UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Ingrid Ignes Battisti

Projeto assistencial nos serviços de Saúde Mental: Rede de atenção e prática profissional

Ribeirão Preto
2022

INGRID IGNES BATTISTI

Projeto assistencial nos serviços de Saúde Mental: rede de atenção e prática profissional

Versão original

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP/USP), como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Psicologia em Saúde e Desenvolvimento

Orientadora: Profa. Dra. Marina Simões Flório Ferreira Bertagnoli

Ribeirão Preto

2022

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Battisti, Ingrid Ignes

Projeto assistencial nos serviços de Saúde Mental: Rede de atenção e prática profissional / Ingrid Ignes Battisti; Orientadora: Marina Simões Flório Ferreira Bertagnoli. – Ribeirão Preto, 2022.

109 p.

Dissertação de Mestrado -- Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Área de concentração: Psicologia em Saúde e Desenvolvimento

1. Saúde Mental. 2. Integralidade em Saúde. 3. Gestão em Saúde. 4. Políticas de Saúde. 5. Serviços Públicos de Saúde.

Nome: Battisti, Ingrid Ignes

Título: Projeto assistencial nos serviços de Saúde Mental: rede de atenção e prática profissional

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP/USP), como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em:

Banca Examinadora
Prof(a). Dr(a). _____
Instituição: _____
Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____
Instituição: _____
Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____
Instituição: _____
Julgamento: _____

Aos profissionais de saúde com quem trabalhei em minhas pesquisas e estágios, que tanto me ensinaram e continuam me ensinando em todos esses anos.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Greta e Josemar, por sonharem comigo, pelo incansável apoio às minhas escolhas e suporte às dificuldades encontradas no caminho.

Ao meu irmão, Gabriel, e minha cunhada, Júlia, por seu carinho e presença ao longo da realização deste trabalho.

Aos meus amigos Ana Lívia, Lívia, Kaira, Glaucia, Lais, Vitor, Roberta, Caio, Mari, por terem acompanhado esse processo de perto, me lembrando de toda a vida que há lá fora, terem aguentado todas as reclamações nos momentos de dificuldade, e terem auxiliado na construção desse trabalho, cada um ao seu modo.

À minha orientadora, por ter me ajudado a dar sentido para tantas experiências prévias que iluminaram esse caminho antes inimaginado, por sempre acreditar no meu trabalho, mesmo quando as dúvidas tomam conta de mim, e por toda a parceria, confiança e amizade construídas ao longo desses anos.

À minha parceira de laboratório e grande amiga Giulia, por ter chegado em meio ao caos do meu processo e dividir comigo as angústias desse caminho, tornando-o menos solitário, mais divertido e cheio de sentido.

À minha analista, sem a qual esse trabalho não seria possível.

RESUMO

Battisti, I. I. (2021). *Projeto assistencial nos serviços de Saúde Mental: rede de atenção e prática profissional*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Comprometido com a investigação das propostas assistenciais e gerenciais que sustentam as práticas de trabalho desenvolvidas em serviços de saúde mental, este estudo se apoia em um conjunto de conhecimentos em que convergem elementos da Psicologia, da Saúde e das Políticas Públicas. Orientado pelo conceito de saúde como direito e atentando para o compromisso da integralidade e para o esforço que vem sendo implementado para o fortalecimento das práticas interprofissionais em saúde, compreende-se que o trabalho em saúde mental é parte de um processo contínuo, no qual se deve considerar os indivíduos, pessoas que procuram cuidado em saúde, profissionais de saúde e gestores, como sujeitos imersos em relações, nas quais gestores podem ter papel chave na produção de novos sentidos, autonomia, criatividade e desalienação. Seus objetivos são compreender o projeto de trabalho que sustenta as práticas assistenciais dos serviços do componente especializado da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de um município de grande porte do interior do Estado de São Paulo, procurando compreender de que forma os serviços, profissionais e gestores têm operado arranjos específicos de cuidado em resposta às necessidades locais de saúde; para atingi-los, foi realizado mapeamento da composição da rede de serviços públicos de saúde voltados à atenção em saúde mental neste município, buscando-se explicitar a articulação desta rede de serviços e ações assistenciais com a macroestrutura das políticas públicas de saúde no município, bem como investigar a compreensão que os gestores destes serviços têm sobre as práticas de cuidado desenvolvidas nas unidades sob sua supervisão. A análise de dados, guiada pelo referencial teórico da Hermenêutica-Dialética, relacionou informações documentais derivadas das políticas locais de saúde, o material empírico produzido por entrevistas individuais com gestores ligados à área de Saúde Mental e o aporte teórico que embasa o estudo. Ressalta-se que em todas as etapas de execução do estudo foram assegurados os devidos cuidados éticos. Os resultados apontam para o Caráter Performático do Trabalho, no qual aspectos subjetivos do trabalhador e processos de trabalho se retroalimentam, afetando diretamente o modo como esse profissional atua. Além disso, foi identificado projeto formal para implementação da RAPS no município, contudo, dificuldades de diálogo e integração entre os diferentes pontos de atenção da rede pública e o uso do poder da especialização com o recurso de controle dos equipamentos da rede fragilizam a proposta, inviabilizando sua plena execução. Os dados indicam a relevância de se instituir processos permanentes para a reflexão e discussão em espaços coletivos do município acerca das dissonâncias existentes entre as ações implementadas e o objetivo manifesto, assim como das consequências dessas ações no processo de cuidado integral, destacando-se as possibilidades de atuação dos gestores nesses processos.

Palavras-chave: Saúde Mental. Integralidade em Saúde. Gestão em Saúde. Política de Saúde. Serviços Públicos de Saúde.

ABSTRACT

Battisti, I. I. (2021). *Care project in mental health services: care network and professional practice* (Master Thesis). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Committed to the investigation of care and management proposals that support the working practices developed in mental health services, this study is based on a set of knowledges converging Psychology, Health and Public Policies' elements. Guided by the concept of health as a right and paying attention to the commitment to integrality and to the effort that has been implemented to strengthen interprofessional health practices, it is understood that labor in mental health is part of a continuous process that should consider individuals, people who seek health care, health professionals and managers, immersed in relationships, in which managers can play a key role in the production of new meanings, autonomy, creativity and disalienation. This study goals are to understand the work project that supports care practices of services of the specialized component of the Psychosocial Care Network, part of the Brazilian Public Health System, in a large city in the interior of the State of São Paulo, seeking to understand how services, professionals and managers have operated specific care arrangements in response to local health needs; to reach them, a mapping of the composition of the network of public health services focused on mental health care in this city was carried out, seeking to explain the link between this network of services and assistance actions, and the macrostructure of public health policies in the municipality, as well as investigating the understanding of the services' managers on the care practices developed in the units under their supervision. Data analysis was guided by the theoretical framework of Hermeneutics-Dialectics, related documental information derived from local health policies, the empirical material produced by individual interviews with managers linked to the Mental Health area and the theoretical support that underlies the study. It should be noted that all stages of the study were ensured by ethical concerns. The results point to the Performing Character of Work, in which subjective aspects of the worker and work processes feed one another, directly affecting the way the professional works. In addition, a formal project was identified for the implementation of the Psychosocial Care Network in the municipality, however, difficulties in the dialogue and integration between different care services in the public network and the use of the power of specialization as a resource to control network assistance, it weakens the proposal, impeding its full implementation. Data indicates the relevance of instituting permanent processes for reflection and discussion in collective spaces about the dissonances between the implemented actions and the manifest objective, as well as the consequences of these actions in the process of integral care, highlighting possible roles of managers in these processes.

Keywords: Mental health. Integrality in Health. Health Management. Health Policy. Public Health Services.

LISTA DE SIGLAS

AB - Atenção Básica

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

AM - Apoio Matricial

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CER - Centro de Reabilitação

CFP - Conselho Federal de Psicologia

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNS - Conferência Nacional de Saúde

CSE - Centro de Saúde Escola

CTI - Centro de Terapia Intensiva

EPS - Educação Permanente em Saúde

EPS - Educação Permanente em Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

FFCLRP/USP - Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC - Iniciação Científica

NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família

PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

CROSS – Centro de Regulação de Ofertas de Serviços em Saúde

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNH - Política Nacional de Humanização

PNSM - Política Nacional de Saúde Mental

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RAS - Rede de Atenção à Saúde

RH - Recursos Humanos

SM – Saúde Mental

SMS - Secretaria Municipal da Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UAI - Unidade de Acolhimento Infanto-juvenil

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 12

2. CAPÍTULO 1 - PROJETO ASSISTENCIAL: A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE E A SAÚDE MENTAL 16

2.1 Modos de assistência em saúde e as tensões entre subjetivação e assujeitamento 19

2.2 Rede de Atenção Psicossocial e Regionalização 27

2.3 A prática em saúde e a ressignificação do cuidado em saúde mental 33

3. CAPÍTULO 2 - COGESTÃO 41

3.1 O gestor: entre o suporte e o limite 42

3.2 O gestor entre planos e projetos: a construção de um espaço comum possível 45

4. CAPÍTULO 3 – MÉTODO: O FAZER DA PESQUISA 48

4.1. Contexto e justificativa do estudo 48

4.2 Objetivo 49
4.2.1 Objetivo Geral 49
4.2.2. Objetivos Específicos 49

4.3. A Hermenêutica-Dialética como caminho teórico-metodológico 49

4.4. Percurso metodológico 53

4.5. Procedimentos de Coleta de Dados 55
4.5.1. Locais de pesquisa 56
4.5.2. Participantes 57
4.5.3. Entrevistas 57
4.5.4. Procedimentos de Análise dos Dados 58
4.5.5. Procedimentos Éticos 60

5. CAPÍTULO 4 - RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS 61

5.1. Eixo 1 - Experiências de inserção: a construção de si como profissional 62
5.1.1 Jorge 63
5.1.2 Paula 66

5.1.3 Cláudio 67
5.1.4 Luciana 68
5.1.5 Priscila 69
5.1.6 Sabrina 71

5.2 Eixo 2 - Caracterização da rede: potencialidades e limites do que se pode fazer 72
5.2.1. Saúde Mental no Município: histórico de serviços e estratégias de gestão 72
5.2.2. RAPS: composição e funcionamento 75
5.2.3 Serviços especializados em saúde mental e os arranjos de funcionamento 82
5.2.4. Projetos de Trabalho: entre expectativas e possibilidades 87

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS 93

REFERÊNCIAS 96

APÊNDICES 105

ANEXOS 109

1. INTRODUÇÃO

"Ando devagar porque já tive pressa
Levo esse sorriso
Porque já chorei demais"

(Almir Sater e Renato Teixeira, *"*tocando em frente")

Buscam-se, cada vez mais, respostas e soluções rápidas para problemas, angústias e sofrimentos. Nas vidas privadas e nas instituições há tentativas desenfreadas de produzir o máximo com o mínimo de recursos, de tempo. A música da epígrafe está ali como lembrete de que não se pode correr sempre, de que em altas velocidades não se pode apreciar a paisagem, nem conhecer "o sabor das massas e das maçãs". Há coisas que se perdem.

Este trabalho é também um convite para se diminuir a velocidade e "conhecer as manhas e as manhãs", entendendo que é o cotidiano que dá argamassa e sentido para a vida. Enquanto diferentes vertentes de Gestão em Saúde concentram-se em pensar formas de acelerar os processos de cuidado e "otimizar" o tempo dos profissionais, aqui defende-se que é necessário que haja tempo. Tempo para viver o trabalho e para pensar naquilo que foi (e é) vivido.

A ideia defendida aqui é de que é justamente naquilo que se perde nas altas velocidades, que escapa entre o que se diz que é feito e o que de fato se faz, entre o que se deseja e o que é possível, que está a chave para mudanças no cuidado, na organização dos serviços e na satisfação daqueles que operam o cuidado. Implicação e envolvimento de si enquanto gente que cuida de gente, e não como ser desprovido de vida que aplica técnicas e procedimentos.

O presente estudo deriva do interesse pelo campo das Políticas Públicas em Saúde e, em especial, da inquietação ante as dificuldades para inserção de ações da Psicologia em serviços públicos de saúde não especializados na atenção à saúde mental, observadas ao longo do desenvolvimento de projeto de Iniciação Científica (IC) e em atividades de estágios profissionalizantes da graduação.

Os resultados da IC, que investigou as expectativas de profissionais da Atenção Básica (AB) em saúde em relação ao trabalho de psicólogos na saúde pública, indicam que persiste um modelo de cuidado dicotômico, que segrega corpo e mente e impede a construção de processo assistencial efetivamente integral no contexto da saúde,

contrariando um princípio elementar do Sistema Único de Saúde (SUS), a integralidade (Lei n. 8080/1990, de 19 de setembro de 1990).

Além disso, os resultados da IC também permitiram iniciar reflexão acerca de como as experiências prévias dos profissionais de saúde, sejam em âmbitos pessoais ou profissionais, influenciam na forma como a assistência à saúde é ofertada por eles e como eles esperam que os colegas, profissionais da rede de saúde, efetuem o cuidado. Há algo que opera ali, junto com a técnica e o conhecimento profissional, que é subjetivo, próprio de cada um, mas também há algo que é da equipe em que esse profissional está inserido, assim como da instituição e do município.

Os estágios, realizados ao longo do último ano de graduação, em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e em um Centro de Saúde Escola (CSE), que contava com duas equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), proporcionaram a experiência de viver no contexto do serviço aquilo que estava sendo estudado na pesquisa.

Com o olhar ainda inexperiente de estagiária, observaram-se contínuas e intermináveis tentativas dos profissionais de manter certa distância emocional do trabalho, que eram com frequência frustradas, ocorrendo grande invasão de sentimentos ocasionados por ele, que causavam desorganização nos profissionais e na equipe, além de muito sofrimento. Além disso, muitas vezes via-se esse sofrimento ser ainda mais acentuado pela falta de sentido que as equipes viam em suas atividades cotidianas, que eram constantemente acompanhadas da sensação de que algo mais importante e efetivo poderia estar sendo feito naquele momento.

Essas observações despertaram perguntas e a percepção de que havia algo além da assistência direta à saúde dos usuários do serviço que poderia ser feito, algo no dia a dia com as equipes, com algumas mais e com outras menos, mas que era capaz de dar significado para as atividades realizadas nos serviços e integrar todos esses sentimentos que tanto teimavam em permanecer, por mais força que se fizesse para afastá-los.

Estava claro que para qualificar a assistência à saúde era preciso olhar para a subjetividade dos profissionais da saúde, promovendo integralidade no cuidado aos usuários e maior satisfação e qualidade de vida para os próprios profissionais. Para tanto, aposta-se no olhar para a micropolítica das relações entre equipes, para os arranjos organizativos que permitem trabalhar a subjetividade dos sujeitos implicados no trabalho e para as relações entre os diferentes atores envolvidos. Mais especificamente, aposta-se no olhar para a cogestão, o matriciamento e a educação permanente em saúde.

Importa destacar, também, que o presente trabalho foi atravessado por outras experiências da pesquisadora, que, concomitantemente às atividades de pesquisa, também

é psicóloga clínica e está em percurso formativo em psicanálise. Aqui, procurou-se não se prender ao olhar psicanalítico dos fenômenos estudados, mas reconhece-se, contudo, sua influência na escuta da pesquisadora.

Nas experiências clínica, formativa, de estágios e IC, emergiram questionamentos e estranhamentos acerca da práxis em saúde mental na saúde pública, formando a base sobre a qual esta proposta de investigação se constituiu. Foi possível observar que, ainda que haja reconhecimento da grande prevalência de adoecimento mental na população, as equipes de saúde da AB tendem a manter práticas orientadas por lógica médico-centrada e medicalizante, recorrendo à intervenção de profissionais do campo da saúde mental de modo pontual e sempre em busca de orientação especializada que redunda, não raramente, no encaminhamento definitivo do usuário para o serviço específico de atenção psicossocial disponível na rede de saúde local.

Esta lógica, ainda recorrente, indica dificuldades para consolidação de um novo modelo de cuidado e a necessidade de aprofundar tanto o entendimento sobre os projetos assistenciais pensados para atenção em saúde mental, quanto os modos de operacionalização destes projetos realizados por profissionais e serviços da rede de atenção psicossocial.

Dessa maneira, a pesquisa foi delimitada com base no entendimento que a saúde mental é transversal a todo cuidado ofertado no sistema de saúde e seu cuidado não se restringe a serviços especializados, assim como deve ser considerada na saúde do trabalhador, destacando a importância de se olhar para a subjetividade do sujeito em seu processo de trabalho.

Optou-se por trabalhar com serviços especializados em saúde mental por estes serviços, em especial os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serem estratégicos dentro da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), não apenas ofertando cuidado especializado aos usuários, mas sendo também referência para os demais pontos de atenção da rede, tendo papel de coordenação do cuidado, função esta que nas demais redes de atenção é executada pela Atenção Básica (AB).

A escolha de participantes, restritos àqueles ligados formal e diretamente à gestão, sejam gerentes das unidades, sejam profissionais ligados à Secretaria Municipal da Saúde (SMS), se deu pelo reconhecimento de que é na função do gestor que está a governabilidade para a promoção e garantia de espaço e tempo e para a implementação de ações que facilitem o processo de troca, negociação, convergência e acordo entre todos os atores envolvidos no cuidado. Em outras palavras, é o gestor quem pode e precisa

construir e sustentar a possibilidade de integração entre aspectos pragmáticos, objetivos e subjetivos dos sujeitos implicados no trabalho.

A organização desse trabalho se deu em capítulos, sendo que o primeiro procura apresentar o trabalho em saúde mental, as relações micropolíticas e evidenciar que diferentes linhas teóricas indicam que a implicação do sujeito e seus aspectos subjetivos, com o enfrentamento do processo de alienação do trabalho, são vitais para que haja maior comprometimento e implicação do trabalhador, de modo que possa produzir processos de trabalho melhor qualificados e mais alinhados aos princípios do SUS e pressupostos da RAPS, no sentido de oferecer aos usuários um cuidado mais adequado.

A seguir, no segundo capítulo, apresenta-se discussão sobre a cogestão em saúde e o papel do gestor, partindo do pressuposto que o gestor tem dois grandes grupos de funções: a) um com uma faceta mais operacional, executiva, que diz que é ele quem pode garantir espaço e tempo pra equipe se organizar, conversar, poder fazer trocas, poder planejar e avaliar seu processo de trabalho; b) outra, que parte do reconhecimento que o gestor não tem poder, ou governabilidade, para construir sozinho, ou à revelia da equipe o projeto de trabalho, mas que permite que ele faça em primeiro plano uma orientação para o uso desse espaço-tempo de modo a contemplar e evidenciar os aspectos subjetivos das relações e do processo de trabalho.

O terceiro capítulo trata do percurso metodológico percorrido durante o desenvolvimento do estudo, apresentando a Hermenêutica-dialética como caminho escolhido, uma vez que ela permite olhar para os dados de maneira compreensiva e crítica e ainda discuti-los dentro dos diferentes aportes teóricos que sustentam este estudo.

O quarto capítulo apresenta e discute os dados produzidos durante o estudo, estruturado em dois eixos entrelaçados e complementares, que versam sobre a implicação da subjetividade dos entrevistados em seu trabalho e o projeto de trabalho desenvolvido por eles individualmente e pela RAPS no município estudado.

Por fim, apresentam-se as considerações finais, apontando as dificuldades e fragilidades do estudo, suas limitações e um breve resumo dos elementos relevantes que emergiram durante a realização do trabalho e sua análise e discussão, assim como sugestões e direcionamentos da autora.

2. CAPÍTULO 1 - PROJETO ASSISTENCIAL: A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE E A SAÚDE MENTAL

"Enquanto todo mundo espera a cura do mal
E a loucura finge que isso tudo é normal
Eu finjo ter paciência
E o mundo vai girando cada vez mais veloz
A gente espera do mundo e o mundo espera de nós"

(C. Falcão, O. Lenine M. Pimental, "Paciência")

A implementação do SUS tem ocorrido de forma desigual nos diferentes municípios e regiões, constituindo dessa forma um sistema heterogêneo (N. Santos, 2008; 2018). Este trabalho assume como pressuposto a insuficiência da simples implantação de equipamentos de saúde, desenvolvimento de protocolos assistenciais ou proposição de organogramas para garantia de êxito na implementação da rede de assistência à saúde. Para que se atinjam os objetivos de garantia da universalidade de acesso, integralidade do cuidado e superação das iniquidades existentes na saúde é preciso ir além, alinhando aos recursos institucionais um projeto de trabalho articulado e coerente (Campos, 2007, 2015).

Essa inflexão implica compreender que o Sistema de Saúde é complexo em sua composição, com distintas propostas assistenciais, organizadas em uma estrutura de equipamentos igualmente distintos em sua complexidade, mas complementares entre si. Todos estes elementos, contudo, não constituem o Sistema de Saúde em si, dependendo da atuação de pessoas para a efetivação dos processos de cuidado. Em outras palavras, é preciso compreender que, para além dos protocolos e projetos formais, o Sistema é operado por pessoas e para pessoas e que as tecnologias e normatizações são partes importantes do processo, mas não o representam em sua totalidade ou complexidade.

Os processos de cuidado, igualmente complexos, não podem ser resumidos em atividades ou procedimentos exclusivamente técnicos; Merhy (2014) propõe importante classificação que apoia a compreensão desta complexidade, distinguindo tecnologias duras, leve-duras e leves. Desta classificação é possível depreender que o investimento em equipamentos e técnicas de grande complexidade tecnológica (tecnologias duras), certamente úteis e necessárias ao processo assistencial, não é suficiente para promover cuidado em saúde.

A estes recursos é preciso associar, de modo adequado, competências e conhecimentos estruturados e capazes de apontar diagnósticos e intervenções específicas (tecnologias leve-duras), mas também elementos relacionais e humanos (tecnologias

leves) que sustentam o cuidado em saúde, dando a ele sentido e amplitude equivalentes ao que postula o princípio de integralidade (Lei n. 8080/1990, de 19 de setembro de 1990; Merhy, 2014).

Neste contexto, é preciso considerar ainda que as pessoas não são um arranjo uníssono: têm diferentes concepções de mundo, diferentes formações pessoais e profissionais, diferentes maneiras de perceber e encarar a realidade e o sofrimento. Resta dizer que tais afirmações valem, no campo da saúde, para quem cuida e para quem procura e recebe cuidados. Gente que pensa, que sente e que sofre, sejam profissionais, gestores ou usuários dos serviços de saúde (Franco, 2013b).

Os diversos atores presentes no campo da Saúde nem sempre têm os mesmos objetivos ou compartilham uns com os outros ideias sobre os meios ideais para atingir esses objetivos; isso faz do trabalho em saúde um campo marcado por permanentes disputas (Campos, 2015), seja na gestão do cuidado em saúde, na estruturação da assistência ou no estabelecimento de políticas.

Campos (2015) sinaliza a necessidade de considerar o caráter performático do trabalho sobre a subjetividade do trabalhador, e vice-versa, sendo necessário atentar para o fato de que os profissionais da saúde estão implicados no processo de cuidado enquanto sujeitos, não havendo como separar o trabalhador que aplica determinada técnica do indivíduo em si, com vivências, competências e características próprias. Considera-se aqui, portanto, a subjetividade do trabalhador implicada em seu trabalho, bem como o trabalho implicado na construção da subjetividade do trabalhador.

Operando geralmente acima de seus limites, profissionais e o próprio sistema de saúde brasileiro precisam mostrar plasticidade para se adaptar às novas demandas e resiliência para manter acesso minimamente oportuno, com assistência de qualidade para a população. Desafios de diferentes ordens e magnitudes marcam a história do SUS, ameaçando muitas vezes a consecução dos objetivos assistenciais que o constituem.

Neste contexto, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) surgiu como um arranjo organizativo comprometido com a superação da fragmentação do processo de cuidado (Portaria n. 4279/2010, de 30 de dezembro de 2010) e orientada por um modelo que propôs a articulação explícita e intencional entre serviços. Ampliar, diversificar e integrar a oferta de serviços são objetivos destacados pela RAS e por todas as redes de atenção temática que derivam desta proposta, cabendo destacar as cinco redes temáticas prioritárias: Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil (Portaria n. 1459/2011, de 24 de junho de 2011); Rede de Atenção às Urgências (Portaria n. 1600/2011, de 7 de julho de 2011); Rede de Atenção Psicossocial (Portaria n. 3088/2011, de 23 de dezembro de 2011);

Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (Portaria n. 793/2012, 24 de abril de 2012); Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (Portaria n. 483/2014, de 1º de abril de 2014).

Cada uma destas redes propõe estratégias específicas para enfrentamento de desafios que, se não podem ser definidos como inéditos, certamente vêm se complexificando ante o crescente desfinanciamento do sistema público de saúde no Brasil.

Além de sua relevância assistencial inequívoca, os diferentes problemas a que cada uma das Redes se dedica ganharam contornos mais vivos e dramáticos ao longo do período de enfrentamento da pandemia de COVID-19, notadamente entre março de 2020 e julho de 2021, aprofundando disputas e escancarando fragilidades de oferta, integralidade e de capacidade de cuidado, no Brasil e no mundo.

Sabe-se que eventos como emergências e desastres impactam a saúde mental da população atingida, havendo necessidade de atenção e cuidados psicossociais ao longo de crises sanitárias a toda a população (Bajardi *et al.,* 2011; Brooks *et al.*, 2020; P. Douglas, D., Douglas, & K. Douglas, 2009; S. Park & Y. Park, 2020; Stevenson *et al.*, 2009). Na pandemia de COVID-19, essas consequências não se restringiram aos indivíduos contaminados ou àqueles que tiveram pessoas próximas e queridas contaminadas, restando efeitos sentidos por toda a população, em diferentes níveis e contextos, e que provavelmente perdurarão após o fim da pandemia (Brooks *et al.*, 2020; Dantas, 2021; Lima *et al.*, 2020; Ozili & Arun, 2020).

A pandemia ilustra a razão pela qual, diante de tamanho impacto na saúde mental da população e dos profissionais de saúde (Dantas, 2021), torna-se ainda mais relevante o fortalecimento da rede pública de ações e serviços em saúde mental, de modo que esta consiga adaptar-se com a devida agilidade às necessidades de saúde da população, tanto em nível local quanto nacional. Entende-se que para atingir tal efeito é necessário que as Redes de Saúde, além de demonstrar plasticidade e agilidade, estejam sensíveis e articuladas às necessidades locais de cada território, respondendo de modo situado a elas.

Além disso, é preciso compreender a resposta de profissionais e usuários à oferta das Redes, observando eventuais necessidades de ajuste e a pertinência de composição de novas versões, pensadas de modo mais situado e, eventualmente, de modo compartilhado: a estes arranjos específicos, operados por serviços, gestão e profissionais de saúde em resposta às necessidades próprias de um grupo de usuários em um dado contexto territorial, social e comunitário é que refere-se a noção de “projeto assistencial”.

Considera-se a Psicologia como campo de conhecimentos e práticas potencialmente útil à análise e à intervenção em projetos assistenciais constituídos por equipes de saúde; como disciplina e profissão, a Psicologia é capaz de identificar, explicitar e analisar as demandas do processo de trabalho das equipes, podendo atuar como facilitadora dos processos de comunicação entre diferentes atores (profissionais, gestores e usuários de saúde), valendo-se de recursos como a escuta qualificada (Ferreira Bertagnoli, Corradi-Webster, & Pinto, 2018).

Além disso, Ferreira Bertagnoli, Carvalho e Souza (2018) apontam que a Psicologia pode trazer potencial ajuda para trabalhadores, usuários e gestores na tarefa de integrar questões íntimas e subjetivas a regras, protocolos e fluxos estabelecidos, ou seja, apoiar os processos em que as pessoas operam a composição de uma tradução e significação de aspectos teóricos e técnicos daquilo que é instituído por dimensões da gestão (Cecílio, 2011) e que estão, por vezes, além de sua governabilidade ou compreensão.

Ferreira Bertagnoli, Carvalho *et al.* (2018) indicam ainda que a Psicologia pode contribuir para nomear, mediar e transformar a lógica de processos que os atores estão vivendo, promovendo autonomia aos mesmos. Em outras palavras, os autores afirmam que a Psicologia tem potencial para auxiliar na articulação das equipes, amplificando a potência do trabalho realizado junto a outros profissionais e contribuindo para a satisfação deles e dos usuários.

Importa, portanto, compreender as práticas assistenciais desenvolvidas nos municípios, para além da simples descrição das estratégias executadas, procurando explicitar o projeto que sustenta tais ações, os fatores que facilitam ou dificultam sua organização e sua plasticidade ante às necessidades locais de saúde, em constante transformação: importa compreender o projeto assistencial local, posto em prática nas ações desenvolvidas nos serviços de saúde e nas relações entre eles.

2.1 Modos de assistência em saúde e as tensões entre subjetivação e assujeitamento

No Brasil, o campo da Saúde Mental enfrenta importante crise, deflagrada por mudanças na forma como o governo federal tem ordenado o planejamento e condução de políticas sociais, indicando retrocesso no modelo de cuidado proposto pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, que avançava e se consolidava lentamente ao longo das últimas

décadas (Cruz, Gonçalves, & Delgado, 2020). A esse retrocesso e movimento contrário aos ideais reformistas Pitta e Guljor (2019) se referem como contrarreforma.

Nota-se que, enquanto alguns municípios contam com uma rede de serviços mais avançada e articulada, em outros o que se encontra ainda é um arranjo incipiente que tenta se organizar em torno do modelo da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), mas que ainda luta para implantar e consolidar seus primeiros equipamentos substitutivos em saúde mental.

Apesar dos desafios, o modelo que norteia a forma como a Saúde Mental é pensada no país é fruto de luta dos trabalhadores em saúde mental e da sociedade civil, que pleitearam mudanças na lógica assistencial em saúde mental, organizados em torno do Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira, que se configurou como uma proposta de transformação complexa, no campo assistencial, conceitual, cultural e político, almejando modificar desde a estrutura das instituições e do saber médico-psiquiátrico até as práticas sociais que orientam como lidar com indivíduos com problemas mentais.

Nas palavras de Amarante (2017), a Reforma Psiquiátrica Brasileira teve como objetivo principal:

> [...] poder transformar as relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleceram com a loucura, com o louco e com a doença mental, conduzindo tais relações no sentido da superação do estigma, da segregação, da desqualificação dos sujeitos ou, ainda, no sentido de estabelecer com a loucura uma relação de coexistência, de troca, de solidariedade, de positividade e de cuidados. (pp. 18-19).

Vale destacar que os locais de assistência à saúde mental, historicamente, também eram depositários dos "casos sociais", pessoas submetidas a grandes desvantagens sociais como os indigentes e todos aqueles que não tinham lugar na sociedade e que pelo poder hegemônico eram considerados necessitados de tratamento moral. Asilos e manicômios constituíram-se como lugares de tratamento onde lhes era imposto disciplina e retirada toda a autonomia, com graves prejuízos inclusive no campo da subjetividade. Isoladas, privadas de liberdade e de todos os seus direitos como cidadãos, abusos e violências das mais variadas formas foram naturalizados nesses espaços (Amarante, 2017).

Em um processo histórico de intensa crítica e revisão às práticas e saberes, o campo da saúde mental foi abalado por denúncias sobre as condições precárias de trabalho e de assistência aos seus pacientes (Amarante, 2016), deflagrando uma crise no órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas públicas de saúde mental. Até então, a saúde mental era baseada na lógica higienista, manicomial e asilar, e propunha como estratégia central para o tratamento de pessoas com doenças mentais o

isolamento, respaldado por práticas do poder e saber psiquiátrico e medicalizado (Torre & Amarante, 2001).

Entre o modelo de cuidado higienista e manicomial e o atendimento aos objetivos plenos da Reforma Psiquiátrica Brasileira de transformação não só das práticas, mas também conceitual e política, está a "psiquiatria reformada", que consiste em mudanças organizativas e técnicas no cuidado em saúde mental, mas mantendo a estrutura do saber psiquiátrico tradicional (Amarante, 2017)

Os debates sobre a assistência psiquiátrica e a organização corporativa desses serviços cresceram e ganharam força com a grande repercussão das denúncias e críticas, além da influência dos movimentos de redemocratização e de Reforma Sanitária que aconteciam concomitantemente. Além disso, o movimento de Reforma Psiquiátrica teve como referência fundamental a desinstitucionalização e a proposição de novos modos de produzir cuidado em saúde mental, baseados na promoção de autonomia e reinserção do sujeito na comunidade e território em que ele vive, o denominado modelo psicossocial (Amarante, 1994; Amarante & Fleury, 1997).

Embora o Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira tenha tido início no final da década de 1970, só em abril de 2001 houve aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei n. 10.216/2001, de 06 de abril de 2001) o que evidencia a intensa disputa de poderes neste campo. A lei propôs que os serviços comunitários, de base territorial, deveriam ser espaços preferenciais para o tratamento em saúde mental, prevendo internação apenas quando recursos extra-hospitalares se mostrassem ineficientes ou insuficientes, sempre preservando a lógica do tratamento que deve visar à reinserção social da pessoa atendida e à promoção de sua autonomia (Brasil/Ministério da Saúde, 2007).

De modo complementar, a Portaria n. 336, de 2002, formalizou os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como locais de atendimento prioritário a pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, indicando que estes serviços, compostos por equipe multidisciplinar, devem funcionar sob a lógica do território, atendendo aos usuários que ali residem e considerando as singularidades do local onde eles estão inseridos, bem como suas implicações. A Portaria delega ao serviço a responsabilidade de organização da demanda e da rede de atenção em saúde mental em seu território, assim como supervisão, acompanhamento e capacitação das equipes de AB e unidades hospitalares em sua área de referência (Portaria n. 336/2002, de 19 de fevereiro de 2002).

O foco dos CAPS na reabilitação psicossocial e reinserção social de seus usuários implica a oferta perene de ações capazes de promover o aumento da autonomia dos sujeitos. Para tanto, estes serviços são desafiados a maximizar os recursos do território,

promovendo a vinculação dos indivíduos ali atendidos a outros aparelhos e atores da sociedade, construindo ativamente um modelo de cuidado até então impraticável em função da desarticulação assistencial do SUS.

Assim, a ressonância do Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil precisa ser analisada de modo articulado com a formalização do próprio Sistema Único de Saúde (SUS) e seu projeto de ampliação do acesso à saúde no país. Restrições de acesso à saúde anteriores ao SUS, com atendimento exclusivo à população que integrava o sistema previdenciário, composta por trabalhadores formais da época e o marcado enfoque sanitarista, centrado na cura de doenças, que encontrava apoio no saber biomédico, curativista e medicalizado, prevalente na época (Camargo-Borges, 2002; Cohn, 1989) foram amplamente questionados pelo Movimento Sanitário Brasileiro, contemporâneo da Reforma Psiquiátrica.

É possível afirmar que este movimento é reflexo do processo de redemocratização pelo qual o país passou, promovendo a discussão de ideais igualitários e propondo a regulamentação e responsabilização do Estado por ações capazes de garantir a recuperação, proteção e promoção da saúde a todos os cidadãos (Camargo-Borges, 2002; Fleury, 1997; Menicucci, 2006).

Assim como o Movimento Sanitário, a Reforma Psiquiátrica fazia críticas a uma política de saúde privatizante, cara e elitista. Ambos os movimentos tiveram influência de discussões internacionais que destacavam aspectos como necessidade de universalização, regionalização, hierarquização, participação comunitária, integralidade e equidade em saúde (Amarante, 2016; Camargo-Borges, 2002).

Essas discussões ressoavam nos diversos debates que estavam acontecendo nacionalmente naquele período, destacando-se os promovidos pela VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), no ano de 1986, que discutiu a ideia da saúde como direito de todo cidadão e o Estado como responsável pela garantia desse direito. Com base nesses debates, o projeto do Sistema Único de Saúde (SUS) foi elaborado e incorporado à Constituição Brasileira de 1988.

Desde seu projeto original, o SUS valoriza a participação e autonomia da população e procura superar a iniquidade no acesso às ações e serviços de saúde, promovendo acesso universal e descentralizado a um sistema complexo que articula as ações de cura e reabilitação com as de promoção e prevenção (Lei n. 8080/1990, de 19 de setembro de 1990).

De certo modo, a formalização do SUS ofereceu apoio ao Movimento de Reforma Psiquiátrica, e a perspectiva de uma assistência construída de modo horizontal e integrada

ao contexto de inserção social das pessoas em sofrimento mental tornou-se viável como alternativa ao modelo hospitalocêntrico e asilar (Costa-Rosa, 2013).

A partir de então, estabeleceu-se como finalidade do tratamento em saúde mental a reinserção social do indivíduo em sofrimento mental, privilegiando serviços comunitários e extra-hospitalares e diminuindo progressivamente os leitos em hospitais psiquiátricos, mas é importante observar que, sozinhas, as redes formadas pela articulação entre serviços não são capazes de sustentar o modo de produzir saúde proposto pelas políticas públicas atuais. Também são necessárias conexões realizadas pelas pessoas envolvidas no processo, dentro de uma mesma equipe e entre equipes distintas, o que constitui verdadeiras redes micropolíticas, que sustentam e organizam as relações em todo o trabalho em saúde (Franco, 2013a).

Nesse sentido, destaca-se que é possível observar os processos de produção de cuidado em saúde a partir de focos diferentes: um racional, que procura a estrutura organizacional, os fluxos estruturados, o organograma do serviço, as normas e regras de funcionamento e os lugares de poder; outro, que, com olhar atento a novas percepções, reconhece o que dá vida àquela organização estruturada, ou seja, aquilo que opera justamente no campo e fluxo criado a partir do encontro entre sujeitos. A esse território, formado "entre" pessoas, denomina-se campo de subjetivação, espaço em que ocorre a produção de sentido para as práticas de cuidado realizadas (Franco e Merhy, 2013).

Assume-se aqui que o trabalho em saúde, comprometido em produzir cuidado aos usuários dos serviços, também está implicado na produção de Sujeitos e Coletivos; está compromissado com a produção da subjetividade das pessoas que ali atuam (Campos, 2015) e que devem ser compreendidas como Sujeitos em constante devir, um "vir a ser" construído a partir do biológico, mas sobretudo com base em suas interações com o mundo.

Ainda de acordo com Franco (2013a), diferentes formas de composição e articulação das redes de saúde e cuidado produzem modos de assistência diferentes. Equipes que organizam seus fluxos em torno das práticas de gestão tradicionais e do modo de cuidar pautado principalmente na técnica e em procedimentos tendem a produzir um trabalho desvitalizado, no qual profissionais e usuários têm menores oportunidades de se colocar; outras equipes, em contrapartida, produzem conexões e fluxos contínuos de cuidado, com alto grau de possibilidade para que os sujeitos participem da função de governar a produção do cuidado, com grande potencial criativo e possibilidade interventiva, produzindo "trabalho vivo" (Franco, 2013a; Merhy, 2014).

Segundo Merhy (2014), o trabalho vivo é aquele produzido enquanto o ato acontece, no aqui e agora, no (e a partir do) encontro entre um sujeito que produz cuidado e outro que procura cuidado. Nesse sentido, o mesmo autor aponta o modo de cuidar que se baseia exclusivamente em procedimentos como insuficiente para fazer frente à totalidade do cuidado em saúde, uma vez que há sempre algo que extrapola o que o procedimento pode atender. Para o autor esse modo de operar fragmenta o usuário, colocando-o como um ser sem subjetividade, sem intenções, desejos e vontades. Além disso, desconsidera que os profissionais e as equipes, ao entrarem em contato uns com os outros e com o usuário, também estarão tomados por seus desejos, intenções e subjetividade (Merhy, 2013).

Uma formação em saúde que não considere as dimensões subjetivas dos profissionais, de modo a instrumentalizá-los para a atuação no encontro e integrada aos outros profissionais da rede de saúde, certamente não é uma formação adequada para o trabalho no SUS (Ceccim e Feruerwerker, 2004; Feuerwerker & Cecílio, 2007; Peduzzi, 2001). Para tal objetivo é necessário que a formação abarque a mobilização de elementos pertinentes ao desenvolvimento humano para a construção de um conjunto de habilidades e competências instrumentais para o trabalho em equipe (Marinho-Araújo & L. Almeida, 2019).

Peduzzi (2001) já destacava que, quando a subjetividade dos profissionais de saúde não pode ser incorporada e valorizada na construção dos processos de trabalho e cuidado, estes atores, "além de não compartilhar outros valores que poderiam cunhar outros modelos, deixam de investir na construção conjunta de outro projeto assistencial que abarque a complexidade e a multidimensionalidade das necessidades de saúde" (Peduzzi, 2001, p. 107).

É a forma como os serviços e os profissionais se organizam, mais do que sua regulamentação, que definirá a superação dos modelos assistenciais tradicionais, centrados na doença e dependentes da lógica manicomial. Costa-Rosa (2000) já ressaltava que o modo psicossocial de assistência em saúde é mais do que a produção de ações estratificadas de atenção primária, secundária e terciária. Esse modelo exige que as equipes encontrem meios de produzir novas formas de sociabilidade e intervenção pautados no intercâmbio das visões teórico-técnicas, específicas de seu núcleo de formação profissional, e de suas práticas e experiências prévias.

Para Campos (2000), o saber teórico-técnico e as práticas específicas de uma disciplina profissional são chamados de "Núcleo de Saberes e Práticas", ou seja, são elementos que dão identidade para cada profissão, diferenciando-a das demais. Já o

intercâmbio das visões de cada Núcleo acontece em um “Campo” no qual eles se interpõem e revelam aspectos comuns a todos os profissionais da saúde.

A integração de práticas e saberes em saúde, que acontece no Campo da saúde, é geralmente designada com o prefixo “inter”. De acordo com Furtado (2009), quando utilizado em referência a um campo dos saberes, utiliza-se a denominação “interdisciplinar”, já quando se refere ao campo das práticas das equipes e seus serviços, a denominação deve ser “interprofissional”. A autora observa que a colaboração profissional, ou trabalho interdisciplinar, permite maior autonomia da equipe diante de problemas, por outro lado diminui a autonomia individual, uma vez que o trabalho passa a ser negociado entre seus integrantes.

Para Abuhab, A. Santos, Messenberg, R. Fonseca e Aranha e Silva (2005), essa forma de organização esbarra em dificuldades das equipes em superar seus conhecimentos sedimentados, muitas vezes provenientes de experiências e formação no modelo biomédico e hospitalar, visões individuais de cada membro, formas de comunicação deficientes, ansiedades e angústias decorrentes desse processo de mudança.

Tal dificuldade das equipes em enfrentar esse processo de mudança, de acordo com Campos (2015), justifica-se pelo medo humano do desconhecido:

> A práxis imbrica-se com mudanças, e quanto mais pronunciadas sejam, mais assemelham-se a um salto rumo ao desconhecido. Agir rotineiramente, com previsibilidade, em atenção estrita a normas e diretivas, é uma forma segura de proceder, mas é também quase sempre um modo de assujeitamento. O que o indivíduo ganha em segurança e previsibilidade, ele perde em liberdade e em potencial de realização dos próprios desejos. Sair dos trilhos é arriscar-se. Na realidade, todo projeto é uma aposta no futuro, com referências presas ao passado, ao saber anteriormente dado, mas, essencialmente, é um movimento rumo ao desconhecido. (p. 116).

Para o autor, ainda, entre o saber e o fazer há uma distância a ser regulada pela liberdade de agir e pelo conjunto de constrangimentos que restringem essa mesma liberdade. O trabalho interdisciplinar e interprofissional altera as relações de poder entre os diferentes atores do serviço, usuários, profissionais e gestores, pois implica a constituição de vínculos sólidos em seu fazer, promovendo maior responsabilização das equipes por seus usuários e pelo próprio processo de trabalho. Isso quebra com os tradicionais fluxos burocráticos e impessoais presentes nas lógicas procedimentais e de referência e contra-referência, tornando difícil sustentá-lo ao longo do tempo (Campos, 2007).

Apesar de trazer vantagens para a assistência, proporcionando novas possibilidades de cuidado capazes de efetivar o conceito de Rede Assistencial e produzir

o cuidado integral, ressalta-se a necessidade de melhor manejo de problemas intra-equipe (Vasconcellos, 2010).

Cecílio (2011) destaca que os diferentes atores envolvidos na produção do cuidado em saúde estabelecem relações micropolíticas que podem ser consideradas em três dimensões principais definidas como profissional, organizacional e sistêmica; nessas dimensões o cuidado profissional em saúde de fato se efetiva, abarcando relações do tipo usuários-profissionais, profissionais-profissionais, profissionais-equipe e equipe-equipe (Cecílio, 2011).

Múltiplas disputas no modo de produzir saúde (Franco, 2013a) acontecem nessas dimensões e são elas que possibilitam que novas formas de intervenção, articuladas a necessidades e potencialidades dos sujeitos, sejam inventadas e acordadas. Outras dimensões de produção do cuidado, definidas como sistêmica e societária (Cecílio, 2011), são mais suscetíveis a processos macropolíticos e, assim, profundamente atravessadas por conflitos influenciados pela gestão do Estado, que as fazem constantemente sujeitas a mudanças e reformulações.

Diante de atravessamentos como mudanças políticas, disputas subjetivas entre os profissionais, diversidade de valores, costumes e conhecimentos que compõem a equipe, faz-se necessário que se construa um modo de operar capaz de considerar todo esse contexto e ainda assim estar articulado às necessidades de usuários que buscam cuidados. Nesse sentido, Campos (2015) afirma que, como um primeiro passo para a ação das equipes não se repetir de forma estereotipada, é necessário que novos sentidos e significados sejam construídos a partir das informações já acumuladas. Contudo, também se faz necessária a análise de diagnósticos de situação produzidos de forma objetiva e que guarde exterioridade em relação aos sujeitos.

A avaliação do modo como as equipes pensam e organizam seu trabalho, incluindo a compreensão das forças que influenciam essa organização e o modelo assistencial pretendido pela gestão municipal para os equipamentos de saúde é, dessa forma, de grande importância para a construção de planos de trabalho alinhados aos desejos dos profissionais destas equipes, sem deixar de estar articulado à proposta da RAS e RAPS, considerando ainda as necessidades dos sujeitos usuários dos equipamentos.

2.2 Rede de Atenção Psicossocial e Regionalização

Conforme apresentado anteriormente, o projeto assistencial original do SUS já previa que o sistema fosse capaz de ofertar ações e serviços de saúde no país, de forma a promover o acesso de toda a população a ações contínuas de cuidado. Para operacionalizar esse ideal, superando a ameaça da fragmentação assistencial, foi proposta a Rede de Atenção à Saúde (RAS), uma estratégia de reorganização das ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas (Portaria n. 4.279/2010, de 30 de dezembro de 2010).

A RAS está pautada na formação de relações entre serviços que são oferecidos pelo sistema, tendo a Atenção Básica (AB) como seu eixo estruturante e responsável pelo ordenamento destas relações (Portaria n. 4.279/2010, de 30 de dezembro de 2010) e pretende prover um processo contínuo e articulado de atenção e cuidado ao usuário do sistema de saúde produzindo, assim, a integralidade.

Na saúde mental, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), dedica-se ao cuidado de pessoas com sofrimento mental e necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas e suas famílias (Portaria n. 3088/2011, de 23 de dezembro de 2011). Essa Rede propõe o compartilhamento da responsabilidade pelo cuidado, promoção e prevenção em saúde mental entre diferentes serviços de saúde e também com seus usuários. Para isso, promove a criação, ampliação e articulação de diferentes unidades de saúde para garantir acesso à atenção psicossocial para a população em geral (Portaria n. 3088/2011, de 23 de dezembro de 2011).

O encadeamento de ações e serviços proposto pela RAPS procura contratualizar relações colaborativas e integrativas entre equipamentos de diferentes densidades tecnológicas e profissionais de diferentes formações teóricas e técnicas para proporcionar um fluxo de encaminhamento entre serviços e especialidades que garanta ao usuário seu trânsito pelo sistema de saúde sem perdas ou prejuízos assistenciais. Ainda prevê que o cuidado psicossocial seja produzido e ofertado em todo o sistema de saúde e não apenas nos serviços que tradicionalmente atuam na saúde mental.

Nesse sentido, a RAPS encontra na Atenção Básica (AB) um importante ponto de sustentação em decorrência de seu caráter territorial, sua capilaridade e grande proximidade com as famílias e comunidade. Além disso, partindo do pressuposto de que em toda doença ou problema de saúde há um componente de sofrimento que pode ser definido como subjetivo, individual e intrapsíquico, compreende-se que o cuidado em saúde mental deve ser transversal a todo o sistema de saúde (Brasil/Ministério da Saúde,

2003). A articulação da saúde mental com a AB torna-se essencial para a superação da fragmentação do cuidado e da dicotomia mente-corpo e para a produção de um cuidado em saúde integral.

Embora o Sistema de Saúde tenha construído uma rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos ao longo dos anos, no final de 2017 foi publicada uma Portaria ministerial que redirecionava verbas federais para essas mesmas unidades hospitalares que se pretendia fechar (Portaria n. 3.588/2017, de 21 de dezembro de 2017). Além disso, em fevereiro de 2019 a Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde publicou a Nota Técnica n. 11/2019 - "Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes na Política Nacional sobre Drogas", que colocava o hospital psiquiátrico em lugar de destaque no processo assistencial (Brasil/Ministério da Saúde, 2019). Três dias depois de sua divulgação, o documento foi tirado do ar sem qualquer esclarecimento, mas indicando de modo inequívoco uma ameaça aos esforços de mudança no paradigma assistencial.

Esses movimentos mostram o quanto a estrutura de assistência em saúde é vulnerável a mudanças de gestão e a disputas políticas, ao mesmo tempo em que contribuem para o fortalecimento de lógicas assistenciais presentes na sociedade e que são, por vezes, concorrentes entre si.

Suas características fazem com que o SUS se diferencie dos planos e seguros privados, uma vez que é um sistema que não opera na lógica do mercado e não deve ter ações restritas à prestação de serviços do campo assistencial (Vasconcelos & Pasche, 2013), ainda que sofra com a pressão das relações de mercado e com as constantes pressões financeiras que ameaçam sua sustentabilidade. Entretanto, a complexidade dessa política pública torna seu processo de implantação e implementação um desafio árduo e em contínua construção (Campos, 2007; N. Santos, 2008), ainda inconcluso.

N. Santos (2018), ao fazer uma análise dos 30 anos de implementação do SUS aponta que, apesar de avanços e inúmeras experiências de excelência nas redes existentes, persistem fatores que impedem que tais experiências exitosas se tornem regra no sistema. O autor reflete sobre a construção subliminar de um outro modelo de atenção, que privilegia a lógica do mercado privado, constituindo assim um sistema híbrido, público-privado (Matta, 2008; Menicucci, 2006; N. Santos, 2008).

Esse modelo, impregnado pelos princípios neoliberais hegemônicos (N. Santos, 2018), privilegia o ordenamento e utilização dos serviços voltados para a assistência especializada (Bahia, 2009). Esse modo de oferta de cuidados em saúde reaviva modelo

anterior às Reformas Sanitária e Psiquiátrica de atenção, o médico-centrado, contribuindo para dificuldades na implementação do SUS.

Conforme destacado anteriormente, tanto o SUS como a Reforma Psiquiátrica são resultados de um processo de críticas a uma política de saúde privatizante, custosa, elitista e médico-centrada, e caracterizam-se por um forte caráter distributivo, ancorado nas premissas de proteção social. Ambos partem do pressuposto de que não se faz saúde sem garantia aos direitos da população, incluindo condições dignas de vida, alimentação, moradia, lazer, vida social e autonomia para gerir a própria vida.

O SUS e a Reforma Psiquiátrica Brasileira são marcados pela luta para conquistar e manter o apoio da sociedade civil, de modo que consigam aprofundar sua implementação e receber financiamento adequado. Ambos têm enfrentado inúmeros ataques de setores privados que querem tomar o mercado de assistência em saúde para si.

Sola (2011) aponta que a Constituição de 1988 restringiu possibilidades de caminhos e moldou uma lógica política no país baseada na barganha e na contestação. A autora destaca que o Brasil só pôde implementar e aprofundar políticas sociais, a despeito do cenário internacional altamente neoliberalista, por contar com a legitimidade política da sociedade, base que sustentou as decisões políticas brasileiras até que se conquistasse a credibilidade econômica em níveis internacionais, mas sem deixar de implementar políticas macroeconômicas liberalizantes e de favorecimento ao mercado.

No campo das políticas de saúde, a barganha e contestação a nível nacional também ganharam destaque numa disputa entre sociedade civil, defendendo o direito à saúde universal, gratuita, integral e equitativa, e Estado e mercado, privilegiando uma lógica liberal com grandes investimentos no setor privado (Paim, 2019; Paim, Travassos, C. Almeida, Bahia, & Macinko, 2011; N. Santos, 2008; 2018; Sola, 2011).

Ainda que sofra pressão das relações de mercado e constantes pressões financeiras que ameaçam sua sustentabilidade, o SUS se diferencia claramente de planos e seguros privados, resistindo a esta lógica (Campos, 2007; Paim, 2019; N. Santos, 2008; 2018). Tal reflexão sustenta a possibilidade de que, ao debruçar-se sobre os modelos de atenção e as estruturas assistenciais em disputa, percebem-se logo diferentes lógicas concorrentes presentes nos debates. Essas lógicas estão diretamente relacionadas às diferentes concepções de saúde difundidas na sociedade e indicam como a estrutura de assistência em saúde está vulnerável a mudanças de gestão e disputas políticas.

De que forma a relação Estado, mercado e sociedade impacta as concepções de saúde presentes no imaginário social de cuidado e nas expectativas das pessoas em relação

à garantia do direito à saúde? Se a sociedade por um lado é parte “mais fraca”, por outro lado é justamente a parte que dá legitimidade às outras duas.

Campos (2007) afirmava, há mais de uma década, ter a impressão de que o SUS parecia ter caído em descrédito e desinteresse por parte da população. Diferentes formas de pensar saúde e o processo de cuidado parecem se emaranhar na sociedade e no imaginário social de formas complexas, fazendo com que por um lado se entenda a saúde como um direito dado, pelo qual não é mais necessário lutar, ao mesmo tempo em que é possível vislumbrá-lo como um sistema residual, apenas para “quem não pode pagar”, legitimando assim a lógica mercantilista e financeirizada da saúde.

A assistência à saúde mercantilizada e estruturada sob a lógica do capital tende a produzir um sistema ainda mais desigual (Louvison, 2019) e, nesse caso, é o interesse financeiro do mercado, e não as necessidades de saúde da população, o que guia a construção da rede assistencial e a incorporação de tecnologias, ampliando a desigualdade no acesso e na qualidade do cuidado.

A universalidade do sistema de saúde está em jogo. Então, como sustentar ou recuperar o apoio da sociedade civil tão necessário para legitimar a política social e de saúde? Enquanto isso, a estrutura de assistência em saúde segue vulnerável a mudanças de gestão e a disputas políticas, o que é vivido na prática com a proposição e revogação de normas, políticas e portarias, dificultando a implementação do SUS e das Redes de Atenção à Saúde.

Desde sua proposição, o SUS pretendia contar com ações e serviços de saúde regionalizados e hierarquizados para alcançar a universalização do acesso e integralidade do cuidado. O caminho da indução da regionalização e das redes no sistema de saúde brasileiro passou por diferentes fases, nas quais as propostas para sua efetivação careciam de embasamento e/ou recursos técnicos para sua operacionalização (Albuquerque & Viana, 2015); até chegar à proposição das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (Decreto n. 7508, de 28 de junho de 2011; Portaria n. 4279 2010, de 30 de dezembro de 2010).

Além das diferentes propostas de indução da regionalização e da construção das redes, há de se considerar que a transferência da responsabilidade gerencial dos programas e serviços de saúde aos municípios não garante que haja uma padronização na execução e implementação das propostas ministeriais. Arretche (2004) aponta que o principal mecanismo de controle do Ministério da Saúde acerca desses processos baseou-se na vinculação do repasse financeiro à adesão aos objetivos das portarias editadas pelo órgão. A partir da proposição das RAS, uma parcela do recurso passou a estar vinculada às Redes Temáticas de Atenção à Saúde, compelindo gestores locais a um exercício de

adaptação das condições de trabalho local a um projeto mais amplo, por vezes geral e pouco pertinente às condições e demandas locais de usuários e profissionais de saúde.

Albuquerque e Viana (2015) apontam que o fato de o repasse financeiro federal ter sido vinculado às redes temáticas poderia levar à reconfiguração das regiões de saúde previamente estabelecidas, organizando-as agora por público-alvo e abrangência espacial, e promovendo a redistribuição de poder entre os entes federativos e instituições públicas e privadas.

Se, por um lado, a vinculação de verbas à adesão de programas propostos pelo Ministério da Saúde garante um maior esforço para os municípios se adequarem para a implantação de equipamentos, por outro não garante mudança efetiva nas práticas no dia a dia dentro da rede. Louvison (2019) afirma que, apesar de ter estimulado o planejamento compartilhado dos diferentes atores, o processo de implantação das redes temáticas "não enfrentou estruturas importantes e não produziu necessariamente efeitos contínuos e permanentes no realinhamento dos sistemas regionais de saúde" (p. 1).

Dentre os mecanismos e instrumentos para a articulação entre os pontos de atenção da RAPS, destaca-se o Apoio Matricial, que pode ser definido como um arranjo organizacional de suporte técnico e pedagógico, em uma área específica, para qualificar e aumentar a capacidade resolutiva da AB (Campos & Domitti, 2007), além de ser mecanismo promotor da corresponsabilização do cuidado, por promover a responsabilização compartilhada do cuidado pelas equipes especializadas e de AB (Brasil/Ministério da Saúde, 2003).

O lento processo de implementação das mudanças previstas é resultado das intensas disputas pela lógica do cuidado e prestação de serviço. A partir de 2016 muitas mudanças na condução das políticas de saúde no país trouxeram impactos também para a saúde mental. Cruz *et al.* (2020) reconstituem o cenário político desse momento que constitui e embasa o que os autores chamaram de "o desmonte da Reforma Psiquiátrica".

Em tal cenário, os referidos autores destacam a promulgação da Emenda Constitucional n. 95 (Emenda Constitucional n. 95/2016, de dezembro de 2016), que limita o teto de gastos para diversas políticas sociais, dentre elas a saúde, setor que já era cronicamente subfinanciado; e pela nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Portaria n. 2.436/2017, de 21 de setembro de 2017), que diminui a quantidade de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por equipes, colocando em risco o cuidado comunitário e territorial, com maior dificuldade de operacionalizar o cuidado em saúde de modo alinhado à lógica do matriciamento (Melo, Mendonça, Oliveira, & Andrade, 2018).

Analisando o referido desmonte da Reforma Psiquiátrica, Cruz *et al.* (2020) analisaram 14 documentos publicados entre 2017 e 2020, dentre eles Portarias, Resoluções, Editais, Nota Técnica e Decreto Presidencial, que tratam diretamente de mudanças na Política Nacional de Saúde Mental (PNSM). Destaca-se aqui a Portaria n. 3.588 (Portaria n. 3.588/2017, de 21 de dezembro de 2017), que institui uma nova modalidade de CAPS, o CAPSAdIV. De acordo com os autores citados, este novo modelo de serviço constitui-se como um "pequeno hospital psiquiátrico", que não funciona na lógica do vínculo terapêutico, desvirtua a lógica do cuidado no território e desumaniza o cuidado, além de incentivar e financiar o aumento dos leitos psiquiátricos em enfermarias hospitalares (Cruz *et al.*, 2020).

Os autores destacam grande mudança no tom dos documentos, indicando que aqueles produzidos entre 2017 e 2019 estavam marcados pelo discurso de fortalecimento da RAPS, apesar de indicarem mudanças na lógica assistencial da rede e alterações importantes em relação às proposições originais da Reforma Psiquiátrica. A Nota Técnica n. 11/2019 - "Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes na Política Nacional sobre Drogas" traz um novo modelo, rompendo com as ideias anteriores e afirmando que o Ministério da Saúde "não considera mais Serviços como sendo substitutos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza" (Brasil/Ministério da Saúde, 2019, pp. 3-4).

A Nota Técnica, além de reforçar o caráter asilar e de isolamento, traz novamente os ambulatórios de saúde mental e a recomendação de tratamentos polêmicos, como a eletroconvulsoterapia, "ignorando os registros históricos de que esta fora empregada corriqueiramente enquanto instrumento de tortura e punição nas instituições manicomiais" (Cruz *et al.*, 2020, p. 11).

Os autores também ressaltam que os documentos publicados e consolidados pela Nota Técnica n. 11/2019 formalizam a separação da "Política Nacional sobre Drogas" da Política Nacional de Saúde Mental e também passam a prever financiamento para as Comunidades Terapêuticas, que anteriormente não eram caracterizadas como estabelecimentos de saúde e não poderiam receber repasse financeiro da saúde (Brasil/Ministério da Saúde, 2019).

As Comunidades Terapêuticas são instituições que não funcionam na lógica da Reforma Psiquiátrica e são voltadas para o tratamento, em isolamento e muitas vezes com embasamento em princípios religiosos, de dependentes de álcool e outras drogas. São clínicas privadas, que muitas vezes ferem os direitos humanos e vão na contramão dos princípios antimanicomiais e do SUS (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2018).

O estudo de Macedo, Abreu, Fontenele e Dimenstein (2017) mapeou os serviços da RAPS e sua distribuição no território brasileiro a partir de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), DataSUS e Coordenação Nacional de Saúde Mental, que foram analisados a partir da constituição das RAS e da RAPS. Os resultados indicam que após a promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica houve tendência de interiorização da assistência à saúde mental para municípios de pequeno e médio porte, notadamente a partir da expansão da AB, com aumento de CAPS e leitos psicossociais, contudo em volume ainda insuficiente em muitas Regiões de Saúde.

O referido estudo revela a existência de grandes vazios assistenciais em decorrência da extensão territorial das Regiões de Saúde, principalmente no interior do país. Além disso, há grandes áreas cobertas apenas pela AB, sem nenhum CAPS ou leitos psicossociais para retaguarda. Os autores destacam que o cenário ideal para qualquer território de saúde seria contar com AB, algum dispositivo CAPS e leitos psicossociais.

Os dados do estudo enfatizam a fragilidade da RAPS no território nacional e convocam a pensar nos impactos disso nos cuidados em saúde mental à população. É sabido que as equipes de saúde dos serviços que não atuam tradicionalmente na atenção à saúde mental têm dificuldades em operar esse cuidado.

L. Almeida e Campos (2019) descrevem, cronologicamente, o ir e vir das proposições de modelos de atenção e a forma como esse movimento da gestão interferiu na construção da rede e provocou descontinuidade na atenção oferecida pelos profissionais em um território do município de São Paulo/SP. Esses movimentos mostram o quanto a estrutura de assistência em saúde está vulnerável a mudanças de gestão e a disputas políticas, que também consolidam na sociedade o sentimento de que o SUS “não funciona” e que sua assistência não é adequada.

Encontra-se, dessa forma, uma rede que em algumas regiões é muito articulada, enquanto em outras ainda luta para consolidar seus primeiros equipamentos substitutivos. Com quais mecanismos podemos contar, então, para estimular o desenvolvimento de um SUS mais homogêneo e ainda assim mais articulado às necessidades locais de cada região? Como manejar a disputa dos modelos de atenção e minimizar os impactos das disputas políticas e das mudanças de gestão na assistência à saúde?

2.3 A prática em saúde e a ressignificação do cuidado em saúde mental

As experiências de cuidado são perpassadas por processos culturais, que parecem ter cronificado a fragmentação dos processos assistenciais em saúde, construindo um tipo de expectativa de que estejam pautados em tecnologias duras e leve-duras, colocando as tecnologias leves em segundo plano. Pode-se supor que o discurso da superioridade do especialista colaborou para que as pessoas passassem a se sentir mais cuidadas sempre que acessam serviços especializados, exames mais caros, medicamentos mais modernos. Importa, nesse sentido, a reflexão de como essa percepção de cuidado foi se emaranhando no imaginário social.

Spink (2013) retoma o conceito de três tempos na construção dos repertórios de comunicação: "tempo longo" como a perspectiva de construção social da cultura e dos conteúdos presentes no imaginário social; "tempo vivido" como a vivência e reformatação dos conteúdos culturais pelo processo de socialização de cada indivíduo; e "tempo curto", que é o tempo da interação, a produção de sentidos cotidiana a partir de conteúdos de "tempo longo" ou "tempo vivido" que são ativados no momento da interação concreta.

A autora, complementarmente, retoma Boltanski para refletir acerca da forma como as teorias e inovações médicas vão se difundindo na sociedade dos centros de saber, das classes superiores, em direção às classes inferiores. Dessa forma, às classes trabalhadoras inferiores restariam antigas crenças médicas, esquecidas ou refutadas pela comunidade médica e científica, das quais são detentoras. Importa, ainda, ressaltar o papel da mídia na construção do imaginário social, por sua função de importante meio de circulação de informações e ideias na sociedade (Spink, 2013).

Silva Junior (2018) indica, a partir de um ponto de vista heideggeriano, que a linguagem e as instituições foram tomando a forma de um sistema metafísico, que atravessa a produção de subjetividades. Em um pensamento similar, T. Fonseca e Jaeger (2013) afirmam:

> Foucault nos fornece elementos importantes que permitem questionar o modo como o sofrimento mental, físico, social, econômico vem ganhando cada vez mais o estatuto de doença mental e se afirma gradativamente em novos arranjos em nossa existência mais comum. E com isso, o poder psiquiátrico vai adquirindo cada vez mais novos poderes em função da proteção, da vigilância e da segurança estatais contra os desvios sociais. O processo de produção do devir humano foi atravessado pela psiquiatrização que se dá concomitante à formação dos estados modernos, ao processo de urbanização, ao processo de trabalho remunerado, ao processo de asilamento dos considerados incapazes. (p. 194).

Nesse sentido, os discursos psiquiátricos e psicológicos, centrados no indivíduo e na patologização de sofrimentos, mas também na produção de comportamentos de bem-

estar como comportamentos de consumo, foram se constituindo como instrumentos para a lógica de mercado (Silva Junior, 2018; Spink, 2013).

O estudo de Sousa, Maciel & Medeiros (2018) indica que ainda predomina no imaginário social um discurso psiquiátrico biomédico, patologizante e propagador de exclusão e preconceitos. É interessante, porém, o fato de os resultados mostrarem que as representações sociais são diferentes para os termos "louco" e "doente mental", sendo o primeiro relacionado a perigo, agressividade e isolamento, enquanto o segundo termo foi associado a um "paciente", infantilizado e sem autonomia, que precisa de cuidados.

Tais representações indicam o caráter estereotipado e tutelar com que a sociedade olha para a pessoa em sofrimento psíquico, retirando dela sua autonomia e a restringindo ao sofrimento que vive ou ao seu diagnóstico. Apesar dos avanços conseguidos com a Reforma Psiquiátrica, ainda há muito a se avançar na transformação das imagens que representam a loucura, doença mental e sofrimento psíquico no imaginário social. Talvez seja esse o caminho para alcançar uma assistência em saúde mental mais integral, que consiga de fato acolher os sofrimentos da população, reabilitar e reinserir socialmente aqueles que ainda são excluídos.

Transformações em tal nível são possíveis, mas é preciso lembrar que nem sempre acontecem com "conscientizações" e racionalizações. É preciso ir além e acessar as pessoas em seus sentimentos e afetos, transformando a partir da experiência e da vivência, de dentro de cada um para fora.

Os discursos dos setores privados em saúde mental encontram terreno fértil no imaginário social do louco como aquele que precisa ser apartado da comunidade para se curar, que entendem a loucura como ameaça à ordem e à sociedade. Encontram suporte na disseminação pela mídia e pelas instituições de imagens e histórias que tocam a todos em emoções primárias, como o medo. Assim, os discursos médico-centrados continuam se emaranhando no imaginário social, de maneira mais potente do que o discurso que é difundido racionalmente nas formações profissionais ou em ações educativas desenvolvidas nos serviços de saúde, por exemplo.

É importante observar que os profissionais da saúde também estão imersos na cultura e compartilham do imaginário social. Se, por um lado os usuários do sistema de saúde se sentem mais cuidados na lógica da especialidade, por outro é preciso não perder de vista que os profissionais muitas vezes também sentem que estão cuidando melhor operando nesse modelo.

A visão tecnicista baseada em uma dicotomia saúde física/saúde mental separa o cuidado ao sofrimento psíquico do cuidado à saúde em geral, contudo é impossível que o

seja (Spink, 2013); se toda vivência de doença carrega sofrimento psíquico em potencial, é possível afirmar que ele atravessa o sistema de saúde, nos usuários, seus familiares e também nos profissionais, uma vez que também são parte do processo saúde-doença-atenção.

A Nota Técnica n. 11/2019 ressalta a volta do financiamento federal e de estímulos para os Ambulatórios de Saúde Mental, com a justificativa de que tais equipamentos de saúde serão efetivos para suprimir a demanda reprimida que extrapola a capacidade atual dos CAPS no país. Apesar de, no texto do documento, apresentar-se o serviço como uma continuidade dos serviços comunitários de saúde mental, é importante reconhecer que tais equipamentos operam, tradicionalmente, na lógica da especialidade e do indivíduo, com pouca ou nenhuma articulação com o território e a comunidade, mas respondendo de certa forma a uma expectativa de cuidado que ganha ressonância junto a vários setores da sociedade (Brasil/Ministério da Saúde, 2019).

Conil, Giovanella e P. Almeida (2011) alertam que para a superação das grandes listas de espera nas especialidades é preciso olhar para além da fila e da ampliação de serviços especializados: é necessário ficar frente a frente com o problema da garantia do acesso oportuno, avançando na qualidade do sistema de saúde para que os serviços oferecidos sejam utilizados de forma mais eficiente. Isso passa pela disputa política das diferentes lógicas assistenciais, pelo enfrentamento da financeirização e mercantilização da saúde.

É nesse mesmo sentido que Freire, Louvison, Feuerwerker, Chioro e Bertussi (2020) destacam a importância de arranjos tecnológicos que coloquem os diferentes atores do processo de cuidado para conversar e inventar um cuidado produzido em ato, como no exemplo do Apoio Matricial e em espaços de compartilhamento entre gestores de diferentes serviços e equipes de regulação. O estudo explicita que rupturas no cuidado são produzidas quando há distanciamento entre os serviços e, ainda, mostra como a lógica procedimental e especializada produz fragmentação. As autoras apontam para a necessidade da articulação entre gestão, regulação, equipes da AB, especialidades, serviços de urgência/emergência e atenção hospitalar, e usuários para a produção do cuidado.

Gestão, regulação, equipes e grupo de usuários da comunidade são formados por pessoas e não estão imunes às imagens presentes no imaginário social. Como é possível traduzir para todos que encaminhamento para especialidade não é sinônimo de maior qualidade no cuidado? Como são produzidos mecanismos de produção de cuidado em rede que produzam sentido? Qual o sentido que está sendo produzido o tempo todo? A

construção coletiva de protocolos, sem a compreensão dos sentidos que eles produzem para as pessoas, atinge seus objetivos?

Além da dificuldade no enfrentamento das representações presentes no imaginário social sobre loucura e doença mental, há dificuldade social de extrapolar as práticas individuais para o coletivo, impactando na gestão do cuidado, na governança e na sensação de potência de agir. A pandemia de COVID-19 colocou um elemento extra na tensão existente no sistema, pela necessidade e pela busca individual de soluções e cuidados que movem os usuários e pela condição de exaustão das equipes e profissionais, tão pouco cuidados.

Se o que está em jogo é a produção de sentidos e práticas diferentes daqueles presentes no imaginário social em que todas as pessoas estão inseridas, é preciso aprofundar a compreensão de processos de significação que reconheçam as diferentes subjetividades. A Educação Permanente em Saúde (EPS) é um instrumento chave para pensar o tempo todo sobre os sentidos em produção no trabalho e nas relações profissionais vivenciadas pelas equipes de saúde. Neste sentido, parece potente a aposta na EPS e em tecnologias leves, conversas e interações que produzem conhecimento, prática, sentido e compromisso para atingir objetivos comuns, a partir daquilo que é vivido e experienciado no dia a dia.

Dimenstein, Simoni e Londero (2020) relatam experiência exitosa de apoio e EPS para pensar e reinventar o trabalho em saúde mental a partir das angústias trazidas e intensificadas pela pandemia em trabalhadores de diversos equipamentos da RAPS. Os autores relatam que as experiências de troca, vivência e aprendizagem significativa ocorridas no espaço promoveram novos modos de subjetivação que trouxeram potência para os trabalhadores. A partir das angústias e vivências de sofrimento pessoal e profissional dos trabalhadores foi possível reinventar práticas, ampliando a potência de técnicas antes desvitalizadas.

Os autores relatam ainda que o compartilhamento dos saberes e das experiências entre os profissionais de diferentes equipamentos despertou interesse pelo trabalho desenvolvido pelo outro, pela outra unidade. A partir desse interesse e dessas trocas foi possível construir novas possibilidades de agir e de compartilhar o cuidado, promovendo corresponsabilização e maior articulação entre os diferentes pontos de atenção da rede.

A pandemia trouxe sofrimento mental intenso para os usuários e para os profissionais. Enquanto a EPS parece se constituir como um espaço privilegiado para dar continência ao sofrimento e impotência dos profissionais, o que pode ser feito em relação às pessoas atendidas?

Seixas *et al.* (2021) apostam nos cuidados de proximidade como estratégia para enfrentamento da pandemia no Brasil: cuidado no território, mais próximo da população, presentes na vida cotidiana dos usuários; articulando diferentes atores no território para criar novas possibilidades de cuidado que atendam às necessidades particulares daquele local. Em tese, essa é a proposta de cuidado em que se apoiam equipes de ESF, CAPS e todos os equipamentos de base comunitária presentes no SUS, mas que, de acordo com a argumentação dos autores, tem sido cooptado pela lógica médico-centrada.

Dimenstein *et al.* (2020) alertam que "marcadores culturais de cada território são importantes para a reinvenção do acolhimento, dando contornos aos afetos e tramando redes de cuidado socioafetivas" (p. 13). Dessa forma, as regiões de saúde, além de recortes administrativos para coordenação de ações que acontecem ali, são o produto do território, aqui entendido como espaço onde há diferentes relações de poder estabelecidas e disputas entre os diferentes atores ali presentes; relações e disputas essas que ditam o uso do território e também a dinâmica da região (Ribeiro, Tanaka, & Denis, 2017).

Diante disso, torna-se essencial a construção de ambientes que facilitem a cooperação, o que passa pela necessidade instrumental, mas também exige envolvimentos institucionais e organizacionais (Ribeiro, Tanaka, & Denis, 2017). As Redes e as regiões se configuram para oferecer os serviços, mas como pensar isso no caso de serviços essencialmente territoriais?

A RAPS, por exemplo, é pensada para o território e os CAPS, como ordenadores do cuidado nesta rede, são ao mesmo tempo braço assistencial especializado e apoio para a AB na comunidade, onde auxiliam na capilarização da atenção ao sofrimento mental. Diante dos vazios assistenciais e grandes distâncias em que falta o apoio de CAPS, indicados pelo estudo de Macedo *et al.* (2017), de que forma garantir essa capilarização e o cuidado de proximidade, comunitário?

É sabido que muitos profissionais que não atuam tradicionalmente na saúde mental sentem-se inseguros no atendimento a essas demandas, seja por não se sentirem capacitados tecnicamente para o cuidado, seja por terem dificuldades de manejo de aspectos difíceis que aparecem na relação com as pessoas em sofrimento psíquico (Chiaverini *et al.*, 2011). Além dos espaços de EPS, o Apoio Matricial constitui-se como essencial para o suporte às equipes de AB nos cuidados em saúde mental. No caso da RAPS, as equipes que fazem matriciamento podem ser dos CAPS, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) ou equipes de apoio em saúde mental.

Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Portaria n. 2.436/2017, de 21 de setembro de 2017) retiraram o financiamento federal específico das

equipes NASF, o que pode produzir ainda mais iniquidade para a atenção à saúde. A manutenção destas equipes, agora condicionada à disponibilidade de recursos financeiros do próprio município, provavelmente promoverá uma concentração destes serviços justamente onde há mais recursos e, em geral, menores dificuldades assistenciais.

Para ampliar a análise proposta, destaca-se a Política Nacional de Humanização (PNH), que tem caráter transversal e deve ser implementada em todo o sistema por todos os profissionais de saúde, tendo como uma de suas diretrizes o acolhimento. O acolhimento como reconhecimento do outro como sujeito, com legitimação de suas vivências e singularidades; como construtor do vínculo e da confiança entre profissional de saúde e pessoa atendida (Brasil/Ministério da Saúde, 2010).

Destaca-se aqui a importância do acolhimento por todos os profissionais, como estratégia importante no cuidado ao sofrimento psíquico da pessoa atendida. Chiaverini *et al.* (2011) ressaltam a importância do vínculo e o potencial terapêutico que a relação entre pessoa atendida e profissional de saúde tem. Reconhece-se, contudo, a dificuldade de implementá-lo no dia a dia, uma vez que o manejo dessas relações não é simples.

O Apoio Matricial e a EPS se tornam essenciais no auxílio às equipes nesses casos e, com a extinção das equipes NASF, essa função fica delegada aos CAPS e às equipes de apoio em saúde mental. Contudo, a distribuição dos CAPS no país torna-se um dificultador para a execução dessa tarefa, uma vez que grande parte dos territórios não contam com esse ponto de cuidado e de apoio à AB.

Os diferentes atores na produção do cuidado, isto é, gestores, profissionais, usuários e comunidade agem de maneira singular no movimento em busca do objetivo de cuidar em saúde e vão produzindo diferentes regulações dentro das Redes de saúde. Cecílio *et al.* (2014) indicam que é quando há a possibilidade de complementar a regulação profissional com a regulação leiga que se torna possível otimizar o cuidado.

O usuário constrói seu próprio caminho pela rede, da maneira que consegue e de modo muito diferente do que faria um "usuário ideal" (e irreal), para o qual o sistema e as redes são criados. O que constrói seu caminho, um usuário-fabricador, vai encontrando brechas e criando sua própria linha de cuidado para se sentir acolhido, para que suas necessidades sejam atendidas no tempo em que acontecem; o segundo, um usuário-fabricado, e que não existe, segue como foco de muitas das ações propostas (Cecílio, 2012). É preciso que os profissionais de saúde, os serviços, as redes e o sistema estejam de fato articulados, conversando e olhando para a pessoa atendida, para suas necessidades e para sua realidade, seu território.

A lista de referências que indicam que o caminho para a superação da fragmentação da assistência é o trabalho articulado entre os serviços, a responsabilidade compartilhada e compreensão ampliada da saúde para ações que contemplem as necessidades locais e comunitárias é grande.

Para se implementar com sucesso tecnologias organizativas de cooperação que potencializam a negociação e regulação do sistema é preciso redefinir os papéis daqueles que operam o sistema e a política (Albuquerque & Viana, 2015). Além disso, é preciso diminuir a definição de atos que distribuem e restringem responsabilidades individuais, reconhecendo que, diante de situações complexas e de oferta insuficiente de apoio, é necessário produzir responsabilização de maneira coletiva, em todo o sistema.

Freire *et al.* (2020) apontaram a potência do cuidado quando trabalhadores de diferentes serviços e níveis de atenção, gestores e reguladores conseguem trabalhar juntos, com responsabilização compartilhada pelo cuidado, pela gestão das filas de espera e por ações no território.

O que será preciso para que o sistema se responsabilize coletivamente pelo cuidado em saúde mental? Pela promoção e proteção do bem-estar, subjetivo, das pessoas? Não basta que o sistema ofereça serviços, é preciso que se aproxime das necessidades da população para que possa oferecê-los de modo articulado às necessidades das pessoas atendidas, que faça sentido para elas e esteja imerso naquela realidade.

A necessidade de ampliar a oferta de ações e de acesso à saúde mental é inequívoca e está articulada com a demanda por uma rede mais integrada. Se os CAPS e as equipes de saúde mental são referência regionalizada para a saúde mental, é necessário construir mecanismos e arranjos operacionais que garantam a integralidade, promovendo o cuidado aos casos graves dentro dos serviços e apoiando os demais serviços não especializados em saúde mental para que eles também possam produzir cuidado nesse campo.

3. CAPÍTULO 2 - COGESTÃO

"De repente, a gente vê que perdeu
Ou está perdendo alguma coisa
Morna e ingênua
Que vai ficando no caminho
Que é escuro e frio, mas também bonito
Porque é iluminado
Pela beleza do que aconteceu há minutos atrás"

(Roberto Frejat e Agenor de Miranda Araujo Neto, "Poema")

Existem diferentes linhas teóricas que dizem que a implicação do sujeito, o caráter performático do trabalho, aspectos subjetivos e o enfrentamento do processo de alienação do trabalho são vitais para que haja maior comprometimento e implicação de modo que se possam produzir processos de trabalho mais bem qualificados e mais alinhados aos princípios do SUS e pressupostos da RAPS.

O modelo proposto no capítulo anterior, a partir do pensamento de Spink (2013) sobre a construção de repertórios sociais, é apenas um dos modelos possíveis para explicar e pensar sobre os diferentes fatores que influenciam o comportamento dos profissionais de saúde. O que se destaca aqui, no entanto, é a urgente necessidade de se lidar com os afetos dos Sujeitos e com as dinâmicas institucionais para que haja transformação das práticas e das relações.

Para isso, pretende-se dar foco não a uma exploração teórica que contribua para compreender a construção de tais repertórios sociais e fatores que moldam o comportamento, mas sim aos efeitos disso: como isso impacta no trabalho e como se pode trabalhar para atuar justamente na transformação desses efeitos. Além disso, este trabalho não trata de comportamentos individuais dos profissionais de saúde, mas sim do projeto de trabalho das equipes, logo, daquele construído em conjunto a partir e pelo encontro grupal.

Entende-se que o gestor não tem poder ou governabilidade para construir sozinho, ou à revelia da equipe, o projeto de trabalho, mas é evidente que o gestor ocupa espaço, se não privilegiado, de destaque na construção do modo de operar da equipe. O gestor tem uma função com uma faceta mais operacional, mais executiva, que afirma institucionalmente que é ele quem pode garantir espaço e tempo para a equipe se organizar, conversar, poder fazer trocas, poder planejar e avaliar seu processo de trabalho; é também o gestor quem pode fazer em primeiro plano uma orientação para o uso desse espaço e tempo de modo a contemplar e evidenciar os aspectos subjetivos das relações e do processo de trabalho.

3.1 O gestor: entre o suporte e o limite

Partindo do pressuposto de que o ser humano está em constante devir, ou seja, de que a sua subjetividade está em permanente construção, a partir do encontro do sujeito com seu meio, com o mundo externo e com as outras pessoas, este trabalho está ancorado no entendimento de que todo trabalho tem três funções:

> [...] primeiro, objetiva e interfere com a produção de bens ou serviços para pessoas externas à organização – trabalha-se para um outro por referência à equipe de operadores -; segundo, procura sempre assegurar a reprodução ampliada da própria organização; e terceiro, acaba interferindo com a produção social e subjetiva dos próprios trabalhadores e dos usuários. (Campos, 2013, p. 86).

Nesse sentido, o que está em jogo nos serviços de saúde não é apenas a produção de práticas em saúde, mas também a manutenção e sobrevivência de um conjunto de práticas institucionais, que compõem e caracterizam o serviço, e a produção dos sujeitos que ali trabalham e dos usuários desse serviço. A manutenção e sobrevivência da organização, por meio das práticas institucionais consolidadas, expressam articulação entre o conjunto de normas que aquele serviço deve seguir com a cultura, tradição e história do serviço, como ele foi construído.

Em relação à interferência na produção social e subjetiva dos próprios trabalhadores, Campos (2015) sinaliza a necessidade de atentarmos para o fato de que os profissionais da saúde estão implicados no processo de cuidado enquanto sujeitos, não havendo como separar o trabalhador que aplica determinada técnica do indivíduo em si, com vivências, competências e características próprias. Considera-se aqui, portanto, o caráter performático do trabalho sobre a subjetividade do trabalhador e a subjetividade do trabalhador implicada em seu trabalho. Consequentemente, deve-se considerar a subjetividade do usuário implicada em seu processo de cuidado e o processo de cuidado como parte também da subjetivação do usuário.

Considerar a subjetividade do trabalhador implicada em seu trabalho significa também considerar que o ser humano é um ser inacabado, em constante devir, que sua subjetividade é dependente do outro, construída a partir do encontro, e que é um ser essencialmente cindido. Isto é, reconhecer que ele nunca será completamente dono de si e de suas atitudes e pensamentos, que há reações inconscientes que o guiam e o fazem não ter o perfeito conhecimento do rumo de seu desejo (Onocko-Campos, 2012, 2013, 2014).

O reflexo disso no trabalho em equipes é que há a necessidade de se criar um espaço subjetivo conjunto, que se dá no encontro das subjetividades dos profissionais, relativamente operatório, ou seja, que consiga comprometer-se com um objetivo em comum, com uma tarefa, pelo estabelecimento de contratos (Onocko-Campos, 2014). Além disso, Onocko-Campos (2012) afirma haver a "não separabilidade entre agir racional e o momento subjetivo dos grupos que se preparam para, ou estão em ação" (p. 85).

Tradicionalmente, os modelos de gestão centram-se nas duas primeiras funções do trabalho, anteriormente citadas, mas descuidam-se da terceira, ou a desconsideram, tendendo a não reconhecer o papel que a interação entre pessoas desempenha na gestão. Os impactos disso são frequentemente expressos na "tendência a se reproduzirem formas burocratizadas de trabalho, com empobrecimento subjetivo e social dos trabalhadores e dos usuários" (Campos, 2013, p. 86).

Uma proposta para compatibilizar essas funções é o Apoio Paidéia, que por meio de supervisão e avaliação procura envolver os próprios avaliados no processo de coordenar e planejar o trabalho democraticamente. A partir de certa cogestão operando na equipe, o apoio articula a experiência, o desejo e o interesse dos diversos atores envolvidos no processo, mesmo que não exerçam funções típicas de gestão (Campos, 2013, 2015).

> O termo Apoio procura capturar todo este significado: não se trataria de comandar objetos sem experiência ou sem interesses, mas de articular os objetivos institucionais aos saberes e interesses dos trabalhadores e usuários. Tampouco se aposta apenas nos recursos internos de cada equipe. O termo Apoio indica uma pressão de fora, implica trazer algo externo ao grupo, que opera os processos de trabalho ou que recebem bens ou serviços. Quem apoia sustenta e empurra o outro. Sendo, em decorrência também sustentado e empurrado pela equipe 'objeto' da intervenção. Tudo misturado e ao mesmo tempo. (Campos, 2013, p. 87).

Onocko-Campos (2013) propõe que o gestor pode fazer algo, na falta de um apoiador, já que ocupa posição privilegiada para coordenar a equipe. Retoma Pichon-Riviere, psicanalista argentino, para explorar a função de coordenador de um grupo operativo, ou seja, aquele responsável por manter o grupo operando, propiciar que as pessoas da equipe possam experienciar autonomia e criatividade, que se comprometam com a produção, diminuindo a alienação.

É a partir desse entendimento que a autora citada (Onocko-Campos, 2013) propõe recursos que a pessoa que ocupa o cargo de gestor deve ter, sendo o primeiro deles a formação técnica em gerência e em saúde. Para a autora é necessário que o gestor domine

competências e habilidades técnicas da tarefa gerencial, como o planejamento, cálculo de insumos, custeio, entre outros; mas também que seja capaz de propor e mediar a discussão sobre modelos assistenciais e modelagens clínicas propostas na equipe, devendo ter amplo conhecimento em saúde e das alternativas possíveis.

O segundo grupo de recursos propostos por Onocko-Campos (2013) é aquele composto pelas habilidades pessoais que permitam que a pessoa nesta função possa se posicionar entre o autoritarismo e a omissão, de maneira que a possibilite conduzir uma discussão fluida e diversa, mas que ao mesmo tempo a leve a conseguir cortá-la ou reconduzi-la para os objetivos propostos, que saiba quando e como cobrar e o que priorizar. A autora destaca que é necessário suportar as dúvidas, incertezas e angústias, sendo que não há técnica que ensine isso, indicando que estas são características pessoais e subjetivas.

Por fim, a autora propõe que o gestor desempenhe a função de criar, cuidar, proteger e estimular o desenvolvimento da grupalidade que todo grupo tem o potencial de desenvolver, de modo a propiciar que o grupo consiga operar conjuntamente em uma tarefa com objetivo comum. Isto é, criar um lugar e tempo protegidos, com regularidades e frequências determinadas, livre de interferências externas para que a equipe possa refletir, pactuar e deliberar (Onocko-Campos, 2013).

> Quando conseguimos instaurar num grupo a necessidade de respeitar o horário da reunião, de desligar os telefones celulares, de não ser interrompidos, abrimos a possibilidade de uma nova maneira de experimentar o tempo. Questão central quando se trata de gestão, em que costuma primar um ritmo acelerado, que faz obstáculo à reflexão. (Onocko-Campos, 2013, p. 136).

É nesse sentido que a autora defende que é necessário que gestores e apoiadores, nesse contexto, sejam “vírgulas”, uma pausa na ação para que se possa respirar e retomar o fôlego (Onocko-Campos, 2013). Essa pausa, para alcançar o objetivo de desenvolver a grupalidade da equipe, e a autonomia e criatividade dos membros, não deve ser um mero “tempo sem trabalhar”.

É um tempo de reflexão e de articulação de fatores afetivos e subjetivos ao trabalho que deve estar ancorado em limites a serem demarcados: o gestor deve ser a voz da lei organizacional e das normas a serem cumpridas, de maneira homogênea (todos os membros da equipe devem seguir e estar submetidos à lei); esse limite deve, contudo, ser suporte, não retaliação (Onocko-Campos, 2013).

Isso quer dizer que o gestor deve auxiliar a equipe a olhar para aquilo que é arbitrário e dado pela realidade externa, portanto que restringe o seu agir, e conseguir ver

todo o mundo de possibilidades que se abre a partir disso. Em outras palavras, o gestor deve “ajudar a equipe a compreender que não pode tudo (castração), porém não são um bando de impotentes” (Onocko-Campos, 2013, p. 137).

É necessário que o gestor esteja atento e conduza a equipe em seu exercício de autonomia, uma vez que é esperado que descobrindo sua própria potência os grupos tendam a extrapolar seu espaço de decisão e queiram apropriar-se de outros níveis de decisão. O papel do gestor é, então, tal qual o papel dos pais de uma criança que está descobrindo e testando os limites do que pode ou não fazer, dar continência e suporte, apontando e delimitando, sem retaliação, esse limite (Onocko-Campos, 2013).

Para isso, é necessário que possa suportar a agressividade primária que será despertada na equipe, que confie em si mesmo e sobreviva aos ataques que serão feitos, entendendo que são destinados à sua função e não à sua pessoa. Essa difícil tarefa é facilitada quando os gestores entendem que “estão” na função e não estejam identificados com a ideia de que “são” chefes (Onocko-Campos, 2013).

3.2 O gestor entre planos e projetos: a construção de um espaço comum possível

Apesar de um movimento para se incorporar a subjetividade dos atores nos processos de cuidado, hegemonicamente, as organizações de saúde têm submetido sujeitos e vontades em nome de planos e projetos pré-estabelecidos por planejadores externos. Muitas vezes eles não ficam claros para as equipes (Onocko-Campos, 2012), talvez nem para os profissionais ligados à gestão, seja em nível das unidades, do município ou estaduais.

Faz-se aqui necessária uma distinção, então entre plano e projeto:

> É preciso não confundir projeto e plano. O plano corresponde ao momento técnico de uma atividade, quando condições, objetivos, meios podem ser e são determinados exatamente [...] [ao passo que] O projeto [...] é a intenção de uma transformação do real, guiada por uma representação do sentido desta transformação, levando em consideração as condições reais e animando uma atividade. (Castoriadis, 1986, p. 97, como citado por Onocko-Campos, 2012, p. 97).

A execução de um plano previamente estabelecido, então, sem um projeto que o sustente é esvaziada de sentido, torna-se mecânica e mera reprodução técnica. Muitas vezes, quando se chega com o projeto pronto ele não fica claro para as equipes (Onocko-Campos, 2012), e cada um dos membros irá apropriar-se dele a partir de seu próprio

repertório de sentidos, e assim o grupo não conseguirá adotar um campo de significação comum para esse projeto. É nesse sentido que Onocko-Campos (2012) afirma:

> Quando um grupo consegue ter um projeto claro, é porque já conseguiu um grau de subjetivação, de região intermediária conjunta, que lhe permite brincar junto, embarcar num sonho comum. Há um para quê do grupo. Mas, na maioria das vezes, quando chegamos nessa função de assessor ou apoiador, não existe um para quê do grupo. Está em jogo (game: disputa) vários possíveis projetos. (p. 145).

O grau de subjetivação e a região intermediária conjunta a que a autora se refere é fruto do trabalho da grupalidade que pode ser desenvolvida nas equipes e que foi anteriormente citada. É reflexo do trabalho de sustentação, continência e delimitação do gestor, que pode propiciar o amadurecimento da reflexão e autonomia do grupo.

A ideia defendida aqui é que é necessário, para que se consiga formular projetos e agir em prol de sua execução, que as equipes criem um espaço psíquico comum, uma vez que sem isso o grupo fica em disputa entre os vários projetos possíveis (Onocko-Campos, 2012). É nisso que o gestor precisa ser capaz de intervir, para que se construa um projeto compartilhado.

A construção do projeto compartilhado, que esbarra na disputa entre projetos possíveis e no repertório de significação dos sujeitos implicados no processo (consequentemente nas variações de modelagens clínicas propostas), pode gerar mudanças nas práticas e crise na equipe. Para a autora, a crise pode ser um lugar de passagem: a perda de limites balizadores da ação deve ser experimentada para que a reconstrução de um outro espaço seja possível. É nesse “se enxergar” fazendo alguma coisa diferente que pode ser construída uma nova forma de trabalho (Onocko-Campos, 2012).

Nesse momento é essencial a intervenção do gestor, que, para a construção do projeto compartilhado, deve promover a discussão de para onde querem ir os membros da equipe e dos seus porquês. Não basta assumir a concordância do sentido de uma dada mudança, é necessário questionar de que maneira e em qual ritmo essa mudança pode ser experimentada (Onocko-Campos, 2012).

Quando há um projeto compartilhado, ou seja, quando os para onde, porquês, comos e tempos da equipe estiverem alinhados, o plano pode deixar de ser a prescrição de execução da atividade para ser o disparador de um processo (Onocko-Campos, 2012). O ponto de partida de um processo que será construído no caminho, levando em consideração a equipe, o sujeito em atendimento e a realidade diante deles.

É nesse sentido que Cunha (2010) propõe o anti-protocolo, uma vez que entende que os protocolos dão conta de aspectos operacionais e formais que balizam o fazer profissional, mas não são suficientes para fazer frente ao processo de cuidado. Para o autor, a construção da relação e do vínculo depende de uma condição de ruptura, que exige desse profissional uma maturidade reflexiva e um tipo de disponibilidade que ele nem sempre tem.

Para o autor, o profissional só vai desenvolver essa disponibilidade se ele primeiro sentir que fará diferença no processo e que ela tem espaço para ser acolhida também dentro da equipe, ou seja, que ela pertence a esse projeto que é coletivo e compartilhado pela equipe. Caso contrário, ele começa a atuar de modo isolado e disruptivo em relação a essa equipe, diminuindo as chances de manutenção dessa prática.

Assim como o anti-protocolo, outros instrumentos, técnicas e arranjos, como o Apoio Matricial (AM) e Educação Permanente em Saúde (EPS), podem ser oferecidos às equipes, mas dependem da existência desse espaço operativo e subjetivo das equipes para que sejam aproveitados, uma vez que operam no campo subjetivo (Onocko-Campos, 2012, 2013).

A construção de um projeto de trabalho compartilhado, dessa forma, pode proporcionar aos profissionais capacidade para resgatar a autonomia e autoria sobre seu processo de trabalho, para atuar de modo alinhado ao protocolo e demais responsabilidades técnicas, mas sem estar submetido a uma prática esvaziada de sentido e puramente mecânica.

Para que isso seja possível, é necessário que os gestores não apenas aceitem a flexibilização do protocolo, mas também que consigam sustentar espaços de troca, divergências e convergências, e integrar os aspectos pragmáticos, objetivos e subjetivos, de modo que a equipe consiga desenvolver um espaço subjetivo comum em que os membros compreendam os limites daquilo que podem fazer, mas ainda assim consigam ver-se como potentes e autônomos, e sintam-se livres para criar, brincar e inventar sua prática profissional.

4. CAPÍTULO 3 – MÉTODO: O FAZER DA PESQUISA

"Caminho se conhece andando
Então vez em quando é bom se perder
Perdido fica perguntando
Vai só procurando
E acha sem saber
Perigo é se encontrar perdido
Deixar sem ter sido
Não olhar, não ver"

(Tom Zé e Elton Medeiros, "Tô")

4.1. Contexto e justificativa do estudo

O município em que o estudo foi desenvolvido está situado no interior do estado de São Paulo e tem, segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2019), cerca de 700.000 habitantes. Também é sede administrativa de uma das Regiões de Saúde do Estado, atuando em estreita relação com os mais de 20 municípios que integram a Rede Regional de Atenção à Saúde em que se insere.

No campo da Saúde Mental, o município sedia serviços públicos de saúde que servem como referência para internação psiquiátrica de usuários de parte destes municípios; além disso, conta com instituições de ensino superior, com vários cursos de graduação e pós-graduação na área de saúde e saúde mental, reforçando seu protagonismo como centro de desenvolvimento de conhecimento e inovação técnica nos cuidados em saúde, incluindo-se aí o cuidado especializado em saúde mental.

Para construção do estudo aqui apresentado, foi realizado um mapeamento da atual composição da rede de serviços públicos de saúde voltados à atenção em saúde mental no município, formalmente vinculados à RAPS, considerando-se como recorte de interesse apenas os equipamentos com atuação de base territorial, ou seja, aqueles que atendem à população residente no município, especificamente.

O mapeamento mostra que atualmente a RAPS foi instituída formalmente no município e a quantidade de unidades de atendimento de saúde mental extra-hospitalares aumentou na última década, passando a um total de sete (07) desde o ano de 2019: um Ambulatório de Saúde Mental, um CAPS III, um CAPS Ad, um CAPS Infantil e três CAPS II.

Propõe-se, assim, análise do processo de implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) neste município, por meio da explicitação da organização do

trabalho nas equipes dos serviços de saúde mental e do modelo assistencial pretendido pela gestão dos equipamentos e da rede municipal.

4.2 Objetivo

4.2.1 Objetivo Geral

Compreender o projeto de trabalho que sustenta as práticas assistenciais desenvolvidas em serviços de saúde pública que compõem a Coordenadoria de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas da Secretaria Municipal de Saúde de um município de grande porte do interior do Estado de São Paulo.

4.2.2. Objetivos Específicos

a) Identificar a configuração da rede assistencial em saúde mental no município, considerando as pactuações e os fluxos assistenciais estabelecidos pela gestão; b) Investigar a organização do trabalho e das práticas assistenciais, tais como descritas por gestores, nos serviços de saúde mental do município; c) Identificar os elementos presentes na rede que facilitam e dificultam sua reorganização e adaptação ao enfrentamento da pandemia de COVID-19; e d) Realizar devolutiva dos resultados do estudo aos serviços, profissionais e à gestão da Coordenadoria de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do município, colaborando em eventuais discussões sobre mudanças no processo de trabalho e assistência.

4.3. A Hermenêutica-Dialética como caminho teórico-metodológico

Este trabalho não se pretende imparcial e preza informar ao leitor as condições em que foi estruturado; entende-se que sua compreensão só é possível a partir do conhecimento do contexto e processo que o sustentam, de modo que a escolha do método é também fortemente marcada por esse entendimento.

Para dar início a esse exercício de compartilhamento com o leitor, cabe apresentar o que se pode descrever como elemento de interesse deste estudo: como é possível olhar

para as tensões presentes no dia a dia do trabalho das equipes de saúde de forma a perceber os ruídos (Malta & Merhy, 2003) ali presentes, ou seja, de que forma se pode olhar para as relações entre os atores ali situados para conseguir perceber aproximações e distanciamentos do padrão instituído, que permitam refletir sobre aquilo que está consolidado e sobre novas possibilidades de caminhar?

Como fazer a análise diagnóstica já citada, apontada por Campos (2015) de modo a garantir, concomitantemente, a ampliação do entendimento sobre as dinâmicas de poder e relações instituídas e, também, a promoção de um terreno fértil para que as equipes consigam construir novos sentidos e significados para aquelas situações que vivem, de forma a não repetir estereotipadamente tudo o que tem feito?

As reflexões práticas e teóricas suscitadas no processo de realização dessa tarefa conduziram à Hermenêutica-dialética, que tem sido utilizada como método de análise das ciências humanas e sociais como um caminho de possibilidades de construção téorico-metodológica de base empírica e documental. Considera-se que, para além de um método de tratamento de dados, é possível que o casamento dessas abordagens guie um processo compreensivo e crítico acerca da realidade social (Minayo, 2002, 2014).

As duas abordagens, apesar de terem nascido em momentos diferentes, aproximam-se em muitos pontos e naqueles em que se distanciam podem se complementar. Ambas partem da crítica ao iluminismo e ao positivismo, e não se pretendem imparciais ou neutras. Para as duas abordagens, o sujeito investigador é parte da realidade investigada (Minayo, 2002, 2014).

A Hermenêutica pode ser entendida como forma de compreensão das singularidades, dos significados, símbolos e intencionalidade, enquanto a Dialética apresenta-se como instrumento para colocar essa grande diversidade de compreensões, fatos e contextos, sociais e históricos, para dialogar e se contrapor.

A Hermenêutica tem como conceito central, em seu movimento e atitude investigativos, a compreensão. Compreender faz parte da capacidade que os seres humanos têm de colocar-se no lugar do outro, de entenderem-se entre si, tendo a linguagem em seu centro. Contudo, a linguagem nem sempre é transparente em si mesma e por vezes aparecem transtornos no entendimento, gerando situações de estranhamento. É nesses casos, em que a compreensão comum falha, ou não é suficiente, que a Hermenêutica se faz necessária (Minayo, 2002).

Busca-se, pela Hermenêutica, compreender os sentidos da comunicação e as condições sob as quais aquilo que é comunicado surge, entendendo que está sempre atravessado pela tradição, cultura e conjuntura (Minayo, 2002). Mais do que isso,

entendendo que aquilo que é comunicado é feito por alguém e destinado a um outro, podem-se explorar as implicações deste encontro/embate entre contextos, culturas e tradições, buscando aproximação com o que pode ser definido como uma forma de intersubjetividade, presente também nos processos coletivos.

Dessa forma, ao investigador hermeneuta é necessário procurar o que há de semelhante e de diferente entre o seu próprio contexto e o do daquilo que está em análise. Em um labor interpretativo, é necessário explicitar as definições de situação do autor possibilitadas pelo texto, mesmo que elas não se apresentem tão explicitamente (Minayo, 2002).

A compreensão do contexto e situação do autor é tão necessária, pois faz parte do pano de fundo da realidade social e da história, que são os limitadores daquilo que pode vir a ser ou do que veio a ser. Aquilo que vem da vida interior só pode existir quando objetivado dentro dos limites e circunstâncias da realidade (Minayo, 2002). Por isso, a consciência histórica e o contexto são de extrema importância nas análises, já demonstrando a necessidade de esforço dialético.

Ao colocar em evidência a consciência histórica e o contexto, olha-se para o todo, mas tão importante quanto isso é olhar também para as partes e processos específicos que o compõem. Há que se olhar, comparativamente, o que é comum no todo e também aquilo que é específico de cada uma das partes: é pelo individual, próprio de cada parte, que o todo pode ser compreendido. Esse movimento de retorno ao todo e às partes, de modo concomitante, deve ser constante, uma vez que aquilo que é interpretado não se esgota (Minayo, 2002).

Todavia, é ao individual, ao sentido interno do que será analisado que a Hermenêutica se dedica, uma vez que valoriza a intencionalidade do sujeito e a maneira que os objetos e fatos são compreendidos subjetivamente por ele. É a identificação daquilo a que ele dá maior ou menor relevância, mesmo sem perceber, colocando em destaque a vivência, ou seja, a forma como o sujeito reinterpreta sua experiência, como pensa e intenciona sua realidade (Minayo, 2002).

Enquanto a Hermenêutica ocupa-se do entendimento, do acordo e da cotidianidade, a Dialética tem o potencial de complementá-la. A partir de uma postura crítica, enfatiza os macroprocessos, as mudanças, as diferenças e as rupturas, entendendo o conflito e as contradições como permanentes, base para a realidade que está em constante transformação a partir deles (Minayo, 2002).

A Dialética ocupa-se dos fundamentos históricos das relações sociais, que são marcadas pelas diferenças entre classes, grupos e segmentos sociais, ou seja, daqueles

elementos que sofrem atravessamentos do caráter ideológico das relações de trabalho e poder (Minayo, 2002).

Minayo (2002) cita Habermas para ressaltar o papel da linguagem nas relações de dominação e poder social, servindo como legitimadora de relações de violência organizada. É necessário, dessa forma, sua desmistificação e reflexão acerca de sua intransparência, ou seja, a explicitação das oposições contraditórias entre poder e relações de produção e pessoas, grupos e classes (Minayo, 2014).

Campos (2015) recupera diferentes autores e teorias para discutir o caráter contraditório dos Sujeitos, reconhecendo a presença de lógicas distintas que impõem às pessoas constantemente conflitos, ressaltando também a contradição entre pensar e agir e apostando exatamente nesses conflitos e contradições como espaços para o exercício da autonomia e da reflexão.

Além disso, referindo-se a Lefebvre, Campos (2015) afirma que usar os contraditórios, colocando-os frente a frente, não só é necessário para que alguma crítica sobre o desenvolvimento do processo possa ser estabelecida, mas também é essencial para o enriquecimento do saber.

Minayo (2014) apresenta críticas de diversos autores às abordagens Hermenêutica e Dialética quando usadas isoladamente, sendo as principais referentes ao fato de que a Hermenêutica produz análises muito presas à linguagem e à sua produção em si e, por isso, descontextualizadas; quanto à Dialética, as críticas indicam sua tendência a ignorar a subjetividade, subvalorizando o significado e a intencionalidade que são próprios à vida social.

É no casamento das duas abordagens que se torna possível produzir análises indicativas da compreensão da subjetividade dos atores e produtores do material a ser analisado, dos significados que os mesmos atribuem às suas ações intencionais; ao mesmo tempo em que se enfatiza a ruptura de sentido ali presente, contextualizando e fundamentando o contraditório ali encontrado, de modo a não deixar passar a importância da cultura e do contexto como produtores das formas de pensamento, sentimento, subjetivação, ação e expressão das sociedades, grupos e classes (Minayo, 2014).

Discorrendo sobre a organização de serviços vinculados à RAPS, Ferreira Bertagnoli, Corradi-Webster *et al.* (2018) afirmam que "explicitar os pressupostos conceituais sobre a organização do trabalho e do modelo assistencial no qual estão inseridos" (p. 161) é esforço indispensável.

Acredita-se que, mais do que explicitar hermeneuticamente esses pressupostos conceituais, é necessário identificar o que há de contraditório neles, as rupturas, os ruídos,

para que se possa sustentar uma atitude crítica diante deles de modo a explorar novas possibilidades. Entende-se, dessa forma, que a Hermenêutica e a Dialética são momentos distintos, complementares e necessários ao trabalho realizado.

É no espaço de imbricamento entre o que é instituído e os diferentes poderes exercidos, subjetividades existentes e disputa entre atores, que a investigação se desenvolveu. Um espaço rico em contradições e conflitos, permeado por uma história que é própria do todo, mas igualmente de tantas histórias individuais daqueles sujeitos atores dos processos.

4.4. Percurso metodológico

Compreender o projeto de trabalho que sustenta as práticas assistenciais desenvolvidas em determinado serviço, objeto deste estudo, implica ir além da simples identificação daquelas ações que são ofertadas aos usuários. É necessária uma análise minuciosa do porquê tais ações são oferecidas em detrimento de outras, de que forma e com qual objetivo. Buscar compreender qual o pano de fundo das escolhas feitas pelas equipes, quais as implicações disso para aqueles usuários que vão usufruir do que é ofertado e para aqueles que produzem a oferta, é tarefa essencial.

O trabalho em saúde pode ser facilmente dissociado do conceito geral de trabalho, por estar entre práticas que têm como produto final não um bem material, algo concreto, mas um bem subjetivo, que é incorporado imediatamente no vir-a-ser do ser humano (Mendes Gonçalves, 2017).

A imaterialidade do trabalho em saúde é ainda mais evidente no trabalho em saúde mental, cujos objetos e estratégias o tornam ainda mais abstrato. Falar de cuidados em saúde mental implica a referência ao cuidado de elementos/processos que não podem ser apreendidos concretamente: desejos, afetos, sentimentos, emoções, relações sociais, entre outros. Uma pessoa que procura cuidado em saúde mental não pode localizar a dor em um local do corpo: o sofrimento existe, mas é abstrato. As práticas de cuidado em saúde mental guardam, dessa forma, particularidades em relação às de saúde geral, a ponto de muitas vezes não serem reconhecidas como parte da “saúde do corpo”.

As equipes de saúde que trabalham nos serviços de saúde mental estão produzindo quais serviços e práticas? Com qual utilidade e intencionalidade? O produto desse trabalho consegue atender às necessidades de quem procura cuidado? A quais necessidades se dispõe a atender?

Essa produção de serviços e práticas, situada em um processo específico de desenvolvimento histórico do sujeito social que o produz e do corpo social em que essa produção está sendo desenvolvida (Marx, 1859/1990), requer um olhar sobre a história das práticas de saúde mental no Brasil, como campo que foi se constituindo técnica e socialmente, dando corpo à constituição de políticas públicas específicas em saúde mental e às normativas da área, tanto a nível federal, quanto estadual e municipal.

Essa caracterização do desenvolvimento histórico deve ser feita também nos equipamentos em que as equipes atuam, para que se possam compreender as condições estruturantes e delimitadoras das práticas ali desenvolvidas. Além disso, deve-se considerar o desenvolvimento específico de cada um dos trabalhadores, considerando dimensões profissionais, formativas e subjetivas, uma vez que a forma como ele compreende o trabalho e a saúde mental também serão determinantes na construção de suas práticas.

Nesse estudo procurou-se compreender o projeto de trabalho que norteia as práticas assistenciais desenvolvidas dentro dos serviços a partir das informações fornecidas pelos participantes (produtores dos dados analisados), as relações entre os participantes e as instituições e outros atores por eles evocados durante as entrevistas, e também os processos históricos, sociais e de implantação da Rede de Atenção Psicossocial, pertinentes ao processo.

Considerando que nas pesquisas de natureza qualitativa estão incluídos métodos que se ocupam da investigação sobre significado e intencionalidade dos atos, relações e estruturas sociais (Minayo, 2014), entende-se que esta investigação está alinhada a esta natureza de estudos. Ressalta-se, contudo, o entendimento de que há, dentro do universo dos dados analisados, possibilidade de encontrar regularidades, elementos homogêneos e enumeráveis.

Sobre isso, destaca-se que a Dialética procura superar essa dicotomia entre dados quantificáveis e qualificáveis, afirmando que a quantidade é também uma qualidade do objeto ou da realidade (Minayo, 2002). Se há quantidade dentro das qualidades daquilo que se estuda, é porque a realidade, a sociedade e os indivíduos contêm em si homogeneidades e regularidades, sendo ideal que a abordagem ao que é estudado contemple sistematicamente esse dinamismo e riqueza de significados contidos na realidade social (Minayo, 2014).

Neste trabalho, optou-se por um desenho de pesquisa de caráter exploratório, descritivo, transversal e qualitativo, que busca através de pesquisa de campo mapear, identificar e compreender os processos assistenciais em saúde mental executados por

equipes de serviços públicos de saúde, norteados pelo princípio da saúde como direito de todo cidadão e, ainda, pelo compromisso de atenção integral a todos os indivíduos. Situa-se na interface entre a Psicologia e o campo das Políticas Públicas em Saúde, utilizando a análise de falas de profissionais de saúde (gestores de serviço e profissional ligado à Secretaria Municipal da Saúde) em entrevistas individuais para discussão de questões pertinentes à temática investigada.

4.5. Procedimentos de Coleta de Dados

O estudo teve sua estratégia de coleta de dados alterada por conta da eclosão da pandemia de COVID-19: o projeto original contava com a previsão de realização de grupos focais e, consequentemente, um número maior de participantes. Em decorrência da impossibilidade de se realizar grupos presencialmente e da falta de estrutura técnica (disponibilidade de aparelhos para videochamadas) suficiente para a realização dos encontros de maneira remota com um maior número de profissionais de saúde nas unidades de saúde estudadas, optou-se pela realização de entrevistas individuais apenas com os supervisores dos serviços (gestores) e profissional ligado à administração municipal.

A realização das entrevistas semiestruturadas individuais se deu virtualmente, por meio de videochamada em plataforma on-line, ou presencialmente, na unidade sob supervisão do participante, nos casos em que não havia recursos tecnológicos necessários para a interação virtual no serviço.

A coleta objetivou colher dados sobre a história de composição da rede de saúde mental no município, as pactuações e fluxos estabelecidos para atendimento, bem como o projeto assistencial. Além disso, na coleta foram investigadas as compreensões que cada um dos participantes tinha do funcionamento da rede de serviços de cuidado em saúde mental.

As entrevistas realizadas virtualmente foram gravadas, utilizando-se os recursos próprios da plataforma de interação on-line utilizada (Google Meet) mediante autorização dos participantes e, posteriormente, transcritas na íntegra. Nos casos em que a entrevista precisou ser realizada presencialmente, elas foram audiogravadas, mediante autorização dos participantes.

Além dos procedimentos descritos, um diário de campo foi construído a partir das observações da pesquisadora no seu contato com profissionais e serviços.

4.5.1. Locais de pesquisa

O estudo foi realizado junto a profissionais que atuam em serviços especializados de Saúde Mental de município de grande porte do interior do estado de São Paulo:

a) CAPS III: unidade de referência distrital para cerca de 180 mil usuários, para atendimento de pessoas com transtornos mentais, maiores de 18 anos. Trabalha com acolhimento de demanda espontânea, sem necessidade de encaminhamento prévio. É a única unidade dessa modalidade, conta com leitos para hospitalidade noturna;

b) CAPS II (a): unidade de referência distrital para cerca de 120 mil usuários, para atendimento de pessoas com transtornos mentais, maiores de 18 anos. Trabalha com acolhimento de demanda espontânea, sem necessidade de encaminhamento prévio;

c) CAPS II (b): unidade de referência distrital para cerca de 95 mil usuários, para atendimento de pessoas com transtornos mentais, maiores de 18 anos. Trabalha com acolhimento de demanda espontânea, sem necessidade de encaminhamento prévio;

d) CAPS II (c): unidade de referência distrital para cerca de 110 mil usuários, para atendimento de pessoas com transtornos mentais, maiores de 18 anos. Trabalha com acolhimento de demanda espontânea, sem necessidade de encaminhamento prévio;

e) Ambulatório Saúde Mental: unidade de referência distrital para cerca de 180 mil usuários, para atendimento de pessoas com transtornos mentais, maiores de 18 anos. Para acolhimento na unidade é necessária apresentação de guia de encaminhamento de algum profissional de nível superior da Atenção Básica. O acolhimento de casos novos é separado entre psicologia e psiquiatria.

f) CAPS Infantil: unidade de referência para todo o município para atendimento de crianças e adolescentes, menores de 18 anos, com transtornos mentais e problemas relacionados ao uso de substâncias. Trabalha com acolhimento de demanda espontânea, sem necessidade de encaminhamento prévio;

g) CAPS Ad II: unidade de referência para todo o município para atendimento de pessoas maiores de 18 anos com problemas relacionados ao uso de substâncias. Trabalha com acolhimento de demanda espontânea, sem necessidade de encaminhamento prévio.

A pandemia de Covid-19 impossibilitou a imersão da pesquisadora no campo de estudo, o que trouxe limitações à observação direta da dinâmica de funcionamento dos serviços, incluindo as dinâmicas relacionais vivenciadas pelas equipes.

4.5.2. Participantes

Foram convidados gestores/supervisores dos sete (07) serviços de saúde mental do município, além de um profissional ligado à administração municipal, lotado na Secretaria Municipal da Saúde.

O contato para início da coleta de dados se deu por meio de ligação telefônica entre a pesquisadora e o participante que atua na Secretaria Municipal da Saúde; nestes contatos, foi apresentada a contextualização da pesquisa, seus objetivos e métodos. Além disso, nessas conversas esse profissional foi convidado a participar do estudo, e a estender o convite aos gestores/supervisores de cada um dos serviços.

Para dar sequência à execução dos procedimentos de coleta de dados, foi estabelecido contato via aplicativo de mensagens de texto (WhatsApp) com os gestores/supervisores das unidades de saúde mental para apresentação do estudo e seus objetivos; além disso, foi realizado convite para participação no estudo. Este contato contribuiu para promover aproximação com os gestores/supervisores e suas equipes, permitindo o esclarecimento de dúvidas referentes ao estudo.

Um dos convidados recusou-se a participar do estudo e um outro acumula a responsabilidade de supervisionar 02 (dois) dos serviços incluídos no estudo. Realizaram-se, dessa forma, 06 (seis) entrevistas, sendo 05 (cinco) supervisores dos serviços especializados em saúde mental e 01 (um) profissional ligado à Secretaria Municipal da Saúde. Uma caracterização mais detalhada de cada um dos participantes será apresentada nos resultados.

4.5.3. Entrevistas

O roteiro semiestruturado (Apêndice A) utilizado para realização das entrevistas foi construído em torno de quatro núcleos de interesse:

I) Apresentação do participante: levantamento de informações capazes de caracterizar o entrevistado, como sua área de formação acadêmica, tempo de serviços na saúde pública e na saúde mental, e processo de aproximação da gestão e supervisão dos serviços;

II) Composição e funcionamento da RAPS no município: investigação sobre a implantação e implementação da RAPS sob o olhar de cada um dos entrevistados. Aqui pediu-se para os participantes listarem os serviços que atualmente compõem a RAPS no

município, assim como suas impressões e percepções acerca dos processos e modos de funcionamento atuais da rede, as relações entre os serviços e possibilidades de relações, funções/missões dos serviços, intersetorialidade, e pediu-se, ainda, a descrição do caminho percorrido na rede por um usuário típico do serviço;

III) Projeto de trabalho no serviço: investigação das estratégias de gestão dos serviços e articulação entre os profissionais, sendo pedido aos participantes que explicitassem esses processos, as atividades desenvolvidas dentro dos serviços, as implicações das mudanças na ênfase das políticas de saúde mental nacionais e estaduais no cotidiano dos profissionais, e ações que julgassem importantes para contribuir no avanço da implementação da rede no município e da oferta de um processo de cuidado contínuo aos usuários;

IV) COVID-19: investigação sobre os efeitos e impactos da pandemia na organização dos serviços. É importante destacar que todas as entrevistas foram permeadas por essas questões a todo momento, por movimentos dos entrevistados.

As entrevistas foram realizadas preferencialmente por videochamada, na plataforma Google Meet, contudo duas participantes solicitaram que a entrevista fosse realizada na unidade que supervisionam, por não contarem com dispositivos tecnológicos disponíveis para a realização da entrevista remota. Ressalta-se que mesmo aqueles que optaram por realizar a entrevista por videochamada enfrentaram dificuldades tecnológicas, como falta de câmera de vídeo, necessidade de uso de plano de dados móveis pessoal (pela indisponibilidade de rede pública - Wi-Fi) ou ainda problemas de conexão por instabilidade da rede de dados.

4.5.4. Procedimentos de Análise dos Dados

Os dados foram analisados seguindo os passos propostos por Minayo (2012), para quem o processo de análise qualitativa começa com a boa compreensão dos fundamentos da pesquisa, seus embasamentos filosóficos e epistemológicos, passando pela definição do objeto, elaboração do projeto, construção de instrumentos, o planejamento e a execução do trabalho de campo: em todas as etapas o pesquisador deve estar presente.

A autora enfatiza que a análise qualitativa é pautada nos conceitos de compreensão e interpretação. Ela indica que compreender é colocar-se no lugar do outro, levando em conta a singularidade do indivíduo, os efeitos de seus interesses, das relações sociais e de poder e das desigualdades sociais; interpretar seria o passo que segue a

compreensão, mas que também está presente nele, uma vez que elabora as possibilidades a partir do que é compreendido.

Os passos para a análise dos dados propriamente dita são:

1. Ordenação e organização do material (textos teóricos e referências que nortearam o projeto; documentos para ajudar na contextualização do objeto; e transcrições das entrevistas). Nessa etapa o conteúdo das observações e das transcrições foi submetido a uma leitura atenta, reiterativa e cheia de perguntas, um movimento chamado de "impregnação" ou "saturação" pela autora.
2. Tipificação do material. Como objetivo de não contaminar o material por meio de uma interpretação precipitada, essa etapa procurou valorizar ao máximo os dados empíricos. Para isso, e inicialmente, organizaram-se as entrevistas em subconjuntos que permitiram uma leitura das homogeneidades e diferenciações e elaboração de comparações. A partir disso, foi feita uma primeira classificação do material por meio de uma elaboração transversal, que consistiu no recorte de itens literais do texto e agrupando em subconjuntos separados por assunto. A pesquisadora tem trabalhado na síntese dos dados e dos subconjuntos, é nesse momento da análise que o trabalho está. Ressalta-se aqui que o número de agrupamentos de assuntos em análise pode vir a variar com o aprofundamento da síntese, desde que não haja prejuízo na riqueza dos dados. Pouco a pouco esse movimento vai aproximando a pesquisadora do sentido e contextualização dos dados, com o objetivo de não ser mais necessário estar colado às falas.
3. Interpretação de segunda ordem. A partir da compreensão construída nos passos anteriores, a pesquisadora deverá submeter cada uma das unidades de sentido a um processo de teorização composto pelas referências teóricas que embasaram o projeto e outras mais, a fim de enriquecer os conjuntos com referências nacionais e internacionais, e elementos históricos e contextuais.
4. Essa etapa será a de produção de um texto capaz de informar os achados da pesquisa de forma concisa, coerente e fidedigna. Será o momento de elaboração do texto final, sendo importante que a pesquisadora inclua suas dificuldades de interpretação, já que fazem parte do processo e de sua objetivação.
5. Para a garantia de critérios de fidedignidade e de validade, a pesquisadora deverá explicitar seus interesses e dificuldades na pesquisa e também todas as suas ações no desenvolver do trabalho. Além disso, de modo a assegurar certo grau de validade,

fazer a triangulação interna à própria abordagem e validar os relatos comparando com as observações é indicado nesse momento.

4.5.5. Procedimentos Éticos

O projeto foi aprovado (CAAE 31476620.3.0000.5407) (Anexo A) pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP/USP), em 23 de julho de 2020, no parecer de número: 4.169.789.

O estudo só teve início após a aprovação pelo Comitê de Ética e todos os participantes receberam descrição detalhada e por escrito do estudo, seus objetivos, estratégias para execução, riscos e benefícios esperados, além das demais garantias éticas determinadas pela Resolução CONEP n. 466/2012, como: anonimato; direito à recusa ou desistência na participação sem qualquer prejuízo; previsão dos possíveis riscos relacionados à participação na pesquisa, acompanhada do manejo planejado para dirimi-los; direito à indenização em casos de danos decorrentes da participação no estudo; além dos dados para contato com as pesquisadoras responsáveis (Resolução n. 4662012, de 12 de dezembro de 2012). Nas entrevistas, o consentimento foi videogravado juntamente com a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B). Os vídeos com o consentimento dos participantes foram armazenados em Banco de Dados sigiloso sob responsabilidade da pesquisadora e sua orientadora, mediante autorização expressa pelos participantes por meio do Termo para Armazenamento em Banco de Dados (Apêndice C).

5. CAPÍTULO 4 - RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS

"Só mesmo rejeita
Bem conhecida receita
Quem não sem dores
Aceita que tudo deve mudar"

(A. Kozyreff, J. Strassacapa, M. Piracés-Ugarte, R. Gomes e S. Piracés-Ugarte, "Triste Louca ou má")

Apresentam-se a seguir dados reunidos ao longo do desenvolvimento deste estudo, acompanhados de um exercício de análise e interpretação que buscou aproximar-se de uma compreensão da complexidade dos relatos feitos pelos participantes, analisando-os criticamente em suas descontinuidades e rupturas.

A organização do material permitiu sua tipificação em um modelo composto por dois eixos de análise, complementares:

a) 1º Eixo - Experiências de inserção: a construção de si como profissional: apresentação da formação de cada entrevistado, sua experiência assistencial e de gestão e seu processo de inserção na saúde mental. Essa apresentação tem o objetivo de caracterizar cada participante, contextualizando suas falas a partir de uma experiência e lugar específicos, marcando também o ponto de inserção de cada um desses profissionais na história da saúde mental do município estudado.

b) 2º Eixo - Caracterização da rede: potencialidades e limites do que se pode fazer: caracterização sobre a rede de saúde mental a partir da fala e olhar dos participantes, de modo a identificar como a apresentação dessa rede complexa se aproxima ou se distancia dentro dos discursos dos próprios entrevistados e também do proposto formalmente nas políticas de saúde.

No exercício de análise emergiram aspectos que dialogam de modo direto com o conceito de "Caráter Performático do Trabalho" (Campos, 2015), que indica como aspectos da subjetividade do trabalhador, suas experiências pessoais, de formação e prática profissionais se articulam na construção de um percurso específico que dá a esta pessoa um certo repertório técnico e relacional, ou modo de ser no ambiente laboral, afetando-o diretamente.

Em contrapartida, os próprios processos de trabalho instituídos neste mesmo contexto de práticas (por um conjunto de regras, técnicas, protocolos, pactuações e outros modos de ser e fazer) também alimentam de modo retroativo a forma como este

trabalhador percebe a si e as pessoas que trabalham com ele (ou para as quais ele trabalha), transformando constantemente sua forma e estratégias de atuação.

A partir desse entendimento, procurou-se realizar um movimento de aproximação dos elementos que pudessem indicar as compreensões dos entrevistados acerca do projeto de trabalho desenvolvido na RAPS no município e nos serviços em que os participantes atuam.

5.1. Eixo 1 - Experiências de inserção: a construção de si como profissional

Cada profissional constrói uma história específica de inserção profissional e pessoal no contexto de trabalho, seja ele assistencial ou de gestão, incorporando ao seu percurso experiências exitosas e aprendizagens derivadas de desafios técnicos, éticos e relacionais vivenciados, em um processo de subjetivação próprio.

Considerar tais experiências como elementos constituintes da atuação de cada profissional é reconhecer a dimensão humana do processo assistencial, incluindo-a como elemento fundamental para compreensão de elementos técnicos e subjetivos associados à formação e atuação profissional (Marinho-Araujo & L. Almeida, 2019).

De modo complementar, compreender em que contexto se desenvolvem estas experiências, sustentando uma compreensão situada das práticas, discussões e eventuais revisões que se fazem no processo de assistência e gestão em saúde ajuda a compreender o caráter performático do processo de trabalho sobre a subjetividade do trabalhador e vice-versa (Campos, 2015).

Considerando que os entrevistados, no momento em que a coleta de dados foi realizada, estavam ocupando cargos de gestão, seja na coordenação dos serviços, seja exercendo atividades dessa natureza junto à Secretaria Municipal da Saúde, importa olhar para o conjunto das habilidades e competências (Marinho-Araujo & L. Almeida, 2019) por eles desenvolvidos e a forma como elas estão relacionadas ao seu exercício de função, notadamente a partir do entendimento de que nas organizações, com frequência, esse exercício pode se dar de modo estereotipado ou aprisionado (Onocko-Campos, 2013).

A seguir, apresentam-se elementos de caracterização do percurso profissional e pessoal, de acordo com o relato dos próprios profissionais participantes. Para preservar suas identidades, seus nomes foram substituídos pela pesquisadora, que atribuiu a eles outra identificação, definida aleatoriamente.

5.1.1 Jorge

Psicólogo, formado em 2006, especialista em saúde mental e mestre em Psicologia em saúde e desenvolvimento. No momento da realização da entrevista, ocupava cargo de Coordenação da área de Saúde Mental junto à Secretaria Municipal da Saúde. Afirma que sempre quis trabalhar com saúde mental, já tendo direcionado sua atuação para a área desde os estágios da graduação e na escolha de seu aprimoramento profissional, que foi realizado em um Hospital Psiquiátrico. No início de sua carreira, trabalhou em ambulatório de saúde mental, em serviço de apoio psicológico a alunos e em um Hospital-dia, ambos os serviços vinculados a uma universidade pública.

Destaca a importância da experiência no Hospital-dia, em função da oportunidade de ter contato com as novidades na literatura da área, além de poder conhecer docentes e pesquisadores; destaca ainda sua satisfação em ser solicitado a apresentar seminários e poder oferecer supervisão a graduandos, considerando este serviço como um local privilegiado em que teoria e prática dialogam. O Hospital-dia de saúde mental é um equipamento de cuidado intermediário entre a internação hospitalar e o atendimento ambulatorial, que opera em regime de semi-internação, com cuidados intensivos oferecidos por equipe multidisciplinar (Brasil/Ministério da Saúde, 2007). O regime de semi-internação permite que a pessoa em atendimento não se ausente por completo da sua família, sua casa e seus círculos sociais, como ocorre em uma internação integral.

Jorge reconhece, entretanto, que sua experiência de formação se deu em um espaço privilegiado e restrito, em que um modelo de cuidado que julga ideal é ofertado a uma quantidade muito pequena da população, destacando, por exemplo, que na época em que trabalhou lá havia o dobro de profissionais em relação ao número de pessoas em atendimento.

Ele relata que em 2012 assumiu vaga em concurso público e foi lotado em um serviço municipal especializado em saúde mental. Jorge conta que a unidade passava por uma transição em seu modelo assistencial e que em 2014 o secretário de saúde da época propôs uma troca de gestão do serviço para que a transição pudesse ser efetivada, momento em que a equipe o indicou para assumir a gerência da unidade.

Relata que como gerente desta unidade procurou construir, junto com a equipe, um novo modo de trabalhar, mas que houve resistências entre os próprios profissionais e também do Coordenador de Saúde Mental (seu chefe) da época. A resistência à mudança está relacionada a manter uma forma segura de agir, onde, apesar da limitação do que será obtido como resultado da ação, há também previsibilidade e segurança (Campos, 2015).

Romper com o modelo biomédico hegemônico é romper com o que esses profissionais e gestores conhecem, com aquilo que lhes foi apresentado culturalmente como modelo a ser seguido e que eles atualizaram em suas experiências no "tempo vivido" (Spink, 2013).

Uma nova forma de atuar implica, para esses profissionais, romper com suas experiências do tempo vivido e, no tempo curto, em suas interações, aplicar aquilo que lhes é conhecido em nível racional e cognitivo, porém desconhecido afetiva e vivencialmente. Implica correr riscos e abdicar da previsibilidade e segurança daquilo que é instituído.

Em outras palavras, toda mudança causa dor e desconforto, seja em nível individual, seja grupal; é, entretanto, essa crise que permite a perda dos contornos daquilo que é instituído e a possibilidade de reconstrução de algo inédito: um novo projeto de atuação, um novo projeto assistencial. Cabe ao gestor, àquele que ocupa a função de gerente, suportar esse momento e auxiliar a equipe a amarrar processos, produzir narrativa e sentido, para essa coisa nova que está sendo feita, apesar da incerteza e das dores do processo (Onocko-Campos, 2013).

A efetivação de mudanças no processo de trabalho dentro deste serviço, processo pelo qual Jorge trabalhou ativamente, culminou na habilitação do serviço junto ao Ministério da Saúde, formalização necessária para que pudesse se efetivar o repasse de recurso federal para auxílio no custeio da unidade. Jorge destaca o ganho assistencial que isso representou, uma vez que o serviço ganhou relativa estabilidade com a garantia de financiamento.

Ele conta que, enquanto gerente daquela unidade, já procurava conversar com os outros serviços especializados em saúde mental do município, com o objetivo de aproximá-los, e entende que isso foi o principal motivo para ter sido, posteriormente, indicado para assumir outros cargos de gestão em saúde ligados à administração municipal em 2018. Em suas palavras:

> À medida que eu assumi a gerência do CAPS eu já fui me aproximando da secretaria da saúde e a gente já foi criando um jeito colegiado de fazer gestão. Então, a gente já tinha um grupo de pessoas, de coordenadores de serviços, e a gente começou a se aproximar da gestão na secretaria da saúde e a gente começou a ter um papel mais ativo, eu já tinha um papel de liderança nesse grupo de gestores dos serviços.

Jorge conta que entre os principais desafios está a significativa diminuição de recursos, associada ao aumento da demanda, mesmo antes do início da pandemia de COVID-19. Relata que houve redução de cerca de 25% do quantitativo de profissionais lotados nas unidades especializadas em saúde mental e classifica o papel da gestão atual

como um processo de redução de danos, na qual é preciso manejar a escassez de recursos e ainda mostrar resultados para a Secretaria de Saúde:

> E daí vem uma dificuldade muito grande em você dialogar com os números, porque é muito difícil você trabalhar com números na saúde mental, mas a linguagem da gestão é fundamentada em números, em resultados. E... E, na verdade, as pessoas demandam muito da saúde mental, mas sem entender e sem investir. Então, demanda-se muito, mas é uma demanda que é um pouco assim: espera-se que a saúde mental faça algo, mas ninguém sabe muito bem o que é esse algo, qual é esse algo que deve ser feito, né?

A crescente mercantilização da saúde, com a difusão da ideia de que uma "boa medicina" é aquela que oferta ações e serviços de alta densidade tecnológica e medicamentos de última geração, tem contribuído para a quantificação da saúde (Laurell, 2016), apesar da imaterialidade inerente ao trabalho em saúde (Mendes Gonçalves, 2017). Na saúde mental e na proposta da atenção psicossocial, em que cuidado é realizado fundamentalmente na utilização de tecnologias leve-duras e leves (Merhy, 2014), a imaterialidade é ainda mais evidenciada, tornando mais difícil o processo de quantificação.

Parece haver dificuldade na legitimação e reconhecimento desse trabalho não quantificável e imaterial, que relega ao inexistente tudo aquilo que não pode ser transcrito nessa lógica. Importa destacar que, nesse movimento em que se busca traduzir em números o cuidado em saúde mental, corre-se o risco de limitá-lo a procedimentos, como consultas médicas, sessões psicoterapêuticas, de grupos ou oficinas, segmentando o cuidado nas atuações das especialidades e fazendo com que o cuidado contínuo, integral e permanente deixe de fazer sentido.

A entrevista foi realizada de forma remota, por Google Meet, em duas etapas, por conta de restrições de horário do entrevistado. Na primeira parte, que durou cerca de uma hora, Jorge estava em uma sala da Secretaria Municipal da Saúde, com a presença de outras pessoas, embora isso não tenha atrapalhado o desenvolvimento da atividade. Na segunda etapa, que durou cerca de duas horas, o entrevistado afirmou que a sala na Secretaria estava cheia e não conseguiria participar de lá, então fez a entrevista pelo celular de dentro do seu carro, no estacionamento da Secretaria. Essa segunda entrevista foi interrompida algumas vezes por falha na conexão.

5.1.2 Paula

Terapeuta ocupacional, formada em 2009, é mestre e doutora em bioengenharia e especialista em terapia ocupacional em contextos hospitalares. Atuou em um hospital universitário como terapeuta ocupacional no Centro de Terapia Intensiva (CTI) adulto e no Centro de Reabilitação (CER), atuando em atendimentos com demandas neurológicas, físicas e cognitivas. Foi diretora do serviço de terapia ocupacional de todo o complexo do hospital universitário, que incluía o hospital universitário, o hospital dia, enfermarias e CER. Em 2016 foi chamada para assumir vaga de um concurso da Prefeitura Municipal e foi lotada em um serviço de saúde mental. Em 2018 foi convidada para assumir a gestão da unidade e acredita que sua indicação para o cargo de gerente se deu por conta da sua experiência de gestão no hospital universitário. Paula conta que antes de ser contratada para trabalhar na unidade, tinha tido contato com a área de saúde mental nos estágios na graduação e em seu aprimoramento, em que passou 3 meses trabalhando em enfermaria psiquiátrica, experiência em que também teve contato com a equipe do hospital dia.

Relata que teve grande estranhamento no início de seu trabalho no serviço municipal em que atua agora: “eu estava acostumada que era tudo em um prédio só e de repente eu tinha que dar conta que tinha [o município] inteiro, então eu achei muito estranho no começo”.

Ela também relata que se sente como alguém que ainda está aprendendo como funcionam alguns serviços fora da área da saúde, mas afirma procurar sempre ter um bom contato intra e intersetorial. Salienta-se aqui a importância de que o gestor de um serviço de base comunitária e territorial conheça a fundo o território e a rede de serviços ali disponível para que se possa de fato implementar a proposta de tais serviços, promovendo cuidado extramuros e articulados à realidade local daquelas pessoas que ali vivem, promovendo maior envolvimento dos usuários e população local às atividades desenvolvidas na comunidade.

A entrevista foi realizada de forma remota, por Google Meet, e teve duração de cerca de uma hora e 20 minutos. Paula estava sem vídeo, por não ter acesso à câmera no computador que estava usando, da unidade; ela foi interrompida algumas vezes durante a entrevista por pessoas da equipe que a demandavam em função de questões gerenciais e administrativas da unidade de saúde.

5.1.3 Cláudio

Graduado em enfermagem e educação física, tem especialização, mestrado e doutorado em enfermagem psiquiátrica. Trabalhou na enfermaria de psiquiatria de um hospital universitário por 12 anos e, na prefeitura do município estudado, já trabalha há mais de 40 anos, tendo sido lotado em serviço de saúde mental logo no momento em que se implantou o primeiro serviço de saúde mental municipal. Atualmente é gerente de duas unidades especializadas de saúde mental e docente universitário em uma instituição particular.

Cláudio conta ter participado da Luta Antimanicomial nas décadas de 1980/1990 e da construção de diversos serviços de saúde mental do município estudado, além de outros da região. Ele ressalta sua satisfação por poder trabalhar na saúde mental, sua área de interesse, desde quando se formou.

Esse profundo envolvimento com a história da saúde mental do município proporciona um amplo conhecimento dos serviços que compõem a rede, entretanto pode se constituir como um obstáculo à implementação de novos modos de atenção e mudanças no processo de trabalho se não for acompanhado de um entendimento de que a rede e os processos de cuidado estão em constante movimento e que o projeto assistencial é um compromisso pactuado e repactuado no dia a dia do trabalho pelos atores envolvidos.

Sobre sua experiência com gestão, Cláudio relata ter tido dois períodos em que foi gerente de unidades de saúde: de 2001 a 2008 e a partir de 2016 até o presente momento. Conta que durante esse intervalo quem assumiu a gerência da unidade foi uma colega, mas que ele continuava trabalhando no serviço e a substituía sempre que ela precisava se ausentar. Cita que voltou a assumir plenamente a gerência quando essa colega se aposentou.

Cláudio também explica que as duas unidades que gerencia originaram-se da divisão de um único serviço: primeiramente dividiram a unidade em um setor de ambulatório e um setor de semi-internação, e posteriormente, em 2017, houve uma separação ainda maior, que transformou cada setor em uma unidade de referência especializada em saúde mental para um distrito do município.

O setor de semi-internação transformou-se em um CAPS, habilitado a receber recurso federal; o setor de ambulatório atualmente recebe o nome de CAPS, entretanto ainda funciona como ambulatório, apesar dos esforços da gestão, uma vez que não há profissionais suficientes disponíveis para que a transição do modelo seja concluída.

Cláudio afirma que, mesmo sem contar com uma equipe completa, já foi submetida solicitação de credenciamento do equipamento junto ao Ministério da Saúde.

É importante ressaltar que a garantia de infraestrutura e contratação de RH adequados não são suficientes para a transição de um equipamento ambulatorial para o tipo CAPS. O gestor tem papel decisivo na formação da equipe e pactuação de um projeto de trabalho conjunto, que esteja em comum acordo com o modelo de atenção adotado, e que esteja articulado ao projeto assistencial da rede em que está inserido e às propostas ministeriais (Campos, 2013, 2015; Onocko-Campos, 2013).

A entrevista foi realizada de forma remota, por Google Meet; a conexão do entrevistado estava estável e não houve problemas ou interrupções. A entrevista teve duração de uma hora e 30 minutos.

5.1.4 Luciana

Cirurgiã-dentista, graduada em 2001, é especialista em canal e endodontia e mestre em endodontia. Começou a trabalhar no serviço público em 2004, como cirurgiã-dentista na AB, mantendo-se nessa função por 11 anos e substituindo o gerente da unidade de saúde em que trabalhava sempre que ele saía de férias.

Em 2014 foi convidada a ser gerente de unidade de AB, função que exerceu por 5 anos; por um breve período fez parte da equipe do Departamento de Assistência à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde e, em 2019, assumiu a gerência da unidade de saúde mental em que trabalha atualmente. Relata que também tem gerenciado uma unidade de um Centro Especializado em Reabilitação no município, substituindo a gerente durante seu afastamento.

Luciana relata que considera ter sido muito importante ter tido a oportunidade de entender aos poucos como funciona a gestão das unidades de saúde, sob orientação do gerente da unidade em que trabalhava. Sobre as diferenças na gestão entre equipamentos da AB e serviços especializados em saúde mental, destaca a agenda dos profissionais e o processo de trabalho. Explica que na saúde mental os profissionais têm mais tempo para atender cada pessoa, então têm uma agenda mais tranquila do que na AB. Em relação ao processo de trabalho aponta que na AB realizava reuniões de equipe no máximo uma vez no mês, com baixa adesão dos profissionais, e que precisava seguir muitas diretrizes; enquanto que na saúde mental há reuniões de equipe semanalmente, a própria equipe

demanda reuniões, há grande adesão e participação dos profissionais, e eles constroem conjuntamente o trabalho interno da unidade.

O modelo biomédico, que parece ser ainda hegemônico na AB, implica um consenso do entendimento de que um único tipo de cuidado em saúde, notadamente a consulta médica, é pertinente a qualquer situação, individual ou coletiva, relativa ao processo saúde-doença (Peduzzi, 2001).

A falta de diálogo e reconhecimento da necessidade de se construir o cuidado conjuntamente nas equipes impede a construção de um projeto de trabalho que seja mais articulado e adaptado às necessidades de saúde em toda a sua multidimensionalidade (Peduzzi, 2001). É a partir da reunião de equipe e do encontro dos profissionais que novas possibilidades de cuidado podem surgir. A Reforma Psiquiátrica e a atenção psicossocial apostam no cuidado que é produzido no e pelo encontro entre os diferentes atores envolvidos no processo, mas para que isso aconteça é necessário que o gestor sustente uma discussão acerca dos entendimentos em relação aos objetivos do cuidado ofertado e meios disponíveis para tal, assim como conduza a equipe a uma pactuação sobre a forma de trabalhar que leve em conta a subjetividade dos profissionais (Campos, 2013; Onocko-Campos, 2013).

A entrevista foi realizada presencialmente, na unidade que Luciana gerencia, e que havia acabado de se instalar em um novo prédio. A entrevista foi realizada na sala da entrevistada, com janelas e porta abertas. Não houve interrupções, e a entrevista teve uma hora e 13 minutos de duração.

5.1.5 Priscila

Terapeuta ocupacional, formada em 2014. Por um ano participou de uma pesquisa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e já no segundo ano de formada entrou na unidade de saúde mental em que atua e é supervisora atualmente.

Conta que a unidade é conveniada à prefeitura, mas o serviço é gerido por uma instituição filantrópica, que anteriormente era um hospital psiquiátrico, que passou por um processo de transição institucional há cerca de 25 anos, e atualmente gerencia essa unidade de saúde mental e residências terapêuticas. Segundo a entrevistada, no processo de transição do modelo de atenção, os profissionais que atuavam no hospital participaram de uma formação acerca dessa nova forma de atuar, tendo sido capacitados para ofertar

ações no território, oficinas terapêuticas e formatos de atendimento baseados na redução de danos e na atenção psicossocial.

O processo de seleção e contratação dos funcionários é feito pela instituição e não por concurso público municipal, então Priscila afirma que o serviço consegue selecionar profissionais para compor a equipe que já tenham um olhar sensível à população atendida e que tenham interesse e apreço pela área da saúde mental. Ela relata que nesse período na função de supervisora do serviço tem procurado construir coletivamente e de forma horizontal o processo de trabalho da equipe: "ter a consideração por todos os saberes e como é que a gente faz pra uma construção coletiva, que a gente some e não se atropele".

Ela relata também que, no serviço em que atua, a escolha do supervisor é feita pela própria equipe: há uma eleição a cada dois anos para a troca de profissional supervisor e também de um vice-supervisor, para auxiliar as atividades de coordenação da equipe. Esse processo de alternância dos profissionais ocupando o lugar de supervisão e da distribuição do poder de escolha de quem ocupará esse lugar pela equipe, além da construção coletiva do processo de trabalho e valorização de todos os saberes, avança no sentido da construção de uma gestão e práticas mais democráticas (Campos, 2015) dentro do serviço.

Todavia, conta que há na unidade um médico que foi cedido pela prefeitura, que além do vínculo diferente tem a perspectiva de uma prestação de serviço mais restrita, que o diferencia dos profissionais médicos contratados pela instituição. A não participação do médico nos espaços coletivos e nas construções da equipe o deixa apartado da equipe:

> Eu percebo que, assim, tem uma diferença... entendo que a prefeitura tem um funcionamento, às vezes... principalmente em relação a médicos de uma prestação de serviço mais pontual, eu vejo que às vezes esse entendimento de trabalho em equipe multi às vezes fica um pouco prejudicado.[...] Mas as outras médicas também gostam muito da área, teve uma integração bastante importante, conseguem participar das reuniões de equipe, estão bem integradas. O médico clínico já não consegue, por exemplo. (Priscila).

A entrevista foi realizada de forma remota, por Google Meet; a participante acessou a reunião por meio de aparelho celular, e a duração foi de aproximadamente uma hora e 34 minutos de duração. A entrevista foi realizada em seu local de trabalho e, por conta da instabilidade de conexão, foi interrompida algumas vezes.

5.1.6 Sabrina

Enfermeira, formada em 2005, relata que já trabalhava como técnica de enfermagem desde 2000, sempre atuando na saúde pública. Tem especialização em Saúde Pública e em Gestão em Enfermagem, formação docente em nível médio, mestrado em Enfermagem e atualmente é doutoranda em Enfermagem, estudando acolhimento na AB.

Relata que atua em funções de gestão há cerca de dez anos, tendo trabalhado inicialmente na equipe técnica da coordenação de enfermagem e na coordenação de assistência à saúde, dentro da Secretaria Municipal da Saúde.

Sabrina conta que desde 2016 gerencia uma unidade de AB de grande porte, referência para um distrito de saúde do município; no serviço também há atendimento farmacêutico, sala de vacina, um serviço especializado em saúde mental e um ambulatório de outras especialidades.

A entrevistada relata que não tinha experiência prévia com saúde mental, mas que não vê diferenças entre os serviços oferecidos pela unidade que gerencia, destacando envolvimento seu com questões técnicas gerenciais, como cálculo de materiais e custeio, planejamento da agenda dos profissionais, entre outros. Com tantas funções diferentes acumuladas, coloca-se aqui a questão de se há tempo para discussão das alternativas assistenciais possíveis para os tantos serviços oferecidos e para olhar para os processos de trabalho.

A entrevista foi realizada presencialmente, na unidade que Sabrina gerencia. A data, escolhida pela participante, foi o primeiro dia de uma fase mais restritiva de circulação de pessoas ao longo da pandemia de COVID-19 na cidade, comumente denominado “lockdown”; nesta data apenas serviços de saúde poderiam estar abertos, e havia uma maior fiscalização da circulação de pessoas na cidade. A unidade estava pouco movimentada no momento de realização da entrevista, e funcionava como referência para atendimento de suspeitas de COVID-19. A entrevista foi realizada na sala da gerente, com a porta trancada por opção da entrevistada, e foi interrompida algumas vezes por pessoas que a procuravam pessoalmente e por telefone. Teve duração de cerca de 40 minutos.

O olhar que se lança neste estudo para as histórias pessoais de cada um dos profissionais entrevistados pretende ilustrar a relevância das experiências individuais na construção de um conjunto de habilidades e competências que complementam e qualificam o processo de formação profissional, habilitando os profissionais mais experientes a transitar de modo mais autônomo pelo campo de práticas, colaborando por

sua vez na qualificação da assistência prestada, na análise crítica dos processos de trabalho instituídos e em sua transformação (Marinho-Araújo & L. Almeida, 2019).

Em geral, pôde-se observar que os gerentes têm um bom conhecimento das habilidades administrativas e gerenciais formais, mas alguns possuem pouca experiência com saúde mental, o que não inviabiliza que os gestores possam contribuir nas discussões das equipes, uma vez que seu papel é fundamentalmente o de convidar a equipe à reflexão e à troca. Ter conhecimento sobre as demandas técnicas não é suficiente, portanto, para que o gestor atue de modo pertinente neste processo de mobilização e estímulo às trocas, mas é necessário que consiga apontar para a equipe os pontos de aproximação e distanciamento nos entendimentos que os profissionais apresentam individualmente ao que está sendo discutido, para que se possa construir conjuntamente aquilo que embasará o projeto de trabalho da equipe.

O fato de os gestores fazerem poucas referências aos aspectos subjetivos da equipe não indica, necessariamente, que a equipe possui pouca grupalidade constituída, mas pode indicar que o gestor não está atento a esta dimensão, provavelmente negligenciando aspectos afetivos e relacionais ante demandas técnicas.

5.2 Eixo 2 - Caracterização da rede: potencialidades e limites do que se pode fazer

É possível vislumbrar vários pontos de imbricamento, que aproximam as histórias individuais da história da saúde mental e seus equipamentos no município. Essa sobreposição de elementos pessoais e contextuais sinaliza para a potência que se pode alcançar na análise mais minuciosa dos efeitos do trabalho sobre os sujeitos e destes sobre o trabalho (Campos, 2015).

Com a perspectiva de conhecer mais sobre as condições e processos de trabalho, apresentam-se neste segundo eixo de análise os elementos característicos do contexto de prática das equipes profissionais nos serviços de saúde mental do município estudado.

5.2.1. Saúde Mental no Município: histórico de serviços e estratégias de gestão

A história da Saúde Mental no município estudado é marcada pela presença de um grande hospital psiquiátrico e de uma Universidade Pública, à qual estão ligados uma

Faculdade de Medicina e seu hospital universitário, além de um Hospital-Dia em Saúde Mental.

Foi a partir da experiência de atuação acumulada nesses hospitais que os primeiros serviços ambulatoriais de saúde mental foram criados na cidade, inicialmente de gestão estadual e, com o avanço da implementação do SUS, com gradual municipalização dos mesmos.

Tradicionalmente os hospitais universitários são o local privilegiado de formação dos profissionais de saúde, todavia, uma vez que são níveis de atenção terciária e quaternária, são contextos de aprendizagem de um modo de trabalhar altamente especializado (Feuerwerker & Cecílio, 2007). Esse aprofundado conhecimento da especialidade, com sua intervenção fundamentalmente individualizada das necessidades de saúde, produz um cuidado fragmentado, uma vez que há pouca ou nenhuma articulação das ações e saberes (Peduzzi, 2001).

Ceccim e Feruerwerker (2004) apontam que o aprendizado e atualização técnico-científica é apenas uma das dimensões necessárias para qualificação da formação profissional, sendo necessário também desenvolvimento da capacidade de problematizar o processo de trabalho e de trabalhar de maneira interprofissional (Peduzzi, 2001). Furtado (2009) destaca que a ênfase na especialização na saúde tem baixa correlação com a qualificação do cuidado e resolutividade dos serviços, propondo que a colaboração entre as profissões é tão necessária quanto seu aprofundamento em si mesmas.

Cunha (2010) aponta que a formação hospitalar pressupõe implicitamente para os profissionais a centralidade do cuidado em procedimentos, técnicas, exames e medicações, ainda pensadas para um tempo curto e para um sujeito doente submisso, sob o olhar permanente dos profissionais. Para o autor essa formação, baseada nas tecnologias duras, é insuficiente para que o profissional atue na AB.

O mesmo entendimento pode ser estendido à Saúde Mental (SM), uma vez que esta também necessita de uma terapêutica que leve em consideração a vida e suas intervenções, a realidade do sujeito em atendimento, de sua família, trabalho, sua cultura, ambiente em que vive, recursos a que tem acesso, entre outros fatores. A complexidade do projeto terapêutico aumenta fora do hospital, e é necessário que o profissional consiga negociar, criar e reinventar suas práticas (Cunha, 2010).

Os hospitais universitários, como vinculados a instituições de ensino, além de serem formadores dos profissionais de saúde, também são desenvolvedores de novas técnicas e novos jeitos de trabalhar. É nesse contexto que muitos dos profissionais de

saúde do município foram formados e que também novos modos de se oferecer cuidado em saúde foram desenvolvidos.

Os referidos hospitais do município foram pioneiros, nas décadas de 1960, 1970 e 1980, durante o nascimento do Movimento da Reforma Psiquiátrica, na criação de novos modelos de cuidado, como o hospital-dia e serviços residenciais, que serviram de modelo para a criação de equipamentos de semi-internação, como os CAPS, e as residências terapêuticas em outras localidades do país. Apesar desse pioneirismo, é um município que tem histórico de cuidado em saúde mental sempre pautado fortemente no cuidado médico e hospitalar.

É um município que conta com programas de residência e especialização profissional em psiquiatria e, tradicionalmente, teve a gestão da saúde mental assumida por estes profissionais, considerados especialistas por excelência na área; além disso os serviços de saúde mental foram, historicamente, compostos por um quantitativo de psiquiatras muito maior do que o de outras profissões. Um forte exemplo disso é a história de um dos CAPS do município, que foi instituído como um pronto-atendimento psiquiátrico, cuja equipe era composta por 11 psiquiatras, um psicólogo e um assistente social.

Importa destacar que um dos participantes tem sua história de formação e início da atuação profissional entrelaçada com a história da constituição da assistência em saúde mental no município, tendo inclusive participado da implantação de alguns dos serviços especializados: são histórias que se confundem e se misturam.

Outro participante também tem sua formação fortemente marcada pelos hospitais do município, tendo sido eles os locais de sua constituição enquanto profissional da saúde mental. Uma terceira profissional teve sua única experiência com saúde mental, antes de entrar para o serviço que hoje gerencia, em estágio de graduação, dentro do hospital universitário do município, na enfermaria psiquiátrica e no hospital-dia.

A formação dos profissionais de saúde no município traz a forte marca dos hospitais do município, de um modelo hospitalocêntrico e médico centrado, que privilegia a especialidade e o cuidado médico. As implicações dessa formação para a atuação profissional têm repercussões na dificuldade que as equipes enfrentam em trabalhar de forma integrada, com a devida articulação das ações e saberes (Peduzzi, 2001).

5.2.2. RAPS: composição e funcionamento

Os entrevistados constroem em suas falas uma narrativa acerca da composição da RAPS no município estudado. Procura-se indicar as aproximações e distanciamentos que a descrição da rede assume nos relatos de cada entrevistado e, também, entre os seus relatos.

Ao falarem sobre a composição da RAPS, todos os entrevistados partiram da enumeração dos serviços da atenção especializada: os seis CAPS e o ambulatório de saúde mental, equipamentos com os quais parecem estar muito familiarizados e sobre os quais parece haver maior homogeneidade na descrição, não tendo sido percebidas dúvidas ou hesitações em suas falas.

Os entrevistados indicaram um fluxo bem estabelecido entre os serviços da rede de serviços de atenção especializada em saúde mental e os serviços que oferecem leitos psiquiátricos e psicossociais, referência para o município: dois hospitais gerais com enfermaria psiquiátrica e dois hospitais psiquiátricos, sendo um para atendimento exclusivo de dependência química e o outro para transtornos mentais e dependência química, com ou sem comorbidade.

Nestes equipamentos hospitalares são, ao todo, 26 leitos em hospital geral e 114 leitos em hospital psiquiátrico que atendem não só ao município estudado, mas a toda a sua região de saúde, que tem aproximadamente 1 milhão e 500 mil habitantes. Os entrevistados apontaram que os leitos atualmente disponíveis são insuficientes frente à demanda.

Os hospitais são de gestão estadual e, desde 2018, a solicitação de vaga para internação nos mesmos é feita via Centro de Regulação de Ofertas de Serviços em Saúde (CROSS), sistema de regulação estadual de leitos. Uma das entrevistadas manifestou dúvida quanto ao tipo de relação definida entre os serviços municipais e os hospitalares, questionando se eles, por serem de gestão estadual, compõem a RAPS do município: “o que mais que a gente tem da rede? A urgência, os serviços do CAPS… Eu acho que, do município, acaba sendo isso. O [hospital universitário] acaba sendo do Estado, a gente tem uma distância [...]” (Luciana).

O não reconhecimento de um equipamento de gestão estadual como componente da rede da qual ele é referência pode indicar uma fragilidade no entendimento de que todos os serviços de saúde que compõem o SUS, independentemente do nível de gestão, fazem parte de um só sistema, que deve ser integrado, integral e compor uma rede complexa e articulada.

Cabe ressaltar aqui a sutileza dessa fragilidade, uma vez que a entrevistada conhece o serviço hospitalar e sabe que ele é um equipamento do SUS, mas ainda assim não o vê como um continuum da rede, identificando-o mais como um fragmento.

Enquanto componente da RAPS, a AB não foi citada por dois entrevistados; pelos outros foi citada apenas a partir de sua relação com a especialidade, não enquanto equipamento ou ponto de atenção dessa rede, mas como existente só e apenas por essa relação:

> A gente tá numa aproximação também um pouco maior com a atenção básica, mas mesmo assim ainda é complicado e tem as suas restrições. (Paula).

> Enquanto atenção básica, a gente faz matriciamento da atenção básica, então todos os CAPS fazem matriciamento, inclusive a gente tem buscado aquela meta do Ministério, né? De 12 sessões de matriciamento por ano, que é uma meta que o Ministério coloca e a gente tem, inclusive, em muitos serviços feito a mais do que isso. (Jorge).

Contrapondo-se com o não reconhecimento da AB como ponto de atenção da RAPS há o entendimento de que esse nível de atenção deveria se responsabilizar também pelo cuidado em saúde mental:

> A gente tem uma sobrecarga do CAPS que também tem a ver com a fragilidade da atenção básica. A gente sabe que 30 a 40% dos casos que estão no CAPS poderiam estar na atenção básica, porque são casos leves, estabilizados, que poderiam fazer o seguimento na atenção básica. (Jorge).

> Eu acho que toda a atenção básica tem que aprender a cuidar da saúde mental também. Às vezes a gente vê que tudo encaminha e vai e fica, né? Então, eles não acompanham hipertensão leve, diabetes leve? Então eles também... Nós... Nisso eu me incluo também como atenção básica. A gente tem que ser empoderado pra atuar na saúde mental também. (Sabrina).

Além das diferenças de compreensão e dificuldade de compartilhamento das compreensões acerca da participação da AB na RAPS, com consequente desalinhamento em relação ao que é esperado desse ponto de atenção, parece haver uma não apropriação daquilo que pode ser produzido a partir da aproximação e do trabalho em conjunto entre esses diferentes tipos de equipamento. Em outras palavras, parece não estar claro o que é e como pode ser feita essa articulação entre atenção especializada e AB.

Essa relação entre serviços especializados em SM e AB, que, segundo os entrevistados, já tinha histórico de ser insatisfatória, com muitos encaminhamentos, pouco compartilhamento e baixa corresponsabilização pelo cuidado, além de pouco matriciamento, fragilizou-se ainda mais com a pandemia.

Neste período, os matriciamentos foram suspensos, retornando após um tempo, na forma de orientações pontuais por telefone ou grupos de WhatsApp. Além disso, os entrevistados relataram que muitos casos são encaminhados para a saúde mental e não recebem continuidade na AB; além disso, Cláudio aponta que "são demandas que também são pontuais, eles vêm, vêm num acolhimento, vêm num atendimento e depois desaparece, não dá continuidade".

O NASF, equipamento da AB, foi citado em uma entrevista em referência à inserção de um psiquiatra no equipamento e seus efeitos positivos alcançados:

> [...] que é o distrito do NASF, a gente tem uma experiência muito interessante, que a gente pegou uma psiquiatra e a gente colocou essa psiquiatra no NASF pra ela trabalhar 20 horas só com matriciamento e isso tem surtido muito efeito, porque a gente percebe que o matriciamento é multidisciplinar, mas tem conversas que têm que ser feitas de médico pra médico. Então, assim, não adianta eu, enquanto psicólogo, ir conversar com o médico da atenção básica pra falar que ele pode prescrever o antidepressivo. Não vai adiantar. Tem que ser o médico falando com o médico. E isso tem dado bastante efeito. A gente percebe que lá no [distrito de abrangência do NASF], a gente inclusive teve experiências, né, da gente ter lista de espera no CAPS pra atendimento psiquiátrico e a gente conseguir reduzir essa lista pra 60 a 70% via matriciamento. (Jorge).

A inserção do psiquiatra na equipe do NASF com a função de conversar com o médico da AB para autorizar, ou chancelar, a prescrição de medicamentos parece ir contra a lógica da Reforma Psiquiátrica e de premissas importantes para o reordenamento da atenção psicossocial, uma vez que coloca em foco o olhar para o sujeito enquanto problema médico, deixando como secundárias as questões psicossociais. Essa parece ter sido uma decisão que reforça a visão biomédica e a medicalização como recurso com maior legitimidade nesse contexto, com uma atuação orientada para o sentido de controlar, conter e transformar doenças em normalidade.

É importante considerar que a desigualdade na valorização social entre as profissões da área da saúde manifesta-se de forma inequívoca nesta situação. Peduzzi (2001) ressalta que essa desigualdade é refletida na autoridade técnica e legitimação sociais concedidas aos diferentes profissionais; além disso, os profissionais de saúde tendem a reproduzir as relações assimétricas e as práticas sociais culturais, ocasionando relações de subordinação dentro da equipe.

A inserção de um psiquiatra na equipe com essa função em específico aponta para perda de legitimidade do NASF em relação à saúde mental, com práticas ainda subjugadas às orientações do especialista médico, com uma função que é legitimada como hierarquicamente superior quando comparada às possibilidades de contribuição das

profissões de saúde não-médicas, inclusive psicólogos. A potência das ações interdisciplinares fica limitada à adesão ou não à orientação do especialista presumidamente mais bem qualificado.

Parece não haver dúvidas entre os entrevistados sobre a participação dos serviços de urgência e emergência na RAPS, pelo fato de que são eles os responsáveis por inserir os usuários na fila da CROSS para internação. Os entrevistados, contudo, manifestam preocupação e descontentamento com o tempo médio de espera para liberação de vagas para internação, que é de 5 a 6 dias em média; neste tempo, o usuário permanece na unidade de pronto-atendimento, sem apoio ou ambiência adequados e muitas vezes sedado e/ou contido fisicamente, para não perder seu lugar na fila.

Os entrevistados apontam que a estrutura e a equipe dos pronto-atendimentos não são preparadas para receber usuários em crise psiquiátrica – nem deveriam, mas isso tem feito com que muitos usuários abandonem a espera e desistam da internação. O tempo máximo de permanência previsto para a liberação das vagas era de 72 horas; na prática, o tempo médio de espera passa a ser o dobro do máximo previsto em um cenário ideal.

O município conta com cinco unidades de pronto-atendimento, uma para cada distrito sanitário; são equipamentos que, atualmente, estão sob gestão de uma fundação, por meio de convênio firmado com a prefeitura municipal. De acordo com os entrevistados, esses equipamentos encontram grande dificuldade no manejo das crises psiquiátricas, e um dos entrevistados deposita na figura do médico clínico, responsável pela inserção do usuário na CROSS, um grande obstáculo:

> A gente tem uma grande dificuldade que o médico clínico, o médico do pronto-atendimento, ele tem muita dificuldade pra lidar com a questão da psiquiatria, seja por falta de preparo, eu acho que essa é uma questão que remete à formação do médico, e também por uma questão de preconceito mesmo. (Jorge).

Embora se saiba que o matriciamento das equipes é uma estratégia efetiva para que os profissionais sintam-se capacitados e instrumentalizados tecnicamente para efetuar o cuidado (Chiaverini *et al.*, 2011), essa estratégia esbarra na alta rotatividade de pessoal nas equipes de pronto atendimento:

> [...]a gente fez uma opção, que eu não sei se foi a melhor opção, por ter um psiquiatra dando suporte pro pronto-atendimento. Por um lado, isso qualifica o atendimento, por outro lado, isso aumenta uma não apropriação da urgência psiquiátrica pelo clínico. Então, por exemplo, às vezes acontece do clínico receber o paciente no sábado, o psiquiatra só vai estar na segunda-feira, e o paciente fica esperando de sábado até segunda-feira esperando que o psiquiatra insira na CROSS, sendo que o clínico já podia ter inserido no sábado. (Jorge).

Este relato exemplifica, mais uma vez, a opção da Secretaria da Saúde pela inserção de um médico especialista psiquiatra na equipe em um contexto fortemente marcado pela segregação da saúde mental, fazendo movimento contrário ao pretendido pela proposta original da RAPS. Se, por um lado, essa decisão qualifica o atendimento ao usuário que procura o pronto-atendimento, por outro desresponsabiliza o médico clínico pelo cuidado à saúde mental, dando mais força à ideia de que a saúde mental pode ser cuidada apenas por especialistas da área.

A inserção dos psiquiatras nesses contextos parece não ser um problema só na conduta com a assistência, mas pode indicar uma fragilização da própria rede, colocando o discurso psiquiátrico como prioridade e estratégia primordial. A necessidade do uso da força e da autoridade da especialidade para que o cuidado seja efetivado é alimentada e, ao mesmo tempo, retroalimenta a dicotomia saúde do corpo/saúde mental, estimula a medicalização enquanto subjuga as estratégias psicossociais e interdisciplinares à psiquiatria.

As 10 unidades de residências terapêuticas e a Unidade de Acolhimento Infanto-juvenil (UAI) só foram citadas como componentes da RAPS por um entrevistado, apesar de outros dois terem citado tais equipamentos quando falaram sobre a articulação intersetorial.

Identifica-se nas falas dos entrevistados uma intencionalidade da Secretaria Municipal de Saúde em implementar a RAPS. Em contrapartida, a lógica de investimento e implementação das ações ainda é contraditória: os entrevistados conseguem perceber que existe uma prática bem estruturada, mas que não atinge plenamente os princípios da rede.

> [...] mesmo dentro de um discurso que valoriza a atenção primária, as principais iniciativas que foram feitas em [nome do município] nos últimos anos foram dentro dos espaços de especialidades e pronto-atendimento. (...) o projeto que parece que tá ganhando corpo é o projeto de um pronto-atendimento psiquiátrico. (Jorge).

Importa, nesse ponto, compreender que não é porque os discursos são semelhantes e usam os mesmos termos que eles compartilham uma significação comum. É necessário entender aquilo que embasa o que é sustentado por cada um dos sujeitos envolvidos, já que partem de uma rede de significação subjetiva e individual, logo possuem “para quês”, “porquês” e “como” diferentes (Onocko-Campos, 2012).

Se, num primeiro momento, o fato de os entrevistados desconsiderarem os serviços de AB como pontos de atenção da RAPS parece destoar dos objetivos da mesma, uma análise mais atenta mostra que esse movimento não é dissonante do processo efetivamente implementado pela Secretaria de Saúde.

> [...] uma atenção básica fragilizada, com uma baixa cobertura de saúde da família, sobrecarrega os CAPS, que já estão fragilizados e que vêm sendo precarizados. A gente perdeu nos últimos 5 anos cerca de 25% do RH dos CAPS, então, a gente teve uma redução de 25% do RH, então você tem uma precarização dos CAPS, uma falta de investimento e tudo isso culmina com essa demanda pela urgência e essa espera pelo leito. Então, acaba que é uma bola de neve, né? (Jorge).

Esses relatos apenas indicam que os discursos, que parecem ser os mesmos, são, na verdade, "falsos cognatos", uma vez que na prática têm significados, implicações e ações diferentes e que não são compartilhadas por todos os envolvidos.

Outro ponto de destaque é que, na ausência de acesso oportuno e de um cuidado ideal, o usuário do sistema vai construindo o seu próprio caminho pelos serviços, da forma como ele pode, pelos meios que ele encontra:

> A verdade é que tem muitas demandas que não chegam até o serviço especializado. E daí a gente vê muito caso de tentativa de suicídio, muito caso de internação, muito caso judicializado que nunca passaram por um serviço de saúde mental. Muitas vezes o paciente chega mais grave, inclusive muitas vezes a gente recebe demandas judiciais de pacientes que precisam de atendimento em saúde mental, que a demanda foi judicializada sem ele nunca ter procurado um CAPS. (Jorge).

O usuário que vai construindo seu caminho na rede, encontrando portas de entrada diferentes das esperadas em um caminho ideal; Cecílio (2012) chama, a esse usuário que realiza um movimento "autônomo" pelos serviços, de usuário-fabricador. É nas brechas do sistema que esse usuário vai encontrando maneiras de se sentir acolhido e de suprir as faltas e falhas desse próprio sistema. É complementando a regulação profissional das equipes de saúde com a regulação leiga (Cecílio *et al.*, 2014) dos usuários-fabricadores que o cuidado vai podendo ser efetivado para muitas das pessoas que necessitam de atendimento.

> Mas, na verdade, também tem uma outra questão, porque, assim, facilitar acesso também depende da estrutura, né? Hoje eu tenho uma estrutura nos CAPS que se mais pessoas procurassem os CAPS, eu não sei se a gente daria conta também. (Jorge).

> Então, assim, o usuário que vai pra atenção básica, ele é encaminhado pro CAPS ou do pronto-atendimento pro CAPS, muitas vezes ele não chega até o CAPS, né? Então, é... Eu acho que isso é uma dificuldade. E poucas pessoas sabem que podem procurar

> diretamente o CAPS, né? [...] Então é aquele paciente que vai pra atenção básica, daí a atenção básica encaminha pro CAPS, mas aí o CAPS manda pra outro CAPS (...). Então, esse vai-e-vem, esse trânsito entre uma unidade e outra, eu acho que muitas pessoas se perdem nisso, né? É por isso que a gente tem tentado potencializar os acolhimentos, na perspectiva de que... A escuta é primordial, né? A escuta tem que ser antes do encaminhamento, né? Porque às vezes a pessoa nem escuta e já encaminha, né? (Jorge).

Seja pela falta de estrutura, que inclui a insuficiência de Recursos Humanos (RH) nos CAPS, seja pela fragilidade nos processos de acolhimento e encaminhamento dentro da própria rede, observa-se que os processos de trabalho ainda exigem constante revisão para que se aproximem, paulatinamente, de um modelo de cuidado capaz de atender de modo integral às demandas dos usuários.

Em relação às ações necessárias para o avanço da implementação da RAPS no município estudado, surgem considerações que indicam a necessidade de revisão da lógica de cuidado e fortalecimento dos serviços.

> Eu acho que, além, claro, de fundamentalmente recurso e investimento, e dessas mudanças de... mudanças de lógicas de cuidado, que eu acho que são duas coisas que eu já falei bastante, né? A mudança na lógica de cuidado e investimento. Eu acho que seria importante também a gente poder ampliar a nossa noção de cuidado. (Jorge).

> Eu acho que precisa fortalecer os CAPS. Pra fortalecer eles precisam ter RH suficiente, não é alta tecnologia, são pessoas. Pessoas dispostas, que estejam dispostas a acolher. E essas parcerias com outras instâncias: culturais, esportivas, de educação, de trabalho. Eu acho que isso falta pra gente conseguir melhorar mesmo a rede como um todo, porque isso impacta em outras questões, né? Se a pessoa tem condições de vida melhores ela consegue melhorar. (Paula).

As divergências entre os entrevistados acerca da composição e funcionamento da RAPS no município podem indicar o não compartilhamento de um projeto coletivo para implementação da rede, colocando importantes limitações em seu funcionamento. Essas divergências acentuam-se quando a AB é colocada em pauta, o que pode se tornar um grande empecilho nessa implementação.

A AB tem importante papel na RAPS na promoção, prevenção, proteção ou recuperação de casos leves relacionados à saúde mental, de forma que o funcionamento harmonioso e articulado entre os diferentes equipamentos poderia diminuir demanda e lista de espera nos serviços especializados, a cronificação de casos, o número de crises, além de poder promover o bem-estar dos usuários do território.

Os entrevistados parecem, contudo, não ter clareza de como a implementação dessa rede e articulação entre esses serviços podem se dar. Parece haver o conhecimento de alguns arranjos e instrumentos que poderiam ser usados para estabelecer a relação

entre os serviços especializados e a AB, mas há dificuldade em operá-los e dar sentido e significado para eles dentro de um projeto.

Além disso, os esforços da SMS em incluir médicos psiquiatras nas equipes do NASF e das UPAs pode potencializar o AM e qualificar o cuidado em toda a rede; contudo, para que tal objetivo seja atingido, é necessário que a rede construa um projeto que seja compartilhado pelos diferentes profissionais nos diferentes equipamentos. Em outras palavras, é preciso que todos os envolvidos estejam falando o mesmo idioma, compartilhando dos mesmos significados para aquilo que é dito.

5.2.3 Serviços especializados em saúde mental e os arranjos de funcionamento

O município conta com seis CAPS, dos quais apenas quatro estão habilitados a receber financiamento federal; os outros dois e o ambulatório de saúde mental são totalmente financiados com recursos municipais. Há um movimento de transição no modelo de atenção para credenciamento de todos os CAPS junto ao Ministério da Saúde.

Os entrevistados afirmaram que, mesmo antes do início da pandemia de COVID-19, o município já passava por uma redução no número de profissionais lotados nos serviços especializados em saúde mental, com importantes limitações à oferta de assistência. Durante a pandemia, avolumaram-se afastamentos de profissionais dos grupos de risco, licenças de saúde e afastamentos por suspeita de infecção por COVID-19. Outro fator de sobrecarga que todos os entrevistados apresentaram foi o fato de os atendimentos em grupos estarem suspensos e um grande número de usuários estar sendo atendido individualmente pelas equipes, seja em modo presencial ou em teleatendimento.

A impossibilidade de realização de grupos, oficinas terapêuticas e a falta de ambiência foram para alguns dos entrevistados um grande desafio, com consequências negativas para os usuários e também para os profissionais. Além disso, alguns profissionais somam a essa obrigatoriedade de fazer atendimentos individuais o intenso volume de encaminhamentos que as unidades têm recebido da AB, os quais em sua grande parte poderiam ter seguimento fora dos serviços especializados em saúde mental. Nas palavras de Cláudio, enfermeiro, isso faz com que “o CAPS seja forçado a funcionar como um ambulatório”.

Em tese, todas as unidades de CAPS funcionam sob a lógica de porta aberta, permitindo que qualquer pessoa que procure o serviço passe pelo acolhimento de demanda espontânea, realizado em horários diários pré-disponibilizados, por qualquer

profissional de nível superior da unidade, excetuando-se o médico. Há apontamentos que indicam, contudo, que isso não é sempre implementado:

> Nem todos os CAPS funcionam assim. Tem alguns serviços que a gente recebe paciente reclamando que não consegue ter acesso, que não consegue chegar lá, que não consegue passar pelo acolhimento. (Paula).

Ou, se implementado, não o é de maneira satisfatória:

> Também temos uma outra dificuldade também que é que muitas vezes o acolhimento no CAPS também não é o ideal, porque, muitas vezes, o paciente também chega no CAPS e não é acolhido da melhor maneira. Então, isso também é uma dificuldade, né? Isso gera uma certa complicação, porque muitos usuários se perdem nesse vai-e-vem entre uma unidade e outra, né?" (Jorge).

Esses exemplos informam acerca da autonomia exercida pelos profissionais na execução ou não daquilo que é regra, normativa ou que é pactuado entre os serviços e com a gestão. Tais ações, mediadas por escolha e entendimento individual do modo como operar o cuidado e ofertar ações, apesar de afirmarem a autonomia individual, restringem, de acordo com Peduzzi (2001), a autonomia da equipe, uma vez que esta fica submetida e limitada às ações de cada agente. É na integração da equipe e no compartilhamento de um projeto de trabalho coletivo que novos valores e modelos de atenção podem ser construídos, a partir da colaboração profissional, da complementaridade entre eles e até das eventuais tensões do processo.

É esperado que equipes e profissionais testem os limites de sua própria autonomia, contudo é necessário que haja alguém que contenha esse movimento e sustente os limites, de maneira que os profissionais possam compreender que não podem fazer tudo, mas que há sim muito espaço para exercício de sua autonomia (Onocko-Campos, 2012).

Somado a isso, é importante destacar que mesmo entre os entrevistados não há o compartilhamento do entendimento de quais seriam os meios ideais para que o objetivo de oferta de cuidado em saúde mental seja atingido, evidenciando que as permanentes disputas do campo da saúde (Campos, 2015; Cecílio, 2012) estão presentes mesmo em um grupo pequeno e, de certa forma, homogêneo, ao menos no contexto e finalidade de suas funções.

Há ainda indicativo de outros desacordos em relação à adequação da porta de entrada para os CAPS: dentre os gerentes entrevistados, há aqueles não concordam com o acolhimento da demanda espontânea pelo CAPS, entendendo que a porta de entrada para o equipamento deveria ser via encaminhamento da AB, como acontece com o

ambulatório. Novamente, apresenta-se o tensionamento entre autonomia e os limites impostos, uma vez que essa maneira de funcionar está prevista nas diretrizes normativas para esse tipo de serviço.

> A maioria vem da atenção básica, ele é referenciado, ele chega porque a atenção básica encaminha ele, orienta ele, então ele... Não é um caminho difícil. A meu ver, esse é o caminho mais adequado pra esse paciente. Se ele entrar direto no nosso serviço, muitas vezes nós vamos ter que encaminhar ele pra atenção básica, porque, além das necessidades de saúde mental que ele pode verbalizar, ele pode ter outras necessidades, então nesse momento o melhor é ele vir pela atenção básica mesmo. Pra gente, a gente fica mais tranquilo, porque ele já passou por um olhar da atenção básica. (Cláudio).

Importa destacar aqui o descompasso entre as normativas e aquilo que é pretendido e defendido por um dos gestores participantes: a proposta de que os usuários cheguem aos serviços especializados de saúde mental por meio de encaminhamento partindo da AB, o que pode fragilizar a autonomia dos usuários e reforçar o sentido de tutela dos profissionais sobre a saúde mental dos mesmos (Cecílio, 2012).

Mais que uma orientação de fluxo, a necessidade (ou obrigatoriedade) de encaminhamento pode limitar o acesso aos serviços e ao atendimento em saúde mental, constrangendo o usuário a uma avaliação "técnica" que definirá previamente, e nem sempre de modo adequado, se há legitimidade na queixa apresentada por ele. O sofrimento, subjetivo, passa neste modelo por avaliação de profissionais que, infelizmente, nem sempre conseguem compreender ou validar a queixa dos usuários.

Além disso, há indicação de grande ênfase na resolutividade do atendimento em saúde mental, de modo que o usuário possa retornar rapidamente para sua rotina, indicando um foco no fim e não no processo de cuidado. Essa perspectiva de que o usuário possa "retornar para sua rotina" pode suscitar um entendimento ambivalente; se por um lado atende ao propósito de reinserção social e reabilitação psicossocial, por outro parece estabelecer um padrão de funcionalidade "ideal" e nem sempre possível de atingir. *"*Então, eu acho que a função desse serviço é possibilitar que esse sujeito, além de ser assistido nessa patologia em si, mas... Possibilitar que esse sujeito possa retornar o mais rápido possível para as atividades de sua vida prática e diária" (Cláudio).

Levar o usuário a um estado funcional é, certamente, objetivo dos serviços de saúde mental, mas a definição de funcionalidade pode variar muito de um caso para outro. A perspectiva que parece indicada aqui, de superação dos efeitos do sofrimento psíquico, remete à incorporação de uma lógica assentada na remissão de sintomas, mais que na promoção de um espaço e condição de acolhimento (Cecílio, 2009).

Em outras manifestações dos entrevistados o modo de referência à rotina e à vida "normal" dos usuários de serviços de saúde mental parece apontar para uma perspectiva ligeiramente diferente, enfatizando possibilidades de adaptação que contemplam "frustrações" e limites.

> É, acho que dentro... Pensando num serviço de saúde mental e dentro daquilo que a gente recebe, do nosso público-alvo, é realmente conseguir fazer com que esses pacientes vivam, né? Dentro da sua... Da melhor forma né? Consigam dar conta das suas frustrações, do seu dia a dia, da sua rotina, lidar melhor com as suas emoções. (Luciana).

A definição que Luciana faz da função/missão do equipamento que gerencia muito se aproxima da definição de saúde trazida por Desviat (2018): "A saúde deve ser sinônimo de vida, de usar a vida. Com a possibilidade de usufruir corpo e mente" (p. 36).

Jorge aponta que há outras diferenças entre os CAPS e o ambulatório além da porta de entrada e que essas diferenças são relativas à função dos equipamentos, sendo os CAPS serviços com uma função ampliada, que deve estar articulado ao território e ser articulador e ordenador de rede. Na visão dele:

> Então, quando eu penso em CAPS, dentro de um modelo ideal, o CAPS, ele é um dispositivo que ele tem o papel de articulador, de ordenador da rede, então ele tem que trabalhar pra além dos seus muros, né? Então, o que a gente espera dos CAPS é isso, né? Que ele faça articulação, que ele faça as reuniões de conferência de caso, que ele faça os matriciamentos, que ele faça visitas domiciliares, que ele faça o mapeamento da rede, inclusive daqueles recursos que vão pra além da saúde e da assistência social (...) O ambulatório, a gente espera que ele trabalhe dentro de uma lógica multidisciplinar, mas dentro de uma lógica centrada dentro dele mesmo. Quer dizer, o ambulatório vai trabalhar com o que chega no ambulatório. Aquela demanda que chega no ambulatório, o ambulatório precisa trabalhar de maneira multidisciplinar, muitas vezes ele também precisa articular rede, mas ele vai trabalhar com a demanda que chega. O CAPS vai trabalhar com aquilo que chega e com aquilo que não chega. Então, eu acho que tem essa perspectiva do território, que eu acho que amplia a proposta do CAPS, né? Eu acho que essa é a grande diferença, né? (Jorge).

O entrevistado identifica que essa não é uma transição simples entre modelos de atuação, apontando que apenas uma mudança formal não é suficiente.

> À medida que eu fui tentando construir junto com a equipe esse jeito CAPS de existir, começaram a haver outras resistências, né? Então, eu vejo no CAPS [unidade em que trabalhou], e acho que não só no CAPS [unidade em que trabalhou], acho que em muitos serviços aí de saúde mental o tanto que esses diferentes modelos transitam. (Jorge).

Em geral, as diferentes propostas e modos de pensar o cuidado transitam entre si e coexistem disputando espaços de poder (Campos, 2015; Cecílio, 2012), na saúde mental

isso fica evidente com os movimentos de contrarreforma (Pitta & Guljor, 2019) e pode ser traduzido nos progressos e retrocessos na Política Nacional de Saúde Mental (Cruz *et al.*, 2020). É também sob a ótica da existência concorrente dos diferentes modelos de cuidado em saúde mental presentes no imaginário social (Sousa *et al.*, 2018) que se pode olhar para a defesa que Sabrina faz pela reafirmação dos ambulatórios de saúde mental:

> Eu acho que é importante a gente pensar sim em ambulatório, não só em CAPS, né? Porque existe uma parcela grande de atendimentos que são bem conduzidos em ambulatório, que não necessitam de CAPS. Eu acho que a gente podia deixar CAPS pra casos mais complexos, que requerem... exigem mais de uma equipe multidisciplinar. Então, eu vejo o ambulatório como um dispositivo importante. Lógico que articulado com outros equipamentos da rede. É isso. (Sabrina).

Interessa ressaltar aqui que no ambulatório de saúde mental do município o cuidado oferecido é centrado no atendimento médico, terapia psicofarmacológica, aconselhamento psicológico e plantão psicológico: um cuidado multiprofissional, mas não interprofissional (Furtado, 2009).

O cuidado multiprofissional é produto da justaposição das ações dos diferentes profissionais, que são balizadas pela especialidade de cada um, resultando em um cuidado fragmentado (Alvarenga *et al.*, 2013). Já o cuidado interprofissional é aquele produzido a partir da colaboração intencional entre os diferentes profissionais das diferentes especialidades para devida integração e construção de um cuidado coletivo e compartilhado (Furtado, 2009).

A relação entre os CAPS e o ambulatório de saúde mental está, de acordo com os entrevistados, bem estabelecida. Há reuniões periódicas entre os gestores e com um Comitê Gestor[1], de modo a promover ações de gestão compartilhada nas equipes, aproximando-as cada vez mais de um funcionamento democrático (Campos, 2015), no qual diferentes tipos de formação e conhecimento podem colaborar intencionalmente uns com os outros, em uma postura efetivamente interprofissional (Peduzzi, 2001).

[1] Comitê instituído pela Resolução n. 02 de 09 de setembro de 2019 da Secretaria Municipal da Saúde, constituído por gestores/coordenadores das unidades, Coordenador da área de Saúde Mental ligado à Secretaria Municipal da Saúde e representantes dos profissionais dos serviços especializados em Saúde Mental, de serviços da AB e da Rede de Urgência e Emergência, que tem como objetivo a gestão compartilhada.

5.2.4. Projetos de Trabalho: entre expectativas e possibilidades

Ao longo da análise dos resultados emergiram sentidos que indicam a falta de um projeto de trabalho compartilhado entre os entrevistados, que estão desempenhando a função de gestão, mas pôde-se também inferir que a falta de alinhamento se estende à RAPS como um todo e ao projeto da Secretaria Municipal da Saúde para essa rede.

Propõe-se aqui uma noção de espectro de modelos clínicos, no qual os projetos individuais oscilam. De um lado, o marco de uma ideia de saúde mental totalmente submetida à noção de transtorno, ou doença, mental, cujas práticas assistenciais são extremamente manicomiais, estigmatizantes e segregadoras; de outro, o marco de uma mudança estrutural, transformação ética, política e cultural no cuidado em saúde mental objetivada pela Reforma Psiquiátrica Brasileira (Amarante, 2017).

A mudança na estrutura, que permite a alteração da essência do cuidado, de modo a expressar uma radical transformação dos saberes e práticas psiquiátricas é chamada por Guattari (como citado por Amarante, 2017) de revolução. É a esse sentido que Amarante (2017) associa à pretensão da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

É importante destacar que os dois marcos do espectro aqui proposto são vistos como ideais almejados, propostas que podem ser vistas como extremos, mas que os projetos identificados não atingem.

Em linhas gerais, observa-se expressiva presença de projetos baseados no discurso da "boa medicina" (Laurell, 2016), que é a atualização no presente momento histórico do modelo biomédico de cuidado, há tanto já enraizado no imaginário social como o modo de cuidado ideal, o cuidado de excelência, através do qual as pessoas que compartilham dessa cultura se sentem mais bem cuidadas por especialistas e dentro de serviços de saúde tradicionais, como ambulatórios e hospitais.

Tal discurso é predominante dentro do modelo proposto nos hospitais universitários, centros de formação de profissionais de saúde (Cunha, 2010). Além disso, esse discurso responde também àquele presente no imaginário social brasileiro, que associa a pessoa com transtorno mental a um "paciente" sem autonomia, que precisa de cuidados psiquiátricos, biomédicos (Sousa *et. al.*, 2018).

É evidente que a "boa medicina" abandonou os termos usados em tempos antigos por propostas complemente manicomiais, sua proposta parece ir em direção a uma Psiquiatria Reformada, conceito de Rotelli (citado por Amarante, 2017), na qual há uma mudança mais administrativa e técnica do que estrutural e ética. Amarante (2017) retoma também os conceitos de *aggiornamento* e *metamorfose*, de Castel, para indicar essa

transformação em que a essência não é alterada: “mudar permanecendo o mesmo!” (p. 97).

Os projetos que estão predominantemente dentro desse escopo objetivam uma assistência à saúde mental tradicional, medicalizadora e curativa, feita dentro dos muros dos serviços de saúde, por profissionais especialistas, com a AB servindo de filtro para a atenção especializada.

> Nós fizemos matriciamento com as equipes de atenção básica. Com a pandemia também ficou mais limitado, mas nós atingimos eu acho que 80% dos profissionais médicos do distrito, que foram matriciados. (Sabrina).

> Só com os médicos, porque a nossa grande... o que a gente percebeu... O nosso principal problema é a dificuldade do médico prescrever medicações controladas e, como nas unidades ele é o maior encaminhador... O médico é o maior encaminhador, então nós... Como a oferta é pequena, nós priorizamos os médicos. (Sabrina).

Há, em contrapartida, projetos que entendem o cuidado à saúde mental de forma mais ampliada, propondo corresponsabilização pelo cuidado por toda a rede e que esse cuidado não precisa ser feito apenas por especialistas ou com uso de medicações. São projetos que valorizam a autonomia do sujeito que procura cuidado e propõe intervenções em uma gama de aspectos da vida.

> [...]ele tem que trabalhar pra além dos seus muros, né? Então, o que a gente espera dos CAPS é isso, né? Que ele faça articulação, que ele faça as reuniões de conferência de caso, que ele faça os matriciamentos, que ele faça visitas domiciliares, que ele faça o mapeamento da rede, inclusive daqueles recursos que vão pra além da saúde e da assistência social. Então, a gente espera esse papel de articulador e de conhecimento do território. (Jorge).

> [...] borrar um pouco essas diferenças entre as especialidades e trabalhar de uma maneira mais integrada. E, principalmente, incluir mais o usuário dentro dessa construção de propostas de cuidado. [...] Eu acho que ainda tá muito assim: chega, passa pelo acolhimento, é encaminhado pro psicólogo, é encaminhado pro psiquiatra, é encaminhado pro assistente social e, mesmo dentro de uma proposta multidisciplinar, se trabalha de maneira fragmentada, que não integra essas diferentes especialidades e não se discute esse PTS de maneira mais aprofundada e integrada. (Jorge).

Como reflexo da falta de alinhamento entre os projetos, há nas falas dos entrevistados expectativas individuais (projetos de trabalho e assistência individuais) que não encontram ressonância ou possibilidade de viabilização quando postos em contato com a realidade da rede e de outros serviços:

> É muito difícil trabalhar com essa noção de articulação de rede e de corresponsabilização, então a gente tá sempre fazendo isso, mas é uma coisa que você não pode perder o fôlego, né? Porque se você parar, volta a funcionar do jeito que era antes. Tem que ser um exercício permanente, né? A tendência é voltar ao modelo tradicional... A inércia leva ao modelo tradicional, né? (Jorge).

Se os profissionais tendem a reiterar as práticas sociais culturalmente típicas de seu tempo histórico, Peduzzi (2001) e Sousa *et al.* (2018) identificaram que ainda predomina no imaginário social o discurso psiquiátrico biomédico, é necessário esforço ainda maior para superar esse modelo. Campos (2015) diz que as pessoas tendem a repetir o que está consolidado por conta da segurança e previsibilidade, mesmo que isso implique um assujeitamento. Consolidado e construído no tempo longo, o modelo biomédico tende a ser o consenso como modelo de atenção adequado para toda e qualquer situação (Peduzzi, 2001). Sair disso implica considerar multicausalidade, mas também implicar-se, suportar a alteridade e o encontro, a falta de previsibilidade (Campos, 2015).

> O que limita essa relação... Essa boa relação é a falta de... algumas vezes, né? Muitas vezes... É a falta de oferta daquilo que a gente gostaria, né? Por exemplo, eu quero internar o paciente, eu gostaria de internar ele rápido. O outro serviço tem isso pra te oferecer? Então, às vezes isso frustra um pouco, né? Você quer transferir um paciente, você quer fazer de forma rápida, né? Se você procura é porque é uma prioridade, só que nem sempre o outro tem isso pra te oferecer na velocidade que você gostaria. (Sabrina).

Cecílio (2012) indica a existência de diferentes tempos relativos ao acesso aos serviços de saúde, vividos pelos usuários, profissionais e gestores: tempo da necessidade, tempo do cuidado e tempo da possibilidade, respectivamente. O autor ainda refere que esses diferentes tempos estão sob influência da medicina tecnológica, ou a "boa medicina" (Laurell, 2016). É à luz da "boa medicina" que Sabrina formou-se profissional de saúde, atualizando esse saber construído no "tempo longo" em sua experiência, em seu "tempo vivido" (Spink, 2013).

Agora, no "tempo curto" (Spink, 2013), a oferta daquilo que Sabrina gostaria é limitada pelo tempo da possibilidade (Cecílio, 2012), ela gostaria de internar a pessoa que está em sofrimento e tem pressa para operacionalizar o cuidado que julga ser mais adequado. Esse é um exemplo do choque entre os diferentes tempos, o tempo de Sabrina, que é o tempo do cuidado, e o tempo da possibilidade, ou seja, aquele da oferta das vagas, da gestão do outro serviço.

Quando não há projeto compartilhado, as ações ficam limitadas à disposição ou não do outro, sua liberdade fica restrita àquilo que é de sua governabilidade, centrado em si mesmo; quando há projeto compartilhado, as possibilidades são as do encontro com o

outro, há corresponsabilização, e as barreiras entre os núcleos são borradas, pois se atua mais no campo.

Diante da eclosão da pandemia de COVID-19, em que os medos e angústias dos profissionais se intensificaram, a falta de clareza e alinhamento entre os projetos individuais e a inexistência de um projeto coletivo na rede teve grandes impactos.

Jorge relata que no início da pandemia os profissionais tiveram grande dificuldade em redimensionar suas práticas de trabalho frente ao cenário de emergência sanitária. Ainda, que, de modo recorrente, os profissionais tenham manifestado dificuldade de entender os serviços de saúde mental como serviços essenciais, e que não deveriam ter suas atividades interrompidas nas fases de maior restrição de circulação de pessoas, Jorge afirma: “Talvez um saldo positivo no meio disso tudo, pra saúde mental, é a afirmação da saúde mental enquanto um serviço essencial, enquanto um cuidado essencial, em termos de saúde, né?”.

É importante destacar que os entrevistados observaram, em um primeiro momento do curso da pandemia, um movimento de retração na procura pelos serviços de saúde mental, seguido, alguns meses depois, por intenso aumento no volume de procura pelos mesmos. É nesse intervalo, entre a queda e a retomada da procura aos atendimentos, que o Programa municipal de Saúde Mental e seus serviços puderam se reorganizar, com grande esforço da coordenação em, apesar da falta de diretivas específicas do Ministério da Saúde, criar um plano de ação para os serviços municipais, por meio da edição de notas técnicas, que orientavam os profissionais, e reuniões frequentes entre coordenação e os gerentes de cada um dos serviços.

Chama atenção o fato de os profissionais de saúde, lotados em serviços de saúde mental, não considerarem o próprio trabalho como um serviço essencial em uma situação de emergência sanitária. Dificuldade essa que expressa a dicotomia, amplamente difundida na sociedade, de uma visão tecnicista que separa saúde mental e saúde do corpo, desconsiderando a impossibilidade de que esses cuidados ocorram separadamente (Spink, 2013).

Dantas (2021) destaca a importância da RAPS no cuidado à saúde mental não só da população em geral, mas também dos profissionais de saúde, que, além dos impactos psicossociais causados pela pandemia, também tem sofrido com a grande carga de trabalho, pouco descanso e os impactos de entrar em contato com o sofrimento das pessoas que por eles são atendidas. O autor destaca que se devem rastrear transtornos mentais e garantir apoio emocional para os profissionais de saúde por um período de

tempo que vai além do tempo de pandemia, além de procurar promover estratégias de aumento da resiliência desses profissionais.

Ressalta-se, contudo, que essas não são as únicas ações possíveis para a RAPS nesse contexto. É sabido que existe um componente subjetivo, psicológico e de saúde mental que é intrínseco ao processo saúde-doença; também é preciso considerar o contexto social de aumento de vulnerabilidades e de insegurança frente ao contexto pandêmico. Por meio do AM, a RAPS pode proporcionar apoio às equipes que não atuam em serviços especializados em saúde mental para que lidem com o sofrimento, sentindo-se qualificadas para oferecer um primeiro apoio aos usuários e instrumentalizadas, sentindo-se menos inseguras e, consequentemente, menos sobrecarregadas (Chiaverini *et al.*, 2011).

Outra possibilidade é o investimento em apoio e Educação Permanente em Saúde (EPS) para que as equipes possam conversar sobre como aquilo que elas têm enfrentado, material e afetivamente, impacta suas ações e quais são as possibilidades de atuação a partir da situação e de seu encontro enquanto atores do processo de trabalho (Dimenstein *et al.*, 2020). Uma das entrevistadas relata que sua equipe tem feito supervisões mensais com uma psicóloga, por meio de videoconferência:

> A gente tem esse espaço uma vez por mês e a gente tem trazido as questões de maior angústia ou de conflitos mesmo entre a gente, que vão surgindo mesmo, com certeza. É o espaço também para ir pensando os desafios diários, os pacientes que aparecem e que a gente percebe que às vezes vai modificando. (Priscila).

É importante, neste ponto, retomar Onocko-Campos (2013) e evidenciar que o oferecimento de AM, EPS e mesmo supervisões, como as relatadas por Priscila, necessita de um terreno fértil para serem exitosos. É necessário que as equipes tenham algum espaço intersubjetivo constituído e que estejam aptas a fazer trocas intersubjetivas entre seus membros e também com membros externos. Condição que parece simples, mas que na prática dificilmente é encontrada em equipes de saúde; em vez disso, as alteridades e o diferente tendem a ser vividos como ameaçadores (Onocko-Campos, 2013).

Conforme defendido anteriormente, os gestores podem ter um papel decisivo e muito importante para a construção do terreno base para o desenvolvimento dessas características nas equipes: garantia de espaço e tempo regulares para discussões acerca das modelagem clínicas, processos de trabalho e afetos mobilizados por ele, acolhimento das alteridades, flexibilidade para inclusão de aspectos subjetivos ao processo de trabalho, acolhimento e paciência; ao mesmo tempo em que deve garantir a segurança do

cumprimento de regras e normas, daquilo que é lei e restringe o agir (Onocko-Campos, 2013).

Onocko-Campos (2013) compartilha a ideia de Kaës (1991, como citado por Onocko-Campos, 2013) de que para que haja o cumprimento de contratos é necessário que não haja falhas na função instituinte, ou seja, aquela que está relacionada à compreensão da função da instituição, ou, no caso, do serviço de saúde em que a equipe atua. Dessa forma, é vital que o gestor seja a voz daquilo que é ordenamento institucional e que deve balizar o trabalho, restringindo aquilo que a equipe pode fazer, de maneira que ainda assim a equipe possa se ver potente e autônoma para tomar outras decisões.

Para isso, contudo, é necessário que haja alinhamento e compartilhamento de objetivos entre os gestores e com a Secretaria da Saúde, para que não haja conflito entre aquilo que é desenvolvido nos diferentes serviços nem descompasso no momento em que há necessidade de trabalharem juntos e compartilharem o cuidado e a responsabilização por ele. Dentre os entrevistados, conforme já apresentado ao longo dessa discussão, parece não haver tal concordância. Há indicativos também de que no município estudado não há esse alinhamento:

> Tem um discurso muito forte, o discurso das pessoas, dos gestores, dos profissionais no geral, é um discurso que fala da importância da atenção primária, da importância da prevenção, que fala da importância da saúde da família, que fala da importância da saúde mental... Você tem um discurso que é redondinho, né? Mas uma prática que não casa com o discurso. E isso se reflete inclusive na questão de financiamento e algumas decisões que são tomadas. (Jorge).

Dentro dessa perspectiva, acredita-se que muitas das ações já oferecidas pela Secretaria da Saúde podem adquirir outro caráter, como, por exemplo, a inserção de psiquiatras nas equipes das UPAs e no NASF. É possível que esse profissional possa ser chave para qualificar o cuidado na rede sem ocupar a posição de autoridade em saúde mental ou de prescritor de conduta para outros profissionais da saúde.

É preciso que a RAPS se (re)invente e possa ser apoio para os outros equipamentos da rede, usando as experiências exitosas para dar potência ao trabalho dos outros equipamentos, de modo que os efeitos sejam sentidos por todo o sistema.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

"Ainda há tempo
Não quero ver você triste assim não
Que a minha música possa te levar amor"

(Kleber C. Gomes, "Ainda há tempo")

Os caminhos teóricos abordados neste trabalho são apenas os escolhidos pela autora por sua familiaridade e história de vida. Ressalta-se, aqui, a existência de ampla gama de outros referenciais teóricos que podem ser pertinentes e complementares à análise.

A compreensão aprofundada do contexto político do município seria de grande contribuição na discussão e análise dos dados, assim como para o planejamento em saúde, por ser importante para a compreensão da história dos serviços e posicionamento dos profissionais. Por limitação de tempo essa dimensão ficou fora do estudo, mas recomenda-se sua consideração para análises mais amplas.

Ademais, recomendam-se investigações complementares com outros atores implicados na RAPS, como outros membros da Secretaria da Saúde, gestores de equipamentos da AB e profissionais dos diferentes serviços que compõem a rede.

Pôde-se observar que, nos serviços em que este estudo foi desenvolvido, os gestores têm executado as facetas administrativas e técnicas, mas têm conseguido avançar de maneira pouco ampla na integração entre aspectos objetivos e subjetivos do trabalho. Muitas vezes, há garantia de espaço e tempo para conversar e fazer trocas, mas essas trocas tendem a ser restritas a aspectos técnicos, operacionais ou protocolares do processo de trabalho.

Há um movimento que busca alinhar o modo de trabalhar entre os serviços de atenção especializada em saúde mental por meio do diálogo, mas que ao momento da coleta de dados pareceu ainda incipiente. Indica-se a necessidade de aprofundar a discussão de modelos clínicos pretendidos, assim como de alinhar outros aspectos do projeto assistencial a ser desenvolvido.

O objetivo da Reforma Psiquiátrica parece estar sendo compreendido de maneira restrita, uma vez que a proposta de desospitalização, cuidado em liberdade e redução do tempo das internações psiquiátricas não veio associado à devida promoção e proteção da saúde mental da população, nem de um cuidado compartilhado em diferentes equipamentos intra e extra setoriais. Esse fato tem como consequência a alta ocorrência

de casos que agudizam e cronificam, aumentando a demanda e exigindo maior investimento municipal no cuidado a essas pessoas e aumentando a demanda dos serviços dos componentes especializados e hospitalares.

É possível observar ainda que a gestão municipal em saúde tem feito pactuações com serviços que disponibilizam leitos psicossociais, estabelecendo fluxos de referência e contrarreferência bem definidos. Entretanto, encontra dificuldades no diálogo e na integração do cuidado em serviços que não atuam tradicionalmente na saúde mental ou que não contam com um médico psiquiatra na equipe.

Observou-se que a inserção de psiquiatras nas UPAs e no NASF tem operado como elemento de controle, reforçando o discurso de que saúde mental deve ser feita pelos profissionais especializados em saúde mental. Outro ponto que parece sustentar esse argumento é a forma como muitos dos serviços têm realizado o matriciamento da AB: ações pontuais, baseadas no contato de um profissional da AB com um profissional da saúde mental, especialmente médicos.

Ressalta-se que, para que o matriciamento da AB obtenha êxito como arranjo organizativo capaz de ampliar a clínica e qualificar o cuidado, de maneira a reduzir medicalização e promover qualidade de vida, há necessidade de articulação entre os gestores responsáveis pela AB e SM dentro da Secretaria da Saúde. É necessário que as equipes de AB compartilhem dos objetivos propostos pela RAPS e estejam em condições subjetivas de absorver e aproveitar a oferta do AM.

Além disso, os serviços do componente especializado têm encontrado dificuldades em sua relação com o território e com a AB, oferecendo um cuidado centrado dentro da própria unidade, reforçando o argumento de que a Reforma Psiquiátrica e a Atenção Psicossocial estão sendo compreendidas de maneira restrita.

Os resultados sugerem ainda a necessidade de ações coletivas e compartilhadas que promovam novas formas de subjetivação, menos estigmatizadas e mais inclusivas. Importa também o estabelecimento de espaços para reflexão das equipes acerca das dissonâncias existentes entre suas próprias falas e atos, de modo que possam tornar-se conscientes de quais movimentos as aproximam e as distanciam de seus objetivos; aposta-se que a Psicologia e a Psicanálise são úteis a essa tarefa e que podem construir parâmetros orientadores para esse processo.

A tarefa que se propõe aqui aos gestores certamente é complexa, se não da ordem do impossível (contudo, utópico e a ser perseguido). Lidar com vontades e desejos individuais e ainda impor os limites necessários para que se cumpram as normas e objetivos do SUS e da RAPS é frustrante para quem impõe e também a quem é imposto.

É necessário ainda que a pessoa nessa função sobreviva aos ataques e agressões que podem, e vão, surgir.

À autora, parece ser esse o caminho para um maior bem-estar e satisfação com o trabalho. Sempre há, na vida, algo que é da ordem do arbitrário, que não se pode mudar, que vai causar frustração e desamparo. Essa é a condição mínima para a vida em sociedade. Isso não quer dizer que a única alternativa é se resignar à impotência, muito pelo contrário, é isso que abre todo um leque de infinitas possibilidades a serem criadas com criatividade. Se a dor (de existir) é inevitável, que ao menos o sofrimento por ela seja aliviado e que o dia a dia seja um pouco divertido.

REFERÊNCIAS[2]

Abuhab, D., Santos, A.B.A.P., Messenberg, C.B., Fonseca, R.M.G.S., & Aranha e Silva, A. L. (2005). O trabalho em equipe multiprofissional no CAPS III: Um desafio. *Rev. Gaúcha Enferm, 26*(3), 369-80. Recuperado de https://core.ac.uk/download/pdf/303964286.pdf

Albuquerque, M.V., & Viana, A.L.A (2015). Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. *Saúde debate, 39,* 28-38. https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005390

Almeida, L. S., & Campos, G.W.S. (2019). Análise sobre a constituição de uma rede de Saúde Mental em uma cidade de grande porte. *Ciência & Saúde Coletiva*, *24*(7), 2715-2726. https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.20122017

Alvarenga, J. P. O., Meira, A. B., Fontes, W. D., Xavier, M. M. F. B., Trajano, F.M.P., Chaves Neto, G., ... Almeida, F. V. H. (2013). Multiprofissionalidade e interdisciplinaridade na formação em saúde: Vivências de graduandos no estágio regional interprofissional. *Revista de Enfermagem UFPE*, *7*(10), 5944 - 5951.https://doi.org/10.5205/reuol.4377-36619-1-ED.0710201315

Amarante, P. & Fleury, S. (1997). Loucura, cultura e subjetividade: Conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In S. Fleury (Org.), *Saúde e democracia: A luta do CEBES* (1ª Ed., pp. 163-185). São Paulo, SP: Lemos Editorial.

Amarante, P. (1994). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica* (1ª Ed.). Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.

Amarante, P. (2016). *Loucos pela vida: A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil.* (2ªEd., 8ª Reimpressão). Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.

Amarante, P. (2017). *Teoria e Crítica em Saúde Mental. Textos Selecionados* (2ª. Ed.). São Paulo, SP: Zagodoni.

Arretche, M. (2004). Federalismo e políticas sociais no Brasil: Problemas de coordenação e autonomia. *São Paulo em perspectiva*, *18*(2), 17-26. https://doi.org/10.1590/S0102-88392004000200003

Bahia, L. (2009). O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: Universalização mitigada e estratificação subsidiada. *Ciências e Saúde Coletiva, 14*(3), 753-762. https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300011

Bajardi, P., Poletto, C., Ramasco, J. J., Tizzoni, M., Colizza, V., & Vespignani, A. (2011). Human Mobility Networks, Travel Restrictions, and the Global Spread of 2009 H1N1 Pandemic. *PLoS ONE, 6*(1), e16591. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0016591

Brasil. Ministério da Saúde. (2003). *Saúde mental e atenção básica: O vínculo e o diálogo Necessários. Inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de

[2] De acordo com o estilo APA (6th edition).

https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Saude_mental_na_atencao_basica__o_vinculo_e_o_dialogo_necessario/48

Brasil. Ministério da Saúde. (2019). Nota Técnica n. 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Recuperado de https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. (2010). *Acolhimento nas práticas de produção de saúde* (2ª. Ed., 5ª. Reimpressão). Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/ DAPE. (2007). *Saúde Mental no SUS: Acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003/2006*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003 2006.p df

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet, 395*(102227), 912-920. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8

Camargo-Borges, C. (2002). *Sentidos de saúde/doença produzidos em grupo numa Comunidade alvo do Programa Saúde da Família (PSF)* (Dissertação de Mestrado em Ciências). Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Recuperado de https://teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-01072002-091835/pt-br.php

Campos, G.W.S. (2000). Saúde pública e saúde coletiva: Campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, *5*(2), 219-230. https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002

Campos, G.W.S. (2007). Reforma política e sanitária: A sustentabilidade do SUS em questão? *Ciência e Saúde Coletiva*, *12*(2), 301-307. https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200002

Campos, G.W.S. (2013). Paidéia e a gestão: Indicações metodológicas sobre o apoio. In G. W. S. Campos, *Saúde Paidéia* (4ª. Ed., pp. 85-102). São Paulo, SP: Hucitec.

Campos, G.W.S. (2015). *Um método para análise e cogestão de coletivos. A constituição do sujeito a produção de valor de uso e a democracia em instituições: O método da roda* (5ª Ed.). São Paulo, SP: Hucitec.

Campos, G.W.S., & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: Uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública, 23*(2), 399-407. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016

Ceccim, R. B., & Feuerwerker, L.C.M. (2004). Quadrilátero da formação para a área da saúde: Ensino, gestão, atenção e controle social. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva. 14*(1). 41-65. https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004

Cecílio, L. C. O. (2009). The death of Ivan Ilyich, by Leo Tolstoy: Points to be considered regarding the multiple dimensions of healthcare management. *Interface Comunic.,Saude, Educ.*, *13*(1), 545-55. https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500007

Cecílio, L. C. O. (2011). Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, *15*(37), 589-599. https://doi.org/10.1590/S1414-32832011000200021

Cecílio, L. C. O. (2012). Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: Como não fazermos "mais do mesmo". *Saúde e Sociedade*, *21*(2), 280-289. https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000200003

Cecílio, L. C. O., Carapinheiro, G., Andreazza, R., Souza, A. L. M., Andrade, M. G. G., Santiago, S. M., ... Spedo, S. M. (2014). O agir leigo e o cuidado em saúde: A produção de mapas de cuidado. *Cad. Saúde Pública, 30*(7), 1502-1514. https://doi.org/10.1590/0102-311X00055913

Chiaverini, D. H., Gonçalves, D., Balester, D., Tófoli, L. F., Chazan, L., Almeida, N., & Fortes, S. (2011). *Guia Prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Cohn, A. (1989). *Caminhos da reforma sanitária*. São Paulo, SP: Lua Nova.

Conil, E. M., Giovanella, L., & Almeida, P. F. (2011). Listas de espera em sistemas públicos: Da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. *Ciência & Saúde Coletiva*, *16*(6). 2783-2794. https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600017

Conselho Federal de Psicologia (2018). *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017*. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia.

Costa-Rosa, A. (2000). O Modo Psicossocial: Um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In P. Amarante (Org.), *Ensaios: Subjetividade, Saúde Mental, sociedade* (pp. 141 – 168). Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.

Costa-Rosa, A. (2013). *Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: Contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva.* São Paulo, SP: Editora Unesp.

Cruz, N. F. O., Gonçalves, R.W., & Delgado, P. G. G. (2020). Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: O desmonte da política nacional de Saúde Mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, *18*(3), e00285117. https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285

Cunha, G.T. (2010). *A construção da clínica ampliada na Atenção Básica* (3ª. Ed.). São Paulo, SP: Hucitec.

Dantas, E. S. O. (2021). Saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto da pandemia por Covid-19. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, *25*(1), 1-9. https://doi.org/10.1590/Interface.200203

Decreto n. 7508, de 28 de junho de 2011. (2011, 28 de junho). Regulamenta a Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm

Desviat, M. (2018). *Coabitar a diferença: da reforma psiquiátrica à saúde mental coletiva* (1ª Ed.). São Paulo, SP: Editora Zagodoni.

Dimenstein, M., Simoni, A. C. R., & Londero, M. F. P. (2020). Encruzilhadas da democracia e da Saúde Mental em tempos de pandemia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, *40*(e242817), 1-16. https://doi.org/10.1590/1982-3703003242817

Douglas, P. K., Douglas, D. B., & Douglas, K. M. (2009). Preparing for pandemic influenza ant its aftermath: Mental health issues considered. *International Journal of Emergency Mental Health*, *11*(3), 137-144. Recuperado de https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20437844/

Emenda Constitucional n. 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm

Falcão, C. E. C. A., & Pimental, O. L. M. Paciência. (1999). Paciência [Gravado por Lenine]. In Na pressão. Ariola Records.

Ferreira Bertagnoli, M. S. F., Carvalho, C. C., & Souza, L. B. (2018). Co-gestão, autoria no processo de trabalho e cuidado: Há lugar para a Psicologia!. In L. C. S. Elias, C. M. Corradi-Webster, S. D. Barrera, E. A. Oliveira-Cardoso, & M. A. Santos (Org.), *Formação profissional em psicologia: Práticas comprometidas com a comunidade* (1ª Ed., pp. 437-457). Ribeirão Preto, SP: Sociedade Brasileira de Psicologia.

Ferreira Bertagnoli, M.S.F., Corradi-Webster, C. M., & Pinto, A. L. L. (2018). Redes de atenção Psicossocial e a formação em psicologia. In F. C. S. Lemos, D. Galindo, & P. P. G. Bicalho (Org.), *Conversas transversalizantes entre psicologia política, social-comunitária e institucional com os campos da educação, saúde e direitos - Ética, Estética e Política* (1ª Ed, pp. X-X). Curitiba, PR: Editora CRV.

Feuerwerker, L. C. M., & Cecílio, L. C. O. (2007). O hospital e a formação em saúde: Desafios atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, *12*(4), 965-971. https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400018

Fleury, S. (1997). A questão democrática na saúde. In S. Fleury (Org,), *Saúde Democracia – a luta do CEBES* (pp. 25-44). São Paulo, SP: Lemos Editorial

Fonseca, T. M. G., & Jaeger, R. L. (2013). A psiquiatrização da vida: Arranjos da loucura, hoje. *Revista Polis e Psique*, *2*(3), 188-207. https://doi.org/10.22456/2238-152X.40327

Franco, T. B. (2013a). As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In T. B. Franco, E. E. & Merhy, E.E., *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade – Textos Reunidos* (1ª. Ed., pp. 226-242). São Paulo, SP: Hucitec.

Franco, T. B. (2013b). O trabalhador de saúde como potência: Ensaio sobre a gestão do Trabalho. In T. B. Franco, E. E. & Merhy, E.E., *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade – Textos Reunidos* (1ª. Ed., pp. 243-251). São Paulo, SP: Hucitec.

Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2013). Mapas analíticos: Um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. In T. B. Franco, E. E. & Merhy, E.E., *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade – Textos Reunidos* (1ª. Ed., pp. 338-361). São Paulo, SP: Hucitec.

Freire, M. P., Louvison, M., Feuerwerker, L. C. M., Chioro, A., & Bertussi, D. (2020). Regulação do cuidado em redes de atenção: Importância de novos arranjos tecnológicos. *Saúde e Sociedade, 29*(3), 1-9. https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190682

Frejat, R., & Neto, A. M. A. [Cazuza]. (1999). Poema [Gravado por Ney Matogrosso]. In Olhos de Farol. Universal Music Group.

Furtado, J. P. (2009). Arranjos institucionais e gestão da clínica: Princípios da interdisciplinaridade e interprofissionalidade. *Cadernos Brasileiros De Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health, 1*(1), 178-189. https://doi.org/10.5007/cbsm.v1i1.68439

Gomes, K. C. (2016). Ainda há tempo (Gravada por Criolo). In Ainda há tempo. Oloko.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2019) Estimativa populacional. Recuperado de https://www.ibge.gov.br/

Kozyreff, A. M., Strassacapa, J., Piracés-Ugarte, M., Gomes, R., & Piracés-Ugarte, S. (2016). Triste, Louca ou Má [Gravada por Francisco el Hombre]. In *Soltasbruxa*. Francisco el Hombre.

Laurell, A. E. C. (2016). Políticas de saúde em conflito: Seguro contra os sistemas públicos universais. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 24*(e2668). https://doi.org/10.1590/1518-8345.1074.2668

Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001. (2001, 06 de abril). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental. *Diário Oficial da União*, Seção 1. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm

Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. (1990, 19 de setembro). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Seção 1. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

Lima, C. K. T., Carvalho, P. M. M., Lima, I. A. S., Nunes, J. A. V. O., Saraiva, J. S., Souza, R. I., … Rolim Neto, M. L. (2020). The emotional impact of coronavirus 2019-Ncov (new Coronavirus Disease). *Psychiatry Research, 287*, e112915. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112915

Louvison, M. (2019). Regionalização dos sistemas de saúde como resposta às desigualdades territoriais: Um debate necessário. *Cadernos de Saúde Pública, 35*(Sup. 2), e00116019. https://doi.org/10.1590/0102-311X00116019

Macedo, J. P., Abreu, M. M., Fontenele, M. G., & Dimenstein, M. (2017). A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Saúde e Sociedade, 26*(1), 155-170. https://doi.org/10.1590/S0104-12902017165827

Malta, D.C., & Merhy, E.E. (2003). A micropolítica do processo de trabalho em saúde – revendo alguns conceitos. *Rev. Min. Enf., 7*(1), 61-66. Recuperado de https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v7n1a12.pdf

Marinho-Araújo, C. M., & Almeida, L. S. (2016). Abordagem de competências, desenvolvimento humano e educação superior. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 32*(spe), 1-10. https://doi.org/10.1590/0102-3772e32ne212

Marx, K. (1990) *Para a crítica da economia política*. Coleção "Os Pensadores". (J. A. Gianotti, & E. Malagodi, trads.). São Paulo, SP: Abril Cultural. (Trabalho original publicado em 1859).

Matta, G. C. (2008). Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: Atores, processos e trajetórias. *Trabalho, Educação e Saúde, 6*(2), 405-406. https://doi.org/10.1590/S1981-77462008000200012

Melo, E. A., Mendonça, M. H. M., Oliveira, J. R., & Andrade, G. C. L. (2018). Mudanças na política nacional de atenção básica: Entre retrocessos e desafios. *Saúde Debate*. *42*(esp.), 38-51. https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103

Mendes Gonçalves, R. B. M. (2017). Prática de saúde: Processo de trabalho e necessidades. In J. R. Ayres, & L. Santos (Orgs.), *Saúde, Sociedade e História* (pp. 298- 339). São Paulo, SP: Hucitec/Porto Alegre, RS: Rede Unida.

Menicucci, T.M. G. (2006). Implementação da reforma sanitária: A formação de uma política. *Saúde e Sociedade, 15*(2), 72-87. https://doi.org/10.1590/S0104-12902006000200008

Merhy, E. E. (2013). Engravidando palavras: O caso da integralidade. In T. B. Franco, E. E. & Merhy, E.E., *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade – Textos Reunidos* (1ª. Ed., pp. 252-268). São Paulo, SP: Hucitec.

Merhy, E. E. (2014). *Saúde: A cartografia do trabalho vivo* (4ª Ed.). São Paulo, SP: Hucitec.

Minayo, M. C. S. (2002). Hermenêutica-Dialética como caminho do Pensamento Social. In M. C. S., & S. F. Deslandes, *Caminhos do Pensamento: Epistemologia e Método* (1ª. Ed., pp. 83-107). Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz.

Minayo, M. C. S. (2012). Análise qualitativa: Teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva, 17*(3), 621-626. https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007

Minayo, M. C. S. (2014). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde* (14ª. Ed.). São Paulo, SP: Hucitec.

Onocko-Campos, R. (2012). *O planejamento no labirinto: Uma viagem hermenêutica* (2ª. Ed.). São Paulo, SP: Hucitec.

Onocko-Campos, R. (2013). A gestão: Espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In G. W. S. Campos, *Saúde Paidéia* (4ª. Ed., pp. 122-15). São Paulo, SP: Hucitec.

Onocko-Campos, R. (2014). Saúde Coletiva e Psicanálise: Entrecruzando conceitos em busca de políticas públicas potentes. In R. Onocko-Campos, *Psicanálise e Saúde Coletiva: interfaces* (2ª. Ed., pp. 17 – 39). São Paulo, SP: Hucitec.

Ozili, P., & Arun, T. (2020). Spillover of COVID-19: Impact on the global economy. *SSRN Preprints.* http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3562570

Paim, J. (2019). Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). *Saúde debate, 43*(esp), 15-28. https://doi.org/10.1590/0103-11042019S502

Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L, & Macinko, K. (2011). O sistema de saúde brasileiro: História, avanços e desafios. *Lancet, 6736*(11), 11-31. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8

Park, S., & Park, Y. C. (2020). Mental health care measures in response to the 2019 novel coronavirus outbreak in Korea. *Psychiatry Investigation, 17*(2), 85-86. https://doi.org/10.30773/pi.2020.0058

Peduzzi, M. (2001). Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública, 35*(1), 103-109. https://doi.org/10.1590/S0034-89102001000100016

Pitta, A. M. F., & Guljor, A. P. (2019). A violência da contrarreforma psiquiátrica no Brasil: Um ataque à democracia em tempos de luta pelos direitos humanos e justiça social. *Cadernos do CEAS: Revista Crítica de Humanidades, 246*, 6-14, https://doi.org/10.25247/2447-861X.2019.n246.p6-14

Portaria n. 1459, de 24 de junho de 2011. (2011, 24 de junho). Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*, Seção 1. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.

Portaria n. 1600, de 7 de julho de 2011. (2011, 7 de junho). Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. *Diário Oficial da União*, Seção 1. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html

Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. (2017, 21 de setembro). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário oficial da União*, Seção I. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

Portaria n. 3.588, de 21 de dezembro de 2017. (2017, 21 de dezembro). Altera as Portarias de Consolidação n. 3 e n. 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre

a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Sessão 1. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html

Portaria n. 3088, de 23 de dezembro de 2011. (2011, 23 de dezembro). 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. *Diário Oficial da União*, Seção 1. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. (2002, 19 de fevereiro). Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. *Diário Oficial da União*, Seção 1. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html

Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. (2010, 30 de dezembro) Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Sessão I. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html

Portaria n. 4279, de 30 de dezembro de 2010. (2010, 30 de dezembro). Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Seção 1. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html

Portaria n. 483, de 1º de abril de 2014. (2014, 1º de abril). Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. *Diário Oficial da União*, Seção 1. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html

Portaria n. 793, de 24 de abril de 2012. (2012, 24 de abril). Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Seção 1. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html

Resolução CNS n. 466, de 12 de dezembro de 2012. (2012, 12 de dezembro). Recuperada de https://www.inca.gov.br/publicacoes/legislacao/resolucao-cns-466-12#:~:text=Aprova%20as%20diretrizes%20e%20normas,revoga%20as%20Resolu%C3%A7%C3%B5es%20CNS%20nos.

Ribeiro, P. T., Tanaka, O. Y., & Denis, J. L. (2017). Governança regional no Sistema Único de Saúde: Um ensaio conceitual. *Ciência & saúde coletiva. 22*(4), 1075-1084. https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.28102016

Santos, N. R. (2008). Política pública de saúde no Brasil: Encruzilhada, buscas e escolhas de rumos. *Ciência & Saúde Coletiva*, *13*(2), 2009-2018. https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000900002

Santos, N.R. (2018). SUS 30 anos: O início, a caminhada e o rumo. *Ciência & Saúde Coletiva*, *23*(6), 1729-1736. https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06092018

Sater, A., & Teixeira, R. (1990). Tocando em Frente [Gravado por Maria Bethânia]. In 25 anos. PolyGram.

Seixas, C.T., Merhy, E.E., Feuerwerker, L.C.M., Santo, T.B.E., Slomp Junior, H., & Cruz, K.T. (2021). A crise como potência: Os cuidados de proximidade e a epidemia pela Covid-19. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 25*(1), 1-15. https://doi.org/10.1590/interface.200379

Silva Junior, N. (2018). O mal-estar no sofrimento e a necessidade de sua revisão pela psicanálise. In V. Safatle, N. Silva Júnior, & C. Dunker (Org.), *Patologias do social: Arqueologias do sofrimento psíquico* (pp. 35-58). São Paulo, SP: Autêntica.

Sola, L. (2011). Democracia, Estado e Mercado como agentes de transformação no Brasil. In L. Sola, & M. R. Loureiro (Orgs.), *Democracia, Mercado e Estado. O B de Brics* (pp. 315-343). Rio de Janeiro, RJ: FGV.

Sousa, P. F., Maciel, S. C., & Medeiros, K. Y. (2018) Paradigma biomédico X psicossocial: Onde são ancoradas as representações sociais acerca do sofrimento psíquico? *Trends in Psychology, 26*(2), 883-895. https://doi.org/10.9788/TP2018.2-13Pt

Spink, M. J. P. (2013). *Psicologia Social e Saúde: práticas, saberes e sentidos* (9ª Ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.

Stevenson, E., Barrios, L., Cordell, R., Deloizier, D., Gorman, S., Koenig, L. J., … Singleton, C. (2009). Pandemic influenza planning: Addressing the needs of children. *American Journal of Public Health, 99(*2), 255-260. https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.159970

Torre, E. H. G., & Amarante, P. (2001). Protagonismo e subjetividade: A construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva, 6*(1), 73-85. https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000100006

Vasconcellos, V. (2010). Trabalho em equipe na saúde mental. *SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas, 6(1),* 1-22. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762010000100015&lng=pt&tlng=pT

Vasconcelos, C. D., & Pasche, D. F. (2013). O SUS em perspectiva. In G. W. S Campos, J. R. A. Bonfim, M. C. S. Minayo, M. Akerman, M. D. Júnior, & Y. M. Carvalho (Orgs.), *Tratado de saúde coletiva* (pp. 531-562). São Paulo, SP: Hucitec.

Zé, T., & Medeiros, E. (1976). Tô [Gravada por Tom Zé]. In *Estudando o Samba.* Mr. Bongo.

APÊNDICES

Apêndice A - Roteiro Entrevista

Breve apresentação

-Nome;
-Área de formação;
-Tempo de serviço na saúde pública;
-Qual unidade gerenciam e tempo na gestão do serviço.

Composição e funcionamento da RAPS no município

-Serviços que atualmente compõem a Rede de Atenção Psicossocial no município;
-Processo de composição e o modo de funcionamento atuais da Rede de Saúde Mental no município;
-Relação entre os serviços e possibilidades;
-Função do serviço que cada um gerencia, "função" ou "missão";
-Casos típicos atendidos pela Rede: caminho do usuário (Entre os serviços e como se dá a assistência ao mesmo);
-Relação com outros serviços de saúde, aqueles que não são "da Saúde Mental".

Projeto de trabalho

-Estratégias de articulação entre profissionais;
-Atividades: o que os profissionais realizam e o que deveriam realizar;
-Ações para contribuir no avanço da implementação da rede no município e da oferta de um processo de cuidado contínuo aos usuários;
-Implicações das recentes mudanças na ênfase das políticas de saúde mental.

COVID-19

-Quais efeitos a pandemia produziu sobre a organização dos serviços?

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
Departamento de Psicologia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar de forma voluntária do estudo intitulado **Projeto Assistencial nos serviços de Saúde Mental: rede de atenção e prática profissional.** O objetivo do estudo é compreender o projeto de trabalho que sustenta as práticas assistenciais desenvolvidas em serviços de saúde pública que compõem o Programa Municipal de Saúde Mental do município de Ribeirão Preto/SP.

O estudo será realizado pela mestranda Ingrid Ignes Battisti, do curso de Pós Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP), sob orientação da Profa. Dra. Sônia Regina Pasian.

Durante o estudo, você participará de uma entrevista individual on-line, com duração de aproximadamente uma hora. Nessa entrevista serão abordadas questões referentes à organização assistencial e funcionamento do(s) serviço(s) de saúde mental sob sua coordenação ou gerência. Sua participação é voluntária e você pode retirar seu consentimento ou desistir de participar do estudo a qualquer momento, sem qualquer tipo de prejuízo ou constrangimento. A entrevista será realizada pela plataforma GoogleMeet em horário acordado entre você e a pesquisadora.

Não estão previstos gastos decorrentes de sua participação neste estudo e você não receberá nenhum tipo de benefício ou bonificação financeira. Você terá direito a indenização, nos termos das leis vigentes no país, caso ocorra algum dano decorrente de sua participação neste estudo. O estudo tem o risco de gerar dúvidas relacionadas ao seu próprio comportamento profissional e, caso você se sinta desconfortável em algum momento, terá total liberdade de não responder às perguntas, interromper momentaneamente sua participação, desistir da participação e, ainda, receber apoio da pesquisadora em relação a seu desconforto em uma conversa privada. Como benefício indireto, o estudo prevê o aumento dos conhecimentos científicos sobre o processo de implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no município.

Com sua autorização, a entrevista on-line será gravada e depois seu conteúdo será digitado e armazenado de forma que apenas as pesquisadoras terão acesso a esse material. As informações coletadas serão utilizadas apenas para fins científicos. Os resultados do estudo podem ser divulgados em eventos ou publicações científicas, mas será preservado seu

anonimato em qualquer destas situações. O acesso aos resultados pode ser solicitado por você a qualquer momento, em contato com a pesquisadora. Sua decisão sobre a participação deve ser indicada verbalmente ao final da leitura desse documento, e ficará gravada juntamente com a entrevista.

(Verso do TCLE)

.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP, que tem a finalidade de proteger eticamente os participantes de pesquisas. Você poderá contata-lo em caso de dúvidas em relação à questões éticas da pesquisa. O Comitê está localizado no Bloco 1 (Prédio da Administração) da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto; Avenida Bandeirantes, 3900; Bairro: Vila Monte Alegre, CEP: 14.040-902. Telefone e e-mail do comitê: Fone: (16) 3315- 4811 / Fax: (16) 3633-2660; coetp@listas.ffclrp.usp.br.

Contato da pesquisadora:
Ingrid Ignes Battisti
Email:
indbattisti@gmail.com
Tel (16) 3315-3786
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP - Rua Prof. André Cruz, Bloco 05, Sala 01 - Avenida Bandeirantes, 3900, Bairro: Vila Monte Alegre, CEP: 14.040-902.

.

Ingrid Ignes Battisti
Pesquisadora Responsável

Eu, _____, concordo em participar do estudo acima especificado.

_____, ____de_____de 20__.

.

Assinatura do Participante

Apêndice C – Termo para armazenamento em banco de dados

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
Departamento de Psicologia

TERMO PARA ARMAZENAMENTO EM BANCO DE DADOS

Com sua autorização, o conteúdo coletado na pesquisa intitulada **Projeto Assistencial nos serviços de Saúde Mental: rede de atenção e prática profissional** será digitado e armazenado em um banco de dados, sob responsabilidade da Profa. Dra. Marina Simões Flório Ferreira Bertagnoli, do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP).

As informações reunidas no banco de dados serão utilizadas apenas para fins científicos e poderão ser utilizadas em pesquisas futuras, para investigações complementares sobre o processo de implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no município de Ribeirão Preto/SP. Os dados são sigilosos e sua identidade será preservada sempre que o conteúdo for utilizado. Você terá acesso aos resultados obtidos com a utilização dos seus dados sempre que desejar, por meio de contato com a Profa. Responsável pelo banco de dados. Você poderá participar da pesquisa mesmo que não deseje que seus dados componham o banco.

Contato da Responsável pelo Banco de Dados:
Profa. Dra. Marina Simões Flório Ferreira Bertagnoli
Email: marinasimoes@ffclrp.usp.br
Tel (16) 3315-3786
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP - Rua Prof. André Cruz, Bloco 05, Sala 01 - Avenida Bandeirantes, 3900, Bairro: Vila Monte Alegre, CEP: 14.040-902.

Eu, _____, concordo que meus dados, coletados na pesquisa intitulada **Projeto Assistencial nos serviços de Saúde Mental: rede de atenção e prática profissional** sejam armazenados em banco de dados.

( ) Quero ser consultado todas as vezes que meus dados forem utilizados em futuras pesquisas.
( ) Não quero ser consultado quando meus dados forem utilizados em futuras pesquisas.

, ____de_____ de 20__ .

_____
Assinatura do Participante

ANEXOS

Anexo A – Aprovação do Comitê de Ética

Universidade de São Paulo
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
Comitê de Ética em Pesquisa

Campus de Ribeirão Preto

Of.CEtP/FFCLRP-USP/078-dgfs.

Ribeirão Preto, 22 de abril de 2021.

Prezado(a) Pesquisador(a),

Comunicamos a V. Sa. que o projeto de pesquisa intitulado **"Projeto assistencial nos serviços de Saúde Mental: rede de atenção e prática profissional"** foi analisado *ad referendum* do Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP, em 23/07/2020, e enquadrado na categoria: **APROVADO** (CAAE nº 31476620.3.0000.5407). Comunicamos ainda que tal aprovação foi referendada pelo CEP em sua 207ª Reunião Ordinária, realizada em 20.08.2020.

Solicitamos que eventuais modificações ou emendas ao projeto de pesquisa sejam apresentadas ao CEP, de forma sucinta, identificando a parte do projeto a ser modificada e suas justificativas. De acordo com a Resolução nº466 de 12/12/2012, devem ser entregues **relatórios semestrais** e, ao término do estudo, um **relatório final** sempre via Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Patrícia Nicolucci
Coordenadora

Ao(À) Senhor(a)
Ingrid Ignes Battisti
Programa de Pós-graduação em Psicologia da FFCLRP-USP

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP USP
Fone: (16) 3315-4811 Avenida Bandeirantes, 3900 - bloco 01 da Administração - sala 07 14040-901 - Ribeirão Preto - SP - Brasil
Homepage: http://www.ffclrp.usp.br - e-mail: coetp@listas.ffclrp.usp.br