir esse processo de desinstitucionalização e o atendimento a crise, agora o que eu tenho visto, que eu tenha sido mais convocada, é a questão da crise na infância e na adolescência, e da questão AD, os pacientes que estão internados com transtorno mental que estão internados nos hospitais psiquiátricos, esses, somos mais convocados para as questões de desinstitucionalização, não para discutir casos, não tenho visto aparecer muito, mas essa questão AD sempre é uma questão até por conta das internações compulsórias, as pessoas sempre querem saber onde encaminhar, se ainda tem um lugar para internar...” (**Psicóloga- apoiadora a 8 anos na região Serrana.**)

- “A mediação do apoiador se dá numa relação mais estreita junto às coordenações municipais de saúde mental e trabalhadores, em poucos casos, infelizmente, chegamos aos usuários, apesar da indução frequente de se pensar na participação destes nos fóruns municipais, assembleias nos Caps e instituição de associações...” (**Assistente Social, apoiadora há 10 anos- região metropolitana II**)

- *“O Apoiador Institucional media as relações através, principalmente, via supervisão e monitoramento junto aos municípios para a implantação e qualificação dos dispositivos da RAPS. Uma das estratégias utilizadas para materializar esta mediação seriam reuniões com os gestores municipais, visando a defesa da política nacional de saúde mental na condução técnica dos serviços da rede, bem como para a implantação de novos dispositivos de SM, que viabiliza o trabalho efetivo no território. ” (Assistente social, apoiadora há 9 anos na região metropolitana I)*

- *“O apoiador institucional da CAPS/SES-RJ busca instruir e fomentar a leitura crítica das atuais normativas federais pelas Coordenações e técnicos de Saúde Mental, considerando as mudanças nas diretrizes técnico-clínicas do Ministério da Saúde no campo da Atenção Psicossocial, além das ações propositivas nos dois eixos fundamentais da área técnica estadual: a desinstitucionalização e a atenção à crise em saúde mental, à luz dos preceitos da Reforma Psiquiátrica. ” (Psicóloga, apoiadora há 6 anos na região Centro-Sul)*

- *“Na implementação das políticas públicas, os gestores municipais priorizam outros programas em suas gestões. Assim o Apoiador Institucional tem o objetivo principal induzir aos gestores municipais a dar continuidade nos serviços pactuados e a necessidade da ampliação da rede municipal.” (Terapeuta Ocupacional, apoiadora há 10 anos Região metropolitana I)*

O Apoio Institucional do estado vai sendo mediador a partir de encontros, na interface dos mandatos de gestão, como se percebe nas narrativas dos Apoiadores, produzindo um trabalho vivo produzindo trabalho a partir das práticas positivas em saúde mental, na implantação da RAPS nos municípios.

A legislação é aporte na orientação do trabalho e discussão da dinâmica dos trabalhadores no cuidado e garantia de direitos dos usuários da atenção psicossocial, porém este campo é atravessado por lutas diárias, resistências e afetações, que emerge como material a ser colocado em análise.

Quanto ao Apoio institucional estadual, nomeado pelo Ministério da Saúde, este também surge como mediador na função normativa que estabelece as relações construtivas como apoio integrado, é a estratégia que busca privilegiar a função normativa para estabelecer relações construtivas entre as três esferas de governo. Os trabalhadores para a função de apoio demonstram sua capacidade de autogoverno, pois ao manejar seus saberes tecnológicos o fazem de maneira autônoma, sob uma perspectiva crítica aos pressupostos modelares que orientam o processo de gestão na política de saúde mental no interior do SUS.

Categoria 4 - Avanços e retrocessos no trabalho como apoiador

*“Avanços quando pensamos, avaliamos que usuários que viveram longos anos de institucionalização, hoje estão inseridos em residências terapêuticas, circulando pelo território, exercendo sua cidadania e/ou que voltaram para suas famílias. A lógica que, um usuário em crise deve ser cuidado no território nos leitos de hospital geral e/ou nos CAPS” (Terapeuta Ocupacional, apoiadora há 10 anos
Região metropolitana I)*

“Avanços? No contexto político atual do país, de cortes financeiros nas políticas públicas, em desenvolvimento, e, ainda, carecendo de investimento, aliado ao pensamento conservador que tem mudado a lógica de intervenção nos fenômenos sociais, de saúde e outros, fica difícil ver avanços. Podemos falar em possibilidades. Possibilidades de resistir e de um possível avanço, ou uma maior possibilidade de resistir, de manter a lógica antimanicomial que defendemos, com o cofinanciamento promovido pela SES, apesar do governo de direita do atual governador. Mas isso é ainda uma possibilidade...a depender de muito trabalho, principalmente porque não há uma ferramenta direta de monitoramento da utilização do dinheiro na saúde mental. ” ((Assistente Social, apoiadora há 10 anos- região metropolitana II)

- “Os limites hoje do apoio institucional, é essa precarização, porque o trabalho a gente sabe como é, uma lógica técnica, não é uma questão política, tem municípios que criam serviços que a gente não apoia, por isso precisamos estar pertos. Quando se está próximo pode se desconstruir uma lógica independente de uma política partidária. ”
(Psicóloga- apoiadora a 8 anos na região Serrana).

“Nesse momento de grande desmonte da Rede de Atenção Básica e da Rede de Saúde Mental, desmonte do SUS, reunir 90% dos coordenadores de CAPSi do Estado do Rio e discutir com eles indicadores de qualidade para a Atenção Psicossocial Infanto juvenil é outro avanço. **(Psicóloga – Apoio de Eixo da Infância)**

“Iniciando a questão pelos retrocessos no trabalho direto do apoiador, elenco os ataques sistemáticos que, não apenas a política de saúde mental, o SUS e as políticas sociais da mesma forma, vem sofrendo nos últimos anos, na tentativa de desmantelar direitos sociais já conquistados pelos nossos usuários. Esses ataques trouxeram greves consequências para a ponta do trabalho, como o sucateamento dos serviços já existentes, acompanhados de diminuição de RH, bem como queda na qualificação profissional, Apesar desses retrocessos, como avanços podemos identificar de reorganização dos trabalhadores de SM que, apesar das dificuldades, passaram a lotar os fóruns ampliados da coordenação de atenção psicossocial como tentativa de fortalecimento coletivo para tentar manter a qualidade da assistência aos usuários, mesmo com todos os entraves. Não podemos deixar de destacar a implantação do COFI-RAPS, cofinanciamento dos dispositivos da RAPS, financiado pela gestão estadual para fomentar as redes.
(Assistente social, apoiadora há 9 anos na região metropolitana I)

A articulação de uma rede de atenção à saúde mental de base comunitária foi nos últimos dez anos um dos principais desafios da gestão estadual. Somente uma rede, com seu potencial de construção coletiva de soluções, é capaz de fazer face à complexidade

das demandas e de garantir a resolutividade e a promoção de autonomia e cidadania às pessoas com transtornos mentais. A rede de saúde mental é complexa, diversificada, de base territorial, e deve constituir-se como um conjunto vivo e concreto de referências para o usuário dos serviços. Abaixo, os principais avanços conquistados na construção de uma atenção em rede e de base comunitária em saúde mental no SUS.

No primeiro Governo Lula, o processo de desinstitucionalização avançou significativamente, sobretudo com a instituição, pelo Ministério da Saúde, de mecanismos para a redução gradual e planejada de leitos no país e a expansão de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico.

Neste período, o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/ Psiquiatria) – primeiro processo avaliativo sistemático, anual, dos hospitais psiquiátricos no Brasil, instituído em 2002 – e o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH) – estratégia de redução progressiva e pactuada de leitos a partir dos macro hospitais, instituída em 2004 – foram os principais mecanismos de avaliação e redução de leitos psiquiátricos.

Quanto as respostas dos apoiadores a pergunta sobre avanços e retrocessos, foram muito econômicas, diante da participação desses gestores nos processos promovidos a partir da luta antimanicomial e da regulamentação da RAPS, quanto as evidências dos avanços na implantação da política de saúde mental e as práticas dos Apoiadores Institucionais da CAP/SES, pois se avançou em muitos pontos com fechamentos de hospitais psiquiátricos, como pode se ver em um quadro acima e conseqüentemente na contribuição, com a mediação entre os municípios, do processo de desinstitucionalização, como construtores de sentidos para conhecimento das pessoas internadas, formando comissões para levantamento das histórias dos pacientes em hospitais psiquiátricos e discussão nos territórios, da relação dos lugares com as vidas dos usuários. Ainda presença nas audiências judiciais e incentivo aos municípios para os fechamentos desses modelos manicomiais no Estado do Rio de Janeiro. Porém, veremos na maioria das respostas evidenciando-se apenas o Cofinanciamento como avanço e como retrocesso o desmantelamento da rede que vem acontecendo desde 2016, inclusive com novas leis surgindo do Ministério da Saúde que produziram retrocessos, incentivando aumento de leitos psiquiátricos e modelos asilares como comunidades terapêuticas no âmbito da saúde.

Há que ser considerado, uma certa desmotivação da equipe com a redução de apoiadores, durante o percurso deste trabalho de pesquisa, alguns por aposentadorias e outros por afastamentos, desta pesquisa que se iniciou em 2018 e também mudanças de gestão de secretários e governo com momentos inclusive de falta de salários promovida pela grande crise do governo do Pezão (2018/2019).

Capítulo 5

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Apoio institucional é uma função gerencial que reformula o modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Um de seus principais objetivos é fomentar e acompanhar processos de mudança nas organizações, misturando e articulando conceitos e tecnologias advindas da análise institucional e da gestão. Ofertar suporte ao movimento de mudança deflagrado por coletivos, buscando fortalecê-los no próprio exercício da produção de novos sujeitos em processos de mudança é tarefa primordial do apoio. Temos entendido que a função do apoio é chave para a instauração de processos de mudança em grupos e organizações, porque o objeto de trabalho do apoiador é, sobretudo que do, o processo de trabalho de coletivos que se organizam para produzir, em nosso caso, saúde. A diretriz do apoio institucional é a democracia institucional e a autonomia dos sujeitos. Assim sendo, o apoiador deve estar sempre inserido em movimentos coletivos, ajudando na análise da instituição, buscando novos modos de operar e produzir das organizações. É, portanto, em uma região limítrofe entre a clínica e a política, entre o cuidado e a gestão – lá onde estes domínios se interferem mutuamente – que a função de apoio institucional trabalha no sentido da transversalidade das práticas e dos saberes no interior das organizações.

Quanto ao lugar dos gestores de saúde, para além da eficácia das questões legais e das técnicas aplicadas à gestão pública da saúde, a sua escuta deve ser atenta às necessidades dos cuidados aos cidadãos. Os serviços centrados nas pessoas e com a produção sempre do acesso.

O retrocesso que estamos vivendo a partir de 2016, com a recuperação de modelos manicomial, vai contra as diretrizes do modelo da política de saúde mental. Na verdade, buscando atender interesses de mercado, oferecendo instituições totais, como no caso do que chamam de comunidades terapêuticas e leitos especializados, onde se volta a oferecer

em nome de tratamentos, exclusão social e comunitária, com contenções violentas e involuntárias, na maioria das vezes compulsória e ajuizada, produzindo para os sujeitos que sofrem com transtornos mentais, o anonimato e impossibilidade de autonomia. Apenas constrangimento e paralisia cidadã, com violação de Direitos Humanos. Ainda sendo esses dispositivos, orientados para o lucro do mercado hospitalar ou de orientação religiosa, sem nenhum cunho que possa apontar cientificidade. Pelo contrário, de forma arbitrária, apostam em reforma moral, principalmente no uso abusivo de álcool e drogas, sem pensar sob a perspectiva de crises, criando longas internações de formas repressivas a aqueles que desobedecerem às normas uniformizadas que não levará em conta contextos sociais, culturais e principalmente constituição subjetiva das pessoas/sujeitos. Tudo isso sem a vigilância e controle da própria política de saúde.

No momento que elaboro as considerações finais deste trabalho, estou imersa na área técnica de Saúde Mental do Estado como Apoiadora. E é envolvida no cotidiano da esfera administrativa e técnica do Sistema Único de Saúde que elaborei a reflexão sobre a minha experiência no trabalho para o SUS e como trabalhadora do campo da Saúde Mental no Estado do Rio de Janeiro. A partir desse lugar que ocupo neste exato momento na gestão estadual, há oito anos que pude direcionar o foco das minhas reflexões de conclusão desta pesquisa, considerando a prática e experiência pessoal que caminha na perspectiva das respostas dos outros apoiadores, com isso elencar algumas premissas que direcionam o trabalho do Apoiador Institucional na Política de Saúde Mental. O contato com as mais diversas demandas e realidades de cada município desse país tão heterogêneo, com as solicitações de cada secretário de saúde ou coordenador de Saúde Mental, faz refletir se temos buscado como gestores e apoio a implantação da RAPS, compartilhando parcerias efetivas, que resultam não apenas no aumento dos indicadores da cobertura de serviços, mas principalmente na qualidade do cuidado ofertado.

Acredito que precisamos formar trabalhadores e gestores capazes de romper com os velhos paradigmas da gestão, das políticas. É necessário percorrer caminhos menos burocráticos e mais cheios de afeto e compromissos, de encontros que sejam realmente potentes e capazes de produzir trabalho vivo, a partir das relações das práticas. Precisamos acreditar mais na formação em serviço, e que através da análise das nossas ações de maneira contínua, possamos reparar mais os nossos erros e produzir mais acertos. Desse modo, transformar a formação e a gestão do trabalho em saúde nos processos, nos atos que produzem saúde. Isso requer avaliação e mediações nas relações, nos processos, nas pessoas, nas instituições e no aperfeiçoamento dos acessos a atenção integral. Havendo

condução e fortalecimento das políticas com o controle social e a garantia de direitos para os usuários. A formação para a área da saúde necessita ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Em relação ao papel do Estado, junto ao Ministério da Saúde, não pode cessar a avaliação do seu papel como parte da gestão tripartite do SUS. Avalio que a Coordenação de Saúde Mental em alguns momentos poderia ter mais governabilidade e eficácia nas suas ações, se tivesse mais empoderamento e recursos para seu desempenho articulador junto aos municípios... O Estado somente em dez/2019 disponibiliza um cofinanciamento para as ações e ampliação da rede de atenção psicossocial. O Estado até então atuava como mediador e provocador da política de saúde mental, deixando toda a responsabilidade financeira da implantação das políticas, com os municípios. É indispensável fortalecer parcerias, para que possamos monitorar, discutindo junto com os municípios e regulando a lógica do cuidado em saúde mental. Não como fiscalizadores, mas como extensão dos poderes na implantação dessa política.

Mesmo com tantas barreiras que o Estado sofreu e ainda encontra barreiras, com mudanças de gestões nos últimos tempos, com o retrocesso de processos políticos de caráter cada vez menos democrático e com visões neoliberais, mais preocupados com mercados privados, que não permitem acessos a saúde de forma com os princípios da integralidade e equidade do SUS, os trabalhadores que são apoiadores institucionais de saúde mental permanecem ainda nos dias atuais, se orientado pelo modelo antimanicomial e sob a política do SUS, provocando o cuidado de base territorial e com estratégias construídas coletivamente, com a direção de trabalho de forma a ouvir as práticas adaptadas as características regionais e participando nas discussões municipais para ampliação da rede de Atenção Psicossocial para garantia de acesso ao cuidado em saúde mental.

Valendo registrar, já que se finaliza esta escrita em junho de 2020, onde o Brasil enfrenta a pandemia do COVID 19. Os Apoiadores Institucionais do Estado do RJ, precisaram fazer também um trabalho para se articular para resistir ao desmantelamento da RAPS, no momento trágico, onde o isolamento social é a estratégia possível para salvar vidas. Para isso construíram pontes tecnológicas com reuniões on-line com a gestão e os municípios e incentivando o acompanhamento dos usuários pelos territórios. Sabemos

que os usuários da Atenção Psicossocial, necessitam dessa rede de atenção, onde muitas vezes é o único lugar que acessam em saúde.

Possuímos muitas consolidações no campo da saúde mental e uma rede implantada que nos permite cuidar, e agora neste momento, estamos precisando reafirmar os pontos da luta antimanicomial, pela perda no país das garantias oferecidas pelo Estado. Como fazer face a atual situação, com a morte de milhares de pessoas, inclusive trabalhadores e usuários da saúde mental pelo COVID 19 no Estado do RJ? Foi preciso a aproximação, pelos apoiadores das regiões, com reuniões remotas com os municípios, contribuindo para a reorganização dos serviços da rede. Construindo documentos de apoio e estabelecendo frentes para que os trabalhadores da RAPS não se sintam isolados das outras esferas. No campo da saúde mental continuamos defendendo o que a reforma psiquiátrica, e o avanço civilizatório, como ressalta Delgado em seu discurso, que a Política de Saúde Mental trouxe ao modelo de Atenção Psicossocial ao Brasil, conseguindo implantar no Sistema Único de Saúde uma rede de cuidados potente. Isto apesar de passarmos pelo desfinanciamento da saúde com a emenda 95, no governo Temer, que congela por 20 anos os recursos da saúde, da assistência social, e da educação, sendo uma medida que vem se agravando para o desmantelamento com o governo Bolsonaro.

Cabe aos Apoiadores trabalharem em momentos adversos, com a passividade social a esse contexto, construindo diálogos com a ciência, com as universidades e com as práticas resistentes a partir do cuidado que se estabelecem nos municípios para a Atenção Psicossocial.

Apesar dos entraves enfrentados na RAPS, esse de modelo atenção pública no âmbito do SUS, já possui legitimidade pela sociedade no Brasil.

Como o propósito maior da política de saúde mental é o cuidado em liberdade, sei que aqui não termina o aprendizado e o estímulo dos trabalhadores e da própria sociedade, entendendo que a construção dessa rede é um trabalho muito jovem e que assim como nesse momento terrível que vivemos no país de destruição das políticas públicas, não há dúvida que ainda, o SUS avançou no Brasil, mas que teremos que nos empenhar para reconstruir, onde as estratégias de cuidados foram paralisadas.

Esse modelo de gestão da saúde já é aprovado em diversos países de cunho democrático e de caráter público e universal. No caso do Brasil, acesso a todos os brasileiros, sem distinção de classe ou valor de contribuição à previdência. Essa construção faz parte da garantia de direitos e efetividade da cidadania.

Concluo dessa forma que a metodologia do Apoiador Institucional é fundamental na sua capacidade de dialogar com as esferas dos poderes e provocar, estimular e no âmbito da gestão estadual mediar as ofertas e supervisionar os financiamentos que coloquem em funcionamento a rede, que vai cuidar de forma a reduzir danos aos que apresentam sofrimento mental. Ou seja, garantir a essas pessoas, que muitas vezes apresentarão períodos de crise, que mesmo suspensas, sofram a exclusão definitiva da sociedade, com encarceramentos e asilos que defendam o aprisionamento, sejam em nome do saber científico, religioso ou entendimento da justiça sobre a normalidade e a loucura.

Em um país de grande desigualdade, onde a expressão do sofrimento, que a pobreza e a fome produzem, a exclusão poderá se definir como transtornos psiquiátricos, sendo que, muitas vezes, o que se trata são questões de cunho psicossocial. Então a política de saúde mental precisa ser amplamente implantada. Para isso precisa contar com atores, entre tantos, os Apoiadores Institucionais que entendem esse trabalho, com toda sua plasticidade, mas também com as diretrizes da política de saúde mental, dizendo não aos discursos de retrocesso a partir de 2016, mas permanecer alinhado a essência da sua construção, para que ocorra o cuidado fundamentado na atenção psicossocial.

. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

BADUY, R.S. **Gestão municipal e produção do cuidado: encontros e singularidades em permanente movimento**. Rio de Janeiro, 2010. Tese (Doutorado em Clínica Médica) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

BERTUSSI, Débora Cristina. **O Apoio Matricial Rizomático e a Produção de Coletivos na Gestão Municipal em Saúde**. Rio de Janeiro, 2010. Tese (Doutorado em Clínica Médica) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

BRASIL. **Lei nº 10.216**, de 6 de abril de 2001. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 abril. 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental**. 2a Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002a.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde; 2002b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. 2002. Regulamenta as modalidades de Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, estabelece normas de funcionamento e composição de equipe. Brasília, DF, 2002c.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. - Brasília: CONASS, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 4. ed., 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Publicada no DOU de 31/12/2010, Seção I, Página 89. Brasília, DF, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2011a

_____. **Decreto 7.508**, de 28 de Junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. 2011b.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o apoio integrado à gestão interfederativa do SUS**. Coordenação-Geral de Cooperação Interfederativa. Brasília, DF, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Apoio Integrado à Gestão Descentralizada do SUS**. Ministério da Saúde, 2012b.

CAMPOS, GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Ed. Hucitec; 2003. 185p

CAMPOS, GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. 2ed. SP: Hucitec, 2005. 236p.

CECCIM, R. B; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(1):41- 65, 2004.

DELEUZE, G; GUATTARI, F. As três Novelas ou “O que se passou?” In: Deleuze G. e Guattari F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Vol 3. Suely Rolnik (trad.). Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995c. p.58-75.

DELGADO P.G; GOMES M.P.C; COUTINHO, E. S. F. Novos rumos nas políticas públicas de saúde mental no Brasil. **Cad Saúde Pública** 2001; 17:452-3.

FAGUNDES, S. Saúde mental nas políticas municipais. In: CAVALCANTI, M.T; VENANCIO, A, T. **Saúde Mental: Campos, Saberes e Discursos**. Rio de Janeiro: Edições IPUB/CUCA, 2001.

FERLA, A.A; CECIM, R.B; PELEGRINI, M,L.M. Atendimento integral: a escuta da gestão estadual do SUS. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A (orgs). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, Abrasco, 2003, p. 61-88.

FERNANDES, F. D. **(In)ventando Multiplicidades: A Função Apoio enquanto Dispositivo de Produção de Saúde no SUS.** São Paulo, 2012. Monografia (Programa de Aprimoramento Multiprofissional e Especialização em Saúde Coletiva). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

FLICK, U.W.E. **Introdução a pesquisa qualitativa;** tradução Joice Elias Costa- 3 eds. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FRANCO, T.B.; As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde, in: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. de (Orgs.). **Gestão em Redes.** Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-LAPPIS, 2006

FRANCO, T. B et al (orgs.). **A Produção Subjetiva do Cuidado.** Hucitec, São Paulo, 2009.

GUIZARD, F. L; CAVALCANTI, F. O. A Gestão em Saúde: nexos entre o cotidiano institucional e participação no SUS. **Interface comunicação saúde educação.** V 14, n 34, p. 633-45, jul/set, 2010.

HECK, R.M et al. Gestão e Saúde Mental: Percepções a partir de um Centro de Atenção Psicossocial. **Texto Contexto Enfermagem,** Florianópolis, 2008. p. 647-655.

KASTRUP V; BARROS, RB. Movimentos-funções do dispositivo na prática da cartografia. In: Passos E.; Kastrup V; Escóssia L. (org.) **Pistas do método da cartografia: pesquisa intervenção e produção de subjetividade.** Porto Alegre: Sulina, 2009.

LIMA, L. D. de et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva,** Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, Julho, 2012.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde.** Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília, 2011.

MENDONÇA, P. E. X. de. **(LUTA) EM DEFESA DA VIDA:** tensão e conflito, reconhecimento e desrespeito nas práticas de gestão do Sistema Único de Saúde. Paulo Eduardo Xavier de Mendonça – Rio de Janeiro, 2008. 143 f. Dissertação: (Mestrado em Medicina), Universidade Federal do Rio de Janeiro.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY EE & ONOCKO R (Org.). **Agir em saúde: um desafio para**

o público. 2ª Ed. São Paulo – Buenos Aires: Hucitec - Lugar Editorial, 1997. Cap. 2, p.71-112.

_____. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 4(2): 305-314, 1999.

_____. **Saúde: cartografia do trabalho vivo de saúde em ato.**

Hucitec, 2002.

MERHY, E. E. Engravando palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos.** Rio de Janeiro: UERJ-IMS, 2005. p. 195-206.

MERHY, E.E; FRANCO, T.B., Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional in **Saúde em Debate**, Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003.

MERHY, E. E; MAGALHÃES JÚNIOR HM, RIMOLI J, FRANCO TB, BUENO WS, organizadores. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo: Editora Hucitec; 2003.

MINAYO, M. C. S **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

OLIVEIRA, G. N. **Devir Apoiador: Uma Cartografia da Função Apoio.** Campinas, SP: [s.n.], 2011. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

ONOCKO-CAMPOS, R. T; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a Saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad.Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v 22, n. 5, maio de 2006

PATTON, M. **Qualitative research and evaluation methods.** Thousand Oaks: Sage Publications, Londres, 2002.

SANTOS NR. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. **Ciência Saúde Coletiva**, 2007; 12:429-35.

SANTOS FILHO, S.B. Articulando planejamento e contratos de gestão na organização de serviços substitutivos de saúde mental: experiência do SUS em Belo Horizonte. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 172181, jan./dez. 2008.

SARACENO, B. **Libertando Identidades:** da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2.ed. Rio de Janeiro: Te Corá/ Instituto Franco Basaglia, 2001.

SIMON AG; BAPTISTA TWF. O papel dos estados na política de saúde mental no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 27(11):2227-2241, nov, 2011.

SOUZA, Marcela Tavares de, SILVA, Michelly Dias da, CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Enstein*. 2010; 8(1 Pt 1):102-6.

QUEIROS D.T; VALL, J; SOUZA, A.M.A; VIEIRA, N.F.C. Observação participante na Pesquisa Qualitativa: Conceitos e Aplicações na Área da Saúde. *Enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2007 abr/jun; 15(2): 276-83.

VASCONCELOS, M.F.F; MORSCHEL, A. O apoio institucional e a produção de redes: do desassossego dos mapas vigentes na Saúde Coletiva. *Interface: Comunicação Saúde e Educação*. v.13, supl.1, p.729-38, 2009.

VÍCTORA, C, G. et al. **Pesquisa Qualitativa em Saúde: introdução ao tema.** Porto Alegre: Tomo Editora, 2000.

YASUI, S. **Rupturas e Encontros:** desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

ANEXOS:

Questionário:

ROTEIRO DE ENTREVISTA APOIADORES CAPS/SES/RJ

Nome Completo:

Idade:

Sexo:

Naturalidade (cidade/Estado)

Profissão:

Instituição onde se graduou:

Tempo de atuação na GSM/SES/RJ:

Região que apoia:

Tipo de vínculo com a GSM/SES/RJ:

Carga horaria semanal :

1 – Em que consiste o trabalho do Apoiador Institucional no âmbito do Estado do RJ?

2 – A gestão política interfere nesse trabalho?

3- Em que o Apoiador Institucional media a implantação da política de Saúde Mental nos territórios municipais?

4- O que considera de avanços e retrocessos no seu trabalho como apoiador?

Observações adicionais:

Aprovação do comitê de Ética:

Título da Pesquisa: O Apoiador Institucional Estadual e sua função na articulação da Política de Saúde Mental

Pesquisador Responsável: NELLY DE AZEREDO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 90188218.9.0000.5263

Submetido em: 23/05/2018

Instituição Proponente: Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro/ IPUB/ UFRJ

Situação da Versão do Projeto: Aprovado

Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

