



JULIANA HESPANHOL DORIGAN

**“FÓRUNS COLEGIADOS: ESPAÇOS
TRANSVERSALIZADOS NA CONSTRUÇÃO DA
ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL DE CAMPINAS”**

CAMPINAS

2013



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

JULIANA HESPANHOL DORIGAN

**“FÓRUNS COLEGIADOS: ESPAÇOS
TRANSVERSALIZADOS NA CONSTRUÇÃO DA
ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL DE CAMPINAS”**

Orientador(a): Profa. Dra. Solange L’Abbate

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP para obtenção do Título de **Mestra** em **Saúde Coletiva**, área de concentração **Ciências Sociais em Saúde**.

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELO ALUNO JULIANA HESPANHOL DORIGAN E ORIENTADA PELA PROF.DRA. SOLANGE L’ABBATE.

Assinatura do orientador

CAMPINAS

2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
MARISTELLA SOARES DOS SANTOS – CRB8/8402
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

D733f Dorigan, Juliana Hespanhol, 1984-
Fóruns colegiados: espaços transversalizados na
construção da atenção em saúde mental de Campinas /
Juliana Hespanhol Dorigan. -- Campinas, SP : [s.n.],
2013.

Orientador : Solange L'Abbate.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de
Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde mental. 2. Análise institucional. 3. Atenção
primária à saúde. 4. Fóruns de discussão. 5. Saúde
coletiva. I. L'Abbate, Solange, 1942-. II. Universidade
Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.
III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em inglês: Collegiate forums : transversalized places in the construction of the
mental health care of Campinas.

Palavras-chave em inglês:

Mental health

Institutional analysis

Primary health care

Discussion forums

Public health

Área de concentração: Ciências Sociais em Saúde

Titulação: Mestra em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Solange L'Abbate [Orientador]

Rosana Teresa Onocko Campos

Cristina Amélia Luzio

Data da defesa: 21-02-2013

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

JULIANA HESPANHOL DORIGAN

Orientador (a) PROF(A). DR(A). SOLANGE L'ABBATE

MEMBROS:

1. PROF(A). DR(A). SOLANGE L'ABBATE



2. PROF(A). DR(A). ROSANA TERESA ONOCKO CAMPOS



3. PROF(A). DR(A). CRISTINA AMÉLIA LUZIO



Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

Data: 21 de fevereiro de 2013

AGRADECIMENTOS

Agradeço em especial à Prof^a Solange L' Abbate, pela atenção, dedicação e cuidado conosco, seus orientandos e aprendizes.

Ao grupo de Análise Institucional e Saúde Coletiva pelo acolhimento sem igual e pelos momentos de aprendizado intensos e profundos.

Aos apoiadores institucionais da saúde mental de Campinas que apoiaram e contribuíram diretamente nesta pesquisa. Agradeço a disponibilidade e iniciativa em relatar sobre os fóruns de saúde mental e registro minha admiração pela dedicação e empenho a favor dos espaços coletivos para a construção dos saberes e das práticas em saúde coletiva.

Agradeço em especial aos trabalhadores da saúde e aos da saúde mental, colegas, amigos, companheiros e construtores da história da saúde pública de Campinas.
Guerreiros!

Aos gestores e supervisores que permitiram que eu compartilhasse os espaços coletivos.

Aos professores e colegas da pós-graduação em saúde coletiva.

Ressalto meus sinceros agradecimentos às professoras Cristina Amélia Luzio e Rosana T. Onocko Campos que contribuíram imensamente compartilhando seus saberes e auxiliando-me nos rumos desse estudo.

Aos amigos queridos,
à Ana Kalliny pela dedicação, atenção e cuidado comigo e por suas preciosas contribuições no campo da saúde mental e da saúde coletiva;
à Juliana, amiga de todos os momentos, parceira, querida, acolhedora e atenta comigo,
sempre;

à Ana Lúcia, com quem aprendi muito da gestão e do cuidado em saúde, uma pessoa super dedicada e sempre pronta para ajudar.

Ao Everton, meu companheiro, com quem pude dividir todo o esforço e o trabalho para o desenvolvimento dessa dissertação e por estar sempre ao meu lado, apoiando e incentivando meus caminhos.

Aos meus pais, Roberval e Izabel que sempre me apoiaram e dedicaram suas vidas para minha formação e de minha irmã, sempre lutando para o nosso desenvolvimento.
Essa dissertação é dedicada à vocês.

À minha irmã, a quem eu admiro, pela sua dedicação à pesquisa acadêmica e à qualquer atividade que se proponha a fazer.

Agradeço meus sogros, pelo acolhimento em sua casa e pelo apoio, compreensão e preocupação comigo.

Finalmente, agradeço a Deus pela Sua luz e esperança em minha vida.

*Dedico essa dissertação aos meus pais e avós, Ary e Jurandy
E especialmente, in memoriam, à minha vó Maria.*

RESUMO

O município de Campinas constitui-se como referência nas políticas públicas de saúde mental por instaurar arranjos inovadores. Destaca-se a participação de profissionais como psiquiatras, psicólogos e terapeutas ocupacionais compondo equipes de Unidades Básicas de Saúde, seguindo a lógica de apoiadores matriciais em saúde mental. Este modo de organizar o processo de trabalho tem permitido a aproximação dos trabalhadores de saúde com as necessidades em saúde mental dos usuários que se apresentam na Atenção Primária à Saúde (APS), e, avançando no sentido de ampliar a compreensão do cuidado em saúde em geral. É conhecida a existência de fóruns de saúde mental em cada um dos distritos de saúde de Campinas, criados para construir e acompanhar os projetos de assistência em saúde mental que agrega profissionais da área – Centros de Saúde (CS), Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) e serviços de referência. Considerando os princípios da Política Pública para a área de saúde mental, esta investigação pretende analisar o papel desses fóruns na formulação do modelo de atenção e implementação das práticas de cuidado ao usuário. Neste estudo foi realizado, no âmbito teórico da Análise Institucional, a denominada ‘análise de papel’, ou seja, o material empírico da análise constituiu-se de documentos, observações e entrevistas com apoiadores institucionais da saúde mental dos distritos de saúde de Campinas. Pretendeu-se com esta investigação construir informações sistematizadas sobre a forma como certos processos discutidos nestes fóruns repercutem na prática cotidiana dos profissionais, no atendimento ao usuário e na constituição de redes de cuidado.

Palavras-chave: Saúde mental; Análise institucional; Atenção primária à saúde; Fóruns de discussão; Saúde coletiva

ABSTRACT

Campinas is reference in public policy on mental health by introducing innovative arrangements. Emphasizes the participation of professionals such as psychiatrists, psychologists and occupational therapists composing teams of Basic Health Units, following the logic of supporters matrix in mental health. This way of organizing the work process leads to the approximation of health workers with mental health needs of the users of the Primary Health Care and moving towards a broader understanding of health care in general. It is known that there are mental health's forums in each health district of Campinas created to construct and follow mental health's projects that is composed by professionals of Health Centers, Centers for Psychosocial Support and reference services. Considering the principles of Public Policy for the area of mental health, this research aims to examine the role of these forums in the formulation of the model care and the implementation of healthcare practices to the user. This study was performed in theoretical field of Institutional Analysis, by the named 'role analysis', where the empirical analysis consists of documents, observations and interviews with mental health's institutional supporters of health districts of Campinas. This research was intended to build systematic information on how certain processes discussed in these forums reverberates in professionals daily practices, in customer service and networking care.

Keywords: Mental health; Institutional analysis; Primary health care; Discussion forums; Public health

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
APS – Atenção Primária à Saúde
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CEBs – Comunidades Eclesiais de Base
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CETS – Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CS – Centro de Saúde
DSC – Departamento de Saúde Coletiva
ESF – Equipe de Saúde da Família
FCM – Faculdade de Ciências Médicas
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOT – Núcleo de Oficinas Terapêuticas
OMS – Organização Mundial de Saúde
PSF – Programa de Saúde da Família
PTS – Projeto Terapêutico Singular
SADA – Serviço de Apoio à Dificuldade de Aprendizagem
SSCF- Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SRT- Serviços de Residência Terapêutica
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCU – Tribunal de Contas da União
TO – Terapeuta Ocupacional
UBS – Unidade Básica de Saúde

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Gráfico 1 – Série Histórica da expansão dos CAPS (Brasil, 1998 – 2011)	59
Quadro 1 – Caracterização dos Fóruns Colegiados da Saúde Mental por Distrito de Saúde	94

SUMÁRIO

<i>RESUMO</i>	<i>xi</i>
<i>ABSTRACT</i>	<i>xiii</i>
<i>LISTA DE ABREVIATURAS</i>	<i>xv</i>
<i>LISTA DE QUADROS E FIGURAS</i>	<i>xvii</i>
<i>SUMÁRIO</i>	<i>xix</i>
<i>Apresentação</i>	<i>21</i>
<i>Capítulo 1. Saúde Mental e a Atenção Primária à Saúde no Brasil</i>	<i>31</i>
<i>Capítulo 2. A Especificidade da Saúde Mental em Campinas - SP</i>	<i>39</i>
2.1. Um pouco mais dessa história: a década de 1990	<i>44</i>
2.2. E tudo isso remonta na conformação do Modelo de Atenção em Saúde Mental de Campinas.....	<i>46</i>
2.3. O momento atual do convênio SSCF – SMS/Campinas	<i>51</i>
<i>Capítulo 3. Caracterizando o Campo</i>	<i>55</i>
3.1. O Apoio Matricial em Saúde Mental em Campinas-SP	<i>60</i>
3.2. O Apoio Institucional	<i>64</i>
<i>Capítulo 4. Fóruns Colegiados de Saúde Mental: Qual a sua relevância?</i>	<i>67</i>
<i>Capítulo 5. A Pesquisa</i>	<i>75</i>
5.1. Objetivo Geral	<i>77</i>
5.2. Objetivos Específicos	<i>77</i>
5.3. Referencial Teórico- Metodológico	<i>77</i>
5.3.1. Alguns conceitos da Análise Institucional	<i>79</i>
5.3.2. Instrumentos de Pesquisa	<i>84</i>
<i>Capítulo 6. Os Fóruns Distritais de Saúde Mental: Caracterização</i>	<i>89</i>
6.1 Dos registros dos fóruns.....	<i>96</i>
<i>Capítulo 7. A Trajetória de Cada Fórum: Caminhos e Desafios</i>	<i>101</i>
7.1. O fórum do Distrito A	<i>103</i>
7.2. Os fóruns do Distrito B	<i>112</i>
7.3. O fórum do Distrito C	<i>129</i>
7.4. O fórum do Distrito D	<i>141</i>

7.5. O fórum do Distrito E.....	152
<i>Capítulo 8. O Processo de Análise dos Fóruns.....</i>	<i>167</i>
8.1 Fóruns de saúde mental: espaços transversalizados.....	169
8.2 Os sujeitos e as Instituições.....	174
8.3 Os analisadores apoio matricial e supervisão.....	176
8.4 O processo de Institucionalização.....	181
8.5 Um analisador histórico: a crise política da SMS de Campinas decorrente da ruptura do convênio com o Cândido Ferreira (Cândido-PSF).....	185
<i>Considerações Finais.....</i>	<i>193</i>
<i>Referências Bibliográficas.....</i>	<i>203</i>
<i>ANEXO 1.....</i>	<i>215</i>
<i>ANEXO 2.....</i>	<i>216</i>

APRESENTAÇÃO

Considerando a abrangência multidimensional e multidisciplinar do tema da saúde mental, além das questões políticas e ideológicas que abarca, destaca-se a problemática deste estudo acerca dos espaços coletivos, como os fóruns de trabalhadores de Campinas-SP na área de saúde mental, no sentido de identificar os elementos para a conformação e estruturação das políticas públicas para esta área no município.

É conhecida a existência de fóruns de saúde mental em cada um dos distritos de saúde de Campinas. Eles foram criados para propor e acompanhar os projetos de assistência em saúde mental e contam com a participação dos profissionais dos Centros de Saúde, CAPS, Centros de Convivência, entre outros equipamentos. Entretanto, não há informações sistematizadas sobre a forma como certos processos discutidos nestes espaços repercutem na prática cotidiana dos profissionais, no atendimento ao usuário e na constituição de redes de cuidado.

Tendo em vista os muitos atravessamentos destes espaços, justifica-se a realização deste estudo no sentido de procurar compreender como se dá a construção dos saberes e sustentação das práticas cotidianas nos serviços de saúde a partir da interlocução dos trabalhadores, apoiadores e gestores. A intenção é analisar como se dá a discussão e a conformação do modelo de atenção em saúde mental para o município, a partir destes espaços coletivos. Contudo, neste processo, há de se considerar ainda as especificidades de cada um dos distritos de saúde, com diferentes realidades sociais e demandas em saúde mental.

O disparador do interesse em estudar os espaços coletivos dos trabalhadores em saúde mental de Campinas foi meu contato com o fórum de um dos distritos em minha atuação profissional. Essa inserção no fórum provocou em mim diversos questionamentos que, a meu ver, somente poderiam ser respondidos através de uma investigação realizada numa pós graduação. Dessa maneira, aproximei-me do Departamento de Saúde Coletiva (DSC) da FCM/Unicamp, por afinidade com as linhas teóricas e, especificamente, com a linha de pesquisa da Análise Institucional.

O primeiro contato com o DSC e com a abordagem da Análise Institucional, bem como uma primeira tentativa de análise dos fóruns colegiados de saúde mental se deu através de um trabalho de conclusão da disciplina “Elementos Teóricos e Introdutório de Análise Institucional” ministrada pela Profa. Dra. Solange L’Abbate em 2008 na Pós-Graduação em Saúde Coletiva do DSC/Unicamp. Este trabalho envolveu a análise das atas de reuniões do fórum de trabalhadores da saúde mental de um dos distritos de Campinas.

No distrito de saúde em pauta, estas reuniões organizaram-se em torno da proposta do distrito de reunir os serviços que oferecem atendimentos em saúde mental. A expectativa e o objetivo de tais reuniões são: a discussão de casos, a troca de conhecimentos a partir das experiências e o aprofundamento de temas de interesse levantados pelos participantes. Dentre estes temas podemos citar, dentre outros: o atendimento da criança com dificuldade de aprendizagem, a violência doméstica, e, a dependência química. De maneira que, discutem-se temas relacionados à concepção de necessidades de saúde correlatas à saúde mental, ou entendidas como tal, ou mesmo àqueles diretivos da política nacional de saúde mental.

Ademais, observou-se no espaço desse fórum, a relevância da atuação interdisciplinar para a construção dos saberes e sustentação das práticas cotidianas nos serviços de saúde, e mais, da consolidação deste grupo para além das obrigações formais e sim como produção coletiva de um espaço fomentador de discussões e de fortalecimento dos profissionais.

Estes achados corroboram ainda com as recentes perspectivas da política de saúde mental, envolvendo a perspectiva intersetorial, haja vista o tema da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial de 2010 (Brasil, 2010). Além disso, percebe-se que, neste contexto, o fortalecimento desse fórum vem ao encontro das necessidades de um território que apresenta grande contingente de população em situação de vulnerabilidade social, com diversas necessidades sociais, tensionando

assim a ampliação da concepção de cuidado em saúde, em especial na perspectiva do trabalho em rede.

Ao interessar-me pelo estudo dos espaços coletivos da saúde mental, com vistas à identificação dos processos de organização do trabalho e construção do modelo de atenção em saúde mental, fez-se necessário incluir os espaços coletivos dos trabalhadores, apoiadores e gestores dos demais distritos de saúde, a fim de poder realizar uma análise mais abrangente destes dispositivos e sua relevância para a estruturação das políticas públicas municipais na área de saúde mental.

Como campo teórico, os elementos deste estudo foram vislumbrados à luz da teoria da análise institucional. Dessa maneira, cabe ressaltar a implicação da pesquisadora como trabalhadora da rede de cuidado em saúde mental na atenção primária de Campinas e sua participação em um dos fóruns desde 2007, enquanto ainda em formação, e a partir de 2008 como então integrante da equipe de apoio matricial em saúde mental. Por conseguinte, quero destacar esta história que relaciona-se diretamente com a escolha da temática deste estudo.

A implicação com a temática em questão

Embora minha implicação tenha se dado com as dimensões da investigação como um todo, a relação com um dos fóruns distritais foi bastante particular, pois foi nele que iniciei minha trajetória na SMS de Campinas.

Concordo com Regina Benevides de Barros quando afirma que:

A implicação não é uma questão de vontade, de decisão consciente. Ela inclui uma análise do sistema de lugares, o assinalamento do lugar que ocupa, que busca ocupar e do que lhe é designado ocupar e do que lhe é designado ocupar com os riscos que isto implica... Melhor seria dizer, de fato, análise das implicações posto que implicado sempre se está (2007, p.231).

Essa minha relação com a rede de saúde mental de Campinas teve seu início em julho de 2007 e rendeu-me experiências riquíssimas, perdurando, institucionalmente, até julho de 2012. Esse início foi bastante particular: quando ainda na faculdade, em dezembro de 2006, estabeleci os primeiros contatos telefônicos para poder realizar meu estágio como terapeuta ocupacional na rede de saúde de Campinas. Sou da região de Campinas e tinha um desejo muito forte de realizar meu estágio nessa cidade. Foi um tiro certo: por orientação da secretaria de graduação da universidade, contatei o Centro de Estudos do Trabalhador em Saúde (CETS) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que me pôs em contato com o apoio distrital de saúde mental à época, o qual, por sua vez, me apresentou a uma terapeuta ocupacional (TO) que atuava em um Centro de Saúde (CS), a quem propus ser minha preceptora de estágio, tendo o convite sido aceito.

Embora o campo de estágio não existisse formalmente, a minha ‘teimosia’ era muita por conhecer a inserção da saúde mental na atenção básica de Campinas. Este tipo de arranjo que eu somente tinha contato por meio de textos, despertou em mim grande curiosidade. Dessa maneira, com o convite da preceptora do estágio no Centro de Saúde aceito, elaborei um projeto sob orientação de uma das docentes do departamento de Terapia Ocupacional da UFSCar e formalizamos junto ao CETS e à referida universidade o período de estágio – julho 2007 a dezembro 2007. No curso de Terapia Ocupacional da UFSCar tínhamos três campos de estágio obrigatórios: Saúde Mental, Reabilitação Física e Terapia Ocupacional Social. Este estágio no CS, propiciado pelo projeto elaborado junto ao CETS, compôs meu estágio em TO Social. Também o estágio em Saúde Mental, decidi realizar em Campinas, em um CAPS III; este campo de estágio já existia formalmente junto à universidade e poderia fazê-lo em concomitância.

Cheguei a Campinas em julho de 2007. À época, o bairro onde situa-se o CS, bastante periférico, não tinha asfalto em sua maior parte, o terminal de ônibus era recém-construído, o CS havia acabado de se mudar para a nova estrutura física e a equipe de saúde mental, composta por terapeuta ocupacional, psicólogo e psiquiatra,

utilizava a sede de uma escola do bairro para desenvolver suas atividades. Contudo, fui muito bem acolhida pela equipe do CS, fiz uma grande parceira com os Agentes Comunitários de Saúde e com eles me aprofundei no território: conheci todos os equipamentos sociais dos bairros circundantes, fazia visita domiciliar e participava dos atendimentos em grupo da saúde mental, de grupo de crianças, de reuniões da equipe de saúde mental, de reuniões de áreas da equipe do CS e... do fórum da rede de saúde mental desse distrito... Encontro agora objeto de estudo.

Fiquei bastante surpresa com a dinâmica deste fórum. Nunca havia me deparado com tamanho envolvimento dos trabalhadores e em discussões tão instigantes sobre a prática - reunir os equipamentos da saúde mental para discussão dos projetos terapêuticos e de modelo de atenção... achei incrível! É muito difícil dispor de espaços institucionais para a discussão da prática e isso era o que me chamava atenção. Além disso, foi por meio daquele espaço que eu, enquanto estagiária, passei a reconhecer os equipamentos da saúde mental, suas posições sobre o caso e suas 'personificações'. Foi então que comecei a compreender a rede de cuidados de saúde mental do distrito e me aproximar das pessoas.

No ano seguinte, 2008, ingressei no mesmo distrito como trabalhadora, contratada, via Serviço de Saúde "Dr. Cândido Ferreira" (SSCF) – contrato Cândido –PSF (um tipo de contrato do Cândido para a Atenção Básica), compondo a equipe de saúde mental para matricular dois Centros de Saúde, juntamente com uma psicóloga e um psiquiatra. Desde o início do trabalho envolvi-me com o território e seus equipamentos e com os coletivos instituídos: no primeiro semestre de trabalho como representante dos trabalhadores no Conselho Local de Saúde, e depois, no Colegiado Gestor da unidade e também na organização dos eventos festivos.

Cabe neste momento uma citação de Merhy (2004 *apud* Jesus, 2012):

o sujeito implicado na construção de um conhecer militante carrega mais do que uma teoria, uma caixa de ferramentas cheias de conceitos e esquemas explicativos que podem lhe abrir várias possibilidades de significar e ressignificar a si mesmo como sujeito da e em ação, que fazem sentido ou não para si mesmo (p.24).

Toda esta trajetória institucional enquanto trabalhadora transparece nos valores envolvidos no trabalho em saúde praticado. Trata-se de compor a militância articulada com a prática. E o matriciamento em saúde mental propicia que o profissional se coloque transversalmente à equipe de saúde, permitindo que ele transite e entre em contato com as diversas áreas profissionais, compondo o conhecimento junto à equipe. No entanto, trata-se de uma relação de mão dupla, onde a equipe precisa abrir espaço para este tipo de atuação transversal, matricial, e o profissional sustentar e avançar neste papel institucional enquanto trabalhador. Dessa maneira, esforcei-me para construir uma relação transparente, política e legitimada com a equipe destes Centros de Saúde.

O reconhecimento dessa atuação culminou no convite para assumir, em agosto de 2011, a co-gestão de um destes Centros de Saúde. Foi uma decisão bastante complicada e controversa. Em especial por dois motivos: pela minha vinculação institucional, que se fazia por meio de contrato de trabalho via SSCF e pela situação política da Prefeitura Municipal de Campinas. Aceito o desafio, foram meses de intenso aprendizado com este grupo, mas também de trabalho e crescimento em minha práxis, construindo conhecimento e experiência no campo da gestão. Esta função foi assumida até o final de maio 2012, quando a crise política do convênio da saúde mental desvelou a fragilidade de meu contrato para dar continuidade ao trabalho nesta função.

Em julho de 2007, por estar vinculada à um contrato de trabalho instável, no convênio Cândido-PSF, com incertezas sobre a renovação, com a crise política instalada, entrei para a lista dos profissionais de saúde mental que, neste momento, assinaram seus avisos-prévios e, tendo uma outra oportunidade, formalizou-se, com muito pesar de minha parte, meu desligamento com este contrato de trabalho.

Assim, referida a explanação sobre minha implicação com a construção da política de saúde de Campinas e com o contexto político desse momento, opto por aqui apresentar uma citação de Lourau:

O útil ou necessário para a ética, a pesquisa e a ética da pesquisa não é a implicação – sempre presente em nossas adesões e rejeições, referências, participações e não participações, sobre motivações e desmotivações, investimentos e desinvestimentos libidinais... – mas a análise dessa implicação (Lourau, 2004b, p. 190).

Nesse sentido, a trajetória relatada faz com que eu me coloque em análise para, como pesquisadora, poder traçar a discussão sobre o papel deste fórum na construção do modelo de atenção em saúde mental de Campinas. Em suma,

devemos sempre nos interrogar sobre os motivos mais profundos pelos quais estamos nos implicando neste ou naquele projeto, o que significa, em última instância, estar atentos à dimensão ética, com certeza presente em todas as nossas ações (L'Abbate, 2004, p. 08, grifos da autora)

A estruturação da dissertação

A organização dos conteúdos dessa dissertação, iniciada com a apresentação, que trouxe uma parte importante de meu interesse e posicionamentos diante do tema estudado, encontra-se dividida em oito capítulos.

O **Capítulo 1** descreve resumidamente a constituição dos campos da Saúde Mental e da Atenção Primária à Saúde no cenário brasileiro, destacando as reformas sanitária e psiquiátrica como campos político-ideológico-estrutural onde engendra-se a temática desse estudo. No **Capítulo 2** retratou-se as peculiaridades históricas da constituição da saúde mental em Campinas. Destaca-se a importância desse histórico para a construção do modelo 'híbrido' de saúde mental desse município e dos princípios ali apontados, os quais perpassam a atenção em saúde e encontram-se tão envolvidos nas práticas de cuidado discutidas nos fóruns.

O **Capítulo 3** explicita as características e as informações relevantes sobre o campo de pesquisa – o município de Campinas, seus equipamentos e suas estratégias

de cuidado. No **Capítulo 4** elenca-se aspectos importantes para a escolha do tema e sua relevância, considerando-se o cenário político-epidemiológico atual.

O **Capítulo 5** descreve a pesquisa e suas propriedades, em especial a Análise Institucional enquanto referencial teórico-metodológico, apresentando os conceitos que serão abordados no estudo. O **Capítulo 6** traz a caracterização dos fóruns de maneira geral nos distritos de saúde e a análise dos registros das atas de um destes. Em seguida, no **Capítulo 7** resgata-se a trajetória dos fóruns a partir das entrevistas realizadas e inicia-se a análise desses espaços coletivos e seus desafios.

No **Capítulo 8** analisa-se os fóruns à luz dos conceitos da Análise Institucional mais evidentes no processo. Por fim, apresentam-se as **Considerações Finais** da pesquisadora e encerra-se a dissertação com as **Referências Bibliográficas** e os anexos (TCLE e roteiro de entrevista semi-estruturado).

Destaco que o projeto que resultou nessa dissertação foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FCM-UNICAMP sob o parecer de n. 1298/2011 e que a pesquisadora foi contemplada com uma bolsa CAPES nominal, por motivo de mérito no ENADE/2007, deixando aqui registrada meus agradecimentos a este reconhecimento.

***CAPÍTULO 1. SAÚDE MENTAL E A
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL***

Historicamente ressalta-se que a Reforma Sanitária Brasileira, originada do movimento sanitário, sobretudo o que se constituiu nos anos de 1970, fortemente integrado ao processo de redemocratização do país, teve como produto político-institucional da maior relevância, a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS). Tal processo político-institucional mobilizou a sociedade brasileira no sentido de propor novas políticas e novos modelos de organização do sistema, dos serviços e de práticas de saúde (Vasconcelos e Pasche, 2006). Sendo responsável pelo conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde, o SUS integra ações de promoção, de prevenção e de assistência e recuperação à saúde.

Desde os anos de 1920, com o Relatório Dawson, elaborado pelo Ministro da Saúde do Reino Unido, há documentos oficiais que tratam da organização do sistema de serviços de saúde, associando as propostas de regionalização e hierarquização dos cuidados (Conill, 2008). Em 1977, a Assembléia Mundial de Saúde decidiu que a principal meta social dos governos seria “Saúde para Todos no Ano 2000”, declaração que desencadeou uma série de atividades que tiveram impacto sobre o pensamento a respeito da atenção primária (Starfield, 2002).

O consenso alcançado na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde - de Alma Ata em 1978, foi confirmado em 1979, na Assembléia Mundial da Saúde, onde a *Atenção Primária a Saúde* foi definida como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologias e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade... É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal o desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (Declaração de Alma-Ata, OMS, 1979)

Nesse estudo utilizaremos o termo Atenção Primária à Saúde (APS) na perspectiva de longitudinalidade e coordenação do cuidado em saúde, além da prevenção e promoção da saúde, englobando o conceito de integralidade. O termo Atenção Básica será utilizado para designar os serviços locais de saúde, ou seja, o primeiro nível de atenção do sistema de saúde.

Segundo Starfield (2002), a Atenção Primária lida com os problemas mais comuns e menos definidos, geralmente em unidades comunitárias, como o centro de saúde, onde os pacientes têm acesso direto a uma fonte adequada de atenção que é continuada ao longo do tempo, para diversos problemas e que inclui a necessidade de serviços preventivos. A atenção primária é menos hierárquica em sua organização, portanto, é inerentemente mais adaptável e capaz de responder às necessidades sociais de saúde conforme suas constantes transformações (p. 29).

No Brasil, a APS instaura-se a partir da porta de entrada do sistema, assumindo posição estruturante na hierarquização da atenção em saúde, priorizando as ações locais, privilegiando o território e as necessidades de saúde dos usuários de cada área de abrangência. A organização das ações se faz atualmente mediante a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que realiza, dentre outras, ações de “cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo” (Brasil, 2007, p. 22). A composição mínima das Equipes de Saúde da Família prevê a existência de médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde, podendo ser acrescidos de outros profissionais, de acordo com as necessidades e os recursos locais.

O Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, assim como a reforma sanitária, surge na mesma conjuntura dos anos de 1970, onde os cenários político, social e econômico traduzem, nos mais diversificados movimentos, sua amplitude e intensidade. A este contexto da saúde, agregavam-se o movimento da Renovação Médica (REME), a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) em

1976, os Conselhos Populares de Saúde que reivindicavam a presença e o cumprimento da função do Estado e as discussões geradas na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Alma Ata em 1978, onde se reafirmava a concepção de saúde da OMS (Gradella Jr, s/d).

Foram anos de intenso debate e luta sobre a assistência psiquiátrica, aos quais somam-se: o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que além da necessidade de qualificação da assistência psiquiátrica incorporou a transformação das relações sociais e a revisão das formas de segregação social (ibid, p.110); vários eventos, congressos e simpósios na área de saúde mental, que denunciavam e questionavam o papel dos hospitais psiquiátricos enquanto única forma de atenção ao portador de transtornos mentais; o Congresso de Camburiú (1979); o III Congresso Mineiro de Psiquiatria em Belo Horizonte – MG (1979), que contou com a presença de nomes como Castel, Basaglia, Foucault, referências para a área (Gradella Jr, s/d).

Nos anos de 1980, as experiências com modelos substitutivos ao hospital psiquiátrico surgem em São Paulo, Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Ceará. Nesse contexto, destaca-se a importância do Movimento da Luta Antimanicomial, tendo como seu marco decisivo o II Congresso dos Trabalhadores em Saúde Mental realizado em Bauru em 1987.

Nesse mesmo ano, foi realizada também a I Conferência Nacional de Saúde Mental, como desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, e suas deliberações apontam para mudança radical no modelo de atendimento psiquiátrico e o término das construções de hospitais psiquiátricos. Tais deliberações instituem-se lei somente em 2001, a partir da Lei de no. 10.216, substitutivo ao projeto de Paulo Delgado.

Tal lei, mesmo com as emendas que suprimiram a proposta de extinção dos hospitais psiquiátricos, abre caminho para um movimento por parte do Estado para a implementação de um modelo de atenção com características antimanicomiais, permitindo criar dispositivos necessários para implementação da rede de serviços

substitutivos ao hospital psiquiátrico. Dentre estes, destacam-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que vêm a ser criados a partir da Portaria GM no. 336 de 2002.

Segundo Nicácio (2003), na década de 1990, a afirmação dos direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais e a superação do modelo asilar foram definidas como as principais diretrizes para o processo de reforma psiquiátrica e para a implementação da política nacional de saúde mental, engendrando mudanças significativas nas dimensões assistencial, legislativa e sociocultural. Afirma ainda, que a alteração dos mecanismos de gerenciamento e financiamento do SUS, a partir da citada década, produziu uma nova condição de gestão municipal e possibilitou que diversos municípios assumissem a criação de novos serviços e/ou de modalidades substitutivas de atenção em saúde mental. Dessa maneira, difundiram-se as experiências orientadas pelos princípios da II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1992: processos singulares que apresentavam como território comum a afirmação da cidadania, a criação de novas instituições e o protagonismo de usuários e familiares.

Onocko Campos e Furtado (2005), apontam que é neste entremeio, em meados de 1990, quando a preocupação em expandir a rede substitutiva no SUS começa a ganhar corpo e soma-se aos esforços da desinstitucionalização, que os movimentos da Reforma Psiquiátrica e a Reforma Sanitária estabelecem pontos de contato, ainda que cada movimento tenha tido sua orientação e pontos estratégicos diferentes, apesar da origem comum. Tal reaproximação concretiza-se com a transformação das propostas em leis federais, estaduais e municipais, que instituem a reforma psiquiátrica como política do governo federal, do SUS (ibid, p.111).

Todavia, os desafios da reforma psiquiátrica representam, para além da simples implementação de novos serviços, a instauração de novas posturas e a construção de uma nova relação com a loucura e suas formas de abordagem, uma nova resposta social ao adoecimento (Nicácio, 2003). E, para além, tem-se “um dos dilemas da reforma psiquiátrica: a decodificação cotidiana dos princípios políticos,

ideológicos e éticos da reforma psiquiátrica pelos atores que a realizam na ponta, ou seja, no contato direto com o usuário” (Onocko Campos e Furtado, 2005, p. 114).

Dessa maneira, como apontado por vários autores citados por Onocko Campos e Furtado (2005), a saúde mental vem sendo um espaço de novas formas de colaboração interprofissional e geradora de novos modelos de atenção e funcionamento institucional.

***CAPÍTULO 2. A ESPECIFICIDADE DA SAÚDE MENTAL
EM CAMPINAS - SP***

De modo breve, acredito ser importante considerar a constituição da rede de atenção em saúde mental de Campinas-SP, destacando os contextos políticos e históricos de sua configuração.

A rede pública de saúde Campinas, segundo L'Abbate (2010), na década de 1970 quando se inicia o processo de municipalização estava pautada na proposta da Medicina Comunitária e na participação popular. Entretanto, contava com escassa força de trabalho em saúde e recursos materiais para atender às necessidades da população e ainda, sem retaguarda hospitalar, acabava prestando um serviço considerado como “medicina de pobre”.

Destaca-se a forte presença dos médicos do setor privado de saúde de Campinas, organizados, sobretudo, na Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas e na cooperativa Unimed. A partir da atuação dessas duas entidades, esses médicos adquiriam bastante poder no âmbito da política de saúde do município, nas décadas de 1960 e 1970, influenciando na organização da saúde pública do município, muitas vezes como opositores. (L'Abbate, 2010).

Em seu estudo, Braga Campos (2000) descreve que desde 1976, o município de Campinas se pautou num modelo assistencial fundado na Atenção Primária à Saúde (APS), construindo a assistência em saúde mental da mesma maneira, com a porta de entrada para sua rede nos centros de saúde. A autora relata que houve à época investimento municipal, de forma a expandir a oferta na saúde mental na atenção básica e incrementar os hospitais universitários com enfermarias e prontos socorros psiquiátricos, além do que, já se apontava para o fechamento do hospital psiquiátrico conveniado que havia na cidade.

Em Campinas havia em 1976, uma rede de atenção em saúde pública com atendimento e equipamentos em saúde mental, de certa forma, considerável: oito postos e centros de saúde, três deles com equipe de saúde mental; em 1978, já se somavam 16 Postos de Saúde e 1(um) Ambulatório Municipal de Saúde Mental; em 1980 inaugura-se o Ambulatório Estadual de Saúde Mental e em seguida as enfermarias psiquiátricas da PUCC e Unicamp e, mais tarde, em 1986, a Unidade

Psiquiátrica de Urgência da PUCC (Braga Campos, 2000). Em 1991, com a criação de novos serviços e a integração dos serviços estaduais, a cidade contava com uma rede básica com 38 centros de saúde da SMS e três centros de saúde da PUCC (Medeiros, 1994).

Vários autores ressaltam importantes aspectos de ordem político-institucional na cidade que alavancaram o processo de construção da rede de Atenção Primária à Saúde de maneira pioneira: forte inserção do movimento popular e de esquerda, movimentos da Igreja Católica em suas Comunidades Eclesiais de Base (CEBs) (L'Abbate, 2010), o Laboratório de Educação Médica para a Comunidade da Unicamp, e encontros do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), além do envolvimento militante dos secretários de saúde à época com o movimento sanitário brasileiro (Medeiros, 1994; L'Abbate, 2003).

Segundo Braga Campos (2000), Campinas conquistou à época, para além das reformas na área de atenção primária à saúde, também importantes avanços na educação e assistência social, com a Fundação Municipal para Educação Comunitária de Campinas (FUMEC) e a Federação das Entidades Assistenciais de Campinas (FEAC).

No início dos anos 1980, com o projeto “Pró-Assistência”, reuniram-se alguns representantes das instituições locais da rede pública e das universidades (PUCC e Unicamp) num grupo de trabalho para elaborar as primeiras medidas de articulação dos vários serviços já na perspectiva da municipalização dos serviços existentes, antecipando o que ocorreria com as Ações Integradas de Saúde (AIS) (L'Abbate, 2010). Para a saúde mental, a partir de 1982 foi dado um dos primeiros passos com a desativação do Ambulatório de Saúde Mental e a integração de seus técnicos em outros programas, conforme o novo modelo assistencial (Medeiros, 1994).

Logo em 1984, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Campinas apresenta uma avaliação e proposta de funcionamento:

(...) a atenção em saúde mental deve ser integrada ao sistema geral de saúde, tanto quanto possível em todos os níveis; deve ser considerada como porta de entrada no subsistema de saúde mental, exceto para casos de emergência, a equipe primária de saúde; deve-se dividir o subsistema de saúde mental em níveis de complexidade crescente (SMS/GTSM, 1984:4 e 5 *apud* Braga Campos, p. 100)

Segundo Luzio e L'Abbate (2006), de forma geral, a implantação de um projeto assistencial em saúde mental, que privilegiasse o centro de saúde como porta de entrada acarretou a ampliação tanto das possibilidades de acesso do usuário, como da capacidade de resolução dos problemas de saúde mental da população.

Foi iniciada uma reforma administrativa que fechou o ambulatório de saúde mental, descentralizou os serviços, assim como reorganizou os papéis e funções dos profissionais que atuavam na assistência em saúde mental (p.291).

No entanto, avaliações dos serviços e da implementação das propostas fundadas na APS mostravam dificuldades de evolução: o processo de reforma psiquiátrica não correspondia ao acúmulo, nem do que diz respeito à experiência, nem aos elementos teóricos e críticos à prática da reforma sanitária em Campinas. É somente em 1990, quando o programa de saúde mental teve de se haver com a responsabilidade de gerir o sanatório filantrópico, Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (SSCF), que se iniciam as mudanças (Braga Campos, 2000).

Até 1990, a realidade do SSCF era de uma instituição de caráter manicomial, com 131 pacientes, a maioria, internado há mais de dez anos e com um número inexpressivo de vagas ofertadas para novas internações. E, em função de uma grave crise financeira, foi então firmado o convênio de co-gestão entre este serviço e a SMS de Campinas, com objetivo de resgatar o caráter público deste serviço filantrópico, aumentar a oferta e exercer maior controle público sobre a demanda de internações. Inicia-se, naquele momento, um processo de transformação do modelo para uma nova proposta de atenção, voltando-se para a área da reabilitação psicossocial (Onocko e Amaral, 2007).

Essas autoras consideram o SSCF

enquanto serviço especializado no atendimento a doentes mentais, com a missão de implantar a Reforma Psiquiátrica Brasileira, promover a desospitalização e criar mecanismos de reabilitação psicossocial, produz uma diversidade de tecnologias de atenção, na busca de atender às necessidades da clientela (p.355)

Segundo Braga Campos (2000), a experimentação de outro modelo de assistência psiquiátrica, para além da APS implantada já há tempo, foi positiva e alavancou os processos de reordenação da assistência psiquiátrica municipal. Portanto, o que até hoje se conceitua como modelo híbrido de Campinas, tem como pano de fundo tal contexto histórico, onde a rede básica fazia pressão, com sua crença no modelo estabelecido, frente às demandas geradas pelo Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, conformando o modelo de atenção em saúde mental que abarcasse ambas as referências.

2.1. Um pouco mais dessa história: a década de 1990

Em 1990, o contexto político da área da saúde estava bastante tenso. O próprio secretário de saúde, em meio aos encontros e desencontros na política, nas relações do prefeito e com o PT, partido que assumiu o governo municipal em 1989, nas disputas de diferentes projetos (disputas no campo público x privado), nos desentendimentos da equipe de técnicos da saúde com outros setores da administração municipal, deixou o governo em 1991, tendo permanecido no cargo apenas dois anos. Assim, muito do que havia sido iniciado não pôde ser consolidado, bem como grande parte do projeto estratégico da Secretaria de Saúde (L'Abbate, 2010).

Nesse mesmo ano, o II Seminário de Saúde Mental Municipal discutiu a necessidade da rede substitutiva para a política de saúde mental de Campinas como 'equipamento intermediário', sendo referência secundária, pois o tratamento

começaria pela rede básica, reforçando o modelo já instituído. À época, devido a crise política, em especial com a saída do secretário de saúde (L'Abbate, 2010), não houve ampliação das equipes da rede básica e os CAPS somente são implementados no início da década de 1990, compostos em sua maioria dos técnicos que saíram do SSCF (Medeiros, 1994; Braga Campos, 2000).

Segundo Braga Campos (2000), o legado daquela secretaria foi a democratização da gestão, constituindo fóruns de discussão de coordenadores de serviços, oficinas de planejamento, planejamento local com as equipes e seu acompanhamento com informações para avaliação, além de ter estimulado a participação popular, com a criação dos conselhos locais de saúde. Dessa maneira, algumas medidas daquele governo, tais como: a racionalização das atividades, a busca de uma nova mentalidade entre funcionários e dirigentes das unidades de saúde, a proposta de criação de fóruns de participação da população, dentre outras, assustaram bastante a corporação médica da cidade e, ao mesmo tempo, trouxeram grandes esperanças aos setores populares (L'Abbate, 2010).

Contudo, esses foram anos de dificuldade para a saúde mental, em que a rede básica de Campinas dependia do interesse dos técnicos locais e sua adesão à um modelo – ordenado pela APS – ou a outro – SSCF/CAPS.

Braga Campos (2000) destaca que:

Apesar das dificuldades que atravessaram neste período de dois governos municipais, o SSCF conseguiu alcançar resultados mesmo no seu estreito universo de projeto de desinstitucionalização cercado de APS por todos os lados (p.114).

Nesse momento, em Campinas, o encontro entre as reformas sanitária e psiquiátrica fica evidenciado. Com base nos princípios da reforma sanitária e na Constituição Federal, no campo da saúde mental, tem-se a crítica ao modelo asilar e medicalizante, indicando outra direção da assistência, com a criação dos serviços territoriais com atuação de equipes multidisciplinares. Tais experiências implicam

em reformulações sociais, tanto na esfera das políticas sociais, administrativas e econômicas, quanto na das representações sociais dominantes (Medeiros, 1994).

Assumindo essa racionalização para as ações de saúde mental, segundo esta autora, interessa observar como tem ocorrido a interação dos diferentes profissionais envolvidos nos projetos assistenciais, e principalmente, verificar se tal interação tem indicado elementos que sugeriam a construção de um novo conceito e de um novo modelo de atenção a saúde/doença mental. Por conseguinte, esse resgate histórico propõe-se a contextualizar o campo de pesquisa e um dos objetivos deste estudo, avançar nesta análise, em especial focalizando os espaços coletivos de construção de rede de cuidados em saúde mental distritais, e sua contribuição para a construção desse modelo de atenção nesse município.

2.2. E tudo isso remonta na conformação do Modelo de Atenção em Saúde Mental de Campinas...

Nessa investigação, ao tratarmos deste tema do modelo assistencial, o conceito de modelo nos remete à seguinte questão: qual a melhor referência para orientar nossas ações ou nosso aprendizado? Na saúde coletiva, o uso de modelos pode se dar pela análise de sistemas de saúde existentes ou que já existiram em diferentes países, recortados por alguma variável ou categoria de análise, lançando mão muitas vezes não somente dos arranjos institucionais e organizacionais que lhes dão suporte, mas também dos paradigmas científicos ou pensamentos que os embasam (Coelho, 2010).

Não é minha intenção, avançar neste campo de análise, mas somente introduzi-lo para formação dos construtos visando os objetivos deste estudo.

Retomando alguns aspectos importantes já mencionados neste estudo é importante referir o evento de 1978, em Alma-Ata, quando a OMS lança o seu programa *Saúde para Todos no Ano 2000*, baseado num conceito de cuidados primários em saúde, que implicava numa outra filosofia até então pensada e toda

uma reorientação da organização dos serviços de saúde. Segundo Coelho (2010), este conceito procurava dar ênfase à prevenção das doenças e à promoção da saúde, pressupondo ainda a participação comunitária, a intersectorialidade para a abordagem dos determinantes sociais das doenças, a atuação em equipe multidisciplinares, incorporando toda uma racionalidade no uso e dispensação dos serviços de saúde que revalorizam o conjunto de profissionais que trabalham na atenção primária.

Gastão Wagner de Sousa Campos foi o secretário de saúde de Campinas de janeiro de 1989 a junho de 1991, e, sem dúvida, o fato se deve ao seu compromisso e articulação com o movimento sanitário brasileiro, que lutava pela Reforma Sanitária, desde os anos 1960. A consigna do governo ‘em defesa da vida’ balizou como critério de negociações com qualquer outra lógica em jogo, além de orientar a missão dos serviços de saúde para aumentar sua capacidade de produzir saúde, curar e reabilitar (Campos, 2007).

No capítulo sete do livro *A Saúde Pública e a defesa da Vida* (1991), Campos aponta algumas reflexões sobre a experiência de gestão da SMS de Campinas nessa época. Ele afirma que investiu-se numa vocação inovadora, onde a alteração dos padrões de funcionamento do sistema de saúde e sua democratização, deveria significar melhores condições de vida, menor sofrimento físico e mental para grupos sociais tradicionalmente excluídos, provocando naquele governo um intenso clima de debate. Campos conclui como ‘saldo positivo’ dessa “abertura” o fato de setores do funcionalismo passarem a sentirem-se capazes de dirigir seus próprios destinos e com os destinos do sistema de saúde.

Esse autor apresenta uma definição de modelo de atenção importante para essa investigação:

(...) como um conceito que estabelece intermediações entre o técnico e o político. Como uma dada concretização de diretrizes de política sanitária em diálogo com um certo saber técnico. Uma tradução para um projeto de atenção à saúde de princípios éticos, jurídicos, organizacionais clínicos, socioculturais e da leitura de uma determinada conjuntura epidemiológica e de um certo desenho

de aspirações e de desejos sobre o viver saudável. Modelo, portanto, seria esta coisa tensa, que nem é só política e tampouco só tecnologia (Campos, 1994).

Em 2001, Gastão Wagner retoma o comando da SMS, trazendo essas concepções sobre o modo de gerenciar o trabalho em equipes de saúde e propõe o modelo de saúde Paidéia. Este modelo dirige-se, primeiramente, para a ampliação da clínica, alargando-se o escopo de seu objeto do saber e de intervenção para incluir, além da enfermidade, o sujeito e seu contexto, abarcando suas dimensões subjetivas e sociais. Os aspectos importantes deste modelo são constituídas de vários conceitos e práticas desenvolvidos por vários autores, em especial ligados ao grupo de pesquisa do prof. Gastão Wagner. São estes: equipe de referência, apoio matricial, formação de vínculo, responsabilização clínica e sanitária, construção de autonomia e elaboração de Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Há outros espaços estratégicos a serem destacados, que Campos (2007), denomina como experiências bem estruturadas de democratização institucional: são os espaços de gestão colegiada, horizontalização dos organogramas, reestruturação multiprofissional das equipes, planejamento local e ascendente, negociação permanente de indicadores de desempenho e, ampliação da autonomia das equipes de trabalhadores. Além destes, outros instrumentos importantes são os dispositivos de controle social – os conselhos em todas as suas instâncias, mas que não têm atingido de forma contundente o cotidiano dos serviços.

No entanto, tal desenho institucional democratizado é contra-hegemônico, segundo tal autor, embora, algumas instituições de saúde conseguiram democratizar-se, Entre essas, destaca-se o SSCF, que em 1992 iniciou tal processo. É neste momento que se começa o delineamento da ‘história do modelo’ de saúde mental de Campinas.

Ressalte-se que a saúde mental, constitui-se num campo de conhecimento e de atuação técnica, no âmbito das políticas públicas, sendo que, poucas áreas de

atuação na saúde são tão complexas, plurais, intersetoriais e com tanta transversalidade de saberes, quanto esta (Amarante, 2007).

No Brasil, o conjunto de estratégias e princípios no campo da saúde mental e da atenção psicossocial é responsável por um cenário político em que os processos de participação e construção social são valorizados. Assim para a composição do modelo de Atenção Psicossocial, as estratégias e dispositivos envolvem, desde as leis estaduais de reforma psiquiátrica e a Lei 10216/01; a atuação do Ministério Público; a participação e o controle social, bem como a participação política dos movimentos em prol da reforma; as críticas sobre os hospitais e a medicalização, envolvendo a redução dos leitos; até a ampliação dos serviços de atenção psicossocial, de residencialidade, de centros de convivência, cooperativas, projetos de inclusão pelo trabalho; iniciativas culturais e a ESF (Amarante, 2007).

Em Campinas, especificamente, a experiência do SSCF apresentou-se com a missão da implantação da Reforma Psiquiátrica, com objetivo de promover a desospitalização e criar mecanismos de reabilitação psicossocial. Em 1990, em função da grave crise financeira da instituição, foi realizado um convênio de co-gestão com a SMS, com o objetivo de resgatar o caráter público deste serviço filantrópico, aumentar a oferta e exercer maior controle público sobre a demanda de internações (Onocko e Amaral, 2007).

Segundo as autoras, com a co-gestão iniciou-se um processo de transformação do modelo para uma nova proposta de atenção, com uma grande diversidade de necessidades na área de reabilitação psicossocial. Foram estruturadas quatro unidades de produção assistencial: Hospital-dia, instalado em 1991(futura proposta de CAPS III); Unidade de internação de pacientes em crise, atendendo referenciamento interno e externo ao serviço, por meio da central de vagas regional; Núcleo de Oficinas de Trabalho, espaço de profissionalização e recuperação da capacidade de trabalho, funcionando em regime cooperativo; Unidade de reabilitação de pacientes moradores (futura proposta de residência terapêutica).

Quanto ao modelo de gestão implantado no SSFCF, este segue um sistema de gestão colegiada, no qual a distribuição de poder entre a gerência e as unidades de produção é mais horizontalizada do que o encontrado na maioria das estruturas organizacionais,

Existem três níveis de decisão: o conselho diretor, responsável pela execução do convênio de co-gestão, e que traça as políticas gerais e ao nível executivo o colegiado de gestão composto pelos gerentes e os colegiados das unidades de produção (ibid, p. 357).

Atualmente, seguindo essa proposta de co-gestão, há a figura de dois gestores do convênio, que estão entre o conselho diretor e os colegiados de gestão, na intenção de acompanhar a execução dos projetos e das políticas gerais para a área, aproximando estes níveis de decisão. Contudo, trata-se de uma experiência recente, pautada a partir da renovação do convênio em junho de 2012, em especial no que diz respeito ao acompanhamento das ações na atenção primária, consolidada em especial, para atender às demandas jurídicas do convênio.

Além disso, desde esta época em 1992, o SSCF já se constituía como campo de formação para os profissionais em saúde coletiva e saúde mental, o que permanece até os dias de hoje, contribuindo para a ampliação da capacidade desse serviço e da rede de saúde mental de criar e reproduzir conhecimento (Onocko e Amaral, 2007).

As autoras relatam que no SSCF, o sistema de planejamento era entendido como um dos instrumentos que auxiliam a organização dos serviços para a implementação das políticas públicas; e, compreendo que, não nesse âmbito do planejamento estratégico, mas no âmbito da construção cotidiana das ações em saúde.

2.3. O momento atual do convênio SSCF – SMS/Campinas

O convênio de co-gestão entre a SMS de Campinas e o SSCF, iniciado em 1990, perdura até os dias de hoje. Este acordo tem por objetivo manter, em regime de co-gestão e de cooperação mútua, o programa de parceria na assistência à saúde na retaguarda hospitalar psiquiátrica, na rede substitutiva e no campo da formação e educação permanente. Contudo, o uso que ambos fizeram deste acordo ao longo desses mais de 20 anos, estendendo-o para contratações além do campo da saúde mental, trouxe prejuízos e reverberações em período recente.

Por meio desse convênio, a SMS mantinha dois contratos de prestação de serviços com o SSCF, sendo um referente à saúde mental e o outro ao Programa de Saúde Família (PSF). Os primeiros ruídos que anunciavam o que seria a crise do convênio SSCF-PMC deram-se em final de maio de 2011, quando o Conselho Municipal de Saúde de Campinas (CMS) decide pela prorrogação do convênio por oito meses, com as seguintes considerações: que a SMS dentro do prazo da prorrogação do convênio ficaria incumbida de elaborar um cronograma de debates públicos sobre a adequação do modelo de convênio entre a Prefeitura e SSCF e que a Prefeitura deveria providenciar concurso público para substituir as categorias de profissionais das Unidades Básicas de Saúde contratados pelo SSCF.

Entretanto, essas condições não foram cumpridas pela SMS, e, por isso, ainda em maio de 2011, os escândalos do governo municipal de Campinas e a crise política tomaram o foco¹. Dessa maneira, a discussão é somente retomada em dezembro de 2011, quando o Tribunal de Contas do Estado julgou irregular o

¹ A crise política da PMC começou a dar sinais de ruído em maio de 2011, por ocasião da IXª Conferência Municipal de Saúde de Campinas, realizada de 20 a 22 de maio e com continuidade em junho. Contudo, é somente em 20 de agosto de 2011 que o prefeito teve seu mandato cassado e toma o cargo o vice-prefeito em exercício. Entretanto, o vice, após alguns meses de governo, é afastado do cargo e assume o Presidente da Câmara por 90 dias. Na sequência, por meio de eleições indiretas, este último é mantido como prefeito até as eleições municipais em outubro de 2012. Neste contexto, também houve mudanças na Secretaria Municipal de Saúde, que serão melhor explicitadas no corpo do trabalho. Além disso, uma série de fatores agravaram a precarização dos serviços de saúde na cidade a exemplo da falta de concursos públicos e da falta de pagamento de fornecedores, o que causou a paralisação de obras e da falta de medicamentos, insumos e de profissionais nas Unidades Básicas de Saúde.

convênio com o PSF e legal o da saúde mental, apesar de alguns pontos a serem observados e ajustados em âmbito jurídico.

Apontadas as inconsistências e o desacordo com a forma de contratação de profissionais para a rede de saúde do município via convênio SSCF, o Ministério Público e a PMC assinaram um Termo de Ajustamento de Conduta em 23 de janeiro de 2012 (TAC). O TAC obriga a PMC a encerrar o convênio de Assistência Geral à Saúde (outrora denominado convênio SSCF-PSF) no prazo de seis meses e a concluir os procedimentos necessários para a realização de concurso público para substituir os 1308 profissionais contratados pelo convênio nas atividades de apoio, diagnóstico, terapêutica e assistência à saúde.

Nesse sentido, fica clara a irregularidade do convênio apontada pelo TAC, que foi utilizado pela PMC para a contratação de médicos e demais profissionais de diferentes categorias da saúde para equipamentos municipais, e não apenas àqueles relacionados ao PSF, como: hospitais gerais municipais, serviço de urgência e emergência, Laboratório Municipal de Análises Clínicas, SADA, Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, Centro de Reabilitação Infantil, Centro de Referência do Idoso, dentre outros.

Com respeito ao convênio SSCF para a saúde mental, após uma marcha dos trabalhadores do SSCF, no dia 25 de janeiro de 2012 o CMS aprovou sua renovação por mais quatro meses.

Frente a tais condições, a rede de saúde de Campinas vivenciou momentos de extrema fragilidade no ano de 2012. A questão despertou o movimento social dos trabalhadores (Movimento dos Trabalhadores Cândido Ferreira), do sindicato da saúde e da comunidade, que foram às ruas para exigir as devidas providências – em especial no que diz respeito à garantia de direito dos trabalhadores - e reivindicar junto ao governo municipal, a realização de concursos públicos e o tempo adequado para a substituição dos profissionais para não haver desassistência. Tal medida seria imprescindível para manter a assistência à saúde a população devido ao grande número de demissões resultantes do encerramento do convênio PSF.

No dia 30 de maio, ocorreu uma reunião ampliada do Colegiado Gestor da Secretaria Municipal de Saúde que discutiu a crise e apresentou propostas que de imediato vão significar menor sofrimento para a população e os trabalhadores, as quais constavam da suspensão dos avisos prévios e revogação dos já enviados e encaminhamento ao Ministério Público o pedido de manutenção dos trabalhadores contratados pelo Cândido Ferreira em seus locais de trabalho com a garantia do desligamento dos profissionais somente após efetiva reposição. Ressalte-se que neste momento, foram apresentadas cartas em consideração a essas circunstâncias da saúde pública de Campinas, por diversos segmentos: dos colegiados distritais de saúde; da equipe do CAPS David Capistrano da Costa Filho; do departamento de Pediatria da FCM-Unicamp; dos servidores públicos municipais; da equipe, usuários e familiares do SADA.

Nesse mesmo dia, houve manifestações importantes como o Ato dos Trabalhadores Cândido, com apoio dos servidores públicos municipais – que estavam em greve – com o enterro e a marcha fúnebre da saúde, seguida pela reunião do CMS que aprovou Resolução para prorrogação do TAC por mais seis meses, a fim de evitar a desassistência à saúde.

Foram meses de intenso debate e luta, discussões e deliberações no Conselho Municipal de Saúde. Até que a PMC, que já havia declarado, em dezembro de 2011, a realização do concurso público para médicos, odontólogos, auxiliar de consultório dentário, farmacêutico e auxiliares de farmácia e, no início de 2012, após o TAC, assumiu o concurso para demais categorias, incluindo as ‘da mental’, o que não ocorria há mais de 10 anos.

Em julho de 2012, a Prefeitura acordou com o Ministério Público (MP) por meio de Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) referente à substituição dos funcionários do convênio PSF-SSCF a prorrogação até o dia 13 de março de 2013, para haver tempo para as substituições. Esse processo de prorrogação do TAC envolveu diversos atores: o CMS, a Câmara dos Vereadores e o MP. Cabe destacar que, em nota o encaminhada ao CMS, até mesmo o Sindicato dos Médicos de

Campinas e Região (Sindimed) manifestou preocupação com o atendimento em saúde e repúdio às demissões dos trabalhadores que ocorreriam na Rede Municipal de Saúde.

Para a saúde mental, em 03 de maio o CMS e a Coordenadoria de Saúde Mental da SMS convidaram usuários, familiares e trabalhadores dos serviços de Saúde Mental para discutir os rumos da política para a área. E, após apresentações e discussões sobre o plano de trabalho, em 12 de junho de 2012, o convênio entre a Prefeitura e o SSCF para atendimento a pacientes da Saúde Mental foi aprovado pela Secretaria de Municipal de Assuntos Jurídicos e renovado com um aumento de 21% em relação ao anterior. A renovação foi aprovada por unanimidade pelo Conselho Municipal de Saúde, porém somente por mais um ano.

O convênio aprovado abrangeu na rede de saúde mental os seguintes serviços: Centros de Atenção Psicossocial (CAPSi, CAPS AD, CAPS III, CAPS III AD), Núcleo de Retaguarda, Programas de Inclusão Social pelo Trabalho, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Casas de Acolhimento Transitório, Projetos Culturais, Consultório na Rua e Equipes de Saúde Mental em Unidades Básicas de Saúde.

No entanto, todos estes entraves na constituição política do modelo híbrido provocam até os dias de hoje repercussão sobre a definição do modelo de atenção em saúde mental de Campinas. Em especial, quando analisamos situações concretas, no plano formal das instituições, como por exemplo, da situação da renovação do convênio SMS –SSCF e da ausência de concursos públicos para a área. Nestes momentos vê-se implodir a questão dos papéis institucionais, do uso do poder e da perspectiva teórico-ideológico que envolve a atenção em saúde mental de Campinas direcionada à atenção primária.

CAPÍTULO 3. CARACTERIZANDO O CAMPO

O município de Campinas é considerado de grande porte, com um milhão oitenta mil e cento e treze habitantes, segundo o censo de 2010 (IBGE, 2010), compondo com os demais municípios de seu entorno, uma das mais importantes regiões metropolitanas do estado de São Paulo. A cidade é gestora plena de seu sistema de saúde e conta com uma complexa rede de serviços de saúde e instâncias de gestão e controle social, que se delineia em cinco distritos sanitários: norte, noroeste, leste, sul e sudoeste (Campinas, 2011).

A atenção básica em Campinas segue um curso peculiar, explorado anteriormente. Convém lembrar que, Figueiredo e Santos (2008) retratam a trajetória do sistema de saúde de Campinas, apontando que os processos de constituição da atenção básica e da Reforma Psiquiátrica iniciaram-se na década de 1970, com a criação dos Centros de Saúde Comunitária, com equipes compostas por médicos generalistas e auxiliares de saúde, responsáveis pela atenção comunitária, na lógica da educação em saúde. Com a inserção de outras especialidades às equipes da rede básica, o modelo de organização dos serviços passou a se subdividir em áreas de atenção e programas específicos.

Atualmente, a rede de atenção básica de Campinas conta com 61 Centros de Saúde (CS), dimensionando-se cerca de um CS para aproximadamente 20.000 habitantes. Os CS's contam com equipes multiprofissionais compostas por médicos nas especialidades básicas (clínicos, pediatras, gineco-obstetras), enfermeiros, dentistas, auxiliares de enfermagem, auxiliares de consultório dentário, agentes comunitários de saúde e profissionais de apoio, que complementam essas equipes. Cerca de 1/3 das equipes de CS's contam com profissionais de Saúde Mental: médicos psiquiatras, psicólogos e terapeutas ocupacionais (Campinas, 2011).

O diferencial de Campinas explicita-se ao utilizar-se o referencial teórico do método Paidéia (Campos, 2003) na implantação do modelo de Apoio Matricial das áreas especializadas para as equipes do Programa Saúde da Família. Dessa maneira, as equipes de saúde mental passam a integrar o eixo matricial de apoio às Equipes de Referência, oferecendo suporte técnico especializado e contribuindo para a

ampliação da clínica e aumento da resolutividade local. Além disso, as equipes de saúde mental são responsáveis pela assistência direta aos casos de maior complexidade, a partir das demandas das equipes. O apoio matricial atua no sentido da discussão de casos, do atendimento conjunto dos profissionais 'da mental' e da equipe de referência e, da capacitação local para o manejo dos casos.

Quanto à rede de saúde mental, os CAPS foram implantados em Campinas em meados da década de 1990, e a partir de 2001 estes equipamentos aumentaram em número e passaram a se conformar como CAPS III. Neste momento, a rede de saúde mental municipal possui:

- seis CAPS III, responsáveis por 38 serviços de residências terapêuticas (SRT);
- três CAPS AD (álcool e drogas), tendo um deles tornado-se CAPS AD III, ou seja, com funcionamento 24h e leitos², enquanto os outros CAPS AD mantêm-se com retaguarda de cinco leitos-noite cada um; e, o Consultório na Rua³, implantado recentemente
- dois CAPS infantis (CAPS i);
- três enfermarias em hospital geral;
- atendimento psiquiátrico pré-hospitalar pelo Serviço Móvel de Urgência/SAMU com psiquiatra plantonista;
- dois prontos-socorros psiquiátricos;
- Serviço de Apoio à Dificuldade de Aprendizagem (SADA);
- Núcleo de Oficinas Terapêuticas (NOT) e a Casa das Oficinas;

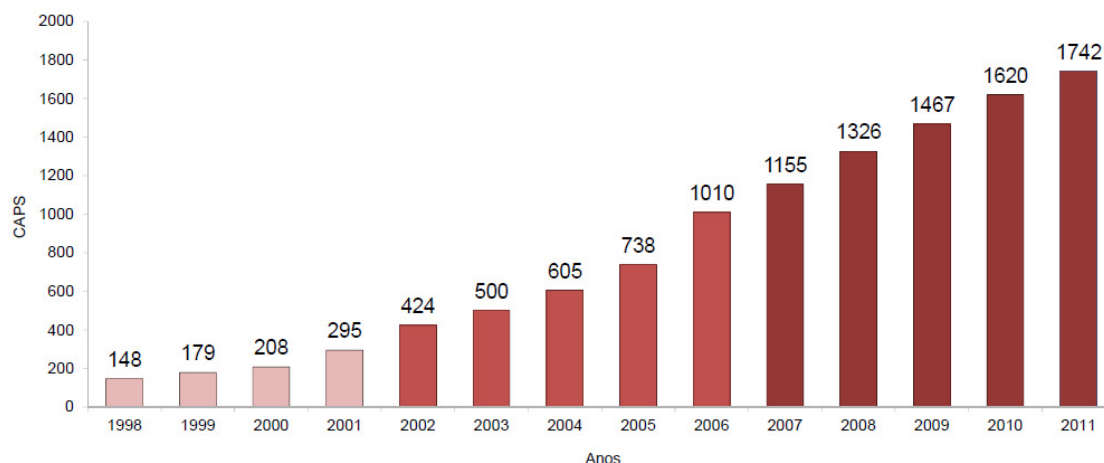
² Destaca-se que a criação do CAPS AD III 24h trata-se de algo recente na política nacional de saúde mental, regulamentados pela Portaria GM nº 130 de 25/12/2012. Dos cinco CAPS AD III 24h implantados no país no ano de 2011, um deles é este de Campinas, continuando a situar a cidade como uma das pioneiras na implantação das políticas de saúde mental.

³ O Consultório de Rua desponta como uma estratégia para promoção de acesso e vinculação de pessoas em situação de rua, com grave vulnerabilidade social e com maior dificuldade de adesão ao tratamento. Os Consultórios de Rua poderão integrar as ações da Atenção Básica, como Equipes dos Consultórios na Rua após o período de doze meses desde o início do financiamento e da execução total do recurso, se adequando a uma das modalidades dispostas na Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Destaca-se que em Campinas, temos a implementação desta estratégia dos Consultórios de Rua e que esta estratégia foi contemplada no convênio Cândia com a SMS para o ano de 2012/2013.

- duas unidades de internação psiquiátrica remanescentes – NAC (Núcleo de Atenção à Crise) e NADEQ (Núcleo de Atenção à Dependência Química), que subsidiam os leitos-noite dos CAPS;
- cinco Centros de Convivência e Cooperação;

No cenário nacional, contrapondo-se à história pioneira de Campinas, o crescimento da implantação dos CAPS se faz de maneira mais lenta na escala de tempo (Brasil, 2012), como demonstra o seguinte gráfico:

Gráfico 1 – Série Histórica da expansão dos CAPS (Brasil, 1998 - 2011)



Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS.
Antes de 2001: Levantamento CAPS Disque-Saúde 2001

Além disso, há outras estratégias no campo da saúde mental já existentes em Campinas, como os Serviços de Residência Terapêuticas, os leitos em hospitais-gerais, o envolvimento em projetos de geração de renda e economia solidária, os atendimentos às pessoas em situação de rua (p.e., Casas de Acolhimento Transitório também presentes na política de Assistência Social do município), e, a presença da saúde mental na atenção básica que fazem com que o município desponte como destaque nesse campo. Assim, a posição de vanguarda da cidade quanto às ações de

saúde mental, associando-se ainda à presença de importantes universidades instaladas, faz com que este município seja foco de pesquisas nesse campo. Além disso, destacam-se as estratégias inovadoras de cuidado em saúde, como veremos adiante.

3.1. O Apoio Matricial em Saúde Mental em Campinas-SP

No campo do cuidado em saúde mental, onde este trabalho enseja desenvolver-se, destacamos anteriormente a existência, no município de Campinas, de equipes de saúde mental nas unidades de APS. Este modelo de inserção foi ampliado, em grande parte, fundamentado nas discussões de Campos (1999; 2003) sobre o arranjo organizacional do Apoio Matricial⁴.

O conceito de apoio matricial é um arranjo organizacional e, ao mesmo tempo, uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, com objetivo de ampliar as possibilidades de realizar a clínica ampliada e a integração dialógica entre distintas especialidades e profissões (Campos e Domitti, 2007; Campos e Cunha, 2011). A ampliação das ações propiciadas pelo arranjo do apoio matricial

significa um cardápio de atividades, que podem ir desde um atendimento conjunto entre profissionais de serviços diferentes, a participação em discussões de projetos terapêuticos, discussões de temas prevalentes, análise de estratégias para lidar com demanda reprimida, análise de encaminhamentos até a simples disponibilidade para contato telefônico para discutir urgências ou seguimentos (Campos e Cunha, 2011, p. 964).

⁴ Com a formulação do Método Paidéia, Campos (2003; 2007a) desenvolveu uma metodologia de trabalho para lidar com o fluxo entre as especialidades em saúde, denominada Apoio Matricial. Trata-se de uma metodologia para promover o trânsito dos profissionais por áreas externas a suas especialidades, onde estes, organizados por campo de atuação – saúde mental, saúde bucal, ortopedia etc – transitariam pelos territórios em apoio às suas equipes de referências, no caso em apoio às ESF. Atribui-se ainda ao Apoio Matricial tanto caráter técnico-pedagógico quanto de retaguarda assistencial, permitindo a co-responsabilização dos casos, redesenhando a lógica dos encaminhamentos.

Ressalte-se que este autor, Gastão Wagner de Sousa Campos, professor titular do Depto. de Medicina Preventiva e Social, atual depto. de Saúde Coletiva implantou este modelo quando foi Secretário Municipal de Saúde, nos anos de 2001 e 2002, durante o governo petista.

Cabe destacar que, em Campinas, seguindo este modelo em saúde mental, os profissionais que compõem o eixo de apoio matricial às equipes de referência da atenção básica são, em sua maioria, do núcleo da ‘mental’: psiquiatra, psicólogo e terapeuta ocupacional. Estes profissionais se dispõem em diferentes arranjos: dois psicólogos e um terapeuta ocupacional; um psicólogo e um terapeuta ocupacional; um psiquiatra, um psicólogo e um terapeuta ocupacional etc, a depender da necessidade local. No entanto, convencionou-se que a equipe mínima seria, preferencialmente, composta por: um psiquiatra, um psicólogo e um terapeuta ocupacional, responsáveis pelo suporte de 30 (trinta) mil habitantes, podendo assim abranger mais de um Centro de Saúde.

Ressalte-se que tais considerações acerca da inserção da saúde mental em um cuidado ampliado de saúde vêm ao encontro das discussões propostas no âmbito da Reforma Psiquiátrica, a qual propõe instaurar mudanças quanto às concepções de loucura e quanto aos cuidados dos portadores de transtornos psíquicos.

De modo particular, a saúde mental apropriou-se, em suas práticas, do modelo de apoio matricial, pois este permite que o desenho do saber “da mental” assuma um caráter ampliado, contribuindo assim para a desmistificação dos entraves sociais no lidar com o sofrimento humano. Este modo de organizar o processo de trabalho tem permitido a aproximação dos trabalhadores de saúde com as necessidades em saúde mental que se apresentam na APS. E, embora este seja o modelo de atenção em saúde mental conformado em Campinas, desde os anos de 1970, como anteriormente descrito, não é este o modelo existente na maioria dos municípios brasileiros, os quais não contam com equipes de apoio para dar suporte aos Centros de Saúde no cuidado em saúde mental na rede básica (Queiroz e Delamuta, 2011).

Cerca de vinte anos do início do movimento da Reforma Psiquiátrica e com a inserção de práticas de atenção psicossocial (Amarante, 2007), a Política de Saúde Mental do SUS segue as determinações da Lei n.º 10.216/2001 (Brasil, 2007a) e é referendada pela IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial (Brasil,

2010) e conferências nacionais de saúde. Entretanto, a conformação do Apoio Matricial em saúde mental na atenção básica, para o Ministério da Saúde, se fez somente em 2008, por meio da Portaria GM/MS no. 154/08 que criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Segundo esta portaria, os NASF devem buscar instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS, mediante a qualificação e complementaridade do trabalho das Equipes Saúde da Família – ESF. Da mesma maneira, a atenção em saúde mental deve ser feita dentro de uma rede de cuidados - rede de atenção em saúde mental - que já inclui: a rede de Atenção Básica/Saúde da Família, os CAPS, as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivência, os clubes de lazer, dentre outros (Brasil, 2009).

O relatório de gestão 2007-2010 (Brasil, 2011) informa que em dezembro de 2010 havia 1.288 NASF's em funcionamento no país. Dos 7.634 trabalhadores destes Núcleos, 2.349 são trabalhadores do campo da saúde mental, totalizando cerca de 31%. Para potencializar esta estratégia, foi publicado em dezembro de 2009 o Caderno do NASF que, em seu capítulo introdutório, enfatiza o Apoio Matricial como estratégia fundamental para a garantia do cuidado em saúde.

Estudos acerca do trabalho na APS envolvendo os cuidados de saúde mental vêm apontando a importância e as contribuições de terem a possibilidade de aproximação das equipes de saúde da família com a saúde mental, consolidando as propostas buscadas desde a implementação das portarias nacionais citadas anteriormente que enfatizam o apoio matricial (Caçapava et al, 2009; Antonacci et al, 2011; Arce et al, 2011).

Em estudo avaliativo sobre o funcionamento do apoio matricial em saúde mental na rede básica de Campinas foi ressaltada a importância da capacitação *in loco* ou função pedagógica que tal estratégia proporciona tanto pelos profissionais da saúde mental que realizam o apoio, quanto pelos profissionais das ESF, contribuindo ainda para a ampliação da concepção de saúde mental e das propostas assistenciais (Figueiredo e Onocko Campos, 2009).

Para Trapé (2010), apesar dos ganhos almejados e alcançados, podemos ainda observar lacunas na concepção de uma rede que ofereça acesso universal e cuidado à saúde integral. Para tal autor, por mais que alguns avanços atuais possam ser constatados no sentido da incorporação de atividades voltadas para a atenção à saúde mental na APS, o que se observa ainda é a existência de uma fronteira, em que o sofrimento que não se enquadra nos “transtornos mentais graves e persistentes” não encontra continência dentro da estruturação do modelo de atenção vigente.

Tais considerações corroboram o estudo de Camuri e Dimenstein (2010), ao explicitar que, no trabalho em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família, estão se processando cotidianamente modos de gestão e dispositivos profissionais com pouco comprometimento com os princípios da reforma psiquiátrica, e, também, com a cronicidade produzida pela falta ou pela fragilidade da rede de atenção em saúde e em saúde mental.

Amorim (2008), em seu estudo sobre as inter-relações entre a ESF e o CAPS no cuidado a sujeitos com transtornos mentais em Campinas, ao constatar a desarticulação entre os especialistas dos dois serviços no processo de construção de projetos terapêuticos singulares, visando à prevenção, assistência e promoção de saúde, propõe a construção de ações pautadas na integralidade, que contribuam para a construção de espaços de troca entre os trabalhadores dos CAPS e da ESF, a fim de articular estratégias de cuidado clínico e psiquiátrico dirigidas aos usuários. A autora considera também que a partir daí seria possível implementar a construção de redes de cuidado.

Entretanto, recente estudo avaliativo das estratégias inovadoras na APS, realizado no município de Campinas (Onocko Campos et al, 2012) analisou dois grupos de Unidades Básicas de Saúde (UBS): um com maior e outro com menor grau de implantação das ações. Tal investigação demonstrou que, quanto à articulação entre as redes de atenção básica e de saúde mental, o primeiro grupo demonstrou ter melhor conhecimento da rede de atenção à saúde nos seus diferentes níveis, além de referir maior facilidade de comunicação com os CAPS, maior

integração da equipe de forma geral, com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS's) e com as equipes de saúde mental da UBS. Isto facilitou discussões de casos e a pactuação de ofertas para inserção dos usuários no serviço e seu acompanhamento no território. Tais resultados são atribuídos à implantação diferenciada do apoio matricial, com regularidade de encontros, participação de toda a equipe, proposições de assistência conjunta da saúde mental e da equipe de APS, produzindo maior co-responsabilização pelos casos. Tal estudo demonstrou que o investimento na implantação do apoio matricial possui potencial a ser explorado no contexto brasileiro para se obter a inclusão da assistência à saúde mental na atenção básica.

3.2. O Apoio Institucional

É a partir de Campos (2003) que podemos perceber a concretização de uma prática que considero como sendo instituinte. Com a formulação do Método Paidéia, o autor desenvolve uma metodologia de trabalho para lidar com o fluxo entre as especialidades em saúde, denominada Apoio Matricial, conforme já referido. Trata-se de uma metodologia para promover o trânsito dos profissionais por áreas externas a suas especialidades. Estes profissionais, organizados por campo de atuação – saúde mental, saúde bucal, ortopedia etc – transitam pelos territórios em apoio às suas equipes de referências. Mas de nada adiantaria tal arranjo se os preceitos da horizontalidade e integralidade da atenção não fossem levados em conta. Aí tenderíamos novamente a uma atuação compartimentalizada e hierarquizada, ainda que realizada no território.

Faz-se necessário repensar a organização do trabalho clínico, objetivando facilitar a construção de responsabilidade em saúde, em níveis micro e macro. Neste sentido, uma noção importante é o da clínica ampliada, ao considerar que o objeto da clínica parte do pressuposto de que não há problemas de saúde/doença

desencarnados de sujeitos concretos. Daí a denominação de Clínica do Sujeito proposta por Campos e Amaral (2007). Isto implica na construção de sujeitos dotados de autonomia e capazes de exercer o autocuidado. Dessa forma, altera-se radicalmente a postura tradicional que tende a considerar o paciente em um objeto inerte.

Contudo, para ser coerente com essa diretriz de cuidado ampliado, há de buscar a co-construção de autonomia tanto para os usuários quanto para os profissionais, buscando a ampla reorganização da clínica e da saúde coletiva, em decorrência dos modelos de gestão e atenção (Onocko Campos e Campos, 2007).

O Método de Apoio proposto por Campos (2003) leva em conta novos princípios, cujos sentidos reorientariam as ações e práticas de coletivos em processo de produção, criticando a concepção taylorista da gestão em saúde e as lógicas fragmentadas do trabalho em saúde. Tal método também aponta para a organização de processos cotidianos mais democráticos, participativos e de co-gestão, aumentando a capacidade de análise e de intervenção dos coletivos nos seus espaços de construção das ações, processos e práticas nos serviços de saúde.

O método opera com o conceito ampliado de gestão, para o qual, “gerenciar inclui a política e relações interpessoais, além das clássicas funções administrativas: função gerencial, política, pedagógica e “terapêutica”. Os Apoiadores Institucionais, ao contrário da tradição "das assessorias", trabalham junto às Equipes ou às Unidades de Produção, ajudando-as com a construção de Espaços Coletivos” (Campos, 2007a, p.164, maiúsculas do autor).

Em Campinas, o profissional que concretiza este modelo nos distritos de saúde é o apoiador institucional distrital. O apoio institucional nos distritos está ordenado por meio de duas lógicas: o apoio como referência para os serviços do território, construindo ações para os processos de gestão e trabalho em saúde (intervindo nos processos locais, com os gestores e com os trabalhadores, reconstruindo o diálogo com movimentos sociais e equipamentos, por meio de processos pedagógicos e de construção do conhecimento); e, por outro lado, o apoio

para as atividades e programas da Secretaria Municipal de Saúde (normalmente está dividido por áreas do conhecimento: saúde da criança, saúde mental, assistência farmacêutica etc).

Neste estudo estarei focalizando os apoiadores institucionais em saúde mental que compõem os distritos de saúde do município de Campinas, conforme a lógica apresentada no parágrafo anterior. Sabe-se que cada distrito de saúde possui dois apoiadores institucionais em saúde mental. Na prática, são estes que acompanham e organizam os fóruns de saúde mental distritais.

***CAPÍTULO 4. FÓRUNS COLEGIADOS DE SAÚDE MENTAL:
QUAL A SUA RELEVÂNCIA?***

Considerando-se as informações apresentadas sobre a caracterização do campo de pesquisa, apresenta-se neste capítulo a constituição de uma estratégia inovadora de construção da rede de cuidados em saúde mental: os fóruns colegiados de saúde mental.

Em termos do cenário mundial sobre a saúde mental, dados da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), revelam que 20% da população mundial carecem de assistência à saúde mental; 3% sofrem de transtornos mentais severos e persistentes; 8% apresentam transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas e outros 9% transtornos considerados menos graves e que, na maioria dos países, os gastos destinados à saúde mental representam menos de 1% do montante total destinado ao setor saúde. Por isso, destaca-se as experiências de rede de cuidados em saúde mental como uma tecnologia importante frente às informações apresentadas.

Acresce-se a esses dados que 40% dos países carecem de políticas voltadas à atenção à saúde mental e 30% sequer possuem programas (OMS, 2001). No Brasil, as informações sobre o que se investe em saúde mental não são muito precisas, mas segundo recente relatório de Saúde Mental (Brasil, 2012), os valores apurados chegam a 2,31% do orçamento total da Saúde. Considerando-se apenas os gastos federais com ações e serviços de saúde, o investimento federal estimado em saúde mental em 2011 foi de 2,51% do total gasto pelo Ministério.

Cabe aqui destacar ainda, que são muitas as demandas de saúde ou correlatas que fazem interface com a saúde mental: os casos de violência física, sexual e psicológica, a medicalização do sofrimento humano, os altos índices de gravidez na adolescência, o crescente aparecimento de sintomas ansiosos/depressivos e, até mesmo questões sociais como o tráfico e o abuso de drogas, o desemprego, a criminalidade e o abuso de álcool, são questões que, de alguma maneira impactam na Atenção Primária, em que a singularidade do sujeito e a peculiaridade do território têm que ser levados em conta para planejar, executar e avaliar os programas (Trapé, 2010).

Nesse sentido, as práticas que privilegiam a dimensão interdisciplinar como prioritária para a construção de ações pautadas na integralidade, são de grande relevância para a construção de políticas públicas mais eficientes para o campo da saúde mental. Corroborando esta perspectiva para a saúde mental, os fóruns de saúde mental distritais de Campinas se apresentam como uma tecnologia importante para essa construção. Por tratar-se de espaços que contam com profissionais de diversas áreas do conhecimento e com experiências variadas, proporcionam a ampliação do contingente de ação em saúde e orienta-se no sentido da integralidade do cuidado.

A partir dessa perspectiva, em Campinas, essa prática dos fóruns de reunir os equipamentos da rede de saúde mental, alinha-se com necessidades apontadas por alguns estudos (Figueiredo, 2006; Amorim, 2008; Trapé, 2010) de aproximação entre os profissionais de saúde mental das unidades básicas, dos CAPS, dos serviços de referência e as equipes de saúde da família e, avançando até mesmo para outras áreas como a educação e a assistência social, com finalidade de construção de projetos terapêuticos compartilhados, com vistas a responsabilização do cuidado e maior eficiência nas ações de saúde mental para o usuário.

Primeiramente, vale salientar que, trata-se de experiência singular, não sendo encontrada na literatura experiências similares ou equivalentes. Destaca-se que o surgimento do primeiro fórum distrital de saúde mental de Campinas foi em 1998, anterior a qualquer diretriz sobre redes de cuidado.

O estudo desses espaços, com o objetivo de demonstrar sua relevância está sendo apontado a partir de três aspectos: o planejamento coletivo das ações, o fortalecimento da rede de cuidado e a abordagem interdisciplinar para a construção dos saberes e sustentação das práticas cotidianas nos serviços de saúde.

Com respeito ao planejamento coletivo das ações, nesse estudo, a intenção é destacar o grupo enquanto espaço coletivo, aproximando-o do entendimento de Campos (2003), como a construção de lugares e de tempos, por meio dos quais as equipes, de fato, possam interferir nos sistemas produtivos, no caso, na própria

produção de práticas em saúde. Assim, nesses fóruns são construídas e pactuadas as ações de saúde, com foco nas necessidades de saúde dos casos discutidos, nos recursos disponíveis e com base no conhecimento/experiência de cada trabalhador, podendo o fórum contar ainda com supervisores externos, como será visto adiante.

Quanto ao fortalecimento da rede de cuidados, este é um aspecto destacado desde a Política Nacional de Humanização do SUS de 2006, que implica em construir redes solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos (Brasil, 2006). Segundo Onocko Campos e Campos (2007), os objetivos essenciais do trabalho em saúde seriam a própria produção de saúde e também a co-construção da capacidade de reflexão e de ação autônomas dos sujeitos envolvidos nesses processos: trabalhadores, usuários e inclui-se os gestores. Dessa maneira, valoriza-se a construção de diferentes espaços de encontros entre sujeitos, a troca e construção de saberes e o trabalho em rede, com equipe transdisciplinares, características estas encontradas nos encontros dos fóruns distritais de saúde mental.

Ressalte-se ainda, no contexto da operacionalização do Pacto pela Saúde (Brasil, 2006), a configuração das Redes de Atenção à Saúde e sua articulação com o ‘modelo de atenção’. Segundo Silva e Magalhães Jr (2008), o modelo “é uma espécie de paradigma que define o que são necessidades assistenciais, como deve ser organizada a oferta, como se compreende, enfim, o processo saúde/doença e as formas de intervenção” (p.82). No Brasil, o ano de 2011 marca a introdução no SUS do conceito das estratégias das Redes de Atenção à Saúde. No campo da saúde mental, especificamente em relação à Política de Saúde Mental, a Rede de Atenção Psicossocial foi escolhida como uma das prioritárias. A Portaria GM nº 3088, de 23 de dezembro de 2011, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS –, por meio da criação, ampliação e articulação dos pontos de atenção à saúde de pessoas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas e álcool (Brasil, 2012).

É possível apoiar-se nessa definição para construir as redes de cuidado em saúde mental, visando articular mais efetivamente a ação dos profissionais às

necessidades de saúde da população do território. A noção de território, por sua vez, é a de constituir um espaço vivo, que, para além das condições objetivas que oferece, apresenta também dimensões subjetivas decorrentes das relações entre os sujeitos que nele convivem (Sacardo e Gonçalves, 2007). E, sem dúvida, como já apontado anteriormente, os profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF) que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) são os que estão mais próximos desses sujeitos. A APS deve assumir então uma posição estruturante na hierarquização da atenção à saúde e na organização dessas equipes, privilegiando as necessidades de saúde dos usuários de cada área de abrangência dos territórios (Brasil, 2007). E os fóruns facilitam e permitem estes encontros.

Finalmente, o terceiro aspecto a ser considerado é a perspectiva da atuação interdisciplinar, onde os diferentes profissionais alocados nos serviços, com suas diferentes formas de analisar um dado objeto, têm função importante, quando pensamos em ações integrais, que ampliem as perspectivas do cuidado em saúde. Alguns fóruns pela complexidade dos casos às vezes chegam a envolver equipamentos intersetoriais. Considera-se que “a intersetorialidade tem no campo do fazer significação semelhante à interdisciplinaridade no campo do saber” (Mendes, 1996, p. 252). Para Mendes e Akerman (2007), a intersetorialidade não deve ser buscada apenas como um princípio, mas como uma prática concreta a ser estabelecida.

A função dos fóruns se traduz no sentido de fazer avançar uma proposta pouco comum na prática do trabalho em saúde, ou mesmo do trabalho em geral, pois, na prática, o que se percebe é que a maioria dos projetos e programas têm forte conotação disciplinar e setorial, refletindo a contínua divisão social do trabalho e do conhecimento entre as especialidades (Mendes e Akerman, 2007, p.91).

Em suma, os fóruns distritais de saúde mental têm suas diretrizes gerais orientadas a partir dos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica, seguindo um modelo de atenção em saúde mental em congruência com as disposições destes dois movimentos ordenadores. Tais práticas, como já apontado, são ainda coerentes com

as recentes perspectivas da política de saúde mental, a qual salienta a perspectiva intersetorial para o campo, reafirmada ainda no próprio tema da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersectorial de 2010 (Brasil, 2010).

CAPÍTULO 5. A PESQUISA

5.1. Objetivo Geral

Considerando os princípios da Política Pública para a área de saúde mental, esta investigação pretendeu analisar o papel dos fóruns colegiados da rede de saúde mental de Campinas na formulação do modelo de atenção e implementação das práticas de cuidado ao usuário.

5.2. Objetivos Específicos

- 1) Identificar e caracterizar os fóruns colegiados da rede de saúde mental nos cinco distritos de saúde de Campinas;
- 2) Resgatar a trajetória do fórum colegiado da saúde mental de cada distrito de saúde;
- 3) Analisar como as proposições dos fóruns colegiados de saúde mental são institucionalizados no cotidiano de trabalho.

5.3. Referencial Teórico- Metodológico

Para desenvolver esta temática o referencial teórico escolhido para tratar de maneira adequada e coerente os objetos do estudo, foi o da **Análise Institucional**. Segundo L'Abbate (2012), a análise institucional nasceu da articulação entre intervenção e pesquisa, entre teoria e prática:

(...) a Análise Institucional tem por objetivo compreender uma determinada realidade social e organizacional, a partir dos discursos e práticas dos seus sujeitos. Para tanto, tendo por base um conceito dialético de instituição, a Análise Institucional utiliza-se de um método constituído de um conjunto articulado de conceitos, dentre os quais os mais relevantes são os de encomenda e demanda, transversalidade, analisador e implicação (p. 198).

Enquanto metodologia, a Análise Institucional delinea um caminho pertinente para a compreensão dos materiais deste estudo e, quando o material empírico da análise é constituído por documentos, observações e entrevistas, a estratégia é denominada, ‘análise de papel’, pois:

Nesse caso, há um profissional que assume o papel de perito que fornece um diagnóstico, elucidando problemas da organização. No caso de trabalho acadêmico, um estudioso que realiza uma análise de cunho teórico sobre uma determinada organização (L’Abbate, 2012, p.198).

Lourau (1975) expressa-se sobre a situação analítica da seguinte maneira:

A análise institucional engloba atualmente, de um lado, um método de conhecimento, situado junto da análise funcional, estrutural, estruturo-funcional, e também junto de diversos modos de análise econômica, política, etc., e de outro, mais especificamente, em modo de análise em situação que se aproxima mais da clínica psicanalítica. No primeiro caso temos de nos haver com a análise no papel, que se inspira mais ou menos diretamente de intervenções e pesquisas no terreno. No segundo, trata-se da intervenção institucional analisada como tal (p.266).

Segundo o autor, a ‘análise de papel’ pode contribuir com materiais, favorecendo o enfoque ativo da situação, ajudando a elucidá-la teoricamente e sugerindo novos modos de avaliação e critérios de validade. Contudo, ele alerta para uma desvantagem a ser observada, a de colocar pesquisador na situação ao mesmo tempo confortável e exilada de um ‘sábio’ ou ‘perito’.

Atentando-se para estas questões, nesta dissertação, realizou-se a ‘análise de papel’, mediante os registros das atas dos fóruns – quando estas existiam e puderam ser disponibilizadas -, as observações da pesquisadora, as entrevistas realizadas com os apoiadores da saúde mental e o diário de pesquisa que auxiliou no cuidado com a análise das implicações da pesquisadora.

5.3.1. *Alguns conceitos da Análise Institucional*

Alguns conceitos da Análise Institucional foram tomados como subsídios teórico-metodológicos, no sentido da compreensão, da análise e da reflexão dos objetos de estudo.

5.3.1.1. *O conceito de Instituição*

Em sua obra, *Análise Institucional*, Lourau (1975) define o conceito de instituição, como sendo:

Uma norma universal, ou considerada como tal, quer se trate do casamento ou da educação, quer da medicina, do trabalho assalariado, do lucro, do crédito chama-se instituição. (...) O fato de fundar uma família, o ato do casamento, ou ainda o fato de fundar uma associação, de iniciar um negócio, de criar uma empresa, um tipo de ensino, um estabelecimento de socorros são fenômenos que recebem também o nome de instituição. (...) Enfim, formas sociais visíveis, porquanto dotadas de uma organização jurídica e/ou material, por exemplo, uma empresa, uma escola, um hospital, o sistema industrial, o sistema escolar, o sistema hospitalar de um país são chamados de instituições. Na linguagem corrente, empregam-se sobretudo os termos instituição escolar ou instituição religiosa. Nos demais casos, talvez se prefira falar de organização, organismo, administração, sociedade, firma ou associação (p. 9).

Longe de ser univalente, o termo 'instituição' pode ser tomado em vários sentidos, o que demonstra a densidade dos estudos de autores que se propuseram a estudá-lo. O pensamento de Lourau acerca das instituições situa-se no entrecruzamento de várias correntes das teorias institucionais: a filosofia do direito, o marxismo, a sociologia, a psicanálise e a psicossociologia (Lourau, 1975; Hess, 2007).

Para Lourau, *instituição* é um conceito polissêmico, equívoco [equivocado] e problemático. Ele varia de sentido na dependência da disciplina que dele trate, podendo significar realidades diferentes em diferentes teorias, podendo designar tanto formas sociais estabelecidas quanto processos por meio dos quais a sociedade se organiza (Moura, 2003, p.33, itálico do autor).

Lourau (1975) utiliza-se do modelo da dialética de Hegel para compreender os três momentos do conceito de instituição: o instituído, o instituinte e a institucionalização, onde este último seria *o vir a ser*. Sendo assim, para este autor, há o momento da *universalidade*, que é o da unidade positiva do conceito, onde este é verdadeiro no plano abstrato; há o momento da *particularidade* que exprime a negação do momento precedente, deixando assim de ser verdade plena desde que se encarna, se aplica em condições particulares, circunstanciais; e, o momento da *singularidade*, sendo o momento da ação da negatividade sobre a unidade positiva da norma universal, passando pela mediação de formas sociais singulares, de modo de organização mais ou menos adaptados a uma delas ou a funções. Este terceiro momento, o da singularidade hegeliana, que permite que a contradição seja rearticulada e até superada, é a *institucionalização*.

Ao refazer a leitura da dialética de Hegel, articulada a contribuições de Castoriadis, no sentido de conceituar de forma dinâmica instituição aplicando-as, com pleno funcionamento, no nível da instituição, Lourau concretiza sua maior contribuição. Funda a análise institucional, lançando as bases teóricas dos conceitos que Lapassade utilizou quando da criação da socioanálise, estabelecendo as ‘regras’ e/ou princípios desse tipo de intervenção, quais sejam, encomenda e demanda, auto-gestão, o ‘tudo-dizer’, a elucidação da transversalidade, a análise das implicações, a elucidação dos analisadores (Lourau, 1975; Hess e Savoye, 1993; Hess, 2007; L’Abbate, 2012).

Neste estudo, compreende-se que os fóruns de saúde mental têm, provavelmente, um caráter instituinte no processo de construção do modelo de saúde mental em Campinas, buscando a construção de um outro “vir a ser” no sentido de

atualizar as práticas cotidianas de saúde mental, num novo processo de institucionalização.

5.3.1.2. *Implicação*

Para elucidar o conceito de implicação, Lourau (1975, 1981, 2004b, 2004c e 2004d) parte da premissa de que não existe neutralidade na relação que cada um de nós estabelece com seu objeto de pesquisa e seu campo epistemológico, seu objeto de intervenção e de trabalho, assim como com a sociedade onde vivemos. Ao contrário, na realização de todas as atividades nas quais nos inserimos, estamos implicados dos pontos de vista afetivo, profissional, social, político, ideológico e ético.

Acrescenta-se a esta idéia, o que Lourau descreve em sua obra *O Lapsos dos Intelectuais* (1981)

(...) chamo de implicação ao conjunto de relações que o intelectual recusa, conscientemente ou não de analisar na sua prática, quer se trate de relações com seus objetos de estudo, com a instituição cultural, com seu meio familiar, bem como a outras dimensões, como o dinheiro, o poder, a libido, e em geral com a sociedade da qual ele faz parte (p.24).

Considera-se que não poderia ser diferente com os apoiadores, sujeitos desta investigação, com profissionais dos serviços de saúde e também com a pesquisadora, uma vez que, em sua trajetória constitui-se como trabalhadora da saúde mental na atenção básica e participante dos fóruns. Assim, para a análise da implicação contou-se com o diário de pesquisa como instrumento de registro.

5.3.1.3. *Analizador*

O conceito de analisador foi elaborado por Guattari (1987) no âmbito da psicoterapia institucional, no sentido de descrever acontecimentos ou fenômenos

reveladores e, ao mesmo tempo, catalisadores de certos aspectos não revelados de imediato pela instituição. Para Lourau (1975; 2004) são produtos de uma situação que, ao mesmo tempo, age sobre ela. Ou seja, questiona-se de que forma certas atividades, ao serem desenvolvidas, revelam aspectos que permaneciam ocultos ou latentes, sobretudo aqueles que dizem respeito às relações de poder e de hierarquia entre os vários sujeitos, (L'Abbate, 2004, 2004a; 2012).

Para Lourau (1975), o analisador é algo “que permite revelar a estrutura da organização, *provocá-la, forçá-la a falar*” (p. 284, itálico do autor). E, acentua ainda, que os analisadores constituem acontecimentos que permitem “fazer surgir, com mais força, uma análise, que fazem aparecer, de um só golpe, a instituição invisível” (Lourau, 1993, p. 35)

Segundo L'Abbate (2004a):

De forma geral o efeito do analisador é sempre o de revelar algo que permanecia escondido, de desorganizar o que estava, de certa forma organizado, de dar um sentido diferente a fatos já conhecidos. Isto vale tanto para as análises de fenômenos sociais mais amplos como para as análises construídas a partir de processos de intervenção com grupos mais restritos (p. 82).

Com respeito à natureza do analisador, o analisador social pode ser assimilado à um analisador natural, ele é imprevisível e surge espontaneamente nas situações de crise. O analisador construído, ou dispositivo socioanalítico, se o opomos ao analisador social, pode ser qualificado de analisador artificial (Lapassade *apud* Guillier, 1996, p. 16). São os analisadores sociais que, nos períodos quentes da história, fazem aparecer, na confrontação do instituinte com o instituído, as forças que trabalham o social. São estes que após um estudo institucional, permitem compreender as formas sociais nas quais a sociedade buscou seu desenvolvimento (Guillier, 1996). Nesse estudo, por tratar-se de análise de papel, buscou-se identificar os analisadores naturais, a partir dos eventos que surgem e podem ter um ‘efeito analisador’.

5.3.1.4. *Transversalidade*

Este conceito desenvolvido por Guattari, no âmbito da psicoterapia institucional e considerado por Lourau como um dos mais importantes da Análise institucional (Lourau, 1975; L'Abbate, 2012), diz respeito aos múltiplos vínculos que todos os que pertencem a determinado grupo possuem com as mais diversas organizações e situações.

Em sua análise, Guattari (1987) elabora a idéia segundo a qual, cada grupo comporta movimentos opostos e/ou complementares, ora no sentido de uma *verticalidade*, configurando uma hierarquia rígida e fixa de papéis, como numa pirâmide, ora no de uma e *horizontalidade* referida às vinculações mais informais, nas quais “as pessoas se ajeitam como podem” (p.95-96).

Quanto mais as pessoas de determinado grupo identificam estes diferentes pertencimentos, maior é o seu *coeficiente de transversalidade*, o que lhe permitirá tornar-se mais *sujeito*; ao contrário quanto menor esta percepção, mais o grupo tem possibilidade de tornar-se *sujeitado* (id, p.96). Assim, “o grupo sujeito enuncia alguma coisa, enquanto que do grupo sujeitoado se diria que ‘sua causa é ouvida’.” (id, p. 92). O grupo sujeitoado possui uma estrutura rígida e hierarquizada, feita para impedir qualquer corte criativo, para “assegurar os mecanismos de autoconservação fundados sobre a exclusão dos outros grupos; seu centralismo opera por estruturação, totalização, unificação (..)” (id, p.104/5, itálicos do autor).

Dessa maneira, estes vários pertencimentos ou vínculos institucionais dos sujeitos participantes das atividades interferem na sua forma de atuar o que, muitas vezes, contribuem para um tipo de cegueira institucional, que impede os grupos de construir e negociarem sua autonomia. Esclarecer o ‘coeficiente de transversalidade’, é de acordo com Guattari (1987), a condição do grupo sujeitoado tornar-se grupo sujeito e seu próprio objeto de busca. Para Lourau (1975), “na prática do grupo sujeito, a transversalidade é o fundamento da ação instituinte dos grupamentos” (p. 270).

É importante assinalar que, segundo o mesmo autor, grupo sujeito e grupo sujeitado não são instâncias polares: um mesmo grupo pode passar de um ‘estado’ de grupo sujeito, autônomo, para um ‘estado’ de grupo sujeitado, portanto heterônomo. Os conceitos de grupo sujeito e grupo sujeitado são de grande relevância para essa investigação.

5.3.2. Instrumentos de Pesquisa

Considerando a perspectiva teórico-metodológica apresentada, de acordo com L’Abbate (2005), o referencial da Análise Institucional é de natureza eminentemente qualitativa. Para Minayo (2006) esta abordagem é importante para:

(...) a) compreender os valores culturais e as representações de determinado grupo sobre temas específicos; b) para compreender as relações que se dão entre atores sociais tanto no âmbito das instituições como dos movimentos sociais; c) para avaliação das políticas públicas e sociais tanto do ponto de vista de sua formulação, aplicação técnica, como dos usuários a quem se destina (p.134).

Tomando por base estes referenciais, apresentamos, a seguir, os instrumentos de pesquisa utilizados neste estudo.

5.3.2.1. Análise documental

O material da análise documental foi composto pelas atas de algumas reuniões de um dos cinco distritos de saúde, realizadas no período de 2005 a 2008, pela apoiadora institucional de saúde mental do período, sendo este o único registro institucional e sistemático dos fóruns de saúde mental encontrados. Além destes, a única referência a registros provém das oficinas de matriciamento em saúde mental que aconteciam em um dos distritos, antes destes se constituírem como fóruns.

Dos fóruns distritais de saúde mental há relatos de anotações dos apoiadores e participantes, entretanto, não perfazem a sistemática de pauta e não são considerados registros das reuniões, e sim anotações de cunho pessoal. Este último fator configurou-se um obstáculo ao acesso a registros dos encontros.

Outro material importante foi constituído pelas notícias dos veículos de informações regionais e institucionais, como por exemplo, jornais locais e páginas da internet do Conselho Municipal de Saúde e do próprio setor de Comunicação Social da SMS. Tais materiais auxiliaram a contextualizar as situações políticas e as repercussões sociais dos eventos que o setor saúde de Campinas vivenciou no decorrer dos anos desta investigação (2011 e 2012).

5.3.2.2. Observação

A observação, na Antropologia é tratada como uma forma complementar de compreensão da realidade empírica e existe a necessidade de o pesquisador relativizar seu espaço social, aprendendo a se pôr no lugar do outro. No trabalho qualitativo, a proximidade com os interlocutores, longe de ser inconveniente, é uma virtude (Minayo, 2006). O trabalho considerado clássico sobre a pesquisa de campo antropológica foi a obra de Malinowski, produzida em 1922, 'Os Argonautas do Pacífico'. Recentemente, segundo Haguette (2007), a expressão 'trabalho de campo' passou a incluir não somente a observação participante, mas a entrevista, a história de vida e, às vezes, todo o processo metodológico de um estudo empírico.

Há várias linhas de pensamento sobre o assunto e sua contribuição para o processo de pesquisa, porém não é o objetivo deste estudo aprofundar este assunto. Trata-se de considerar que, enquanto método, técnica, recurso, a observação foi relevante no sentido de colocar a pesquisadora em contato com espaços coletivos e poder perceber as diferentes maneiras de funcionar destes, contribuindo para a construção compreensiva de cada fórum, a partir da perspectiva observada.

Foram realizadas observações de todos os fóruns colegiados da saúde mental de cada um dos cinco distritos de saúde, perfazendo seis observações, uma vez que um dos distritos se subdivide em dois, por motivo da sua extensão territorial e complexidade social. Nestes encontros com os trabalhadores dos fóruns, eles foram informados do estudo e seus objetivos.

Cada observação foi registrada em um diário de pesquisa, juntamente com as impressões da pesquisadora sobre o espaço. O diário não constituiu um instrumento de registro descritivo da reunião, ao contrário, os registros descrevem a dinâmica dos fóruns e misturam-se com a percepção da pesquisadora, tomada a partir de sua experiência anterior com um dos fóruns, do qual participava enquanto trabalhadora de saúde mental. Por tais motivos, as observações e os registros do diário, foram analisados a partir da perspectiva da análise das implicações, utilizando-se o referencial da análise institucional.

5.3.2.3. A Entrevista

Para Minayo (2006) a entrevista é uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa. Neste estudo, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, que combinam perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação.

De acordo com a orientação de Haguette (2007), as informações devem ser obtidas por meio de um roteiro de entrevista, constando de uma lista de pontos ou tópicos previamente estabelecidos de acordo com a problemática central do estudo. Ainda, segundo tal autora, temos que reconhecer que estamos recebendo meramente o retrato que o informante tem de seu mundo, cabendo ao pesquisador avaliar o grau de correspondência das afirmações com a ‘realidade objetiva’.

O roteiro de entrevista semi-estruturado utilizado nas entrevistas desse estudo encontra-se no Anexo 2. Gostaria de observar que, na quinta questão do roteiro é sugerido que os entrevistados desenhem a inserção dos fóruns colegiados de saúde mental na configuração dos espaços coletivos que o distrito possui. Contudo, como os relatos das entrevistas contemplaram os objetivos dessa questão, os diagramas construídos não foram apresentados no corpo desse estudo, sendo somente comentados na medida em que se apresentaram relevantes.

5.3.2.4. Os Sujeitos da Pesquisa

Os participantes da pesquisa, todos voluntários, foram os apoiadores institucionais da saúde mental dos cinco distritos de saúde de Campinas. Em geral, há um dupla de apoiadores da saúde mental em cada distrito, de maneira que, foram eleitos como participantes, dentre estes, aquele que estava há mais tempo na função. Foram realizadas com estes sujeitos seis entrevistas semi-estruturadas. Apesar de serem cinco os distritos de saúde, por motivo de um dos distritos se subdividir, como já explicitado, os dois apoiadores conduzem fóruns de saúde mental em cada subdivisão territorial com os equipamentos adscritos, por isso foi necessário entrevistar os dois apoiadores.

5.3.2.5. O Diário de Pesquisa

O diário é uma prática de pesquisa utilizada em etnografias e pesquisas de campo de longa data. Em seu estudo Pezzato (2009) explora os diferentes tipos de diários e sua aplicação em pesquisa, assim como outros pesquisadores do grupo de estudos ‘Análise Institucional e Saúde Coletiva’ (DSC/Unicamp), dentro os quais Jesus (2012), que também utilizou este recurso metodológico.

Em artigo sobre o uso dos diários, Pezzato & L’Abbate (2011) informam que, “para Lourau (2004), o diário de pesquisa seria a narrativa do pesquisador em seu

contexto histórico-social, um pesquisador implicado com e na pesquisa, e que reflete sobre e com sua atividade de diarista” (p.1302).

Dessa maneira, tais autoras afirmam que essa restituição escrita propõe um “tipo de reflexão própria do escrever”, o que possibilita desnaturalizar a “neutralidade” do pesquisador, expondo suas experiências vividas no cotidiano, deparando-se com as fragilidades institucionais concretas (p.79). Para melhor explicitar este aspecto, Pezzato (2009) cita um trecho onde Lourau, em sua palestra na UERJ (Lourau,1993) acredita que, o diário de pesquisa, assim como

outros dispositivos inventados ou a inventar, possa auxiliar a produzir outro tipo de intelectual: não mais o orgânico (...), de Gramsci; nem o engajado, de Sartre (...); mas o implicado (cujo projeto político inclui transformar a si e a seu lugar social, a partir de estratégias de coletivização das experiências e análises). Talvez, se pudermos tornar tais estratégias cada vez mais populares, possamos sentir um pouco os resultados dessa utopia (p.85).

Um dos diários utilizados no estudo de Pezzato (2009) foi o Diário de Pesquisa, que a autora refere como o registro de suas impressões durante a pesquisa, suas visitas, suas implicações profissionais-sociais-culturais-políticas-libidinais. Segundo a autora, para Lourau (1993) “tal técnica não se refere especificamente à pesquisa, mas ao ato de pesquisar” (p.51).

É desta maneira, que utilizei o Diário de Pesquisa para a análise de minha implicação com o objeto de estudo e os sujeitos participantes da pesquisa. Portanto, o material das entrevistas foi complementado pelo diário de pesquisa, desenvolvido pela pesquisadora de maneira não-linear, ou seja, os registros não seguem uma cronologia sistemática. Foram realizados registros das observações, pós-observações, pós-entrevistas e de alguns momentos políticos (reuniões colegiadas) vividas pela pesquisadora.

***CAPÍTULO 6. OS FÓRUNS DISTRITAIS DE SAÚDE MENTAL:
CARACTERIZAÇÃO***

Neste capítulo, apresenta-se uma caracterização geral dos fóruns distritais e alguns aspectos importantes são analisados.

A denominação desses espaços coletivos como “fóruns colegiados” é de minha autoria, dado a variedade de temas abordados e aos participantes de diferentes inserções na saúde: apoiadores institucionais, gestores locais, trabalhadores - dos CAPS, das equipes de saúde mental da atenção básica, dos CS's, dos Centros de Convivência - estagiários, aprimorandos, docentes e acadêmicos da Unicamp etc. Ressalte-se, entre os trabalhadores, a participação de atores não diretamente ligados à saúde mental, como enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e, às vezes, além dos trabalhadores da saúde, tem-se a participação de atores de outras áreas, como da educação e da assistência social.

Os serviços de referência da rede de atenção à saúde mental e convidados a participar, são ainda, o SADA (Serviço de Atenção à Dificuldade de Aprendizagem) e os Centros de Convivência, além de outros equipamentos não vinculados à saúde, a depender do tema proposto ou do caso a ser discutido, por exemplo, Conselho Tutelar, Vara da Infância e Adolescência, abrigos da assistência social etc.

Nos fóruns todos esses profissionais têm livre acesso à palavra e podem coletivamente planejar e intervir nas propostas de ações no campo da saúde mental de seus territórios.

Tais grupos estão sendo considerados enquanto espaços coletivos, constituindo segundo o entendimento de Campos (2003), como suporte para a construção de lugares e de tempos, por meio dos quais as equipes, de fato, possam interferir nos sistemas produtivos, no caso, a própria produção de práticas em saúde mental.

Para este autor, a alienação real dos trabalhadores é a separação concreta e cotidiana dos produtores da gestão dos meios de produção e do resultado de seu próprio trabalho. Esta alienação impede ganhos de autonomia aos sujeitos e dificulta sua construção como seres com vontade e potência para exercer a co-gestão dos processos de trabalho.

Nesse fenômeno, agregam-se experiências diversificadas, profissionais com formações, opiniões e perspectivas diferenciadas, as quais dão amplitude ao campo de ação e à potência destes espaços. Tais fatores vão se congregando, em especial, norteados pela perspectiva da construção de um cuidado em saúde mental inovador, construído por meio de uma rede de equipamentos e profissionais atentos às necessidades, não reprodutor da lógica segregacionista e manicomial.

Estes grupos aproximam-se da construção de Espaços Coletivos e a constituição de sujeitos com capacidade de análise e de intervenção como estratégia para a democracia institucional, já apontada por Campos (2003):

A democracia é uma reforma social, produto da práxis de Grupos Sujeitos e produtora de Sujeitos. Não há democracia sem a intervenção deliberada de Sujeitos concretos. A democracia é, pois, um produto social. Depende da correlação de forças, do confronto entre movimentos sociais e poderes instituídos. Depende da capacidade social de se construírem espaços de poder compartilhado: rodas. A existência desses espaços é um sinal de democracia. A democracia é, portanto, a possibilidade do exercício do Poder: ter acesso a informações, tomar parte em discussões e na tomada de decisões. A democracia é, ao mesmo tempo, uma construção e uma instituição (p.41, letra maiúscula do autor).

Várias decisões e pactuações de projetos em saúde mental nos distritos contam com estes espaços para serem firmados. Dessa maneira, podemos dizer que, segundo Campos (2003), um sistema de co-gestão depende da construção ampliada de ‘capacidade de direção’ entre o conjunto de pessoas de um coletivo, sendo esta a habilidade e a potência de compor consensos, alianças e implementar projetos. Inspirado em Gramsci, afirma Campos “Trabalhar os Sujeitos e as Instituições. Um movimento interferindo e modificando o outro. Todo o tempo.” (p.44, letra maiúscula do autor).

Esta citação remete, especialmente, ao movimento que se pretende explorar neste estudo. Trata-se de espaços coletivos, onde os participantes podem realmente se colocar como sujeitos de suas ações e construir seus saberes em torno dos

projetos para a saúde mental, micro e macropoliticamente, modificando as instituições. Daí, também o conceito de transversalidade, já referido e que será mais explorado adiante.

Trata-se de espaços políticos às vezes mais, às vezes menos politizados, mas espaços políticos, definitivamente. Cumprem este papel político na construção do modelo de atenção em saúde mental em Campinas e no fortalecimento da rede de cuidados em saúde, de maneira ampliada.

Busca-se a construção da capacidade de instituir compromissos, tomando a assunção de compromissos e a autonomia do sujeito como uma relação dialética, uma relação indissociável do modo como se opera a relação entre democracia e instituição. E, ainda, sem que com este movimento se perdesse a capacidade de atender às necessidades sociais (Campos, 2003, p. 44).

Com o intuito de preservar o sigilo sobre a identidade de cada fórum, foi escolhida a designação das nomenclaturas por meio de letras, de A à E, identificando os distritos. A designação foi realizada por meio de sorteio, realizado pela pesquisadora e sua orientadora, duplamente cego, de maneira a ser preservada a aleatoriedade. Tanto porque, trata-se de estudo descritivo e não comparativo, não sendo intenção deste estudo, em qualquer hipótese, trazer qualquer informação para comparabilidade.

O cenário construído nesta pesquisa sobre os fóruns da rede de saúde mental de cada distrito possibilitou a elaboração de um mapa, contendo a descrição dos objetivos, os participantes e a frequência dos encontros. Este mapa se configura no quadro a seguir:

Quadro 1 – Caracterização dos Fóruns Colegiados da Saúde Mental por Distrito de Saúde

Distrito	Objetivos	Supervisão	Participantes	Frequência
Distrito A	Discussão de casos por eixos* territoriais (I,II,III)	Possui supervisão externa – com foco para a construção de rede de cuidados	Centros de Saúde com representações das ESF e das equipes de Apoio Matricial da Saúde Mental; CAPS; Equipe de Apoio distrital, serviços de referência** e gestores dos serviços participantes	Mensal
	Pactuação de projetos para a saúde mental do distrito; Discussão de diretrizes da saúde mental e das políticas públicas para a área; Troca de conhecimentos e compartilhamento de experiências territoriais;	Não possui supervisão externa		
Distrito B	Discussão de casos	Não possui supervisão externa	Centros de Saúde com representações das ESF e das equipes de Apoio Matricial da Saúde Mental; CAPS e Equipe Apoio distrital e Serviços de Referência – SADA	Mensal
	Discussão de casos – pactuação de projetos em rede	Possui supervisão externa – pactuação de projetos em rede		
Distrito C	Pactuação de projetos para a saúde mental do distrito.	Possui supervisão externa	Centros de Saúde com representações das ESF e das equipes de Apoio Matricial da Saúde Mental; Serviços de Referência – SADA; CAPS e Equipe Apoio distrital	Mensal
Distrito D	Discussão de casos com supervisão externa; Pactuação de projetos para a saúde mental do distrito	Possui supervisão externa	Centros de Saúde com representações das ESF e das equipes de Apoio Matricial da Saúde Mental; CAPS; Serviços de Referência e Equipe Apoio distrital	Mensal
Distrito E	Construção de rede, compartilhamento de casos, pautas (exemplo internações psiquiátricas), criar redes solidárias para assistência em saúde mental	Não possui supervisão externa	Centros de Saúde com das equipes de Apoio Matricial da Saúde Mental; Serviços de Referência – SADA (Serviço de Apoio à Dificuldade de Aprendizagem); CAPS e Equipe Apoio distrital	Mensal
	Reuniões por micro-áreas* (micro-áreas 1, 2 e 3)	Não possui supervisão externa		

* Eixos territoriais ou micro-áreas são denominações utilizadas como sinônimos pelos apoiadores e pelos profissionais para designar a sub-divisão do território de abrangência dos serviços. Nas entrevistas aparecem termos como supervisão de eixo ou micro, referindo-se à essas denominações.

** Os serviços de referência incluem os Centros de Convivência e Cooperativas, Casa de Cultura, Casa das Oficinas, dentre outros equipamentos sociais, sejam eles da saúde ou de outra área.

Fonte: Informações fornecidas diretamente à pesquisadora pelos profissionais e apoiadores dos distritos de saúde de Campinas. Campinas, jan e fev/2012.

A partir deste quadro, temos uma idéia geral da composição dos fóruns nos cinco distritos de saúde e suas particularidades. Cabe destacar que os objetivos de todos os fóruns passam pela questão da pactuação dos projetos de saúde mental na perspectiva da construção de redes de cuidado, seja a partir da discussão de casos ou não. Dessa mesma maneira, a frequência e a participação não diferem nos cinco distritos, em sua maior parte. É importante considerar que, alguns fóruns possuem supervisão externa e outros não.

A supervisão clínico-institucional é considerada pelo Ministério da Saúde uma estratégia de educação permanente no campo da saúde mental. A supervisão em saúde mental em Campinas acontece junto aos CAPS, com este caráter clínico-institucional, ou seja, tanto para discussão de casos clínicos quanto na perspectiva de análise da própria equipe e de suas ações institucionais frente aos processos de trabalho e o modelo de saúde proposto (Atenção Psicossocial). Já a supervisão externa dos fóruns tem sido pactuada junto aos distritos a fim de apoiar os processos de construção do cuidado em saúde mental a partir da rede de equipamentos territoriais. Assim, mesmo sendo a partir da discussão de casos, o objetivo da supervisão é articular e alinhar os equipamentos sociais envolvidos, com vistas à consolidação da rede de cuidados, dos papéis institucionais e das responsabilizações.

Estes supervisores são profissionais ligados à área de saúde mental e que têm conhecimento da rede de saúde mental de Campinas, sendo indicados pelo próprio grupo dos fóruns, ou mesmo pelos apoiadores institucionais em saúde mental. Alguns fóruns escolheram, coletivamente, que não queriam nesse momento a supervisão externa, por isso não possuem supervisores.

Desde 2006, o Ministério da Saúde tem investido e fortalecido a prática da supervisão clínico-institucional em saúde mental, com objetivo de promover espaços de trocas de saberes e experiências, que favoreçam a construção de novos conhecimentos e fortaleça a articulação entre os princípios e diretrizes da saúde mental e as suas práticas no território.

Para tanto, coloca-se como fatores importantes neste processo, o envolvimento de atores intrasetoriais, intersetoriais, bem como da comunidade, no intuito de ampliar e diversificar os recursos para o cuidado em saúde, promovendo a circulação dos usuários nas diversas redes de atenção. Para o Ministério da Saúde, este modo de operar o cuidado, potencializa as condições dos usuários para a construção da autonomia e o exercício da cidadania (Brasil, 2012).

Apesar de alinhada com a política de saúde mental do MS, as supervisões externas dos fóruns não têm esta relação institucional. Ao contrário, como esclarecido anteriormente, trata-se de uma prática operada pelos distritos junto à SMS ou ao convênio SSCF para potencializar as pactuações de projetos e o fortalecimento da rede de saúde mental.

6.1 Dos registros dos fóruns

Dos cinco distritos de saúde, apenas um possuía registro sistemático dos fóruns em atas. Contudo, estes registros não são encontrados para a totalidade dos encontros, ao contrário, existem somente por um breve e determinado período da história deste fórum. As atas acompanham o tempo de permanência de um apoiador institucional de saúde mental, que, enquanto esteve na função, tratou de registrar os encontros. O período registrado em atas perfaz quase três anos, num total de aproximadamente 30 reuniões, que ocorriam com frequência mensal e com duração aproximada de 3h30min cada.

Da análise das atas, extraiu-se um resumo, demonstrado na tabela a seguir. Destacam-se os cinco temas que, com maior frequência, pautavam as reuniões, perfazendo cerca de 60% do total das pautas no período. Na última coluna, são apresentadas as demandas que surgiram a partir das reuniões, seja como tarefa ou eventos.

Tabela 1 – Frequência dos principais temas e suas demandas (Respostas Múltiplas)

TEMAS	FREQUÊNCIA	DEMANDAS
Apoio Matricial	08	Não resultou em outras ações
Trocas de experiências entre os profissionais/ compartilhamento sobre os debates de saúde mental nas unidades	05	Não resultou em outras ações
Participação dos serviços de referência para discussão de temas específicos/discussão de casos	04	1) Realizar levantamento da situação de atendimento de crianças vítimas de violência doméstica nas unidades; 2) Necessidade de capacitação dos profissionais pelo SADA e organização de capacitação específica
Discussão sobre os serviços de referência (SADA, Centros de Convivência, CAPS AD etc)	03	Não resultou em outras ações
Necessidade/organização da força de trabalho em saúde	03	Não resultou em outras ações

Temas relevantes para a estruturação do cotidiano do trabalho em saúde mental, como, por exemplo, as discussões sobre apoio matricial e a troca de conhecimento sobre as experiências nas unidades, embora debatidos diversas vezes, nem sempre resultaram na proposta de outras atividades. Talvez porque tais temas, por referirem-se às práticas diárias dos profissionais, não demandassem, naquele momento, outras ações por parte desse fórum.

Já a participação dos serviços de referência, despertou no fórum o interesse de aprofundar-se em um tema: a violência doméstica. Assim, destaca-se como produto das reuniões deste distrito, a realização em novembro de 2007 do “I

Seminário Municipal sobre Violência Doméstica Contra Crianças e Adolescentes”. Esta ação teve como base os dados levantados nas reuniões sobre tal tema e a necessidade apontada pelos profissionais de explorar e aprofundar esta temática. Além disso, este evento possibilitou o mapeamento da rede de equipamentos sociais envolvidos com esta temática no município e suas ações.

O tema que envolve a discussão dos serviços de referência fez parte de um momento das reuniões de alinhar os papéis desses equipamentos na rede de cuidados. Entretanto, não foram geradas demandas externas ao fórum a partir dessas discussões. O tema da organização da força de trabalho em saúde tem a ver com a necessidade de ampliação de equipes de saúde mental para a atenção básica e organização de suas referências, ou seja, da estruturação destes recursos no distrito.

Constatou-se que os temas das reuniões não seguem uma continuidade, sendo discutidos e retomados em momentos distintos. Ao todo, há uma variedade de temas produzidos e destaca-se o fato de a presença dos participantes ter se mantido praticamente constante em todos estes encontros, com os mesmos representantes nas reuniões. Este fato, acreditamos, revela que os profissionais se comprometeram com as reuniões e que os temas tratados eram do seu interesse.

De modo particular, verifica-se que o tema mais freqüentemente abordado nas reuniões é o do *apoio matricial*. Este dado vem justamente demonstrar o papel assumido pelo fórum na construção da organização do trabalho na saúde mental, bem como de suas práticas nas equipes das unidades de saúde. Reforça ainda, a necessidade do fórum de analisar as questões norteadoras desta prática.

Primeiramente, considera-se que discutir esta questão relaciona-se à concepção de saúde adotada pelos participantes desse fórum e seu objeto, ou seja, os próprios sujeitos do cuidado. E, para ser coerente com essa diretriz, deve-se buscar a co-construção de autonomia, tanto para os usuários quanto para os profissionais; há que se proceder a uma ampla reorganização da clínica e da saúde coletiva, e, em decorrência, dos modelos de gestão e atenção (Onocko Campos e Campos, 2007).

Ainda que se possam tecer inúmeras críticas ao modelo da clínica tradicional, não se pode descartar sua capacidade de evitar e aliviar a dor e o sofrimento, ao curar e reabilitar, prolongando a vida das pessoas. Entretanto, trata-se de ultrapassar os limites deste modelo, no intuito de qualificar a intervenção sobre o sofrimento e a doença, valorizando o encontro trabalhador/usuário como um espaço de produção de relações (Carvalho e Cunha, 2006).

Segundo Onocko Campos e Campos (2007), os objetivos essenciais do trabalho em saúde, seriam, portanto, a própria produção de saúde e também a co-construção de capacidade de reflexão e de ação autônomas para os sujeitos envolvidos nesses processos, os trabalhadores e usuários.

Mas, contrariamente à impessoalização dos encaminhamentos e a subsequente desresponsabilização pelos casos, propõe-se a articulação entre equipe de referência e apoiador matricial para a construção conjunta e personalizada do fluxo inter-institucional dos usuários. Por isso, o apoio matricial é um arranjo que depende, fundamentalmente, de espaços coletivos e horizontalizados de discussão e deliberação para se efetivar, bem como dos contatos entre os profissionais envolvidos.

E, é justamente no fortalecimento de tais contatos com os equipamentos de referência do distrito, mas também pela possibilidade de dialogar com estes e de trocar conhecimento sobre as diferentes experiências de práticas de saúde mental e de apoio matricial às equipes de referência que os fóruns se colocam. Evidenciando-se este fato, o segundo tema mais discutido nas reuniões é justamente a troca de experiências entre as unidades.

Este momento de troca é proposto, sobretudo, no compartilhamento de estratégias de trabalho junto às equipes e seus modos de produção cotidiana, pois é possível a dificuldade de ‘convencer’ as equipes de referência a apropriar-se dos casos de saúde mental ou, inversamente, a própria equipe da mental permear e ser permeada pelos profissionais das ESF (por exemplo, participação da mental em

grupos de hipertensos e diabéticos e, em contrapartida, de enfermeiros em grupos de psicóticos ou de pessoas que cometeram tentativa de suicídio).

Nesse sentido, as trocas de experiências relatadas contribuem para o apontamento que Campos (2003) faz sobre a co-gestão de coletivos, como sendo um caminho a trilhar, para diminuir o coeficiente de alienação do trabalho.

Por conseguinte, estes dois temas mais frequentemente abordados e sua análise, vêm ao encontro do fortalecimento da rede de cuidados, possibilitando a articulação entre os trabalhadores para atender aos casos e às necessidades de saúde. Da mesma maneira ocorreu com o quarto tema, que são as discussões sobre os serviços de referência, pois é a partir da rede de cuidado que se pode garantir a efetiva atenção integral aos casos acompanhados.

Com respeito à participação dos serviços de referência para a discussão de temas ou casos, terceiro assunto com maior frequência nas pautas, cabe destacar seu papel na perspectiva da intersetorialidade, uma vez que vários atores são convidados a participar, em especial dos equipamentos da assistência social e jurídicos. Segundo Mendes e Akerman (2007), não é apenas a complexidade dos problemas que impõe a necessidade de ações intersetoriais, mas trata-se da busca de “uma unidade do fazer e está associada à vinculação, à reciprocidade e complementariedade na ação humana” (p.91).

***CAPÍTULO 7. A TRAJETÓRIA DE CADA FÓRUM:
CAMINHOS E DESAFIOS***

Esta parte descreve e analisa os aspectos relevantes da trajetória dos fóruns a partir das observações e das entrevistas com os apoiadores. São traçados ainda alguns elementos importantes para delinear os objetivos dos fóruns, sua configuração e composição, além de sua inserção os demais espaços coletivos dos distritos de saúde. Estas análises permitiram ainda identificar como informações discutidas e os desdobramentos dos assuntos debatidos nesse espaço, ressoam, em especial, no cuidado ao usuário e nos processos de trabalho.

7.1. O fórum do Distrito A

O fórum do distrito A ocorre desde 2005 e recentemente dividiu-se em eixos territoriais com supervisão externa. No momento de minha observação deste fórum, a principal percepção que tive foi de uma boa coesão entre os participantes, além de uma abertura particular para manifestação das opiniões. Alguns dos profissionais estão no fórum desde o seu início, e, em observação, demonstraram uma postura crítica bem marcante e envolvimento político notável, participando de manifestações junto aos trabalhadores do Cândido Ferreira⁵.

7.1.2. A Entrevista com o apoiador⁶

O apoiador entrevistado encontra-se desde 2005 nessa função e nesse distrito. Essa entrevista foi realizada em setembro de 2011 e a seguir, são transcritos e analisados os trechos mais significativos.

⁵ Conforme apontado anteriormente, com a crise política da PMC constituíram-se alguns movimentos sociais, assim vários trabalhadores do SSCF se uniram em várias manifestações públicas para defender os direitos dos trabalhadores de saúde do convênio Cândido.

⁶ Embora existam homens e mulheres na função de apoiadores institucionais de saúde mental, optei por utilizar o termo sempre no masculino.

O início

Este fórum do distrito A teve seu início em 2005, em um contexto peculiar e gerador de tensão que era a falta de profissionais da saúde mental. Segundo o apoiador, tudo começou

com algumas reuniões para congregar os trabalhadores da saúde mental, que eram poucos, diga-se de passagem (...) (Apoiador - Distrito A).

O contexto que o apoiador resgata era que havia no distrito, naquele momento, uma questão a se explorar na saúde mental: a estruturação do novo CAPS III. Até então, havia somente um CAPS III e as unidades apontavam a necessidade de abertura deste novo equipamento. O relato do apoiador resgata a tensão do momento, pois havia poucos profissionais de saúde mental no distrito e a equipe que realizava o matriciamento em um dos CS's foi compor a equipe do CAPS em questão. O trecho a seguir resgata essa tensão:

Estava bem complicada a questão da estruturação, assim, na verdade, o CAPS III X tinha acabado de ser formado. Esse era um dos problemas na verdade, porque a equipe que era do CS Y foi a equipe que foi compor o CAPS III X. Estava assim um clima complicado entre os coordenadores, os trabalhadores, é uma situação bem delicada (...). [A reunião]⁷ (...) foi uma estratégia de tentar unir as pessoas para pensar então o que é que a gente ia fazer (...)(Apoiador - Distrito A).

O início deste fórum despontou como uma estratégia do apoio distrital em reunir os trabalhadores e gestores a pensar coletivamente os entraves da assistência em saúde mental do distrito A. Assim, de início, um dos objetivos deste fórum no início, foi o de

⁷ O uso dos colchetes nas falas dos apoiadores foram utilizados pela pesquisadora para colocar acréscimos, correções gramaticais ou complementações para o melhor entendimento do contexto relatado.

Juntar as pessoas e ver o que é que cada um estava fazendo (...) como que cada um estava se organizando no processo de trabalho (Apoiador - Distrito A).

Estruturar práticas, organizar os processos de trabalho e reunir aparato teórico para dar substrato aos trabalhadores, revelou-se como um dos focos desse dispositivo coletivo. Este encontro dos profissionais da atenção básica e dos CAPS revela-se como uma ferramenta essencial na construção da atenção compartilhada e mais próxima de um cuidado integral ao usuário.

Com respeito à construção das estratégias de cuidado, o apoio matricial foi um dos temas discutidos nos fóruns colegiados deste distrito,

O matriciamento era aquele fantasma, aquela coisa absurda que uns odiavam e outros amavam, e como tinha um déficit muito grande de RH tinha uma dificuldade para as pessoas entenderem que o matriciamento não era para... ele não ia suprir a falta de profissional, porque havia uma falta dos profissionais da assistência nuclear, mas que a estratégia do Apoio Matricial ia ajudar nas outras questões que iam se agravando cada vez mais... enfim. Ai a agente analisou e foi realizando estas reuniões (Apoiador - Distrito A).

De modo particular, este dado vem justamente demonstrar o papel assumido pelo espaço na construção da organização do trabalho na saúde mental, bem como de suas práticas nas equipes das unidades de saúde. Todavia, sendo esse fórum um espaço tão importante para a estruturação do cuidado em saúde mental, questiona-se: de quem será que partiu esta iniciativa de congregar os equipamentos? Ao dirigir esta questão ao apoiador, obtive a seguinte resposta:

Surgiu do apoio; não houve determinação. Foi uma estratégia do distrito, que a gente pensou de então ir fazendo alguns encontros (Apoiador - Distrito A).

Configura-se assim como uma estratégia da gestão, apoiada e bem recebida pelos trabalhadores

Teve um momento com os coordenadores, onde a gente elencou quais eram os maiores problemas, as dificuldades, estávamos nós [apoiadores e coordenadores], depois acho que logo em seguida eu já marquei com os trabalhadores para compartilhar o quê que os coordenadores estavam sentindo, as dificuldades, e foi um pouco isso assim que foi começando, dessa forma, para juntar as pessoas e pensar (...) (Apoiador - Distrito A).

Com respeito à formalização dos registros das reuniões, encontrei dificuldade em ter acesso aos documentos, uma vez que compõem-se de registros particulares, que ficam muitas vezes em posse do apoiador que acompanha o processo. Quando questionado quanto aos registros dos fóruns, o apoiador afirma que

Tinha, tinha registro, tinha apresentação, coisas disparadoras para compor junto, talvez alguma coisa eu até tenho em algum lugar, sei lá (...) (Apoiador - Distrito A).

Todavia, apesar da institucionalização do espaço, não se tem com facilidade o acesso aos registros dos fóruns. O registro das atas de algumas reuniões foi obtido a partir do antigo apoiador de saúde mental do distrito A, que disponibilizou o material para análise em 2008, durante o trabalho da disciplina da pós-graduação, conforme relatei na apresentação. Mas, mesmo com as dificuldades relatadas, esses foram os únicos documentos de registro das reuniões acessados nesse estudo.

Com respeito à dinâmica de funcionamento do fórum e sua configuração ao longo deste período de 2005 a 2012, o apoiador relata que foram se alterando

Ela foi uma rede que foi mudando, que foi adquirindo jeitos diferentes no decorrer do tempo (Apoiador - Distrito A).

Em 2005, com a vinda de outro apoiador de saúde mental, que formou uma dupla com o apoiador entrevistado, houve uma divisão na referência dos dois para os equipamentos de saúde mental do distrito:

(...) a gente fez uma divisão a princípio, onde eu ficava com o apoio dos CAPS's e ela ficava com a atenção básica e teve um momento bem interessante, que houve uma mobilização, porque ai também nesse tempo as equipes foram se ampliando e a gente conseguiu ir fazendo a ampliação das equipes (Apoiador - Distrito A).

O motivo desta divisão de referências entre os apoiadores não foi explicado no momento da entrevista. Contudo, foi-nos relatado que houve um pedido dos trabalhadores para, a princípio, somente os trabalhadores de saúde mental da atenção básica se reunirem no fórum, sem a presença dos CAPS, conforme o seguinte trecho da entrevista:

Então a gente conseguiu ir desmembrando [as equipes de apoio matricial em saúde mental na atenção básica]. Então, conforme isso foi acontecendo, este espaço, ele foi se tornando um espaço institucionalizado, digamos assim. Com o pedido então, chegou um momento, em que esse espaço era um encontro só de trabalhadores da Atenção Básica, sem representação dos CAPS. Por um tempo houve este pedido... que tinham questões do trabalho da Atenção Básica, a discussão dos casos, do compartilhamento entre as unidades, então, por exemplo, quando tinha a família inteira; quando era atendimento dos próprios trabalhadores da unidades, então, por exemplo, quem atenderia o trabalhador daquele lugar [trata-se da pactuação da equipe de saúde mental dos Centros de Saúde não atenderem os funcionários de suas unidades, por motivos éticos] (Apoiador - Distrito A).

Embora, houve este momento em que o fórum articulou-se sem a presença dos CAPS, tempo este que o entrevistado não revela exatamente quanto perdurou, observa-se ser este um fórum preocupado com a participação dos trabalhadores, com a articulação da rede e com a participação de profissionais da atenção básica que não somente os do núcleo 'da mental'. Estes fatos são apontados pelo entrevistado

(...) desde o início sempre teve uma característica de tentar trazer os "não da mental" para a discussão. Isso sempre foi uma característica também, de sempre tentar fazer (Apoiador - Distrito A).

Frente às transformações do mundo atual e à complexidade dos problemas sociais para além dos limites das formas hegemônicas de intervenção do setor saúde (Feuerwerker e Costa, 2000), uma mudança de paradigmas é imprescindível para superar a disjunção entre setores e agregar mais atores em torno das questões da sociedade, com programação, realização e avaliação de ações integradas e articuladas (Inojosa, 2001).

Houve então, segundo o relato do entrevistado, um momento em que os próprios trabalhadores se mobilizaram para juntar a rede – os CAPS e a atenção básica. Nesse sentido, uma fala importante do apoiador sobre o papel desse fórum para a construção de modelo de saúde mental para o distrito, de construção coletiva de políticas públicas para a área merece ser destacada:

(...) eu acho que é um espaço colegiado, que é um dos espaços colegiados do distrito. É um fórum que não é totalmente deliberativo, mas que ele é bastante propositivo, e que muitas das proposições que dali saem, elas podem ter encaminhamentos que se tornem deliberações. Ele sozinho ele não resolve, ele não delibera, mas ele aponta questões; e acabaram saindo dali questões que podem, e que causaram questões pra dentro do distrito (Apoiador - Distrito A).

No trecho acima, fica explicitada a opinião do apoiador de tratar-se de um espaço de reuniões legitimado dentro do distrito. Quanto a essa inserção do fórum de trabalhadores no contexto dos demais espaços colegiados do distrito A, tem-se que:

A instância máxima do distrito A é o Colegiado dos Coordenadores. Nele vai ter assento os coordenadores de todas as unidades, mais os apoiadores, mais o W que coordena todo o distrito. Pra fora do Distrito existem outros espaço que também são propositivos, ou deliberativos. E que, muitas vezes nos demandam (Apoiador - Distrito A).

Nesse sentido, quando questionado sobre o fluxo das informações desse fórum para as demais instâncias colegiadas do distrito, o apoiador o caracteriza da seguinte maneira:

*(...) não necessariamente há uma lógica hierárquica, de que necessariamente um determinado assunto passa, por exemplo, pelo colegiado de coordenadores do distrito para depois passar para [nome do fórum]. É ao contrário até, às vezes. Se a gente for pensar em algo bem fresquinho nosso, AD [sigla para álcool e drogas], a gente tá discutindo há 8 meses [no fórum], e amanhã é que nós vamos discutir com os coordenadores. Então, a gente veio construindo a argumentação, se podemos assim dizer. **Então se fosse pensar em movimento eu acho que seria um movimento espiral que ele pode ir, ou vir assim, e ele vem, e passa por algumas rodas de discussão** (Apoiador - Distrito A, grifos da pesquisadora).*

É bastante interessante essa percepção do apoiador sobre o fluxo de informações e demandas do fórum que circulam por vários espaços colegiados do distrito, de maneira a compor e a contribuir para a construção de proposições para a área. Quando questiono se esta é a sua visão como apoiador, ou se é a mesma observada no distrito, explicita:

*Quase tendo a achar que é do distrito... Por quê eu digo que eu acho que é do distrito? **Pela institucionalidade, pela legitimidade deste espaço** (Apoiador - Distrito A, grifos da pesquisadora).*

Percebe-se, pelos relatos, que este fórum é bastante institucionalizado e legitimado enquanto uma instância valorizada no distrito, tendo sido reconhecido pelo apoiador como espaço potente de construção coletiva de saberes e de práticas.

Finalmente, quando solicitado a discorrer sobre o papel do apoio institucional da saúde mental nesse fórum, o apoiador disse:

[O fórum é um] espaço importante porque acaba sendo quase o único espaço de interlocução; porque a gente [o apoiador] não dá

conta de acompanhar na unidade [referindo-se a acompanhar o trabalho dos trabalhadores de saúde mental], pelo desenho do apoio e outras... quase impossível sem este espaço (...) (Apoiador - Distrito A).

Esta entrevista traz falas concisas, porém marcantes do apoiador. Por exemplo, ele vislumbra uma grande potência do espaço, atribuindo este fato à participação freqüente e ativa dos trabalhadores, bem como a valorização e o reconhecimento deste fórum pelo distrito

Porque teve momentos em que a gente viveu... esvaziamento de outros espaços coletivos dentro das unidades (...) Ele [referindo-se ao fórum] *alimenta os trabalhadores (...)* *Legítimo pra quem participa e legítimo para o distrito* (Apoiador - Distrito A).

Na entrevista transparece haver um investimento institucional por parte dos apoiadores, gestores distritais e dos trabalhadores nesse fórum. E, o relato do Diário de Pesquisa a partir de uma observação, revela, a meu ver, o caráter instituinte e político deste espaço nesse distrito. Mesmo tendo sido a observação de uma única reunião, esta impressão ficou muito forte.

A Observação

A observação deste fórum aconteceu no dia 17 de maio de 2012. Havia vinte participantes e o fórum tinha organizado sua pauta para discutir o momento da renovação do convênio em saúde mental. A pauta foi apresentada pelo apoiador de saúde mental e pelo coordenador de um dos equipamentos de saúde mental. Nesse encontro, o caráter político do fórum prevaleceu. O registro do diário naquele dia remonta este fato:

O movimento e o envolvimento dos trabalhadores de maneira consciente e militante, como presenciado no fórum do distrito A, não vi em qualquer outro distrito. (...) É inegável o engajamento dos trabalhadores no contexto político municipal e macropolítico, pois tratou-se na discussão de hoje,

desde o modelo de gestão insuficiente e ineficaz, que paga maiores valores para a AIH em contrapartida aos procedimentos da atenção básica, que pode se justificar pela complexidade e custos, mas que então não banca os modelos preventivos e centrados na atenção primária... passando ainda pelo funcionamento do Estado e seu financiamento para a saúde; até chegar na discussão se realmente existe(iu) Reforma Psiquiátrica neste país...que nem mesmo se vive em Estado de Direito, chegando até a discussão da seguridade social e da dívida externa!! Fiquei bastante animada, pois são discussões muito próprias, apropriadas e em profundidade por parte dos trabalhadores... Assim, minha percepção é de que este é um fórum de caráter formador, porém crítico, forte, de posição e que sustenta, pressiona, incomoda... Sem dúvida, trata-se de um espaço político e politizado, que tem força e tem voz (DP, 17/05/12).

No desenrolar do encontro, percebe-se o envolvimento do coletivo do fórum nos espaços de discussões municipais, no sentido de sustentar o modelo proposto e as práticas de cuidado centradas na atenção primária. Outro aspecto a ser destacado é o discurso perante o movimento em prol dos trabalhadores da saúde contratados pelo convênio PSF do SSCF-SMS. Foi percebida uma solidariedade social deste fórum com a situação dos trabalhadores, bem como de uma postura crítica a respeito da situação, não observada em outros fóruns. Ressalte-se que as observações nos cinco distritos foram realizadas em momentos muito próximos, com diferença de, no máximo, dois meses. Constata-se ainda que a maior parte dos atores envolvidos nas manifestações públicas dos Trabalhadores Cândido Ferreira pertence a este distrito.

Ainda, este fórum tem uma particularidade dentro do distrito que é a de permear outros espaços coletivos. Destaca-se que, neste momento de crise do convênio da saúde mental com o SSCF e a SMS, o coletivo do fórum participou das reuniões do Conselho Distrital e houve duas reuniões em que se uniram as reuniões do fórum de saúde mental e a reunião do Colegiado de Coordenadores, instância máxima do distrito, demonstrando a postura institucional, reafirmando a legitimidade do espaço e de valorização e respeito aos trabalhadores. Revela-se neste distrito, a partir dessas ações, uma postura de democracia institucional e de valorização da participação dos trabalhadores e dos espaços coletivos.

Em suma, conforme apontado pela entrevista e pela observação, este fórum é um espaço de formação crítica dos profissionais, de discussões aprofundadas sobre a prática do trabalho em saúde e de sustentação do modelo de saúde mental centrado na atenção primária, valorizando a construção da rede e os espaços institucionais.

7.2. Os fóruns do Distrito B

O distrito B é organizado de maneira particular, subdividindo seu território em dois eixos. Trata-se de um distrito com grande extensão territorial e alto índice de vulnerabilidade social, que demanda tal estruturação para melhor orientar e estruturar suas ações de saúde. Trata-se de uma estruturação interna, não envolvendo qualquer divisão administrativa.

Com relação ao fórum de saúde mental, atualmente, acontecem dois fóruns diferentes, contando com os equipamentos adscritos em cada território dos eixos. Estes fóruns tratam da demanda adulta, pois a demanda infantil e da adolescência é discutida em outros dois espaços, também seguindo a lógica da subdivisão do distrito em dois eixos. Estes fóruns que tratam da demanda infantil e da adolescência não foram contemplados no âmbito deste estudo. De verdade, há outros distritos que também possuem espaços institucionais para cuidar das demandas específicas da criança e adolescente, bem como um fórum municipal, de maneira a fugir do escopo do objeto deste estudo, que pretendeu focar os fóruns de saúde mental.

Em vista de haver uma dupla de apoiadores institucionais de saúde mental, cada um responsabiliza-se por um dos eixos neste momento, acompanhando os equipamentos e os fóruns. Entretanto, os apoiadores de saúde mental possuem experiências bastante diversificadas: um encontra-se há oito anos nesta função, nesse distrito, e sua experiência na área de saúde mental perfaz 26 anos; o outro era trabalhador de saúde mental do distrito e estava na função de apoiador há aproximadamente um ano.

No sentido de abranger os dois eixos do distrito B, todas as ações de pesquisa foram duplicadas: observações e entrevistas. Contudo, todas as referências serão tratadas indiscriminadamente, como um conjunto. Somente vale considerar que, um dos fóruns possui supervisão externa e o outro não, por opção do grupo. No entanto, a dinâmica de ambos é bastante semelhante, caracterizando-se pelas discussões de casos e a construção da rede de cuidados.

O início

No distrito B, segundo os apoiadores, os fóruns de saúde mental distritais tiveram início em 2006, sendo um único encontro para todo o distrito:

Nós já tivemos aqui anteriormente um espaço que era um espaço único, que se chamava: reunião dos matriciadores de saúde mental do distrito B (...) nos anos de 2006, 2007 e 2008. (...) Isso vingou durante dois anos, depois esvaziou (Apoiador 2- Distrito B).

Relatam os apoiadores que, antes deles, outros apoiadores tentaram arranjos do fórum de saúde mental dos trabalhadores, tendo como ‘denominador comum’ o propósito de estar sempre se reunindo,

Os arranjos são variados, mas a gente nunca deixou de ter momentos coletivos. Tanto para discutir casos, como para reuniões tematizadas, principalmente no início, houve também [...] oficinas, porque ainda estava muito desorganizada a rede. Não que ela esteja muito organizada hoje, eu acho que a gente ainda tem muito o que ordenar, o que organizar no nosso processo de trabalho, mas melhorou muito (Apoiador 2 - Distrito B).

Explorando o início desta construção nos distrito B, o apoiador explica que, antes do fórum, de 2001 a 2005, em primeiro lugar havia reuniões temáticas, denominadas de *oficinas*, que em especial, se propunham a discutir a temática do matriciamento:

*(...) porque o povo não entendia o que era matriciamento. Até hoje não entende direito, mas naquela época que o Dr. Gastão trouxe em 2001 (ele era secretário de saúde) a coisa foi como um 'boom', muita gente não aceitava essa função de matriciador de saúde mental. **Teve resistência, e teve muito crescimento**, porque ai venceu-se as barreiras, viu-se que não era um bicho de sete cabeças – um bicho papão (Apoiador 2 - Distrito B – grifos da pesquisadora)*

Em 2001 vivia-se na SMS a implantação do projeto Paidéia, no governo do então secretário Gastão Wagner, uma proposta de atuação que visava alterar o projeto assistencial e gerencial predominantes, sugerindo novos processos de trabalho das equipes e na relação destas com os usuários. Para se imaginar o tamanho do investimento e as dificuldades na implantação dessa nova proposta, diante das crises que ocorriam, o secretário encomendou uma intervenção institucional a um grupo de seis profissionais, ligados ao Depto. de Medicina Preventiva da Unicamp, para as equipes dos distritos de saúde e do hospital municipal. Assim como podemos perceber pelo relato do apoiador, foi difícil para as equipes lidarem com o processo de mudança em curso. O trabalho de Análise Institucional era justamente o de contribuir para aumentar a capacidade de análise e de intervenção, fortalecendo seu grau de autonomia, contribuindo para melhorar o padrão de oferta de serviços e os resultados da produção em saúde (Moura et al, 2003).

Dentre as novas metodologias de trabalho propostas pelo modelo Paidéia, uma dessas é o arranjo organizacional do apoio matricial. O apoio matricial, já explorado conceitualmente neste estudo, constitui-se, na opinião do apoiador deste distrito, uma ferramenta para o trabalho no campo da saúde mental. Este apoiador não vivenciou, neste distrito, esta época das oficinas do apoio matricial, mas retoma os relatos dos antigos apoiadores, que lhe diziam que as oficinas “*eram bastante polêmicas mas com uma produção muito legal*” (Apoiador 2 - Distrito B). E, quando questiono sobre o tema das oficinas, obtenho como resposta que tratava-se da

discussão de “*modelo assistencial em saúde mental...exatamente...os temas eram mais esses*” (Apoiador 2 - Distrito B).

Estas questões do apoio matricial e do fluxo entre os profissionais, em especial na construção integrada do caso, são objetos motivadores da constituição destes fóruns. Ao relatar uma crise institucional por motivo da saída do psiquiatra de um CS e o aumento da demanda do CAPS III, estas questões se apresentam:

[Foi um] acordo entre gestão local, apoio e trabalhadores de realizar reunião para discussão dos casos. Quando começa a ter psiquiatra e a equipe voltou a se constituir, pensou-se na reunião ampliar-se para outros parceiros: CAPS AD, equipe saúde mental do CS Y, CAPS i e sempre com a presença de algum mediador que era o apoiador (...) (Apoiador 1 - Distrito B).

Com respeito às demandas atuais do fórum, o apoiador relata que:

Hoje, por exemplo, a gente está com uma demanda atual de uma capacitação em saúde mental para clínicos e generalistas. Está gritante isso. Porque o modelo nosso é muito legal, a gente vestiu a camisa, mas ele está cheio de buracos (Apoiador 2 - Distrito B).

O apoiador refere-se a um alinhamento de conceituações, em especial, para os profissionais médicos ou os ‘não-mental’, que não foram ‘formados’ para lidar diretamente com esta problemática *per si*, e que, entretanto, são estes os profissionais que atenderão as demandas desta área na atenção primária, sendo essencial esta amarração da demanda-oferta-cuidado que será proposto a este usuário.

Esta percepção do apoiador revela um fator importante dos fóruns como espaço de formação dos profissionais. Este aspecto é reforçado a partir do relato a seguir, onde explicita-se esta função da formação, quando a dinâmica dos primeiros encontros em 2006 é rememorada:

A gente montou o grande fórum de matriciadores de saúde mental. Então todos os profissionais, T.O.s. e psicólogos que estavam trabalhando nos centros de saúde, uma vez por mês se reuniam conosco [com os apoiadores de saúde mental] aqui. A gente trabalhava textos, a gente reviu o matriciamento... porque a rotatividade de profissionais também ocorre. (...) Então a gente também teve a necessidade – nesse grande fórum de matriciadores – de trabalhar temas, fluxo, matriciamento, modelo. Até que foi esvaziando isso. (...) Nesse fórum trabalhava os apoiadores e os matriciadores: os T.O's. e os psicólogos (Apoiador 2 - Distrito B).

Este molde dos encontros de matriciadores de saúde mental ocorreu neste distrito de 2006 a 2008. O esvaziamento dos profissionais no fórum é atribuído pelo apoiador a uma percepção de competição entre os trabalhadores, desentendimentos, onde este refere que tentava-se delegar tarefas, mas não tinham uma devolutiva positiva do grupo, “*não tinha uma vibração, ou um querer, um desejo*” (Apoiador 2 - Distrito B). Assim, o apoio foi reorganizando a proposta e criando novos espaços:

Ai veio a Rede Z [em 2009] que (...) trabalhava com criança e adulto. Com o tempo, a gente [apoiadores e trabalhadores] definiu que a Rede Z ficaria com a demanda infantil e adolescente, mesmo porque chegaram os dois CAPS infantis (...)(Apoiador 2 - Distrito B).

A respeito deste espaço de rede, que neste distrito, se propõe a discutir especificamente o tema da infância e da adolescência, o apoiador descreve trata-se de um espaço

(...) muito puxado pela questão da infância e adolescência com interface com saúde e educação, assistência, conselho, vara da infância e nessas redes também, discussão de casos em um período e no outro período geralmente é um debate com alguma parte teórica que se discute previamente. No começo do ano se faz o planejamento do ano todo, bem organizado (Apoiador 1 - Distrito B).

Como já explicitado, as redes temáticas como as redes da criança e do adolescente não fazem parte do escopo desse estudo, por isso não foram observadas e exploradas.

Quanto aos fóruns de saúde mental adulto, os encontros acontecem mensalmente e sua configuração se modela a partir dos participantes,

Às vezes com participação da enfermagem dos centros de saúde, às vezes com auxiliares, às vezes com agente comunitário, às vezes com assistente social e às vezes com pessoal da assistência social, mas é sazonal, não é uma coisa permanente. Quem permanece mesmo são os CAPS e as equipes de saúde mental, da atenção básica (Apoiador 1 - Distrito B).

Segundo o apoiador, há tentativas e perspectiva de congregar nestes espaços a participação de outros profissionais que ‘não da mental’, mas tal participação é pontual:

Eles [profissionais ‘não-mental’] vão pontualmente. Quando o caso é da micro-área deles, fortalecemos o convite. Nós vamos discutir um caso que é do CS A, então, convidamos a equipe de saúde da família que é do CS A para ir. No começo tentamos pactuar, era um pedido daquele próprio grupo da rede de saúde mental que convidasse os enfermeiros (Apoiador 1- Distrito B).

Por exemplo, de cada serviço de saúde a gente chama e vem: a coordenação, a psicóloga e uma enfermeira. Onde não tem saúde mental vem a médica e uma enfermeira, e onde não pode ir (nesse sucateamento de SUS), vem o agente comunitário e uma auxiliar de enfermagem. Mas isso eu tenho que falar, como um mantra na cabeça das coordenadoras. Dentro do colegiado de coordenadores; [envio] e-mail quinze dias antes para elas organizarem a agenda; na semana próxima (é um trabalho de formiguinha) e um dia antes ou dois eu ligo: “você está lembrada da reunião?”. Porque senão esvazia. As pessoas não sabem que o apoio tem que fazer esse trabalho, mas se a gente não fizer esse trabalho, esvazia. (...) Porque na minha leitura tem uma demanda absurda do centro de saúde (Apoiador 2 - Distrito B).

Na verdade, segundo o apoiador, este trabalho seria o de legitimar este espaço na agenda do profissional, para que o coordenador local possa auxiliar e organizar a participação, de modo que a demanda do dia-a-dia não se sobreponha a este compromisso do fórum. Este é um aspecto bastante relevante e pouco resgatado pelos demais apoiadores. Além disso, a formalização do espaço e sua legitimidade junto às práticas de saúde mental vão constituindo-se em um processo de institucionalização do espaço.

Estes aspectos implicam ainda na legitimidade do fórum junto aos gestores e no papel destes na construção cotidiana do trabalho em saúde mental. Como exemplo, conta o apoiador que, em sua chegada para a função, fez a convocação dos coordenadores locais para a pactuação e destaca:

Porque repactuar tudo é escutar tudo o que eles tinham de expectativa, o que eu tinha de expectativa e os trabalhadores ali que sempre estavam naquele fórum e trabalham com a participação de todos os coordenadores. Foi um recontrato bastante interessante. Naquele momento eles toparam de liberar as enfermeiras e tudo ia dar certo (Apoiador 1 – Distrito B).

Da mesma maneira, o outro apoiador aponta que,

(...) se você tem uma coordenadora legal, de liderança, que entende de saúde pública, que defende, que é uma protagonista da saúde pública, aí a coisa é diferente (Apoiador 2 – Distrito B).

O apoiador também constitui-se na referência da gestão para estes espaços coletivos, assim é uma representação requisitada pelo fórum

O apoiador sempre participa das reuniões e o grupo pede esta participação e o apoiador em questão também entende a importância dessa presença (Apoiador 1 – Distrito B).

O apoio revela ainda a importância e a contribuição destes espaços para a compreensão dos papéis e limites de atuação de cada equipamento de saúde:

(...) quando vamos discutir o caso que é do seu território, os matriciadores e eu convidamos os trabalhadores para estarem conosco e percebemos que é muito mais rico, gostaria que eles estivessem sempre. Mas é super interessante porque a própria equipe de saúde da família vai percebendo como a saúde mental funciona e qual a diferença do matriciador do CS e da equipe de saúde mental que está na ponta com a equipe de saúde mental que está na especialidade, quais são as dificuldades, os impasses, e sempre sai visita compartilhada, atendimento compartilhado com o CAPS. Eles percebem que a própria equipe de saúde mental da atenção básica tem um limite de atuação. O CS B [refere-se à equipe de saúde mental do CS B] fala muito isso, que ameniza para eles também enquanto matriciadores (Apoiador 1 - Distrito B).

Trata-se de um processo particular de institucionalização, a partir de uma política instituinte – que é o do apoio matricial –, as práticas começam a se transformar, e os fóruns constituem-se elementos essenciais na construção dos fluxos, do modelo e das práticas em rede. Esta construção do trabalho em rede é descrito, em especial, como objetivo dos fóruns:

*O objetivo é o mais precioso para a gente que é: entender, conceber e lapidar o trabalho em rede. O que é muito bonito falar, mas fazer, é muito difícil. (...) Então é aprender com os casos, a gente tem discutido casos e casos, a clinica. **E isso traz uma configuração de fluxo, de modelo.** (...) Porque trabalhar em rede é isso. Não dá para um CS ficar sozinho, como também não dá para o CAPS ficar sozinho. A gente tem trabalhado muito isso, que a gente chama de: **projeto terapêutico compartilhado** (Apoiador 2 - Distrito B, grifos da pesquisadora).*

O apoiador utiliza-se do conceito de Projeto Terapêutico Singular (PTS) para reconfigurá-lo, no sentido de chamar atenção para a coletividade das ações e os vários equipamentos envolvidos no caso. Entretanto, segundo o próprio conceito de

PTS, trata-se de um conjunto de propostas terapêuticas articuladas para atenção à um sujeito individual ou coletivo (por exemplo, família ou comunidade). E mais,

Implica também o modo institucional de operar nos serviços, pois a construção de um projeto terapêutico deve ser resultado de uma discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, pressupõe a formação de vínculo com o usuário, bem como a participação dele na formulação e andamento do tratamento e responsabilização profissional (Figueiredo e Furlan, 2010, p. 172).

Além disso, os projetos terapêuticos acordados no momento da discussão de casos são retomados cotidianamente nas reuniões do fórum, no sentido de acompanhamento, de responsabilização e de identificação dos entraves:

Quanto à organização dos casos para a reunião: se dá pra trazer um ou dois casos...Porque sempre que a gente vá caminhando, sempre tem o momento da devolutiva: “naquele caso que a gente estava trabalhando, como é que ele está? Está caminhando? Emperrou? Não emperrou? O que é que precisa fazer? Que serviço ficou de fazer e por que não fez?”. Não vem numa cobrança, vem num alinhamento muito bem certo. Ninguém passa sermão em ninguém, vem numa coisa com responsabilidade. (...) O fórum, então, ele trás sim as proposições. Propõe. Eu acho que sempre vem alguma ação [refere-se aos desdobramentos, as ações geradas para o caso] (Apoiador 2 - Distrito B).

Nesse sentido, desataca-se uma fala em que a importância do encontro dos trabalhadores para a construção dos projetos terapêuticos compartilhados é ressaltada:

Porque eles percebem que as equipes de saúde da família exigem coisas dele que é impossível e quando a equipe de saúde da família procura sozinha o CAPS ele tem um retorno, nem sempre muito positivo, isso mesmo sendo apoiadora tenho que assumir que não é positivo. Mas quando vem pelo matriciamento do CS e a gente leva para essa reunião, os CAPS conseguem com mais tranquilidade e as equipes de saúde da família vão percebendo o porque dessa diferença, ou das dificuldades de escuta de um serviço

especializado que acaba as vezes banalizando os casos por telefone. Não conseguem encarar e ver a totalidade do território. É bem interessante (Apoiador 1 - Distrito B).

O próprio espaço do fórum de discussão cumpre o papel do matriciamento em saúde mental. Até porque, segundo o apoiador, neste distrito, os matriciadores de saúde mental às vezes não participam diretamente das reuniões de equipe de referência das equipes de saúde da família. Destaca-se, dessa maneira, o papel destes fóruns no matriciamento e na construção rede de cuidado em saúde mental para o distrito B.

Ao desenhar sua perspectiva sobre os espaços coletivos do distrito e a relação desses com o fórum de saúde mental, o Apoiador 2 realizou a seguinte representação, conforme a questão 5 do roteiro de entrevista:

Eu pensaria assim olha. Me ocorreu agora: em espiral. Aqui na base nós teríamos o centro de saúde, os xxx centros de saúde. Eles estão aqui na rede espalhados no território... Isso aqui, para mim, tem um movimento bem dinâmico, isso é espiral. Aqui na ponta, no meio [da espiral] mais ou menos estaria o distrito B. E aqui na ponta a Secretaria de Saúde. Então eu vejo que o distrito B que está aqui, está com essa onda circulando aqui, e para mim, esse movimento é muito forte, a gente tem que manter vivo. Sem manter[em-se] vivos os espaços de interlocução, a rede, eu acho, que fica muito fragilizada. (...) Eu [enquanto apoiador] tenho que fazer um movimento aqui, na micropolítica. Eu acredito na micropolítica, por isso eu acredito nisso aqui, nos espaços de interlocução que são essas redes. (...) O desenho que eu faria é esse espiral, que é muito forte e se a gente deixar ela estacionar perde muito a força (Apoiador 2 –Distrito B).

Essas representações diagramáticas se deram de maneira muito diferente para os apoiadores dos cinco distritos. Essas representações podem vir a demonstrar as diferentes visões dos apoiadores sobre a relação dos espaços coletivos, pois houve representação: em espiral; em círculos interligados, alguns alinhados com um espaço mais central e outros não; em círculos com intersecções; e, alinhados em uma reta.

Com respeito ao distrito B, há uma perspectiva sistêmica de ambos os apoiadores sobre a relação dos fóruns colegiados com as questões micro e macropolíticas:

(...) Então até os projetos terapêuticos vão ganhando um pouco mais de forma de acordo com o tamanho que está a conjuntura externa, mais macropolítica (Apoiador 1 –Distrito B).

Sobre o fluxo das informação no fórum de saúde mental, o apoiador relata que,

(...) eles [os trabalhadores] geralmente saem com uma tarefa e como eles vão operacionalizar essa tarefa é uma amplitude, um leque gigante, pode ser busca ativa, pode ser ligação vai depender muito da dinâmica familiar e do pé [referindo-se ao escopo de ação] do matriciador (Apoiador 1 –Distrito B).

Com respeito à construção destes fluxos de informações, o relato do apoio sobre o recolhimento de demandas que ele encaminha para o grupo, revela que são questões do cotidiano, em especial, vislumbradas nos espaços da atenção primária:

(...) enquanto apoiador eu vou muito aqui na base, nos XX [referindo-se aos CS's], das reuniões. Então a gente observa muita coisa aqui. Tem reuniões aqui, por exemplo, que eu trago para o fórum. E tem uma coisa muito legal que é o vínculo que você faz com os colegas. (...) Eu percebo que a gente está tecendo a rede, eu percebo que a gente está com uma tentativa de fortalecer a rede. É difícil, é difícil. Porque assim como a gente tem parceiros, a gente tem aqueles que não validam esse espaço, tem gente que não vem (Apoiador 2 – Distrito B)

Além disso, posiciona-se quanto ao modelo de saúde mental de Campinas, o qual investe na atenção primária como norteadora das ações:

Ou a gente fortalece a rede básica, que a gente tanto gosta e tanto defende, ou nosso modelo vai sofrer muito (Apoiador 2 – Distrito B).

Este apontamento do apoiador sobre o fortalecimento da rede básica para a sustentação do modelo de saúde mental, na perspectiva do cuidado primário com inserção das equipes de saúde mental nos Centros de Saúde, faz-se contundente diante da fragilização do projeto de atenção da rede básica de saúde. Muitas vezes essa precarização é apontada como uma das dificuldades das equipes de saúde mental e é recuperada pelos apoiadores em outros momentos das entrevistas.

Com respeito aos desdobramentos dos assuntos debatidos no fórum de saúde mental na prática do trabalho em saúde, em específico, como eles são percebidos no cotidiano, um dos apoiadores relata que,

(...) tem um desdobramento bastante importante que é dos núcleos das profissões que vimos esbarrando (...). Mas começa a esbarrar em outros núcleos, “olha não é nem o CAPS que não quer atender, que não pode acolher, mas o meu médico (...) Porque não pensamos em um matriciamento mais específico? Então, acho que também sai esse tipo de articulação. Mais para macro política. Acho que não pega tanto para os psicólogos, os T.O., mas no núcleo médico sim porque eles conseguem fazer uma barreira, “eu não vou atender”, e quem fala que ele vai atender? Quem vai discutir? Vai o apoio e apanha também porque ele fala “o município me contratou como clínico, ninguém me disse que eu preciso assumir os casos leves”(Apoiador 1- Distrito B).

As considerações acima remontam uma discussão importante sobre a aplicação dos conceitos de campo e núcleo ao se falar da formação e das práticas profissional em saúde. Campos (2007) define Núcleo como “o conjunto de saberes e de responsabilidades específicos a cada profissão ou especialidade” (p.248, maiúsculas do autor). Assim, segundo o autor, o núcleo assinala os elementos de singularidade que definem a identidade de cada profissional ou especialista, conhecimentos e ações de exclusiva competência de cada profissão ou

especialidade. Por Campo, define “saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a várias profissões ou especialidades” (p.249).

Nesse sentido, para esse autor, saber conduzir casos deveria fazer parte do campo de todo profissional da saúde e, conforme as características centrais da intervenção, seria designado o responsável pela referência de cuidados, essa é a concepção do apoio matricial: esse suporte do especialista, com seu conhecimento nuclear, às conduções de casos pela equipes de saúde, no campo da saúde e da saúde mental.

No âmbito dessa investigação, considerando-se a experiência dos fóruns colegiados, com o compartilhamento dos saberes e das práticas profissionais, essa conceituação e sua aplicação traduzem a essência do trabalho desenvolvido. Em contrapartida, as dificuldades desse processo podem ser observadas a partir dos relatos dos apoiadores, como o apresentado.

Na sequência da entrevista, o apoiador dá um exemplo sobre uma situação atual da construção de políticas públicas para a área:

(...) estamos vivendo agora a política do enfrentamento do crack, eu chego e ninguém sabe porque não foi oficializado na secretaria de saúde, a X [coordenação de Saúde Mental do município] não conseguiu construir isso, pactuar com apoiador, não conseguiu, enfim. O plano está aí para inglês ver e as equipes começaram a perguntar, “começou a sair na mídia, tem um plano municipal, como você não sabe?”. Não sei mesmo e começo a assumir também, “estamos desorganizados, estamos fazendo tudo errado, nós não conseguimos unidade, não sabemos nem o que fazer no apoio, na câmara técnica⁸, se aquilo é câmara técnica ou colegiado” (Apoiador 1 –Distrito B).

E, relacionando as discussões dos fóruns com as políticas públicas de saúde mental,

⁸ A Câmara Técnica de Saúde Mental é a denominação do colegiado dos gestores da saúde mental, onde reúnem-se a Coordenação de Saúde Mental Municipal e os Apoiadores Institucionais Distritais da Saúde Mental.

(...) as ultimas portarias... porque eu acho que tem uma coisa das macro políticas da saúde mental que vem focando muito na questão do álcool e drogas que desloca um pouco o foco da construção que precisaríamos fazer da prevenção e promoção em saúde integral, mas enfim, ainda estamos fortalecendo rede substitutiva, ainda crescendo os CAPS, diminuindo leitos, ainda temos práticas híbridas que é a prática tanto da reabilitação psicossocial, uma questão de território, como práticas ainda... internamos muito, mantemos internação por longo tempo das pessoas, lógico que com justificativas de proteção das pessoas, mas acho que patinamos ainda nas construções do modelos de saúde mental e hoje o ministério da saúde preconiza uma linha um pouco mais para o álcool e drogas que ao meu ver é um pouco mais para se ajustar as pressões sociais, do contemporâneo (Apoiador 1 –Distrito B).

Em relacionando os fóruns da saúde mental e a construção do modelo de atenção, o apoiador coloca que,

A relação tem. A relação do modelo de pensar atenção compartilhada, integral, equânime, universal, toda essa historinha que adoramos do SUS, acho que essa relação tem. O que hoje eu percebo que acontece é que cada distrito, pela sua singularidade, acaba fazendo de um jeito. E, isso às vezes gera potência e as vezes gera conflito, porque a grama do outro é mais verde ou a sua é mais bonita que a do outro. Então acontece, mas eu vejo que tem uma linha, uma linha de pensamento modelo, que é da saúde integral que é do cuidado compartilhado e que isso aparece em todos os fóruns. Claro que eu não participo de todos, mas esse em específico aparece (Apoiador 1 –Distrito B).

E, ao relacionar com as portarias ministeriais, aponta

Eu acho que isso vem para contribuir, na minha concepção, no fortalecimento do que já fazemos, parece que você vai lendo a portaria e fala “nossa gente, é o que a gente faz! Que legal, temos tanta dificuldade mas fazemos”. Isso que é bacana. A portaria vem legitimar o que fazemos na prática que é constituir rede o que não acontece aqui ainda, não consegui desenhar de outro jeito [refere-

se ao seu diagrama]⁹ a não ser de uma forma muito hierárquica que centralizamos tudo em um espaço. Mas acho que a rede vem dizendo isso, quem está no centro é o usuário, é o território que ele está descrito. E quem vai fazer todo o manejo é a partir de uma equipe que está lá no território fazendo toda a estratégia de cuidado e a partir daí que discutiremos todos os alinhamentos e que não terá uma mão única, vai para o CAPS, fica lá e só depois que volta, mas não, será um emaranhado de serviços, estratégias e dispositivos para esse sujeito na complexidade que ele necessita (Apoiador 1 – Distrito B).

Tais considerações retratam de maneira contundente o empenho da rede de saúde de Campinas em trabalhar com estratégias que não necessariamente são ditadas por portarias ou regulamentações. Muitas vezes ao contrário, as portarias vêm legitimar o trabalho desenvolvido, mesmo diante das dificuldades, como o apoiador aponta. A explicação para essa visão da rede de Campinas é colocada ao referir-se ao usuário em sua complexidade e o território na centralidade das ações, como norteador das ações da rede de cuidados.

E, ao serem questionados se, enquanto apoiadores, eles percebem que os trabalhadores reconhecem esta situação acima descrita no cotidiano, as posições são divergentes

A maioria não. Alguns trabalhadores muito potentes e bem formados já enxergam e vislumbram, então para eles não precisa nem ter a portaria, porque para eles é um processo natural a responsabilização deles no trabalho (Apoiador 1 – Distrito B).

Olha, isso fica mais no colegiado, na câmara técnica da mental, não vem muito para esses fóruns, a não ser quando nós somos questionados por algum profissional. Os profissionais não se interessam muito por essa parte mais política (...) a gente tenta [trazer informações de políticas públicas] para o fórum de coordenadores. A gente quer crer que os coordenadores vão à frente (Apoiador 2 – Distrito B).

⁹ Conforme esclarecido, os apoiadores desenharam os espaços coletivos do distrito, e no caso do diagrama desse apoiador, o desenho ficou linear e centralizado no distrito.

Destaca-se que o papel destes fóruns de saúde mental é justamente o de construir estas relações, entre o conhecimento, a formação e o processo de trabalho. E, assim, o trabalhador desponta como ator fundamental destes espaços, pois é a partir de seu posicionamento e ações que os fóruns se constroem:

(...) um pouco com a saída do apoiador (transição) o fórum foi ganhando mais esse formato, afinal os trabalhadores permaneceram com a agenda e começaram a constituir muito esse lugar mais político. São aquelas pessoas que dão aquele tom para aquele grupo (Apoiador 1 – Distrito B).

Neste sentido, percebe-se aqui uma implicação dos trabalhadores com o espaço coletivo dos fóruns, com compromisso e responsabilização de seus papéis para que o modelo de atenção pautado na atenção integral ao usuário aconteça.

E, finalmente, quanto ao papel do apoiador, descreve-se:

(...) via muito o lugar do apoio como uma grande agulha e linha. Íamos alinhavando o que acreditamos como modelo, o que temos como portaria e o que temos como projeto, para atenção do sujeito. Então junta os serviços, junta o dispositivo, junta a assistência, junta e vai tentando alinhar tudo isso para o cuidado integral. Apesar de não estar na assistência você está fazendo todo o apoio ao modelo de gestão e cuidado dessas pessoas. É muito mais do que eu acredito, claro que tem um zilhão de portarias, um zilhão de projetos que vão determinando e modelando também a forma de construirmos (Apoiador 1 – Distrito B).

Primeiro, de articulador, de fomentador, de uma pessoa que tenta proporcionar esses espaços (...) Articular. O papel de apoio é muito de articulação, muito político, é terapêutico e é pedagógico, eu diria que são quatro, os papéis (Apoiador 2 – Distrito B).

Aprofundando o papel do apoio neste fórum e na rede de cuidados, o apoiador relata

(...) que os serviços possam se adaptar, acho que essa é a questão mais política, o serviço vai criando regras para ele

institucionalmente, enquanto instituição para se preservar e se proteger. Como eu não estou vinculada a nenhum [serviço], o apoiador tem essa facilidade de enxergar os entraves do serviço para melhorar o cuidado para o usuário, porque é ele [o usuário] quem vai precisar desse cuidado que, às vezes, é muito específico e que as unidades precisam se adaptar (Apoiador 1 – Distrito B).

Entretanto, segundo um dos apoiadores, no momento atual, o lugar do apoiador pode estar sendo distorcido:

Acho o lugar do apoio extremamente interessante no sentido desse alinhavo, dessa costura de modelo, mas vejo hoje ele sendo esgarçado no que se pensa em modelo de gestão para o município. O município não vem valorizando o espaço distrital, o espaço do apoiador, as câmaras técnicas, elas ficam muito no lugar de informação-tarefa, informação-tarefa, informação-tarefa (Apoiador 1 –Distrito B).

No sentido de finalizar a análise do distrito B, apresentarei trechos do diário de pesquisa, registrados nos dias de observação, apontando algumas questões:

Hoje participei do fórum do distrito B e, saindo da minha unidade, do meu espaço, percebi o quanto o clima está tenso, para todos! [refiro-me ao contexto político]. O fórum foi bem acolhedor, poucos trabalhadores, mas um encontro bastante ponderado e proveitoso. Os informes do apoiador trazem o contexto de incertezas na renovação do convênio ‘da mental’, em especial, as dúvidas quanto ao apoio, pois parece que a atenção básica já entrou, ou pelo menos está nas pautas, nas cifras... Tenho acompanhado a trajetória de pessoas muito implicadas na posição do apoio, que estão tocando seus projetos, fazendo planos, segurando a onda, mas até quando?! Os apoiadores estão tensos e, deu pra sentir na fala do apoiador, o qual ficou por 1h na reunião e logo saiu, pois o Secretário de Saúde havia convocado o colegiado dos apoiadores para uma reunião e, antes dessa, havia se reunido com os coordenadores distritais. Junto a isto temos a greve dos servidores que continua e a situação do SADA, pautas que também fizeram parte do contexto do encontro do fórum de hoje.

Bem, quanto à reunião do fórum em si, em seus propósitos principais, apesar dos casos não serem combinados antes, achei a discussão muito boa, resolutive, os profissionais se propondo a compartilhar a responsabilidade sobre os casos, e prontamente se propondo a avaliar os

casos trazidos. Casos complexos, mas que aquele grupo tratou com apropriação técnica e segurança, de forma incrivelmente desenrolada! Minha impressão foi de muita maturidade e apropriação por parte dos trabalhadores de suas funções e seus papéis naquele espaço e no dia-a-dia, até porque, nem o apoiador estava mais presente e, não foi preciso qualquer mediação ou ‘forçação de barra’ para que os casos fossem compartilhados. (DP, 28/05/12)

(...)

Neste fórum fiquei surpresa com as representações, pois haviam cinco serviços de saúde com seus presentes e, dentre estes, dois eram coordenadores. Com respeito à discussão de casos, fiquei com uma vontade imensa de me pronunciar e participar ativamente do fórum, acredito que pelo caráter da supervisão. Foi o espaço de supervisão que mais me chamou atenção pela coerência e pela profundidade da discussão, que, neste dia, puxava o grupo para pensar em questões macroestruturais como: os furos da rede, a intersetorialidade e a interlocução com a Reabilitação Psicossocial, processo saúde-doença, cuidado e subjetivação... num só encontro... mas tentando trazer estes contextos para o cotidiano do trabalho, perguntando: que projeto/que rede a gente quer para o cotidiano? Foi muito interessante em termos de conteúdos, e um grupo bastante envolvido e participativo, apesar de muito pequeno (DP, 28/05/2012).

Muitas são as questões que estes fóruns envolveram, demonstrando a complexidade e a seriedade dos encontros. E, por fim deixo a fala de um apoiador deste distrito:

(...) aprendi com Dr. Gastão essa frase e vou deixar aqui para você: “com democracia é difícil. Sem ela é bem pior” (Apoiador 2 – Distrito B).

7.3. O fórum do Distrito C

No distrito C, o apoiador que concedeu a entrevista encontrava-se nesta função há aproximadamente dois anos e nove meses. Sua dupla no apoio

institucional em saúde mental também estava há pouco tempo no cargo, quase completando um ano.

Com respeito à observação do fórum do distrito C, estive na primeira reunião de supervisão externa do fórum. Foi um encontro bastante tranquilo e exploratório, tanto para mim, enquanto pesquisadora, quanto para os próprios participantes, pois estavam sendo recolhidas suas expectativas quanto à supervisão e reconhecendo como seria este momento do grupo. No fórum, cerca de quinze trabalhadores da saúde mental do distrito estavam presentes, entre estes alguns gestores e os apoiadores de saúde mental.

Da Entrevista

A entrevista no distrito C ocorreu em 20 de julho de 2012. O apoiador da saúde mental não soube precisar o início do fórum do distrito C, nem mesmo como havia se iniciado este processo de reuniões sistemáticas. Este espaço de reuniões da saúde mental acontece mensalmente e não possui denominação específica. Os encontros são abertos a toda a rede de assistência em saúde do distrito, inclusive o pronto-atendimento e aos equipamentos de referência.

Os registros dos encontros deste fórum não são sistemáticos, segundo o apoiador,

Não há. Teve algumas que a gente fez, e aí ficou “quem é que vai registrar e tal?”. Tem um material da época que a gente fez levantamentos e tinha o trabalho de grupo que era feito no dia e tal, a gente mandava para várias pessoas depois. E depois foi meio se perdendo, então teve espaço que a gente registrou e teve espaço que não (Apoiador - Distrito C).

Outro espaço coletivo mencionado pelo apoiador, e segundo este, pouco apropriado pela saúde, são as reuniões intersetoriais¹⁰, uma iniciativa de congregar

¹⁰ As reuniões intersetoriais ocorrem em todos os distritos de Campinas. Os encontros são organizados, em sua maior parte, pelos equipamentos da Assistência Social, ONG's, equipamentos filantrópicos, e também da área de Educação. A divisão dos territórios de cada intersetorial não segue a mesma adscrição dos distritos de

os equipamentos de vários segmentos: saúde, educação, assistência social, organizações não-governamentais, organizações comunitárias entre outros. Em citando os coletivos municipais, há de se mencionar ainda, os fóruns municipais temáticos, os quais, o fórum da rede AD (álcool e drogas) e o fórum municipal da criança e do adolescente, onde se reúnem os equipamentos intersetoriais para discussão das políticas públicas e ações em tais áreas.

Quanto à configuração do fórum de saúde mental do distrito C, antes de sua vinda ao distrito, o apoiador relata que havia encontros desse fórum em eixos territoriais e contavam com supervisão externa. Todavia, relata que, por motivo de esvaziamento das participações nas reuniões por eixos (subdivisões do distrito C), houve uma reavaliação deste espaço, por volta da época de sua chegada. Ocorreu, então, uma reorganização do grupo e também da frequência das reuniões, passando a ser uma reunião mensal, congregando todos os equipamentos do distrito.

Com respeito à supervisão, o apoiador a denomina de clínico-institucional, e faz um recorte para recombinar as atividades do grupo e o papel da supervisão

Então, recontratamos com esses profissionais que tivesse também mais espaço de discussão clínica, que essa construção de rede também se desse a partir dessa discussão clínica (Apoiador - Distrito C).

Esta prática da supervisão conforme descrito anteriormente, estava sendo retomada neste fórum, e assim como apresentado no quadro 1, acontece em vários fóruns no sentido de que, a partir do caso clínico, possa-se alinhar a rede de cuidados e os papéis de cada equipamento assistencial nessa construção.

A participação de profissionais não atuantes no campo da saúde mental e que demandavam a construção da rede de cuidados é trazida pelo apoiador como um momento deste fórum, onde

saúde, mas a divisão regional administrativa das subprefeituras distritais (AR's). Nesse sentido, os equipamentos da saúde são convidados a participar, mas poucos conseguem manter-se frequentes e engajados.

Os casos começaram a vir pela enfermeira da unidade e eram casos que provocavam essa situação da discussão da rede, que eram interessantes porque muitas vezes apontavam isso, o caso muitas vezes nem estava na mental, era um caso muito completo e mesmo tendo a equipe de saúde mental na unidade, não tinha passado... (Apoiador - Distrito C).

Este fato abordado pela fala do apoiador pode ser um potente analisador, se tivéssemos maiores informações sobre o apoio matricial deste distrito. Se, por um lado, pode-se avaliar que a equipe de saúde apropriou-se dos casos da mental, por outro, podemos vislumbrar uma dificuldade em articular as demandas de saúde mental das unidades com a própria equipe de saúde mental. E, esta desarticulação entre equipe local de saúde (ESF) e equipe de apoio matricial pode ser indicativa de um processo que mereça ser analisado, pois pode transparecer alguns entraves das equipes em compreender, identificar e lidar com as próprias demandas em saúde mental. Dessa maneira, o fórum vem ao encontro de compreender e organizar as demandas de saúde mental, aproximando os profissionais e seus papéis institucionais.

Quanto à percepção do apoiador sobre os objetivos do espaço coletivo, destaca-se o seguinte trecho da entrevista

(...) eu acho que ainda é algo que aparece, da gente conseguir uma grupalidade nesses espaços que consigamos realmente [nos] permitir refletir, tensionar, discutir a realidade e que possa[m] aparecer as nossas falhas, as nossas faltas, os nossos potenciais, as nossas fragilidades. Na verdade, eu acho que esse é o maior desafio desses espaços, porque senão eles se tornam espaços tão formais, tão burocráticos, no aspecto de ser[em] espaços só para trocas de informes, que eu não sei realmente o quanto realmente você consegue potencializar a rede nesse aspecto (Apoiador - Distrito C).

Entre 2009 e 2012, há um momento que a supervisora não pode mais acompanhar o grupo e os encontros não se mantêm. Esta é uma relação particular do distrito C, fato que não ocorreu em outros distritos a ponto de findarem as reuniões

do fórum pela ausência de supervisor. Após algumas estruturações internas distrito, a apoiadora relata uma fase de reorganização deste espaço coletivo do fórum de saúde mental:

Começamos a pensar, formamos primeiro um grupinho e esse grupo organizava um pouco de trazer o tema, fomos trabalhando um pouco, chamando os trabalhadores de forma geral, a princípio começamos a trabalhar muito assim: “vamos fazer um diagnóstico, como funciona, o que deveria ser diferente”, então cada unidade trazia um pouco (Apoiador - Distrito C).

O entrevistado resgata algumas pautas daquele momento de reestruturação do espaço, levantadas pelo distrito:

Na verdade o distrito trouxe uma proposta assim “olha, nós não queremos só retomar esse espaço, queremos pensar para que ele serve, para que vamos nos reunir aqui”. Então, vamos falar disso “queremos esse espaço? Queremos para quê? E, para que ele vai servir?” (Apoiador - Distrito C).

Neste momento de retomada do espaço coletivo, uma das primeiras e importantes questões trazidas é a falta de diagnóstico e também de ações:

Uma das questões que surgiram primeiro era a falta de diagnóstico: falta termos um diagnóstico real dessa rede, falta nos conhecermos, falta olharmos para isso, falta ousarmos mais, somos muito tímidos nas ações, na integração entre as unidades básicas e os centros de referencia (Apoiador - Distrito C).

Esta análise do apoiador, que aparenta ser uma auto-análise do grupo, aponta para pontos importantes, em especial a necessidade de construir e consolidar a rede de equipamentos, com vistas a uma maior aproximação entre os serviços.

Relata o apoiador que, a própria coordenação do distrito de saúde assumiu as reuniões do fórum e havia um pedido daquele grupo que houvesse a participação

ativa do distrito nos processos discutidos naquele momento, a fim de legitimar suas demandas e encaminhar os projetos do fórum:

(...) tinha um pedido forte do grupo de que houvesse essa representação de gestão mais próxima e, era na gestão do distrito mesmo, no pedido de que garantisse uma mudança, de que aquilo que estava sendo discutido ali, nós como gestão distrital, [nos] comprometesse[mos] com esse grupo; de que iria transformar isso realmente numa ação que pudesse ser encaminhada ou transformada enquanto projeto dentro do distrito (Apoiador - Distrito C).

Em contrapartida, positivamente, há o questionamento da gestão distrital sobre a participação dos trabalhadores nesse processo, enquanto co-responsáveis pelas ações:

(...) ao mesmo tempo que entendíamos que a gestão tinha que tomar essa responsabilidade mas “o que este grupo está fazendo também, para isso? (Apoiador - Distrito C).

Com respeito a este momento do fórum em discutir seus processos, sua estruturação e a participação da gestão, podemos resgatar a construção de Guattari retomada por Campos (2007), que sugere a necessidade de se buscar ou de se construir, em cada momento, linhas de transversalidade entre os pólos das instituições. Trata-se de considerar múltiplos arranjos para os diversos graus de verticalidade e de horizontalidade das organizações e Campos acrescenta a necessidade de se descobrir múltiplas combinações de graus de autonomia e de responsabilidade atribuídas aos profissionais.

Segundo o relato do apoiador, ao reconfigurar o espaço, pensou-se inicialmente em garantir representações das unidades, entretanto

(...) chegamos ao consenso da questão de que “não, vamos deixar em aberto”. Trabalhamos muito assim: “quem vem será esse ator” (...) fazíamos conversas e identificávamos algumas questões e pensando assim “vá para a sua unidade a partir de agora e faça você acontecer, não fique esperando”. Mas era no sentido um

pouco de mobilizar as pessoas para que também, isso que elas traziam, para que elas também se comprometessem com isso no sentido de “o que é meu? O que eu posso fazer?” porque nós também chegamos um pouco nessa conclusão, acabávamos sempre delegando... como eu vou usar o termo... não é o fracasso, as não possibilidades para outras esferas e não identificando o que está na minha governabilidade, o que está do meu lado, o que eu posso fazer (Apoiador - Distrito C).

A posição de gestão no distrito se faz bem clara pelos relatos, por tratar-se de um projeto de co-responsabilizações: gestão e trabalhadores, ambos se apoiando nos momentos de troca possibilitados pelo espaço coletivo da saúde mental. Citando Campos (2007)

Tornar a reinvenção uma possibilidade cotidiana e garantir participação da maioria nesses processos são maneiras de implicar trabalhadores com as instituições e com os pacientes. Neste sentido, a Gestão Colegiada de serviços de saúde pode servir como um dispositivo desalienante. Um modo de comprometer trabalhadores com a missão e com os projetos institucionais (Campos, 2007, p.235).

Nessa afirmação de Campos, vale o vice-versa: para o trabalhador e para o gestor, uma vez que a maioria dos gestores, em especial os ‘não-mental’, muitas vezes não se comprometem com os acordos e projetos para a área. A maior parte dessas vezes não por desinteresse ou má gestão, mas por desconhecimento das propostas, em especial, do matriciamento.

Quanto à configuração do fórum e seus representantes, segundo o apoiador:

(...) tinha participação de alguns coordenadores de unidades que não tinham equipe de saúde mental, que vinham muito nessa expectativa de fazer a discussão trazendo o problema da unidade, o fato de não ter a equipe ou na relação que era referência da mental para ela. Era bem diversificado, tínhamos agente de saúde, auxiliar [de enfermagem], pediatra, às vezes, enfermeiras e equipes de saúde mental de algumas unidades que vinham. Tinham unidades

que historicamente sempre não participar[am] e que continuaram não participando (...)(Apoiador - Distrito C).

A crise política de Campinas, de 2011/2012 mais uma vez repercute nos fóruns distritais. Nesse sentido, o apoiador contextualiza

Nesse semestre todo na verdade, como que eu vou discutir o acolhimento geral da nossa unidade, que o profissional da mental tem que estar dentro da equipe de saúde da família, que o matriciamento tem que se dar ali, que a atenção tem que ser assim, com aquele caos que estava de RH, com a incerteza de todo mundo, não só da mental quanto da saúde da família. Então foi um momento muito difícil (Apoiador - Distrito C).

Para o distrito C, o contexto de crise política acarreta, no final de 2011, a saída do coordenador distrital. Este processo coloca o fórum novamente em momento de recontrato com a dupla de apoiadores de saúde mental no início de 2012. Neste momento, a solicitação do grupo é para o retorno das supervisões, a fim de se pensar na construção de projetos em rede.

Entretanto, há uma diferença entre se discutir e se construir o projeto em rede e a função da supervisão,

(...) achamos que tem que caminhar mesmo para esses espaços serem intersetoriais mas com foco de que possamos através da supervisão olhar o que está nos facilitando e nos impedindo de fazer a construção de projeto. Não é só trazer o projeto, mas sim realmente olhar para isso e que isso exige uma grupalidade, exige uma disponibilidade (Apoiador - Distrito C).

Assim, uma questão interessante apontada e conduzida pela equipe de gestores distritais é com relação à apropriação dos coordenadores locais sobre as questões de saúde mental, onde,

Durante todo esse processo (...) chegamos a levar essa questão para a reunião de coordenadores porque um dos diagnósticos que apareceram no começo, era isso: da diferença de quanto tinha o

coordenador envolvido com as questões de saúde mental, o quanto isso fazia diferença. Porque existia um sentimento de solidão do profissional de saúde mental em relação a poder fazer acontecer na unidade essa discussão de uma forma ampliada, como por exemplo, fazer uma discussão sobre acolhimento, ou de ter a pauta dentro da reunião sobre a mental ou mesmo de rever o processo junto com a equipe de saúde da família (Apoiador - Distrito C).

O apoio da coordenação local e o entendimento sobre as ações de saúde mental fazem toda a diferença no alinhamento destas ações com as propostas colocadas como modelo de atenção: modelo de matriciamento em saúde mental. Compreender qual é a prática do apoio matricial é algo que exige aproximação, sensibilidade e confiança por parte do gestor nesse projeto.

A discussão sobre o fluxo de informações, a fim de que o trabalhador consiga estar conduzindo este trânsito das demandas da unidade para o fórum e das discussões do fórum para dentro das práticas nas unidades de saúde. Esta questão do fluxo das informações fica bastante evidente no seguinte trecho da entrevista

*A idéia não era assim: “fulano que vai é sempre ele”, [mas] o quanto também ele estivesse envolvido, de que, se é aquele profissional que está como referência, também provocar que ele trouxesse as reflexões para dentro da unidade e se não, entendíamos assim, que fulano estava vindo mas, **quanto ele levava para dentro da unidade o que está sendo discutido aqui e vamos que muitas vezes não estava** (Apoiador Distrito C – grifos da pesquisadora).*

Dessa maneira, o próprio apoio acompanha as ações para dentro das unidades e como as discussões provenientes do fórum são traduzidas nas práticas dos profissionais. Esse é um dos principais aspectos a serem destacados como desdobramentos dos fóruns para a construção dos saberes e das ações cotidianas. A expectativa geral é que as discussões do fórum vibrem, reverberem e movimentem, provoquem mudanças nos processos de trabalho e dentro das unidades.

Mediante o momento da crise política, o espaço toma seu viés político de discussão dos projetos de saúde mental:

Abrimos na ultima reunião, já em duas reuniões, para discussão do momento político, da situação toda da mental, da discussão do plano de trabalho¹¹, do convênio. Fizemos essa discussão dentro desse espaço, no último agora fizemos a discussão da situação do SADA (Apoiador - Distrito C).

Todavia, a percepção do apoiador é que o fórum distrital dos trabalhadores não representa um espaço que encabece questões políticas em seu cotidiano,

O espaço ele não pode... eu não sinto que ele tenha...ele não ocupa esse espaço mais político ou protagonista no sentido de demandas para esse espaço aqui [conselho distrital] (...) Na verdade eu sinto que é assim: aqui, nesse momento que a gente viveu agora na questão sobre o convênio, a gente acabou levando muito as questões da saúde mental para o conselho [distrital] (...) Então, o conselho distrital discutiu bastante saúde mental, desde o ano passado [2011] (...) a gente [apoiadores] levou um pouco o histórico da questão da reforma psiquiátrica para depois dizer como a gente funciona hoje na rede. (...) Mesmo na linha de que eles [os conselheiros distritais] trouxessem um pouco esse questionamento e, quando chegou a questão do convenio, a gente foi trazendo a questão da proposta, do plano, do corte de verba, da reorganização e tal. Então hoje eu acho que o conselho distrital, de uma forma geral, os conselheiros, eles estão próximos no sentido de discussão da saúde mental, mas não especificamente do espaço, o espaço também não faz essa ligação direta (Apoiador - Distrito C).

Entretanto, o discurso do apoiador é de alguém que almeja que o papel do fórum na implementação das políticas públicas para a área se cumpra:

Quando a gente pensa em estar trazendo determinado caso aqui para a supervisão, se a gente tentar manter essa visão de rede, e

¹¹ O Plano de Trabalho que o apoiador refere é a proposta de projeto para a renovação do convênio da saúde mental entre SSCF e SMS, a qual passa pelo referendo do Conselho Municipal de Saúde, antes de ser assinado.

entender o nosso papel enquanto serviço, unidade, trabalhador ou gestão com a responsabilidade de fazer acontecer a política, a gente também tem que ter essa responsabilidade de poder identificar e fazer com que esse espaço batalhe para que a gente consiga condições para que essas políticas aconteçam (Apoiador - Distrito C).

Com relação aos impactos e aos efeitos percebidos na prática dos trabalhadores, percebe-se que tem um aspecto individualizado das experiências, mas de maneira geral,

Eu acho que a gente tem conseguido fazer com que as pessoas consigam pelo menos refletir um pouco da forma como que está sendo construídos os projetos, identificar o que tem de impotência, o que tem de dificuldade (Apoiador - Distrito C).

E, um dos projetos para a construção do modelo técnico de atenção em saúde mental de Campinas, passa pelo apoio matricial. Sobre este aspecto, o apoiador refere-se à potência do grupo para pensar a construção das práticas em saúde mental

(...) questão do matriciamento (...), por exemplo, quem é esse profissional hoje que a gente está colocando para matricular? Ele foi convidado a fazer isso quando ele assumiu esse lugar? Ele sabe fazer isso? Ele tem condições de fazer isso? A equipe que a gente fala que vai ser matriciada, ela deseja ser matriciada? Ela sente necessidade desse matriciamento? Então eu acho que tem algumas coisas que esse espaço pode ajudar a gente fazer realmente acontecer de verdade. Então eu acho que através desse formato que a gente faz e isso ficar claro no grupo, ele pode ser um espaço bastante potente. (...)

Eu sinto que esse espaço pode tanto ser um espaço... acho que aí depende dos atores mesmo, todos os atores. Ele pode ser um espaço que possa realmente trazer para o distrito e para esse processo todo, um novo gás em termos de refletir, de discutir, de poder problematizar e vamos pensar juntos, vamos construir projetos. Como pode ser simplesmente um espaço a mais de – deixa eu ver o termo que vou usar – a palavra não é a mais adequada, mas é acomodado, menos reflexivo, só no aspecto técnico (Apoiador - Distrito C).

E, particularmente neste distrito, tem-se a atuação do NASF, que utiliza-se da estratégia do apoio matricial, mas estendendo-a para outros campos da saúde, como a nutrição, a fisioterapia, entre outros profissionais, a depender das características do território. Entretanto, segundo o apoiador, o suporte e as ações da equipe do NASF são pouco exploradas neste espaço do fórum,

acho até que essas discussões têm aparecido pouco no espaço coletivo, dessa ação, por exemplo, do NASF. Mas ela tem se dado muito dentro aqui, da relação de apoio com o NASF e com as equipes e essa intersecção da mental com a NASF, por exemplo. O que é o papel do apoio, o que é o papel do NASF, o que é o papel do matriciamento? Então são questões que hoje, por exemplo, ainda não vieram para o espaço coletivo como uma questão para ser debatido, mas eu tenho uma expectativa de que a gente possa retomar, dentro desses espaços, essas discussões e essas problematizações (Apoiador - Distrito C).

Finalmente, com respeito ao papel do apoiador nas discussões do fórum, a opinião do apoiador do distrito C é que,

O papel do apoio é de tentar trazer essa discussão, esse tensionamento e essa reflexão do papel desse espaço. Acho que tem sim um papel de ser um facilitador desse processo, além de se alguém que tenha informação dos projetos que estão acontecendo, de trazer a notícia, de poder informar esse grupo de trabalhadores, eu acho que mais que isso – hoje eu vejo aqui [no distrito C] – que o desafio maior para a gente, dentro desse espaço é fazer “esquentar” é fazer ele acontecer dessa forma mais viva, de não deixar ele se acomodar, de não deixar ele tomar um formato mais assim, conservador (Apoiador - Distrito C).

Concluindo esta conversa com o apoiador do distrito C, acredito que trata-se de um fórum que, ainda que sem história anterior de conhecimento deste interlocutor, está construindo, galgando seu papel institucional e, em especial de representatividade junto aos trabalhadores ainda a ser fortalecido. Enquanto espaço democrático e de construção coletiva de ações teve sua marca, na busca de um

cuidado em saúde mental, que propicie a expansão da clínica, das ações e do conhecimento.

7.4. O fórum do Distrito D

A entrevista foi realizada em 21 maio de 2012 com o apoiador institucional da saúde mental que desde 2005 exerce a função no distrito D. Anteriormente, atuou como trabalhador de saúde mental no mesmo distrito, tendo participado de alguns processos, resgatando-os no contexto da entrevista.

A observação do fórum do distrito D foi a primeira realizada pela pesquisadora. No geral, havia aproximadamente 15 pessoas. Fiz a apresentação do projeto de pesquisa ao grupo e posteriormente discutimos os objetivos. Senti que os trabalhadores ficaram interessados no projeto e apoiaram. Quanto à discussão observada no fórum, foi um encontro que me causou bastante incômodo, como relatado no diário:

O que a reunião do fórum me passou foi a impressão de que falta apropriação dos equipamentos pelos casos, como explicar melhor... como se ainda fosse uma barreira compartilhar casos entre atenção básica e os CAPS. A minha impressão é que os equipamentos ainda se blindam para receber/avaliar os casos (...) Até que se chega a uma questão, quase sintomática: Por que estamos aqui? Qual o nosso papel? Aí percebi que meu tempo estava muito além do grupo... e, isto me incomodava, a desimplicação dos trabalhadores com seus casos, com seus papéis... Até que um coordenador de um dos serviços coloca que, deve-se voltar ao papel da rede, de contatos, de aproveitar conhecimentos, de formação... eh, quase saí da cadeira festejando...finalmente! Uma fala coerente!! Não estava vendo o fazer junto... cadê??? (DP, 27/03/12 – grifos da pesquisadora)

Analisando esta escrita do diário, naquele momento da observação, minha implicação enquanto trabalhadora da saúde mental falou muito mais alto do que a

posição de pesquisadora. Nesse sentido, há outros trechos do diário, em que fico esperançosa que o supervisor do grupo possa realizar alguns apontamentos, a fim de retirar de mim a angústia de não poder me pronunciar para aqueles profissionais:

Chega então uma hora em que estava-se discutindo política, instituição, modelo... No entanto, deslocando-se as situações como que se protegessem mais [os trabalhadores] . Até que... finalmente... (acho que fico ansiosa querendo que o supervisor logo fale para o grupo o que está ocorrendo!) O supervisor aponta que é preciso pensar nas responsabilidades institucionais, no contexto micro, dos envolvimento a partir dos casos. Aponta ainda a comunicação baseada no não... ou seja, não dá pra cada um definir o limite, pois deixa de funcionar em equipe. Parecia que o fórum ali estava não para construir a autonomia dos profissionais, mas para apontar, para eleger o próximo em quem o grupo vai bater... Mas, felizmente, tudo isso foi apontado pelo supervisor e nos casos bem sucedidos, fica para o grupo pensar que existe autonomia dos profissionais, quase que isto seria como um analisador daquele grupo... (...) Revendo o papel do supervisor, acredito que foi um papel importante, podendo explicitar ao grupo alguns processos e apontar qual poderia ser o 'sofrimento' do próprio grupo; o 'sofrimento' da clínica e a centralização do CAPS como norteador da rede (DP, 27/03/12).

Ao final da observação, refleti bastante sobre o papel da supervisão, em especial para este fórum. Contudo, acredito que estas reflexões fazem parte da minha implicação, e talvez nem passem pelo grupo do distrito D em si. Por outro lado, no momento da observação, percebeu-se que há alguns trabalhadores do grupo do distrito D que se pronunciam mais, que fazem propostas e que, estão mais atentos aos casos e às responsabilidades sobre esta construção. Esses, podemos dizer que, são os trabalhadores que se comprometeram de maneira mais explícita com os propósitos do fórum e com as discussões.

O início

Com respeito ao fórum de saúde mental, segundo o apoiador, a rede de profissionais tem um histórico de encontros, ora mais sistemático, ora mais disperso,

que data seu início em 2002. Os encontros passam a ocorrer com maior regularidade a partir de aproximadamente 2005.

Com respeito ao início do fórum, o apoiador relata que:

O nome supervisão de eixo, de rede, como hoje a gente acaba adotando começou na organização em 2008. Nessa ocasião os distritos tiveram uma cota para novamente ter a questão dessa divisão institucional e novamente se dividir na forma que mais lhe conviesse. Então cada distrito utilizou esse recurso de uma forma que pudesse atender especialmente as unidades, CAPS, enfim, e pensar uma nova estratégia desse ponto na demanda das unidades básicas (Apoiador - Distrito D).

Particularmente, este é um distrito que demanda o espaço do fórum como um espaço de supervisão clínico-institucional, como relata o apoiador

Eu lembro que na minha época [enquanto trabalhadora de saúde mental] a gente não teve conferência, a gente teve foi um encontro de saúde mental [municipal] onde a gente tinha apontado que a idéia de ter um supervisor era fundamental para a gente conseguir elaborar melhor a continuidade dos casos e ter um olhar fora do que a gente estava fazendo (Apoiador - Distrito D).

Nesta entrevista, o apoiador resgata em diversos momentos a importância do papel do supervisor para o fórum e a expansão de espaços de supervisões nos CAPS, nas redes de apoio matricial na Atenção Básica do distrito D.

Com respeito à configuração dos encontros do fórum de saúde mental, o apoiador descreve:

Eram encontros bimensalmente com grandes grupos e semanalmente dividido por três eixos aqui dentro [do distrito D]. Era[m] eixo 1, eixo 2 e eixo 3, que dividia[m] o distrito em três partes para poder aprofundar um pouco mais nas discussões dos casos, enfim, nas micro-relações que precisavam também naquele momento. Estou em dúvida se era bimensalmente ou mensalmente,[que] tinha um grande encontro onde todos estavam reunidos para poder apresentar o que estava sendo feito nos outros

grupos e avançar em outras discussões também (Apoiador - Distrito D).

Um aspecto particular e importante deste grupo, diz respeito à participação dos gestores nas reuniões dos fóruns

(...) os gestores das unidades de saúde mental participavam de todos os eixos. Então, semanalmente os gestores estavam envolvidos com a discussão de eixo e isso era bem legal também porque tinham coisas que estavam totalmente implicados no CAPS, nas oficinas (...) (Apoiador - Distrito D)

Trata-se de um fato importante para a construção do modelo de atenção em saúde mental o envolvimento dos gestores nas discussões do fórum. Pois este fato traz legitimidade e articulação política para o espaço, pois envolve instâncias diferentes e com potenciais de ação diferenciados. Além deste distrito, somente mais dois conseguiram reunir no fórum a participação de gestores, colaborando para o fortalecimento da construção das ações de saúde mental.

A dinâmica e o contexto das reuniões do fórum podem ser apreendidos a partir dos trechos destacados da entrevista:

*(...) os grupos também se dividiam, como eu falei nesses três eixos, e cada eixo foi discutindo então uma problemática ou um caso que disparasse ação. Foi interessante porque os três eixos quiseram **discutir a questão de modelo**. Dois eixos se aprofundaram na idéia de **acolhimento**, e um eixo na idéia de **matriciamento**. E as buscas para essa definição foi de textos, artigos, descritores de saúde, enfim, e a partir do que se trazia também com a demanda das unidades. Então o nosso problema é o acolhimento – vinha o problema e vinha a discussão com o suporte teórico disso (Apoiador - Distrito D, grifos da pesquisadora).*

Destaco a fala do apoiador que expõe o interesse dos grupos do fórum em discutir e aprofundar teoricamente em estratégias/dispositivos que compõem e estruturam o modelo de atenção em saúde mental. Um destes dispositivos é o

acolhimento. Segundo a definição do Projeto Paidéia de 2001, o acolhimento é definido como “receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela. Deve ser realizado por toda a equipe de saúde, em toda relação profissional de saúde – pessoa em cuidado (Campinas, 2004).

Os objetivos deste dispositivo são: 1) utilizar uma escuta ampliada do motivo da procura ao serviço, levando em consideração o contexto em que o usuário está inserido; 2) Identificar as necessidades de saúde do usuário; 3) Dar encaminhamento aos problemas apresentados pelo usuário, mesmo que seja necessário atendimento por outros profissionais e/ou em outros serviços; 4) Qualificar a relação trabalhador da saúde-usuário, que deve se dar por parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania; 5) Oferecer soluções possíveis, com segurança para o paciente, agilidade para o serviço e uso racional dos recursos disponíveis (Campinas, 2004).

Tanto nos Centros de Saúde, quanto nos equipamentos de saúde mental, o dispositivo do acolhimento encontra-se implantado, seguindo a proposta acima apresentada. Dessa maneira, as demandas de saúde mental, em especial nos CS's, devem ser acolhidas pelos profissionais da saúde em geral. Este fato vincula-se ao matriciamento, outro aspecto apontado na fala do apoiador, o qual já foi explicitado neste estudo anteriormente, ao tratarmos o apoio matricial. Somente acrescenta-se:

O Apoio Matricial introduz no processo de trabalho novas possibilidades de trocas de saber entre os profissionais de saúde em diversos níveis de atenção, favorecendo, também, maior articulação e qualificação da rede de serviços que compõe o sistema de saúde (Oliveira, 2010, p. 273).

Esses dois dispositivos citados, quando articulados adequadamente e seriamente pelos profissionais de saúde, constituem por si, o modelo de saúde mental almejado, ou seja, que se desprenda do núcleo ‘da mental’, e seja apropriado enquanto demanda de saúde geral. Este fato *per si* carrega todo o aparato da reforma psiquiátrica e da desarticulação da doença mental sobreposta ao sujeito.

Assim, utilizando as formulações de Basaglia, colocar-se-ia a doença mental

entre parênteses para que o sujeito seja colocado em foco, em todas as suas necessidades, envolvendo todos os aspectos da vida: a saúde, o social, o econômico, e outros, os quais podem intervir em sua saúde, segundo a concepção ampliada desta (OMS).

A construção das supervisões, segundo o apoiador, traz para os profissionais a perspectiva de reflexão sobre suas práticas sob a ótica do trabalho em rede:

Em algum momento a supervisora fazia o condensamento dessa discussão e trazia também discussões novas. Ela, como eu falei, se baseava muito nas discussões do Edgar Morin [método de análise da complexidade] para tratar dessa construção de rede. Ela trazia muito dessa discussão do todo e das partes, das partes dentro do todo, enfim, para que a gente pudesse se ver também de uma forma diferente. De olhar a unidade e tentar ver também os furos e as construções que não estavam sendo feitas no nosso distrito e isso foi aparecendo cada vez mais de uma forma mais forte (Apoiador - Distrito D).

Nesse sentido, mesmo olhando-se para o sistema, o próprio apoio matricial contribui para criar novas formas de relação entre os serviços e entre os profissionais (Oliveira, 2010). A questão da formação da rede e das construções parte das ações dos profissionais. Segundo aponta o apoiador, a proposta da supervisão e dos fóruns deste distrito direcionou-se com firmeza para a construção da rede de cuidados em saúde mental:

A supervisão de eixo não foi destinada exclusivamente para saúde mental ela foi diferente, foi aberta para os gestores, os trabalhadores, enfim. Com o entendimento da saúde mental também, mas com o entendimento de que para se construir saúde, se ter produção de saúde e se construir essa idéia de rede, todos os atores precisavam estar incluídos. Então no começo a gente tinha uma participação bem interessante dos profissionais gestores, dos profissionais da saúde mental, enfim. E os profissionais da saúde mental foram entrando com bastante força também de uma forma, no começo como eu falei, de uma forma um pouco duvidosa do que ia dar e depois se integrando e se entregando cada vez mais nessa construção também (Apoiador - Distrito D).

Estas falas nos remetem ao conceito de integralidade, onde o cuidado em saúde pautado neste princípio implica em diversas discussões acerca de sua construção e no que diz respeito a um cuidado contínuo e coordenado das práticas cotidianas nos serviços de saúde e entre os níveis hierárquicos de assistência à saúde.

A integralidade trata-se de uma noção polissêmica, ou seja, que tem sido usada de múltiplas formas (Mattos, 2001). Deveras considerando os vários usos que este termo enseja, há uma constatação que, o que emerge como conteúdo comum nas diversas aspirações de integralidade parece ser um modo ampliado de apreensão das necessidades de saúde (Mattos, 2008). Além disso, há duas percepções desse conceito: uma no sentido vertical, com a busca do olhar integral sobre o usuário, em todas as suas necessidades, sendo a visão holística a ser buscada em cada contato do usuário com o sistema de saúde; e um sentido horizontal, que dá base ao pensamento de implementação de redes, para que estas sejam integrais (Silva e Magalhães Jr, 2008).

Neste último sentido, segundo estes autores, a integralidade horizontal trata da possibilidade de atingir, na plenitude o sentido da integralidade vertical, “que não necessariamente será obtida em um único serviço ou contato com o sistema, mas exigirá uma seqüência de pontos de atenção com padrões tecnológicos próprios, que, articulados caminham rumo à produção do cuidado integral” (p.73).

Dessa maneira, o apoiador aponta que, para o fórum do distrito D, a partir de o final de 2009, houve uma alteração na dinâmica das reuniões, passando a um encontro ampliado mensal:

O que a gente conseguiu articular foi que ao invés de ser reuniões por eixo, virou uma reunião mensal. Só que de uma forma mais ampliada: começava-se as oito e terminava-se ao meio dia (Apoiador - Distrito D).

Os objetivos do fórum mantêm-se, conforme apontado:

Com os mesmos objetivos de realmente obter um olhar mais ampliado do que a gente tem. A X [supervisora] trás uma coisa que eu acho que ainda é difícil da gente pensar e propor, mas aos poucos a gente está conseguindo ver: é pensar em uma rede mais solidária, sair um pouco da queixa de que não tem e a gente tem o movimento técnico e político de tentar mostrar o que é preciso do que a gente tem tentar fazer de uma forma mais solidária. Ela tem tentado puxar por esse viés. Não vou dizer que é fácil, ainda tem bastante resistência, porque é difícil a gente sair do próprio quadrado porque as dificuldades são muitas e são grandes, isso já é entendido, mas temos tentado puxar para essa questão (Apoiador - Distrito D).

Este conceito trazido pela supervisão de construção de uma rede solidária entre os serviços e os profissionais resgata o sentido de um cuidado próprio, que se volta aos próprios trabalhadores, no sentido de valorizar e potencializar seus recursos e suas ações, e até mesmo, sua formação.

Como este é um distrito que investe na supervisão há mais tempo que os demais, solicito que o entrevistado explore este aspecto, o que ele faz conforme depoimento a seguir:

Eu sinto que a supervisão de alguma forma ela traz um 'implicamento' das pessoas que no caso pode ser de outra unidade, mas as pessoas se sentem mais implicadas em tentar ver uma organização outra. Às vezes uma dificuldade, mas agora eu vejo que estamos conseguindo avançar mais, é da supervisão morrer na própria supervisão. Eu brinco que até “parece uma coisa esquizofrênica”. A gente consegue discutir, elaborar coisas na supervisão, mas quando chega na unidade tem uma resistência mil porque “nem todos os parceiros estavam lá” – “mas tem uma representação de vocês lá”, “vocês não se sentem representados?” - “não, você está fazendo um fluxo a parte”[grifos da pesquisadora].

(...)

Isso era super discutido no fórum. Teve outros casos embolaram um pouco, mas esse eu achei muito legal porque a gente conseguiu envolver, descortinar um monte de idéias, um monte de preconceito,

de onde não conseguia se falar e assumir a supervisão é muito interessante porque você consegue trazer os atores para esse construção. Essa responsabilização também, porque às vezes falta se sentir responsável (Apoiador - Distrito D).

Destaco o uso da palavra *implicada*. Segundo L'Abbate (2012), “de forma geral, implicação refere-se ao nosso envolvimento sempre presente e até de natureza inconsciente com tudo aquilo que fazemos” (p. 201). Assim, remete-nos ao contexto trazido pelo próprio apoiador, que é o da responsabilização dos profissionais por suas ações, por seu papel no fórum e por seu papel em sua unidade de saúde, de maneira, a agir na prática cotidiana e refletir sobre esta sua prática. Passa-se assim, pelo campo da formação, que o próprio espaço do fórum e da supervisão proporcionam.

Dessa mesma maneira, o reforço para a atuação em equipe transdisciplinar e com o olhar da intersetorialidade é trabalhado na supervisão

E outra questão que eu acho que ela [supervisora] tem trabalhado bastante também é valorizar bastante a atuação dos profissionais 'não psi', no olhar para um caso... e ela [a supervisora] tem valorizado também outros serviços que não são tão valorizados historicamente na saúde mental: o centro de convivência, o processo de geração de renda, que também seriam bastante promissores no cuidado integral que a gente pensa, dos usuários, enfim, da nossa rede (Apoiador - Distrito D).

Silva e Magalhães Jr. (2008) apontam que, outro aspecto da integralidade, seria aquela construída a partir da interação entre as diversas políticas públicas, sendo esse o nome que se dá à intersetorialidade. Resgatam, para explicar este ponto de vista, o conceito fundante da saúde pública – de que a saúde é produto de diversas políticas públicas e de condições historicamente acumuladas, considerando as determinações sociais. Sendo assim, este constitui-se no sentido próprio da saúde coletiva, expresso pelos autores de outra maneira, com a saúde sendo produto e produtora de políticas integradas.

E, nessa construção ampliada da saúde mental no espaço do fórum do distrito D, contava-se com a participação e engajamento dos gestores e trabalhadores, atores importantes para a perspectiva de saúde coletiva e de reafirmação do modelo assistencial:

Tem coordenadores que apostavam muito na questão da supervisão de eixo e inclusive participam em alguns momentos. Outros coordenadores não se aproximaram e a gente percebe que geralmente são os trabalhadores que menos participam também. Tem trabalhadores que não vão conseguir participar por causa do horário de trabalho, como é uma reunião mensal é aquele quebra cabeça para saber qual horário melhor para todos assim, e mesmo o melhor acaba excluindo algumas pessoas. Mesmo assim, alguns coordenadores apostam muito na presença do profissional da saúde mental, especialmente naquelas unidades onde tem o profissional da saúde mental.

Nas unidades onde não tem [o profissional da saúde mental] a criatividade é interessante porque outros profissionais acabam participando. Acho que tem de tudo. Tem serviços que tem mental mas acaba vindo junto ou com auxiliar ou com agente de saúde, os enfermeiros também tem dado muito interessante, médico tem participado também, mas geralmente o médico é onde não tem o [profissional da] mental (Apoiador - Distrito D).

Seguindo este pensamento, com relação ao posicionamento do grupo do fórum quanto às políticas públicas e as construções neste sentido, o entrevistado coloca que

Aproxima-se, mas eu vejo uma desmotivação dos profissionais no que tange ao político. Eu acho que tudo que a gente trabalha nas micro relações, a gente acaba interferindo sim na política, isso não tem como, mas tentar uma questão mais ampla, uma discussão maior...eu como apoiador tenho muito no meu sangue essa questão de formulações, eu não vejo ainda um protagonismo dos profissionais (Apoiador - Distrito D).

E, finalmente, com relação à construção dos saberes e do modelo de cuidado em saúde mental, o posicionamento do distrito é que

Os profissionais têm pedido: “qual que é o modelo de saúde mental? Existe um modelo que a gente vai seguir? O que a gente vai priorizar? Vai priorizar mais a atenção básica ou os CAPS?”. Há essa discussão, mas eu não sinto ainda uma proposição: “queremos isso!”. Não há ainda uma definição fechada por aqui de qual que é a idéia de modelo a se construir, a se implementar. De fato eu acho que a gente acaba discutindo modelo em vários espaços, em vários aspectos, mas a gente não se debruçou novamente a se olhar. Hoje, depois de passado esses anos do PAIDEA que mudou as estratégias do saúde da família, depois de passada a implantação dos CAPS 24 horas, o que nós vamos fazer mesmo da nossa vida? Não, eu acho que nós ainda estamos saindo para todos os lados e nós não temos ainda uma congruência do que vai ser legal para o município (Apoiador - Distrito D).

Sobre o papel do apoiador, enquanto representante e interlocutor permanente da gestão nos fóruns, a percepção do entrevistado é que

(...) eu pensei no papel do apoio como aquilo que está costurando, remendando, ou ligando a essa rede (Apoiador - Distrito D).

Ao final, para caracterizar a potência dos fóruns de saúde mental, destaca-se

Uma coisa que eu acho que não falei é que esse espaço de uma coisa de se retroalimentar e eu acho que é um espaço potente de educação permanente. Muitas vezes perguntam: temos espaço de educação permanente, eu sempre defendo que esse espaço de eixo é um espaço de educação permanente. Não só de trazer, mas de fazer a construção do saber com as pessoas que estão lá, a gente constrói conhecimento com os saberes, com os valores, até com os textos também (Apoiador - Distrito D).

Este apontamento da apoiadora remete à construção do conhecimento e à formação dos profissionais que estão nos espaços coletivos dos fóruns. Quando o apoiador o considera como um espaço de educação permanente, envolve dizer que há um processo de formação e que corrobora com as mais recentes perspectivas da saúde, no contexto da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e de acordo com a Portaria GM/MS nº 1.996/2007, bem como com o eixo de formação,

educação permanente e pesquisa em saúde mental, destacada no relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental (2010).

7.5. O fórum do Distrito E

O primeiro contato com o fórum do distrito E aconteceu por meio da observação, realizada em 02 de abril de 2012. Neste encontro, havia aproximadamente 25 participantes. Iniciamos a reunião com as apresentações e neste momento expus ao grupo em slides o projeto de pesquisa. Não houve muitos questionamentos dos participantes sobre o projeto e todos acolheram minha participação no grupo.

No encontro observado, a discussão de caso envolvia a problemática de saúde mental de uma criança. Alguns equipamentos envolvidos no caso estavam presentes para a discussão: CAPSi, SADA, escola regular; faltou a equipe do CS de referência. O apoiador de saúde mental instiga o grupo a pensar quais as pactuações que o distrito E está construindo no cuidado de crianças e de adolescentes. Busca-se ainda, problematizar a gravidade do caso em questão e os trabalhadores envolvidos, a comunicação entre os equipamentos e utiliza-se do espaço do fórum para a aproximação dos atores envolvidos e a constituição de parcerias para o cuidado.

Neste encontro, o grupo elabora a perspectiva que os casos de saúde mental infantis são tecidos, principalmente, no nível da atenção primária, ou seja, com os pediatras. Interessante foi perceber que, estavam presentes, um docente da pediatria da Unicamp e alguns residentes, participando das discussões de caso. Destaca-se que, o comentário desta pediatra, que participava do encontro pela primeira vez, foi de resgatar os conceitos de integralidade do cuidado, de equipe de referência e de apoio matricial, referindo-se ao importante papel dos matriciadores, enquanto ‘especialistas’, que assumem o suporte às equipes.

Outra análise importante que os participantes do fórum construíram foi a da relação do CAPSi, enquanto equipamento de referência, com os demais serviços da rede de saúde. Nesse sentido, neste mesmo encontro, foi realizada a apresentação do CAPSi pela coordenadora deste serviço, onde expôs-se a história da instituição, seus fluxos, suas ofertas e sua interface com os demais serviços e secretarias (Secretaria Municipal de Cultura e de Assistência Social).

O segundo momento da pesquisadora com o fórum do distrito E, foi por meio da entrevista com o apoiador de saúde mental. O relato a seguir baseou-se, sobretudo, nesta entrevista realizada em 10 de maio de 2012 e nas percepções da pesquisadora a partir da observação relatada. Esta foi a primeira entrevista formalmente realizada no ano de 2012. Foi um momento bastante acolhedor, onde o primeiro explorar das entrevistas começava a despontar.

Neste dia, a propósito da entrevista realizada, relatei no Diário de Pesquisa (DP):

Fiquei bastante satisfeita com o relato obtido na entrevista de hoje. Foi uma conversa. Uma conversa bastante tranqüila, confortável e envolvente, pois o relato do apoiador, que parecia tão apropriado e seguro do trabalho e do tamanho do desafio que tinha a enfrentar com aquele grupo de trabalhadores, me deixou bastante motivada e cativada pelo trabalho que os apoiadores se propuseram a fazer no grupo. Além disso, achei as falas bastante coerentes e contundentes com a realidade, pois conseguia imaginar as situações, perceber a proximidade com o grupo S., com o qual eu tive minha vivência, e pra além, consegui visualizar as situações das quais o apoiador relatava bastante presentes no meu cotidiano enquanto “trabalhadora da mental”.

Outra questão que me impressionou bastante foi a segurança e coerência do grupo e dos apoiadores, quando o grupo permanece acontecendo a partir da nova proposta vinda dos novos apoiadores e que, mesmo com o “racha”¹² relatado no grupo, isto não foi motivo de desintegração do grupo, mas comportando as dissidências. Isto é bastante

¹² A expressão “racha” foi utilizada pelo apoiador no contexto da entrevista para caracterizar uma quebra, uma dissidência no fórum, onde alguns participantes pararam de freqüentar os encontros em detrimento de uma proposta realizada pelos apoiadores. Esta situação será abordada e explicada em seguida, durante a análise da entrevista.

interessante e me revelou a força, potência deste grupo, me fazendo pensar na aproximação com o conceito de Guattari sobre o momento da transversalidade e do grupo sujeito.

Apesar de tudo, ao final da entrevista, a impressão que eu fiquei foi de um grupo que ainda espera muita coisa dos apoiadores e que se mobiliza através das propostas, mas que não se movimenta para sair do mesmo... como posso dizer...espera que tudo venha muito pronto. Quando da observação, pude, limitadamente ter a impressão de que o grupo não tratava de questionar muito as propostas apresentadas. Mesmo sobre a apresentação do meu projeto, parecia que eu estava falando meio que sozinha, sem questões, curiosidades.

Entretanto, o apoiador me pareceu bastante convicto de seus objetivos com o grupo e pareceu que havia planos para a condução do grupo que foram construídas com consistência pelo grupo do apoio. Isto, ao menos, foi o que a fala me transpareceu: que os apoiadores sabiam o que queriam do grupo e sustentaram este foco. A perspectiva que eu construí, pra mim, a partir da entrevista, foi que o grupo de apoio queria fazer com que o grupo de trabalhadores se abrisse mais, e que os trabalhadores pudessem sair dos seus “consultórios da saúde mental” e pensar na perspectiva de rede.

E, o que mais me surpreendeu: o grupo existe há 13 anos!! Por esta eu realmente não esperava! Não esperava porque na minha idéia, esta prática das rodas, de juntar as pessoas, de pensar matriciamento se constituiria após a gestão do prof. Gastão como Secretário, ou seja, em 2001, pois foi a partir daí que tivemos o projeto Paidéia e fiquei pensando, poxa! o que será que este povo discutia sobre a rede de saúde mental em 1998?! Acredito que eu é que subestimei a vanguarda da gestão e dos trabalhadores de saúde mental campineiros...

Apesar dos dados sobre a historicidade sempre permanecerem como algo não apropriado pelos apoiadores, fato que me deixa apreensiva...(DP, 10/05/2012)

O entrevistado em questão assumiu a função de apoiador um ano em meio antes da entrevista e permaneceu até o mês de julho de 2012, passando a exercer outra função no campo da saúde mental de Campinas.

O início

Este fórum de saúde mental do distrito E é o pioneiro do município, tendo seu início em 1998 antes da introdução do Método da Roda (Campos, 2003), quase junto com o PSF, anos após a implementação do primeiro CAPS do município – enfim... Primogênito!

Considerando as peculiaridades desse distrito, o primeiro aspecto a ser ressaltado é que o território de abrangência inclui unidades onde os profissionais de saúde mental foram das primeiras equipes a serem constituídas. Em alguns casos, os profissionais da saúde mental estão há muitos anos em suas funções e, às vezes, sempre na mesma unidade ou em unidades do mesmo distrito. Destaca-se ainda que a maior parte constitui-se de profissionais estatutários da PMC, situação não homogênea para os demais distritos, com respeito à vinculação trabalhista e benefícios.

Com respeito à constituição desse fórum, destaco abaixo, trecho da entrevista do apoiador que retrata este início do grupo e suas particularidades:

esse fórum de saúde mental, ele se constitui em 1998/ 1999, muito antigo... a maior parte dos profissionais da saúde mental e da atenção básica do distrito, são profissionais muito antigos que estão há muito tempo no serviço. Mas eu acho que foi uma proposta da A. [apoiadora da saúde mental à época] de trazer... de formar um espaço para pensar em saúde mental no distrito. Aproximar. Trazer um pouco para as cenas, as pessoas se encontrarem. Poder fazer rede. Eles trazem muito isso. Eles trazem que o grupo, ele é interessante nesse sentido... que é muito diferente [de] quando você tem os casos para trocar você ligar por telefone o grupo dentro disso propiciou as pessoas se conhecerem (Apoiador - Distrito E).

A relação do grupo com os apoiadores da saúde mental traz uma particularidade importante relatada pelo apoiador sobre o distrito quanto ao tempo de permanência dos apoiadores de saúde mental na função. Este fator é sentido pelo grupo de trabalhadores como algo que influencia o andamento do grupo.

A mental teve uma troca muito grande de apoiadores. Os três últimos apoiadores de saúde mental eles ficaram em torno de um ano e meio então assim, era um grupo que quando eu pego dá uma impressão de um grupo muito cansado, de fazer assim: “ai, outro apoiador e a gente aqui”. (Apoiador - Distrito E).

Este fato repetiu-se com o apoiador entrevistado, que permaneceu em torno de dois anos na função. O papel assumido pelo apoiador neste grupo parece ter bastante influência no andamento das atividades do grupo. Uma das falas que caracteriza esta postura do grupo é quando o entrevistado refere que existia no grupo a marca dos apoiadores:

Então eu fiz esse resgate com eles, ai eles trouxeram o inicio desse grupo em 98/99. É um grupo que teve pouca alteração da configuração dele durante esse tempo. O que eles me trouxeram foi que durante um tempo você tem a marca dos apoiadores na maneira de conduzir o grupo, então alguns de maneira mais dinâmica, outros de maneira mais analítica, outros de maneira um pouco mais provocativas e demandantes, mas esse grupo se inicia então enquanto coletivo da saúde mental há bastante tempo... (Apoiador - Distrito E).

É bastante interessante como cada apoiador se organiza para conhecer o grupo e, em especial neste caso, a preocupação em resgatar a identidade e a história do grupo. A estratégia utilizada para reconhecer o grupo e o espaço de reuniões foi realizar um encontro para resgatar esta trajetória do grupo, onde o próprio apoiador pode trazer as contraposições do que ele percebia e recebia do grupo e aquilo que o grupo traz como discurso.

Há um momento bastante peculiar nesta entrevista, que demonstra a sensibilidade dos apoiadores em perceber os contra-sensos existentes entre o discurso e a prática do grupo deste fórum:

E no final do ano passado nós [apoiadores] pensamos numa reformulação com eles desse espaço. Esse espaço que há tempos acontecia quinzenal, muito marcado só com profissionais da saúde

*mental e quando nós chegamos, há um ano e meio ... entramos em uma discussão de que espaço é aquele, “estamos aqui porque? Para que?” Uma porque nos tivemos muita dificuldade no início por ser um grupo que se dizia funcionar independente do distrito e dos apoios. Então por um lado achávamos isso interessante porque era um grupo que se mantinha para além da gestão, passava e eles permaneciam. Mas era um grupo, o que **nos causou muito incômodo, era um grupo que, naquele momento, ficava muito na queixa e muito desimplicado com articulação, com o cotidiano e com o serviço.** E muito esvaziado e uma coisa muito interessante, tinha muita gente da saúde mental e da atenção básica, mas pouco apropriado dos serviços de referências, então, dos CAPs. Não tinha uma aproximação... (Apoiador - Distrito E, grifos da pesquisadora)*

Esta afirmação nos remete à reflexão sobre a prática dos trabalhadores de saúde mental envolvidos no fórum, cujo cotidiano a articulação entre os serviços, vem ao encontro do fortalecimento da rede de cuidados, que como vimos, é um aspecto destacado desde a Política Nacional de Humanização do SUS (PNH) de 2004 e um motivo de grande relevância da existência desses fóruns.

Considerando-se o conceito de modelo de atenção, ora apresentado, pauta-se nessa definição para se construir as redes de cuidado em saúde mental, com vistas à aproximação dos profissionais às necessidades de saúde encontradas no território. O território, por sua vez, constitui espaço vivo, pois para além das condições objetivas que oferece, apresenta também as dimensões subjetivas, que decorrem das relações estabelecidas pelos sujeitos com seu território (Sacardo e Gonçalves, 2007). E, certamente, os profissionais de saúde mais próximos e em contato permanente com estes sujeitos em seus territórios, são os profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF) que constituem a Atenção Primária à Saúde (APS).

Retomando os conteúdos destacados da entrevista, considera-se que os trabalhadores do fórum do distrito E estavam, na percepção do apoiador, fechados à sua clínica da saúde mental isoladamente e com dificuldade de se articular com os equipamentos e com a equipe de ESF as ações. Como destaca a portaria citada e as

Redes de Atenção à Saúde, faz-se necessária a atuação em conjunto dos vários equipamentos e os encontros dos fóruns vêm favorecer esta construção no cotidiano.

Entretanto, os trabalhadores e participantes tem de estar aberto a receber e a atentar-se para esta construção da rede de cuidados que se fazem nos fóruns. Esta característica torna, ainda mais, o próprio fórum um acontecimento *instituinte*, pois movimenta os processos já instituídos, já cristalizados para se pensar no emergir do novo, de uma nova construção do cuidado em saúde mental.

Onocko Campos e Campos (2007) afirmam que é preciso trilhar a mudança, partindo de nós e estimulando o exercício de graus maiores de autonomia no outro; isto refere justamente o fato de como os processos de mudança são capturados por aquilo que já está instituído e é hegemônico (Lourau, 1975; Kaës, 1991).

Nesse sentido, o entrevistado relata uma situação que demonstra a dificuldade do grupo em apreender aquilo que é a proposta dos apoiadores e, não só, mas de movimentar-se para processos de mudança:

Então a gente começa o trabalho com eles de questionar um pouco o espaço e de levar para eles que a gente estava pensando em rever o espaço e aí a gente causa... o grupo fica muito... o grupo racha naquele momento. De um pessoal bem mais antigo, que tinha uma tendência de não querer rachar o grupo porque isso poderia desarticular e de um pessoal mais novo, trabalhadores mais novos chegando, não tinham aquele lugar tão instituído, querendo sim rever e pensar outras formas (Apoiador - Distrito E).

Neste momento, observa-se no fórum uma tensão entre a proposta dos apoiadores, considerada *instituinte* e aquilo que é mantido no grupo como status quo, ou seja, *instituído* como um certo jeito de fazer a reunião. São momentos que para a Análise Institucional se colocam como um processo

Desde suas origens, a corrente institucionalista pôs ênfase na relação antagonista entre *instituinte* e o *instituído* e nos processos ativos da *institucionalização*. A alienação social significa a autonomização institucional, a dominação do instituído fundada no esquecimento de suas origens, na naturalização das instituições.

Produzida pela história, elas acabam por aparecer como fixas e eternas, como algo dado, condição necessária e trans-histórica da vida das sociedades. (Lourau, 2004, p. 73, itálico do autor)

Na entrevista, destaquei esta proposta instituinte colocada pelos apoiadores ao fórum do distrito E, conforme a fala do entrevistado a seguir:

E a gente chega com um outro entendimento, outra proposta, mas aí a gente causa um racha no grupo como eu estava te dizendo, uma parte do grupo fica muito reativa a nós, com uma fala que nós queremos desarticular o grupo, desarticular o coletivo, e aí a gente começa... então vamos construir coletivamente e que espaço a gente acha que pode ser aqui interessante (Apoiador - Distrito E).

Neste momento do fórum há uma quebra, que o apoiador chama de ‘racha’, que seria, segundo seus relatos, quando alguns participantes do fórum não concordaram com as propostas trazidas e não mais compareceram aos encontros. Este fato perdurava até o momento da entrevista. A proposta dos apoiadores era realizar a construção coletiva do espaço, permitindo que a voz do grupo se manifestasse. Nesse sentido, segundo aponta L’Abbate (2003)

(..) sem transformar as práticas cotidianas dos profissionais dos serviços de saúde, não haverá mudanças na forma desses serviços funcionarem, no sentido de garantir acesso, a qualidade e a resolutividade, no atendimento de saúde à população. Além disso, acrescento que, sem levar em consideração essas dimensões, não será possível construir uma nova intersubjetividade entre os sujeitos envolvidos na produção da saúde (p. 270).

Contudo, apesar do movimento de resistência de alguns participantes do grupo, há abertura para a proposta dos apoiadores,

E aí o grupo chega num consenso que a gente poderia trabalhar de uma maneira mais ampliada, não se reduzir a saúde mental, e poder trabalhar com todo o grupo uma vez por mês e dividir pelas micro-áreas como é dividido o distrito. E o SADA [Serviço de

Apoio à Dificuldade de aprendizagem] *poder entrar na história com matriciamento mensal* (Apoiador - Distrito E).

E, apesar do movimento do fórum, ilustra-se a potência do espaço coletivo para a produção de saúde, a partir da situação colocada pelo apoiador como um problema a ser enfrentado coletivamente:

(...) porque naquele momento também estava uma questão: a fila de espera para do SADA estava em 150 pessoas, então, vamos aproveitar. O SADA estava se aproximando e havia uma demanda com relação à criança e ao adolescente, da infância também, que eles traziam (Apoiador - Distrito E).

O SADA é o Serviço de Apoio à Dificuldade de Aprendizagem de Campinas. Trata-se de um serviço municipal que era¹³ composto por 5 profissionais para atender todas as regiões do município e, assim toda a demanda dos serviços de saúde. Caracteriza-se como um serviço de referência. No entanto, as unidades básicas passaram a receber das escolas, uma demanda crescente de crianças apontadas como portadoras de alguma dificuldade/distúrbio de aprendizagem, as quais já vêm com o pedido de cuidado pelo campo da saúde.

Esta é uma demanda comumente referenciada, com pouca abertura para trocas dialogadas com a escola e, que traz o contexto da ‘patologização’ dos comportamentos infantis. Conforme aponta o apoiador, havia uma fila de 150 crianças e adolescentes no distrito E aguardando o avaliação/atendimento com o SADA.

Isto também vem ilustrar a grande desapropriação dos serviços de atenção básica de absorver esta demanda, pois diante do contexto do SADA, sabia-se que a criança ficaria aguardando numa fila que, poderia não atendê-la em suas

¹³ O verbo ser está no passado porque este serviço desestruturou-se com o rompimento do convênio PSF-SSCF com a SMS. O SADA compunha-se de cinco profissionais, entretanto, quatro eram Cândido e não puderam manter seus vínculos de trabalho.

necessidades. Por isto se construiu a lógica do apoio matricial com o SADA nestes espaços do fórum.

Quanto à configuração do fórum, segundo o entrevistado, esta permanece a mesma por muito tempo ao longo de sua história, sendo que a mudança se deu, somente, e com muita resistência, após vários anos:

A gente remonta esse grupo a partir do final do ano [final de 2010]. E começa a ter esse funcionamento de encontros semanais por micros (grupos menores) e uma vez por mês todo o grupo se encontra (Apoiador - Distrito E).

As modificações a partir das propostas trazem ao fórum um certo movimento. Os participantes e o próprio grupo enquanto coletivo passaram por um realinhamento e reordenações que transformaram a identidade grupal, como descreve o apoiador:

Teve uma parte do grupo, uma minoria, mas tiveram alguns profissionais que pararam de vir, da saúde mental, que racharam de fato naquele período. Vieram em alguns [encontros] e racharam, falaram que isso [proposta do trabalho em rede, por micro-áreas] iria desarticular o grupo e não vieram mais e também não ocuparam mais esse espaço. E outras figuras que até então não vinham, começaram a ocupar. Teve uma mudança de atores participando (Apoiador - Distrito E).

Quanto aos participantes deste fórum do distrito E,

Quem participa são os profissionais das micros da saúde mental, alguns centros de saúde que não tem saúde mental a gente tentou que viesse algum enfermeiro ou alguém. Eles vieram em algumas mas não se mantiveram, não se fixaram; a presença mas basicamente os pediatras vem, o pessoal da Unicamp da pediatria que tem algumas unidades, ele vem nesse encontrão ampliado (Apoiador - Distrito E).

Quanto aos objetivos do grupo, a intenção, segundo o apoiador, desde o início é de

(...) de formar um espaço para pensar em saúde mental no distrito. Aproximar. Trazer um pouco para as cenas, as pessoas se encontrarem. Poder fazer rede (Apoiador - Distrito E).

No contexto atual, aponta-se como os objetivos deste grupo,

(...) [de] esse espaço ser o articulador de rede para o distrito [E] e a gente começar a criar a nossa agenda com as unidades a partir da demanda do grupo... desse grupo (Apoiador - Distrito E).

Atualmente, a política de saúde aponta para as *redes de atenção à saúde*, cuja definição é a de

Uma malha que interconecta e integra os estabelecimentos e serviços de saúde de determinado território, organizando-os sistemicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas de atenção estejam articulados e adequados para o atendimento ao usuário e para a promoção de saúde (Silva e Magalhães Jr, 2008, p. 81)

E mais,

que é sinônimo de integração, precisa ser dotada de governança, com a permanente articulação dos entes políticos, dos estabelecimentos, dos profissionais de saúde e de uma institucionalidade e normatividade... (ibid, orelha do livro)

Ressalte-se as relações do micro-contexto, do cotidiano e o aprofundamento das discussões a partir deste aspecto:

Então quando a gente vai para estes espaços nas micro-[áreas] a gente tenta um pouco organizar essas demandas nas micro-[áreas]. Criar um pouco a nossa agenda a partir disso que vai aparecendo, para as nossas entradas na unidade e a demanda surgir desses espaços, da micro e desse grupo. Essa era a proposta. (...) Mas,

essa questão da gente poder ter mais intimidade nas discussões e o próprio caso aparecer articulado por estar dividido em território, esse espaço propiciou o grupo sai da queixação e da falta e começa a se orientar muito a partir das discussões dos casos. E a partir daí a gente começa a ter as organizações e ter as entradas (Apoiador - Distrito E).

O entrevistado sugere que, a partir deste certo movimento e abertura do grupo do fórum, as ações começaram a se manifestar e a articulação, a partir dos casos, realmente começa a despontar

(...) tem sempre o SADA, isso foi uma coisa bacana. Conseguimos zerar a fila de espera e os pediatras como ocuparam esse espaço do grupo ampliado e a gente começou a trazer umas pautas um pouco mais construídas (Apoiador - Distrito E).

A partir deste momento, o grupo parece movimentar-se no sentido das ações e das construções para o cuidado, como produtor de saúde:

E uma coisa muito legal foi que o própria equipe do SADA começou a trazer um pouco a questão de como se cria o caso. E se criando o caso, porque tem protocolo do SADA. Então quando eles pegarem, quando a gente começou a olhar o protocolo, eles começaram a chegar a conclusão, no final, que de fato não era um caso. E começaram a se sentir mais seguros no próprio encaminhamento do caso. Então isso foi muito interessante, porque na segunda-feira o SADA veio e nós fizemos a avaliação de “porque que zerou? Isso é um dado importante e interessante ou é porque não está mais aparecendo aqui os casos? Eles pararam de ser olhados também ou nós conseguimos um fluxo para dentro das unidades ?” O que as unidades nos trouxeram é que eles conseguiram um fluxo para dentro da unidade (Apoiador - Distrito E).

Estes fatos que começam a emergir do grupo fazem com que o apoiador faça uma observação bastante contundente e realista sobre o grupo de trabalhadores:

E quando você sai do nucleozinho da mental, são unidades que tem equipes de referencia, programa de saúde da família que funciona e

que trabalha nessa perspectiva que a saúde mental consegue matriciar a equipe. Você começa a ampliar e você vê que essa não é uma questão que não é só síndrome da mental. Acaba sendo um distrito que aposta pouco no território, que articula pouco rede. (...) A maior parte das unidades tem equipe de saúde mental aqui. Isso é aquilo que a gente conversa, por um lado é interessante mas por outro lado você também vai fazendo uma atenção básica muito nucleada e é um distrito que pouco apoia a atenção matriciada (Apoiador - Distrito E).

O apoiador resgata num determinado momento, as características distritais e o contexto do momento, explicitando o quanto o contexto e as particularidades políticas envolvem-se na construção do grupo e, em especial, em suas ações:

Então, tem toda uma conjuntura política que eu acho que também vai nessa questão de políticas públicas na articulação e execução que potencializa muito mas que também cria barreiras dificultando muito também. Hoje o nosso cenário é muito ruim na avaliação que eu faço. Contudo, a saída dos profissionais que vem nesse momento atingindo muito a atenção básica vem deixando mais fragmentado. Mas essa questão do apoio matricial que você vem perguntando, por serem equipes mais completas a gente tem esse fato de, por exemplo, atender a uma demanda mas são mais nucleadas. São figuras mais difíceis de conversar, do apoio matricial entrar (Apoiador - Distrito E).

E, para finalizar, o entrevistado refere sua posição quanto ao papel do apoiador no fórum

Nossa função é de facilitar e propiciar as discussões. Articular a rede, poder articular as discussões e apoiar algumas construções. É um lugar muito frágil ao mesmo tempo nesse grupo porque é um grupo que em alguns momentos, talvez hoje menos, que... todas estas questões que eu estou trazendo de posicionamento, apoio a distritos e as unidades as vezes é um pouco truncada, as vezes é muito de ficar uma questão de colocar para o chefe a demanda para ser feita. Ou de ter coisas muito burocráticas e o nosso papel de querer trazer para a cena uma discussão e construção de uma outra maneira. Então eu vejo um pouco do nosso papel, do meu

papel, fica um pouco no lugar de facilitador, de apoiador da discussão, de analisador da situação (Apoiador - Distrito E).

Além disso, o cenário de crise política vem trazer impactos no fórum

Mas eu acho que poderia ter mais potência. Muito mais potência. Eu venho de outros espaços, de outros distritos onde algumas discussões aqui não se tem, ainda não consegue. E para falar a verdade não sei como vai ficar, o impacto que a renovação do convênio com a saúde mental entrando tudo para o Candido, a equipe de saúde mental entrando para o convenio, eu não sei que impacto isso vai dar (Apoiador - Distrito E).

Há algo neste distrito E que podemos dizer de um processo que caminha para a institucionalização. Vimos que este processo passa pelos próprios trabalhadores e a construção de suas práticas, que o fórum do distrito E tem vindo a contribuir; pelos apoiadores que vão lançando ao grupo de trabalhadores desafios e movimentos que vão desestabilizando e estabilizando o grupo, no sentido da provocação para a mudança; pelo próprio contexto político e social que impõe que este grupo saia da zona de conforto e passe a se haver com as realidades sociais para além dos ‘consultórios da saúde mental’ dentro dos CS. Entretanto, percebemos que este processo foi um trabalho árduo, encabeçado em especial, pelos apoiadores de saúde mental deste distrito.

Acredito que as bases para o grupo de trabalhadores está lançada. Em minha humilde opinião, não acredito que o grupo tenha se desenvolvido politicamente, ou que até caminhe para a autogestão, apesar de haver o fato de passarem-se as gestões e o grupo permanecer. O que percebo é um grupo que se fortaleceu com estes apoiadores, e que se abriu para a construção de outras bases, de bases que ultrapassem o alcance de suas possibilidades imediatas de resolução, cujo exemplo desta ampliação destas bases de ação, vimos no relato da resolução da fila de espera do SADA.

O fórum do distrito E, pelas minhas observações e pela entrevista com o apoiador, diria que trata-se de um grupo tímido, mas em formação enquanto autogestionário e seguro de seus papéis na construção da rede e do modelo de saúde mental de Campinas.

Segundo Luz (2004),

Analisar a dimensão cotidiana do instituído é muito duro, uma vez que envolve a prática do aqui e agora das relações de dominação. Como somos continuamente “instituídos”, isto é, submetidos à ordem social por meio de processos mais ou menos sutis de convencimento, dificilmente percebemos a natureza opressiva do poder institucional, ainda que não haja necessariamente repressão neste poder, apenas forma sutis de controle (p.24-25).

Para este fórum do distrito E, utilizando esta citação de Madel Luz, associaremos o instituído às práticas fragmentárias do conhecimento biomédico, hegemônico, enquanto práticas de cuidado em saúde. A partir deste princípio, podemos pensar todo o processo pelo qual o fórum passou e está sendo construído para se transformar num espaço de construção coletiva de cuidado em saúde mental, rompendo as barreiras deste modo de se fazer instituído e, o fórum como uma prática instituinte, segundo a perspectiva da ampliação da clínica, do apoio matricial, do cuidado em rede e da construção de conhecimento.

CAPÍTULO 8. O PROCESSO DE ANÁLISE DOS FÓRUNS

Nesse capítulo, os processos dos fóruns e suas propriedades são analisados a partir da abordagem teórica da Análise Institucional e dos conceitos outrora apresentados.

8.1 Fóruns de saúde mental: espaços transversalizados

Dado à pluralidade de sua composição - diversos profissionais de diferentes organizações - os fóruns são considerados como espaços transversalizados de conhecimento. De maneira geral, os fóruns traduzem relação de coerência com seus objetivos, onde observou-se que os participantes reconhecem seus papéis e pertencimentos, buscando construir sua autonomia.

Os conceitos de grupo sujeito e grupo sujeitado de Guattari (1987) são de grande relevância para este estudo, pois, a partir deles podemos, ao analisar os produtos das reuniões dos fóruns de saúde mental distritais perceber até que ponto o grupo de profissionais buscou fugir dos especialismos, estabelecendo relações mais coletivas e trabalhando na perspectiva da interdisciplinaridade, influenciando assim a qualidade das suas propostas.

Durante as observações foi possível perceber que os trabalhadores dos fóruns buscam reconhecer seus papéis institucionais, com maior ou menor facilidade em realizá-lo. Nos fóruns dos distritos A e B este aspecto fica bastante evidente e por serem grupos menores e mais coesos, as discussões e os vínculos institucionais são melhores posicionados e fazem diferença no processo do grupo. Entretanto, em todos os fóruns existiram momentos de cegueira, ou mesmo na prática, ao levar as discussões do fórum para suas unidades de saúde, como no exemplo abaixo:

*A idéia não era assim: “fulano que vai é sempre ele”, [mas] o quanto também ele estivesse envolvido, de que, se é aquele profissional que está como referência, também provocar que ele trouxesse as reflexões para dentro da unidade e se não, entendíamos assim, que fulano estava vindo mas, **quanto ele levava***

para dentro da unidade o que está sendo discutido aqui e víamos que muitas vezes não estava (Apoiador - Distrito C, grifos da pesquisadora).

O papel da supervisão, de certo modo, favoreceu este processo de reconhecimentos dos vínculos institucionais e contribuiu para o processo de pensar e construir a clínica de saúde mental, pontuando os limites institucionais e os papéis profissionais.

Foi possível perceber a constituição de processos que se aproximam do conceito de grupo sujeito nas entrevistas, como por exemplo, no trecho a seguir:

(...) eu acho que ainda é algo que aparece, da gente conseguir uma grupalidade nesses espaços que conseguimos realmente [nos] permitir refletir, tensionar, discutir a realidade e que possa[m] aparecer as nossas falhas, as nossas faltas, os nossos potenciais, as nossas fragilidades (Apoiador - Distrito C).

Assim, o grupo movimenta-se na sua análise, sem temores sobre suas divergências. Estes aspectos são importantes para que se construam espaços potentes e autônomos, caminhando para a direção de grupos sujeitos. Durante a entrevista há alguns relatos de que, mesmo com a saída do apoiador o grupo manteve-se em seus objetivos:

(...) um pouco com a saída do apoiador (transição) o fórum foi ganhando mais esse formato, afinal os trabalhadores permaneceram com a agenda e começaram a constituir muito esse lugar mais político. São aquelas pessoas que dão aquele tom para aquele grupo (Apoiador 1 – Distrito B).

O mesmo ocorreu durante a observação de um dos fóruns, onde a reunião prosseguiu, com o mesmo tom e comprometimento por parte dos trabalhadores nos assuntos discutidos, mesmo sem a presença do apoiador. Somente em um grupo há relatos que o grupo teve dificuldade em manter-se: o fórum do distrito C, que

chegou a ficar sem reuniões por motivo da falta do supervisor, porém não há maiores informações para essa análise.

Assim, considerando-se as particularidades de cada fórum, percebeu-se que em maior ou menor grau os grupos movimentando-se no sentido da transversalidade, procurando o compartilhamento dos saberes, das experiências, movimentando os espaços institucionais a fim de compor mudanças em seus processos. Em especial, todos os fóruns buscam congregam os vários atores envolvidos nos processos de saúde:

(...) desde o início sempre teve uma característica de tentar trazer os “não da mental” para a discussão. Isso sempre foi uma característica também, de sempre tentar fazer (Apoiador - Distrito A).

Isto demonstra a abertura dos fóruns para as discussões, para o aparecimento de questionamentos e de diferentes pontos de vista sobre o conhecimento em saúde mental, e para que isso ocorra, é necessário que os trabalhadores estejam convictos e confiantes em suas ações, para poderem abrir a outros parceiros e muitas vezes se propondo a formar este conhecimento:

Teve muita gente que se apropriou e foi estudar, foi fazer supervisão, foi estudar psicanálise ou outra corrente, é porque mexeu. Eu acho que foi uma ferramenta, em minha opinião, eu acho que o matriciamento é primordial (...) porque traz uma outra dinâmica para essas equipes, um outro olhar para o sofrimento psíquico, mas teve resistência, por isso que antes teve oficina. (Apoiador 2 - Distrito B).

Dessa maneira, pode-se dizer da transversalidade dos fóruns e da importância e da contribuição destes espaços para a compreensão dos papéis e limites de atuação de cada equipamento de saúde:

(...) quando vamos discutir o caso que é do seu território, os matriciadores e eu convidamos os trabalhadores para estarem conosco e percebemos que é muito mais rico, gostaria que eles estivessem sempre. Mas é super interessante porque a própria equipe de saúde da família vai percebendo como a saúde mental funciona e qual a diferença do matriciador do CS e da equipe de saúde mental que está na ponta com a equipe de saúde mental que está na especialidade, quais são as dificuldades, os impasses, e sempre sai visita compartilhada, atendimento compartilhado com o CAPS. Eles percebem que a própria equipe de saúde mental da atenção básica tem um limite de atuação. O CS B [refere-se à equipe de saúde mental do CS B] fala muito isso, que ameniza para eles também enquanto matriciadores (Apoiador 1 - Distrito B).

Ao relacionar aquilo que se passa com os fóruns distritais de saúde mental, percebe-se que há uma aproximação deste grupo com o que Guattari (1987) coloca como *grupo sujeito*, no sentido de que sua prática se encaminha para atuar de acordo com o seu próprio desejo suas próprias regras, sempre colocadas em discussão e de poder encarar sua própria finitude.

Assim, o que deve ficar explícito é, sobretudo, que o processo de transversalização não caminha no sentido da homogeneidade, mas ao contrário, prevê que o grupo comporte a diferença, o embate e até as opiniões diversas, sem que isso seja tomado como erro, dissidência política ou brigas pessoais. Destaca-se então, a sustentação do dissenso, sem que isso signifique uma dissidência, caminhando para que o grupo seja cada vez mais sujeito de suas ações e de seu destino.

É conhecido o fato de que as formações das pessoas que compõem os fóruns são diversificadas, assim como diversas e variadas são as experiências vividas na prática dos atendimentos realizadas de maneira singular e subjetiva, circulando ainda em diferentes espaços, com diferentes pessoas das equipes de referência. Tudo isso gera uma conformação grupal diferenciada, que se encerra sobre o tema da saúde mental, que por si só, já é efeito de algo ainda maior, que são políticas e programas de ações que contemplam várias diretrizes.

No encontro das pessoas nos fóruns foi possível vislumbrar uma vontade interna de estar presente no grupo para as discussões, pois estas se colocam, em grande medida, dispostas a discutir problemas comuns por parte do grupo, buscando ainda subsídios para construir e sustentar suas próprias práticas cotidianas, muito desafiadas pelos princípios da superação dos ainda resquícios das práticas assistenciais manicomiais e de uma cultura que ainda, mesmo em tempos atuais, prega a segregação e o preconceito.

Também merece destaque a valorização dos fóruns pelos profissionais, visto que percebe-se que há assiduidade dos participantes na maioria dos espaços de reuniões e, a continuidade dessas ao longo do tempo. Assim, nesses fóruns, o grupo consegue se colocar sobre suas necessidades e desejos; consegue refletir, a partir do espaço micro, as questões da macropolítica e as dimensões que influenciam na prática. Por meio das discussões em grupo, os profissionais compreendem e potencializam sua capacidade de lidar com os limites que encontram na prática. Podemos citar alguns exemplos desses limites – que envolvem os contextos macropolíticos, como por exemplo, quando não se tem nem a equipe de saúde da família funcionando na unidade como deveria por falta de investimento; ou, os casos atendidos não se encerram na dimensão da saúde, tendo em sua grande maioria parcelas da precariedade econômica vivida, pelo desemprego, pela situação de vulnerabilidade social (exploração sexual, uso e abuso de álcool e outras drogas, violência doméstica etc.); ou ainda, pelo não empoderamento da gestão local pelas discussões da mental, dentre outros. Por conseguinte, os fóruns vêm para colocar esses assuntos em pauta, convocando os demais atores envolvidos, inclusive a gestão, cumprindo uma função política nesse contexto.

Entretanto, reconhecer os próprios limites e os processos que se passam na prática não é algo simples. Exige defrontar-se com múltiplas subjetividades, angústias e desejos pessoais e profissionais, com os papéis que a equipe de saúde mental assume para dentro das unidades de saúde.

Além disso, estes fóruns se propõem um encontro dos profissionais que cuidam, também produzindo relações e tecendo caminhos para a organização do trabalho e das propostas vinculadas ao modelo de atenção, devendo ainda mais ser vislumbrados e valorizados pelas suas construções e perspectivas.

Diante dessas análises da transversalidade dos fóruns, cabe citar Baremblytt (2002), que ressalta que a aspiração do movimento institucionalista é “deflagrar, apoiar e aperfeiçoar os processos auto-analíticos e autogestivos dos coletivos sociais” (p.11). E, segundo Moura (2003),

(...) falar do institucionalismo e suas diferentes ramificações é falar de uma luta pela autonomia, pela desnaturalização do instituído, pela criação de novos modos de existência (p. 37).

8.2 Os sujeitos e as Instituições

A abordagem teórica da Análise Institucional contribui, neste momento, para elucidarmos as instituições presentes nos espaços onde este estudo se encerra. A primeira instituição a ser destacada é a *gestão*. A gestão constituiu elemento importante nesse trabalho por explicitar aspectos relevantes presentes nos fóruns dos trabalhadores de saúde mental.

De acordo com L’Abbate (2012a)¹⁴, toda proposta de gestão contém dimensões mais estruturadas e formais, fáceis de se tornarem rígidas, quase imóveis, que convivem, ao mesmo tempo, com dimensões inovadoras que questionam as primeiras. Da relação dialética/contraditória entre as duas, decorre uma terceira que, de forma tensa, acaba por articular elementos das duas. Na Análise Institucional, estes constituem os três momentos de toda e qualquer instituição: o **instituído**, o **instituinte** e a **institucionalização**, ou seja, o vir a ser, pelo qual toda instituição se atualiza, constantemente.

¹⁴ Apresentação sobre apoio institucional no X Congresso da Abrasco, realizado em novembro de 2012 em Porto Alegre/RS.

Para Castoriadis (1982), cada instituição social é entendida como resultado de um movimento dialético contínuo entre instituído/instituinte. E ainda,

A instituição é uma rede simbólica, socialmente sancionada, onde se combinam em proporções e relações variáveis um componente funcional e um imaginário (p.159).

Assim, a instituição *gestão* apareceu em diversos momentos nos fóruns e nas entrevistas com os apoiadores:

O apoiador sempre participa das reuniões e o grupo pede esta participação e o apoiador em questão também entende a importância dessa presença (Apoiador 1 – Distrito B).

A supervisão de eixo não foi destinada exclusivamente para saúde mental ela foi diferente, foi aberta para os gestores, os trabalhadores, enfim. Com o entendimento da saúde mental também, mas com o entendimento de que para se construir saúde, se ter produção de saúde e se construir essa idéia de rede, todos os atores precisavam estar incluídos. Então no começo a gente tinha uma participação bem interessante dos profissionais gestores, dos profissionais da saúde mental, enfim (Apoiador Distrito D).

Como vimos das análises das entrevistas, no fórum do distrito C, o próprio coordenador distrital passa a participar e a coordenar este espaço. Assim, compreende-se que estes fóruns são instâncias colegiadas, onde estão presentes os trabalhadores, os apoiadores e os trabalhadores como atores que assentam-se para construir e conduzir a política de saúde mental. Assim, cada distrito tem sua história particular, mas os fóruns constituem-se como uma prática instituinte na gestão dos processos de trabalho. Os apoiadores deixaram claro nas entrevistas que os fóruns constituem estratégia para, coletivamente, discutir os entraves, as faltas, as circunstâncias políticas e condicionantes, as possibilidades e as diretrizes, a fim de realizarem com o grupo de trabalhadores as pactuações – esclarecendo os papéis e

reforçando os objetivos da rede, alinhando sua composição e sua finalidade no cuidado ao usuário.

8.3 Os analisadores apoio matricial e supervisão

E, seguindo seu objetivo maior na construção das estratégias de cuidado, alguns aspectos despontam como analisadores dessa gestão dos processos de trabalho: a discussão sobre o apoio matricial e a supervisão.

Em todas as observações e em todas as entrevistas, a questão do **apoio matricial** é apresentada. Dessa maneira, para esse estudo, as discussões sobre o apoio matricial em saúde mental revela-se como analisador das construções coletivas dos fóruns, pois traz a tona os processos de trabalho, a dificuldade em compreender e realizar esta prática, a dificuldade em estabelecer uma prática contra-hegemônica, em que se quebre a fragmentação das especialidades e do conhecimento:

*(...) muita gente não aceitava essa função de matriciador de saúde mental. **Teve resistência, e teve muito crescimento** (Apoiador - Distrito B, grifos da pesquisadora).*

Assim, são muitos os relatos das entrevistas que pautaram esta estratégia de cuidado e o papel do fórum enquanto espaço para essa discussão ocorrer:

(...) quem é esse profissional hoje que a gente está colocando para matriciar? Ele foi convidado a fazer isso quando ele assumiu esse lugar? Ele sabe fazer isso? Ele tem condições de fazer isso? A equipe que a gente fala que vai ser matriciada, ela deseja ser matriciada? Ela sente necessidade desse matriciamento? Então eu acho que tem algumas coisas que esse espaço pode ajudar a gente fazer realmente acontecer de verdade. Então eu acho que através

desse formato que a gente faz e isso ficar claro no grupo, ele pode ser um espaço bastante potente (Apoiador Distrito C).

O matriciamento era aquele fantasma... aquela coisa absurda que uns odiavam e outros amavam... , e como tinha um déficit muito grande de RH tinha uma dificuldade para as pessoas entenderem que o matriciamento não era para... ele não ia suprir a falta de profissional, porque havia uma falta dos profissionais da assistência nuclear, mas que a estratégia do Apoio Matricial ia ajudar nas outras questões que iam se agravando cada vez mais... enfim. Ai a agente analisou e foi realizando estas reuniões (Apoiador - Distrito A).

Tais discussões podem ser consideradas como analisadoras na medida em que o apoio matricial perpassa os debates sobre o modelo de assistência e vem revelar a questão da formação nuclear, segmentada, conforme o modelo hegemônico biomédico, com dificuldade dos profissionais de pensar o campo da saúde mental de maneira ampliada, a partir da própria ampliação da clínica. Por isso o espaço do fórum é instituinte, pois movimenta pensar nestes aspectos, além de seu caráter formador, pois propicia que os profissionais possam compreender e trabalhar nesse modo contra-hegemônico e transversal.

*O objetivo é o mais precioso para a gente que é: entender, conceber e lapidar o trabalho em rede. O que é muito bonito falar, mas fazer, é muito difícil.(...) Então é aprender com os casos, a gente tem discutido casos e casos, a clinica. E **isso traz uma configuração de fluxo, de modelo.** (...) Porque trabalhar em rede é isso. Não dá para um CS ficar sozinho, como também não dá para o CAPS ficar sozinho. A gente tem trabalhado muito isso, que a gente chama de: **projeto terapêutico compartilhado** (Apoiador 2 - Distrito B, grifos da pesquisadora).*

Daí a idéia de que certas análises trazidas pelas supervisoras, serviram como outro analisador, pois trouxeram elementos para a reflexão e a construção desse modelo de atenção, pautado na integralidade do cuidado e permitindo a ampliação da clínica, trazendo outros atores, os ‘não-psi’ como destacado em algumas

entrevistas para as discussões de ações no campo da saúde mental. Como relatado no trecho abaixo:

E outra questão que eu acho que ela [supervisora] tem trabalhado bastante também é valorizar bastante a atuação dos profissionais 'não psi', no olhar para um caso... e ela [a supervisora] tem valorizado também outros serviços que não são tão valorizados historicamente na saúde mental: o centro de convivência, o processo de geração de renda, que também seriam bastante promissores no cuidado integral que a gente pensa, dos usuários, enfim, da nossa rede (Apoiador - Distrito D).

A possibilidade da atividade de supervisão produzir analisadores decorre, em grande parte, do fato da gestão trazer profissionais de fora dos quadros da SMS, afim de contribuir para a mobilizar os participantes do fórum para pensar, refletir e ampliar suas práticas, no sentido de poder sair da queixa, do apontamento das faltas (falta de profissionais, de recursos materiais etc) para uma implicação com seus papéis e sua responsabilização, como explicitado em algumas falas:

Mas no primeiro momento era juntar a equipe inteira e lavar a roupa suja, delimitar o que é meu e o que é seu, o que cabe a cada um, como conseguimos trabalhar juntos mesmo com a falta (...) depois os projetos terapêuticos mais compartilhados, as pessoas conseguindo se respeitar mais, entendendo a clinica dos espaços e até a clinica do próprio terapeuta, do trabalhador que estava ali (Apoiador 1 – Distrito B).

Mas era um grupo, o que nos causou muito incômodo, era um grupo que, naquele momento, ficava muito na queixa e muito desimplicado com articulação, com o cotidiano e com o serviço. E muito esvaziado e uma coisa muito interessante, tinha muita gente da saúde mental e da atenção básica, mas pouco apropriado dos serviços de referências, então, dos CAPs. Não tinha uma aproximação...(Apoiador – Distrito E, grifos da pesquisadora).

*Eu sinto que a supervisão de alguma forma ela traz um **'implicamento'** das pessoas que no caso pode ser de outra unidade, mas as pessoas se sentem mais **implicadas** em tentar ver uma organização outra (Apoiador - Distrito D).*

(...) fazíamos conversas e identificávamos algumas questões e pensando assim “vá para a sua unidade a partir de agora e faça você acontecer, não fique esperando” (...) Mas era no sentido um pouco de mobilizar as pessoas para que também, isso que elas traziam, para que elas também se comprometessem com isso no sentido de “o que é meu? O que eu posso fazer?” porque nós também chegamos um pouco nessa conclusão, acabávamos sempre delegando... como eu vou usar o termo... não é o fracasso, as não possibilidades para outras esferas e não identificando o que está na minha governabilidade, o que está do meu lado, o que eu posso fazer (Apoiador - Distrito C).

E, acima de tudo, este alinhamento dos papéis em rede e seu direcionamento, nos fóruns em que não há a figura do supervisor, o próprio apoiador cumpre esse papel:

(...) acho que essa é a questão mais política, o serviço vai criando regras para ele institucionalmente, enquanto instituição para se preservar e se proteger. Como eu [apoiador] não estou vinculada a nenhum [serviço], o apoiador tem essa facilidade de enxergar os entraves do serviço para melhorar o cuidado para o usuário (Apoiador 1 – Distrito B).

Outro aspecto interessante para análise, que ajuda a revelar o caráter instituinte dos fóruns é o fluxo das informações dos serviços para os fóruns e dos desdobramentos dos fóruns para outros espaços coletivos. Nas entrevistas, os apoiadores expuseram esta questão de vários aspectos. Destacamos, em especial, a seguinte representação:

Eu pensaria assim olha. Me ocorreu agora: em espiral. Aqui na base nós teríamos o centro de saúde, os xxx centros de saúde. Eles

estão aqui na rede espalhados no território... Isso aqui, para mim, tem um movimento bem dinâmico, isso é espiral. Aqui na ponta, no meio mais ou menos estaria o distrito B. E aqui na ponta a Secretaria de Saúde. Então eu vejo que o distrito B que está aqui, está com essa onda circulando aqui, e para mim, esse movimento é muito forte, a gente tem que manter vivo. Sem manter[em-se] vivos os espaços de interlocução, a rede, eu acho, que fica muito fragilizada. (...)Eu [enquanto apoiador] tenho que fazer um movimento aqui, na micropolítica. Eu acredito na micropolítica, por isso eu acredito nisso aqui, nos espaços de interlocução que são essas redes.(...)O desenho que eu faria é esse espiral, que é muito forte e se a gente deixar ela estacionar perde muito a força (Apoiador 2 –Distrito B)

Resgato essa fala que traz a função dos fóruns na construção da micropolítica, acentuando a importância dos assuntos aí discutidos para a prática dos profissionais e para a construção de rede de cuidado. Em outros distritos esse assunto, como visto nas entrevistas, acaba por envolver outros espaços colegiados – como os colegiados distritais e a reunião dos coordenadores, ressaltando a legitimidade desses fóruns nos distritos de saúde.

Destaca-se a seguinte fala do apoiador do distrito B, pois traduz a relação das portarias ministeriais e as práticas de saúde retratada nos fóruns:

Eu acho que isso vem para contribuir, na minha concepção, no fortalecimento do que já fazemos, parece que você vai lendo a portaria e fala “nossa gente, é o que a gente faz! Que legal, temos tanta dificuldade mas fazemos”. Isso que é bacana. A portaria vem legitimar o que fazemos na prática que é constituir rede. (...) Mas acho que a rede [refere-se ao fórum] vem dizendo isso, quem está no centro é o usuário, é o território que ele está descrito. E quem vai fazer todo o manejo é a partir de uma equipe que está lá no território fazendo toda a estratégia de cuidado e a partir daí que discutiremos todos os alinhamentos e que não terá uma mão única, vai para o CAPS, fica lá e só depois que volta, mas não, será um emaranhado de serviços, estratégias e dispositivos para esse sujeito na complexidade que ele necessita (Apoiador 1 – Distrito B).

Acreditando que este trecho sintetiza as discussões levantadas pelo presente estudo, sobretudo, em relação ao foco nas necessidades de saúde do sujeito, das características do território, do alinhamento destes com a rede de cuidados em saúde e com as práticas dos equipamentos e, em última instância com as políticas públicas de saúde mental. Nas falas das entrevistas, percebe-se que os apoiadores possuem esta dimensão das políticas públicas, alguns com maior intensidade, outros menos. Destacarei, novamente, uma das falas que ilustra este aspecto:

[Existe] a relação do modelo de pensar atenção compartilhada, integral, equânime, universal, toda essa historinha que adoramos do SUS, acho que essa relação tem. (...)mas eu vejo que tem uma linha, uma linha de pensamento modelo, que é da saúde integral que é do cuidado compartilhado e que aparece em todos os fóruns (Apoiador 1 – Distrito B).

Desse modo, uma vez analisados os fóruns dos cinco distritos, confirma-se a percepção do apoiador distrital, onde podemos afirmar que há o alinhamento entre as diretrizes do SUS, da Reforma Psiquiátrica com a construção contínua do modelo em saúde mental preconizado por Campinas. E, que, o papel dos fóruns colegiados em saúde mental está em apresentar-se como instrumento/dispositivo para a tessitura desta rede de assistência, na construção de projetos terapêuticos compartilhados e no compartilhamento dos saberes.

8.4 O processo de Institucionalização

Nos fóruns colegiados identificamos que cada ator que participa dos processos de construção e institucionalização das práticas possui um papel particular: trabalhador, apoiador institucional e gestores.

O trabalho político de formação e de sustentação dos espaços coletivos está diretamente ligado à implicação do trabalhador e de sua participação nestes espaços. Os fóruns somente se justificam e se sustentam se o trabalhador ali estiver

encontrando sentido para sua formação profissional e transformação de suas práticas cotidianas. Algumas falas dos apoiadores entrevistados corroboram com a importância do trabalhador nestes processos:

(...) afinal os trabalhadores permaneceram com a agenda e começaram a constituir muito esse lugar mais político. São aquelas pessoas que dão aquele tom para aquele grupo (Apoiador 1 – Distrito B).

Este papel político de que fala o apoiador é a característica mais marcante que se percebe do papel do trabalhador nestes fóruns. Embora, cada profissional tenha suas particularidades e seu limite de atuação e participação nos fóruns, todos estão se formando profissionalmente e politicamente dentro destes espaços.

Todavia, todos os produtos dos fóruns de um jeito ou de outro, repercutem na prática profissional e na postura dos trabalhadores na sustentação das práticas em saúde no cotidiano, seja para alertá-lo de algo que ele nem percebia, para sua reflexão, para seu aprendizado profissional, seja para a melhoria de suas práticas e de seus processos de trabalho. E, assim as proposições dos fóruns são trazidas para as unidades, para o dia-a-dia.

Assumir a dimensão política da clínica é apostar na força de intervenção sobre a realidade efetuada apostando nos processos de produção de si e do mundo (Passos e Barros, 2001, p. 92).

Nestes espaços transversalizados, os trabalhadores contribuem de maneira particular para a composição de processos de subjetivação, produzido por suas relações atravessadas pelas várias instituições ali envolvidas. Trata-se de um contexto onde o trabalhador é influenciado e influencia o desenvolvimento e a transformação das práticas produzidas na relação com os demais. Assim, a institucionalização das práticas dependem, em sua grande maioria, da força e potência destes espaços coletivos, onde o compartilhamento das experiências e do conhecimento são as raízes da sustentação das mesmas no cotidiano.

Quanto ao papel do apoiador, os próprios entrevistados puderam expor suas opiniões sobre a figura desta peça-chave que é o apoiador para estes espaços coletivos. A fim de não repetir as idéias sobre sua função descrita pelos próprios apoiadores, utilizarei o seguinte trecho:

Trazendo a visão de uma roda que gira sobre um eixo, cabe a pergunta: pode a roda girar num *continuum* sem o eixo? Não perderá ela velocidade e direção? Conseguirá manter-se aprumada sem cair pela ausência do eixo? O que é mais importante: a roda ou o eixo? Ou são duas figuras interdependentes que se precisam mutuamente para cumprir sua vocação de girar? Eixo sem a roda não vai a lugar nenhum e a roda sem o eixo não tem rumo (Bastos et al, 2010, p.389).

Portanto, utilizando a adaptação do trecho, as figuras do eixo (apoio) e da roda (os fóruns) traduzem o papel que este ator possui nos processos de institucionalização das práticas de saúde mental. Trata-se, acima de tudo, de trazer para estes espaços o eixo da gestão, das diretrizes, dialogando e construindo o modelo em saúde mental e suas práticas.

No entanto, o desenvolvimento do papel anteriormente descrito dos trabalhadores somente ocorre em uma gestão democrática, na qual se acredita no potencial dos atores envolvidos e pactua-se os espaços de discussão dos projetos. Considerando que são espaços que clínico-políticos e alguns, politizados, tem-se alguns desdobramentos dessas posturas dos fóruns.

Um destes desdobramentos seria o próprio fazer cotidiano das práticas de saúde mental que os participantes dos fóruns sustentam no dia-a-dia. Nesse sentido, quanto mais alinhada a gestão local com a política de saúde mental e com as políticas públicas, melhores são compreendidas e conduzidas as proposições dos fóruns. Há uma fala de um dos apoiadores que resgata que, quando a gestão local é formada num plano da saúde coletiva, tão melhor são compreendidas as ações em saúde mental:

(...) se você tem uma coordenadora legal, de liderança, que entende de saúde pública, que defende, que é uma protagonista da saúde pública, aí a coisa é diferente (Apoiador 2 – Distrito B).

Outros desdobramentos constatados são as mobilizações de ações municipais. Resgata-se, como por exemplo, que a partir de um dos fóruns distritais foram realizados um Seminário Municipal sobre Violência Doméstica e o 1º Pacto de Gestão de Saúde Mental na Atenção Básica do Distrito de Saúde Sudoeste, cujo slogan era “Desinstitucionalizar ações, tecer a rede e compartilhar saberes”. Este último evento fez parte do esforço desses espaços de permanente de discussão, proposição e avaliação das práticas de saúde desenvolvidas no território desse distrito, envolvendo centenas de pessoas, de todo o município, convidados a participar, entre estes o diretor de saúde e o coordenador de Atenção Básica do município:

O objetivo deste evento foi pactuar entre os trabalhadores e gestores e serviços da rede de saúde alguns princípios e diretrizes do trabalho em saúde mental, a partir da realidade da Atenção Básica, entendida como principal articuladora da rede de cuidados e serviço de referência para as comunidades locais. Considerando o nosso nível de governabilidade e o desejo de qualificar a assistência oferecida aos usuários buscou-se construir no coletivo, propostas de ação que possam ser pactuadas por gestores e trabalhadores a partir da especificidade das demandas de crianças e adolescentes e adultos que adentram os serviços de saúde em busca de ajuda para o seu sofrimento.

As discussões foram desenvolvidas em torno dos eixos acolhimento, cuidado/assistência e construção de redes intersetoriais, a partir das demandas de crianças e adolescentes (0 a 18 anos) e adultos (+ de 18 anos), tendo como pano de fundo e objetivo maior a garantia de uma assistência humanizada, responsável e compartilhada entre os diversos atores envolvidos (Campinas, 2010).

Estes eventos constatam a legitimidade e os processos de institucionalização das discussões e dizem do papel dos trabalhadores e gestores implicados com a

construção das políticas públicas e do modelo em saúde mental de Campinas, criando-se documentos que as institucionalizam.

Por conseguinte, estes fóruns podem ser considerados espaços de contínua formação dos profissionais, como um espaço de educação permanente, uma vez que esta constitui-se de uma proposta político-pedagógica que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em constante análise, construindo espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano, cujo objeto de transformação é o sujeito no processo de trabalho, orientado para melhoria da qualidade da atenção à saúde.

Finalizando, o sentido buscado nesta discussão foi a constatação da relação entre as discussões dos fóruns colegiados distritais com a construção do modelo de atenção em saúde mental – pautados na Atenção Psicossocial e na Reforma Sanitária. Tais discussões buscam compreender e consolidar estes modelos, suas congruências e divergências e o alinhamento de suas proposições caminha para os processos de institucionalização das práticas de saúde mental em Campinas.

Constituem-se encontro de saberes e subjetividades, com suas conexões e transversalizações, entretanto, propondo movimento, constante mobilização– a fim de que esta Roda não pare. Por todos esses apontamentos acreditamos que esta prática está realmente institucionalizada, diante dos pontos apontados e, em especial pela sua continuidade e permanência ao longo do tempo. Entende-se que é uma institucionalização do modo como pensado por Lourau, que é um vir a ser, uma atualização, não algo formatado, burocratizado.

8.5 Um analisador histórico: a crise política da SMS de Campinas decorrente da ruptura do convênio com o Cândia Ferreira (Cândia-PSF)

Para compreendermos melhor este momento, faz-se necessário a explicitação de algumas situações desse processo de gestão que acabaram por revelar aspectos até então desconhecidos. Estas situações são: o momento de crise político-

administrativa da PMC e o momento da renovação do Convênio Cândido Ferreira e Secretaria Municipal de saúde.

Este momento pode ser aproximado da definição de Baremlitt (2002) sobre o ‘acontecimento’

Estes atos, processos e resultados, conseqüências de conexões insólitas que escapam das construções do instituído – organizado, estabelecido, são substrato de transformações de pequeno ou grande porte que revolucionam a História em todos os seus níveis e âmbitos. O acontecimento atualiza as virtualidades, cuja essência não coincide com as possibilidades (p. 134).

Resgato a definição de acontecimento, pois considero que estes fatos ocorridos na gestão, os entraves institucionais e seus desdobramentos nos revelam seu potencial enquanto analisadores históricos para a saúde mental e para o sistema de saúde geral de Campinas. Estes analisadores históricos desvelaram as mazelas da precariedade contratual e da falta de investimentos públicos – falta de concursos públicos, de insumos etc- e desvios de verba da área da saúde. Até mesmo o papel do controle social foi colocado em xeque, pois discutiam-se decisões políticas junto ao Conselho Municipal de Saúde, entretanto, na hora da ‘canetada final’, as decisões não se mantinham, corroborando com o jogo e interesses políticos.

Para o campo da saúde mental, a crise no convênio do SSCF com a SMS mostrou-se um potente analisador do modelo de saúde mental. Consideramos estes fatos como analisadores pois repercutiram diretamente nas discussões dos fóruns . Dado o tamanho da crise, dá a sensação que os analisadores emergem nesse contexto.

Para exemplificar o tamanho da crise para os trabalhadores, destacamos o seguinte trecho de uma das entrevistas:

Então agora que eu vejo com o que sobrou, igual aquela história “acabou a guerra, vamos olhar o que sobrou”. Nesse semestre todo na verdade, como que eu vou discutir o acolhimento geral da nossa

unidade, que o profissional da mental tem que estar dentro da equipe de saúde da família, que o matriciamento tem que se dar ali, que a atenção tem que ser assim, com aquele caos que estava de RH, com a incerteza de todo mundo, não só da mental quanto da saúde da família. Então foi um momento muito difícil (Apoiador - Distrito C).

Em alguns grupos percebe-se que estes analisadores aparecem mais, como na observação do fórum do distrito A, na entrevista com os apoiadores dos distritos B, C e E. Isto porque tanto as observações quanto as entrevistas ocorreram no momento de maior efervescência da renovação do convênio: entre março e julho de 2012.

Nessa perspectiva, pode-se afirmar que o momento de renovação do convênio Cândido com a Secretaria foi um momento tenso e revelador para a saúde mental de Campinas. Um primeiro aspecto a ser destacado é quanto ao modelo em que ele foi firmado: na perspectiva de co-gestão.

Este modelo permitiu que o número de profissionais contratados pelo convênio Cândido que não pertenciam ao campo da saúde mental, ou seja, profissionais que foram contratados para a área da saúde em geral (convênio Cândido-PSF), chegasse a 1308. Com o parecer do TCU de que esse convênio não poderia ser mantido, os profissionais viram-se em uma situação cruel. E cruel é realmente a palavra, pois tratava-se, em sua maioria de contratos de trabalho por tempo indeterminado, que se nada fosse visto pelo aparato jurídico, possivelmente este modelo de contratação continuaria.

Reforço que a investigação foi realizada num momento muito especial, no qual Campinas e seu sistema de saúde passavam por um momento um tanto quanto “caótico”, se podemos dizer assim, pois havia grande risco de desassistência geral à saúde caso houvesse as demissões em massa anunciadas. No contexto deste estudo, cabe destacar que este foi um assunto que gerou muita mobilização nas unidades de saúde e nos fóruns distritais de saúde mental, de maneira geral. Dos espaços coletivos, aquele que esteve mais envolvido com este assunto foi o Conselho Municipal de Saúde. Ressalte-se que a crise política na PMC, as repercussões na

SMS com a constante troca de governos e secretários, somada ao fato desvelado do uso do contrato com o SSCF de maneira irregular e a irredutibilidade do TCU e do MP para a regularização da situação, nos faz apontar esses fatos como analisadores históricos, pois foram de suma relevância para esclarecer os processos que estavam ocorrendo.

Os movimentos e desdobramentos produzidos ressoaram de várias maneiras: 1) incerteza dos 1308 trabalhadores ‘não-mentais’ sobre sua permanência nos serviços de saúde; 2) a desassistência em massa que seria produzida por tais demissões, provocando um caos generalizado para a saúde pública de Campinas; 3) incerteza sobre a permanência dos trabalhadores de saúde mental das unidades básicas de saúde, pela vinculação de base ao convênio que seria extinguido; 4) e, por conseqüência deste, a crise do modelo de saúde mental de Campinas: será possível a continuidade da inserção dos profissionais de saúde mental da atenção básica? Em caso negativo, como ficará a orientação deste modelo, pautado e orientado pelas ações de saúde mental na atenção básica?

Os trabalhadores de saúde mental da atenção básica estavam apreensivos, sem saber se iriam poder continuar a desenvolver suas atividades como apoiadores matriciais e, estendia-se a incerteza aos apoiadores distritais de saúde mental que estavam contratados pelo SSCF.

Estes fatos fizeram com que os apoiadores, gestores, trabalhadores e usuários passassem a repensar a organização e o modelo de assistência em saúde mental prestado. Assim, a discussão sobre o modelo de atenção em saúde mental para Campinas despontou como pauta político-institucional.

Como já exposto, o modelo de assistência em saúde mental em Campinas está orientado nas ações da Atenção Primária à Saúde, por meio do apoio matricial em saúde mental às equipes de saúde da família. Estas ações estão legitimadas pela organização dos serviços, bem como, pelas conferências – de saúde e de saúde mental –, e, em 2010, um dos distritos de saúde produziu um evento que pautou

especificamente este assunto: 1º Pacto de Gestão de Saúde Mental na Atenção Básica do Distrito Sudoeste.

Nesse evento, buscou-se “pactuar entre os trabalhadores e gestores e serviços da rede de saúde alguns princípios e diretrizes do trabalho em saúde mental, a partir da realidade da Atenção Básica, entendida como principal articuladora da rede de cuidados e serviço de referência para as comunidades locais.” (Campinas, 2010).

Assim, em especial no espaço colegiado do CMS, por várias reuniões, desde dezembro de 2011, a pauta da renovação do Convênio Cândido para a saúde mental e a situação dos trabalhadores Cândido foram exaustivamente discutidas. Essas discussões culminaram em dois concursos públicos, um deles abrindo vagas para profissionais do núcleo da mental, não-médicos, como terapeuta ocupacional, psicólogos e outro para as diversas categoriais profissionais que reporiam àqueles 1308 trabalhadores.

Tais debates passaram ainda por vários espaços: colegiados da Secretaria Municipal de Saúde, colegiado dos coordenadores de cada distrito, nas reuniões de distrito, em Conselhos locais e distritais de saúde, nos fóruns dos trabalhadores de saúde mental de cada distrito, entre outros.

Como resultado, as discussões nesses vários espaços produziram um momento particular de colocar o foco de atenção dos gestores para a saúde mental, mesmo que forçosamente. De certa maneira isto fez com que todos os atores repensassem as demandas de saúde mental e o modelo de saúde mental construído/desejado para Campinas.

Para os trabalhadores, este momento trouxe muita angústia e escancarou a fragilidade dos vínculos institucionais – os profissionais contratados pelo convênio Cândido Saúde Mental permaneceriam e os do convênio Cândido-PSF sairiam, sendo deflagradas ainda diferenças salariais e de benefícios entre o trabalhador Cândido e o concursado pela PMC.

A incerteza da situação uniu os trabalhadores, gestores e usuários. Foram semanas seguidas de reuniões no Conselho Municipal de Saúde, discutindo os

rumos do convênio da saúde mental, da própria saúde mental e, principalmente dos trabalhadores do Cândia. O momento geral da saúde de Campinas estava conturbado. Com as mudanças de secretariado e as diferenciadas posturas de quem assumiu este lugar em tão curto espaço de tempo – três meses -, fez com que as incertezas aumentassem sobre as diretrizes da saúde e aos modelos de gestão a serem adotados.

O primeiro secretário que assumiu a função tratava-se de funcionário de carreira do departamento de saúde e envolvido com a política pública, com a gestão autônoma e democrática, com o movimento sanitário e, o mesmo passou a convocar o colegiado dos coordenadores municipais para discutir as dificuldades e as ações na saúde de Campinas semanalmente. Vivíamos um momento de falta de tudo: desde insumos para as atividades básicas das unidades, como curativos, até a falta de diretriz política e de governo.

Além da posição de pesquisadora, acompanhei este processo intensamente, como trabalhadora. O distrito onde eu me inseria, trabalhava seriamente na perspectiva da gestão compartilhada e, quando o assunto da saúde mental começa a aparecer de maneira mais intensa, o distrito abre espaço ouvir as demandas do fórum dos trabalhadores de saúde mental. Primeiro, o coordenador distrital se propõe a conversar com os trabalhadores, depois abre espaço no conselho distrital de saúde. Em seguida, o movimento mais interessante foi o de, por duas vezes, juntar o fórum dos trabalhadores de saúde mental com a reunião do colegiado de coordenadores do distrito, instância máxima do distrito. Cabe destacar que, na reunião do colegiado distrital estava presente a figura do coordenador municipal da área de saúde mental de Campinas. Discussões como essas ocorreram nos outros distritos também, mas não saberia precisar de que maneira.

Estes foram momentos muito importantes e que legitimaram o caráter instituinte e político do fórum dos trabalhadores, também do modelo de gestão. Numa dessas reuniões a pauta foi a apresentação pelos apoiadores institucionais da nova proposta de convênio para a saúde mental com o SSCF e outro para discussão

da situação dos profissionais, da disposição das equipes e do concurso público em vias de ocorrer. Outro fato interessante de ser considerado é que, desde o ano 2002 não se tinha concurso público para a área de saúde mental em Campinas.

Para concluir, nos fóruns de saúde mental do município e nas entrevistas pôde-se perceber a reverberação do momento e dos assuntos acima destacados, ficando explícitos o estresse e o sofrimento do trabalhador, como destacado no trecho da entrevista a seguir:

Agora que a situação está apertando um pouco porque como a renovação do convenio da saúde mental ficou do mesmo tamanho [não teve a ampliação de recursos], então os CS's X, Y e W ficaram muito desprotegidos mas ainda tem bastante parceria do CS T. Agora é que eles estão um pouco mais assim “não vamos fazer, não vamos atender” e eu venho acatando, “o que dá para oferecer? Dá para oferecer quinzenalmente uma consulta psiquiátrica. Não dá para acolher em psicoterapia, não dá para acolher em grupo, não dá para fazer nada. Vamos apagar fogo, incêndio.” Tá bom. Já está de bom tamanho se é o que vocês podem oferecer. Eu não venho entrando muito no embate porque está muito sofrido mesmo (Apoiador 1 – Distrito B).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dessa análise, evidencia-se a importância dos fóruns colegiados de saúde mental distritais na construção das políticas públicas municipais para a área. Merecem destaque os trabalhadores e os apoiadores institucionais envolvidos nesses colegiados, por darem vida e continuidade a esse arranjo institucional de maneira tão intensa, quanto pude observar nessa trajetória.

A singularidade dessas experiências, ou, ao menos, do seu registro e análise, deve ser destacado, pois é necessário considerar tais práticas como dotadas de grande valor e significado para a construção do cotidiano em saúde mental, corroborando as perspectivas da Reforma Psiquiátrica, por meio da construção de um cuidado que preze a integralidade. Além disso, percebe-se a contribuição desses coletivos como campo de conhecimento e fomentador de discussões visando práticas intersetoriais.

Os fóruns de saúde mental distritais mostram-se potentes dispositivos para a construção da clínica ampliada em saúde, por meio de seu caráter técnico-pedagógico, permitindo a aproximação dos serviços, a formação dos profissionais e alterando a maneira como os trabalhadores constroem os projetos terapêuticos, permitindo a construção compartilhada dos casos e a construção do conhecimento.

Aponta-se nesse sentido, a relevância desses espaços para o reconhecimento dos papéis institucionais dos profissionais, enquanto núcleo de saberes, visando, tanto a construção de Projetos Terapêuticos Singulares, como a definição e acompanhamento das ações de saúde de acordo com as necessidades: quais casos seriam melhor cuidados pelos CAPS, quais pela APS, e, em quais situações o melhor seria o cuidado conjunto, ou ainda a referência para o Centro de Convivência ou para os grupos de geração de renda etc. Dessa maneira, a discussão dos casos sob a ótica da rede de cuidados, como a que os fóruns se propõem, mostra-se um ganho para a construção do cuidado em saúde integralizado.

E, para além da construção dos projetos terapêuticos, destaco a contribuição dos fóruns para a reflexão crítica dos processos de trabalho e para a construção de subjetividade do trabalhador. A aproximação dos atores 'não-psi' nesses processos

melhora a apropriação sobre os casos, o entendimento sobre o sofrimento humano e subjetividade, a escuta e a melhor identificação sobre o papel de cada equipamento da rede de cuidados de saúde mental, melhorando a capacidade resolutive sobre os casos, além de diminuir a angústia dos profissionais em não saber o que fazer.

Para os próprios ‘trabalhadores da mental’ percebe-se que estes espaços são confortantes e importantes para a troca de experiências e construção de conhecimento, pois trata-se dos poucos espaços que esses trabalhadores têm para colocar-se com relação à construção dos casos e dos processos de trabalho. Assim, em alguns fóruns fica evidente a grupalidade formada e a identidade que os grupos criaram, contribuindo para seu fortalecimento profissional.

Por meio das entrevistas, foi possível identificar que os apoiadores prezam os fóruns colegiados da saúde mental, investindo nesses espaços de maneira persistente e falando com propriedade e convicção nos processos que ali ocorrem. Um desses investimentos é a própria supervisão, que despontou como um analisador importante para a condução dos processos dos fóruns.

Sobretudo, os próprios apoiadores nas entrevistas conseguiram destacar esses fóruns como espaços privilegiados para a construção das políticas públicas em saúde mental de seus distritos, colaborando dessa maneira para a construção do modelo assistencial de saúde mental, pautado nos princípios da reforma psiquiátrica e do SUS, e em Campinas balizado na atenção primária como porta de entrada, considerando-se as particularidades clínicas do cuidado em saúde mental.

Retomo nesse momento, o pressuposto de que os fóruns de saúde mental pudessem ter um caráter instituinte no processo de construção do modelo de saúde mental de Campinas. As informações e análises apontam de maneira consistente esse sentido dos fóruns, procurando atualizar as práticas cotidianas de saúde mental, num novo processo de institucionalização.

Além disso, arrisca-se dizer que essas práticas somente são possibilitadas e sustentadas por uma gestão que se paute na democracia institucional, na construção coletiva, apostando e acreditando nesses espaços coletivos de construção de

conhecimento e de práticas. Por tais motivos, essas experiências são tão raras e tão pouco e apreciadas por alguns gestores.

Esse é um grande diferencial das experiências aqui retratadas: o apoio da gestão. Por isso, colocamos a própria gestão como uma instituição importante para a constituição desses espaços coletivos, de maneira que, as questões políticas que envolveram Campinas durante o processo de investigação foram considerados relevantes para a continuidade dessas práticas, pois envolvem um determinado modelo de gestão.

A participação da gestão e dos trabalhadores nesse processo mostrou-se de extrema importância para a construção de grupos sujeitos, capazes de avançar nas construções coletivas da rede de cuidados. Um grande exemplo disso foi o engajamento e a participação dos trabalhadores dos fóruns em outros espaços institucionais importantes como: conselhos locais, distritais e municipais de saúde, nos movimentos sociais em apoio aos trabalhadores da saúde, pautando as questões políticas municipais e demonstrando a consciência política desses profissionais em suas ações.

Por conseguinte, resgatando o conceito de implicação, é preciso analisar as dimensões desse conceito que estiveram presentes nos relatos dos apoiadores e nas observações realizadas: as dimensões ideológicas, estruturais e afetivas.

Com respeito à dimensão ideológica, fica explícito o empenho e a determinação por parte dos trabalhadores e apoiadores envolvidos nos fóruns com a construção de projetos para a saúde mental pautados na perspectiva da atenção psicossocial, intersetorial e da rede de cuidados em saúde, fundamentando suas ações em campos ideológicos baseados nos princípios das reformas sanitária e psiquiátrica. Esta dimensão pôde ser observada, dentre outros, no fato dos profissionais comparecem assiduamente aos fóruns, mesmo estes não sendo de participação obrigatória e apesar de suas atividades assistenciais, propondo-se a discutir e a construir a clínica ampliada, o que lhes exigia muito mais esforço do que

somente prestar atendimento ao usuário. Exigia estar presente, estar disposto e com convicção que este é um caminho que contribui para a melhoria de suas práticas.

Nesse sentido, de modo geral, a dimensão estruturo-funcional, ou seja, de ordem profissional, diz respeito ao fato de ambos, trabalhadores e apoiadores, preocuparem-se com a realização dos fóruns, trabalhando para fazê-los funcionar e para que haja sua continuidade ao longo do tempo. Além disso, eles demonstraram preocupação em discutir as questões macropolíticas e estruturais que interferem em suas práticas cotidianas, considerando-se as particularidades de cada fórum, pois houve variação na intensidade com que conseguiam vincular sua prática às questões macro-estruturais.

Na realidade as duas dimensões - ideológica e profissional- aparecem fortemente articuladas.

Também foi possível identificar, mediante as entrevistas e minha própria observação, a implicação de ordem afetivo-libidinal, evidenciada nas posturas de respeito, solidariedade e cumplicidade dos profissionais, uns em relação aos outros, nas trocas de saberes e experiências, que ocorriam, sobretudo, nas análises dos ‘casos’, e também na formação de amizade e na constituição da grupalidade.

Ao mesmo tempo, alguns acontecimentos demonstram que a dimensão afetivo-libidinal da implicação também ocorreu de forma “negativa”: no fórum do Distrito E, houve um momento de ruptura, quando alguns profissionais deixaram de continuar participando das reuniões por discordarem das propostas de mudança trazidas pelos apoiadores; e, no fórum do Distrito C, no qual o apoiador entrevistado relatou a existência de um momento onde o fórum parou de funcionar pela falta de supervisão, e retornou quando o mesmo apoiador assumiu a coordenação e exerceu, de alguma forma, a função de supervisão.

Nestes acontecimentos, é possível perceber que as três dimensões da implicação encontram-se bastante articuladas.

Ademais, nos fóruns foi muito importante ver a contundência da transdisciplinaridade, pois a construção dos casos se fazia muito mais efetiva e

coerente, pois, havia esta perspectiva da transversalidade do conhecimento. Dessa maneira, como já foi dito, faz com que os fóruns sejam espaços potentes formação. Essa construção coletiva dos casos é permeada pelos pertencimentos institucionais, onde cada equipamento é capaz de delimitar seus papéis e suas ações e, ainda mais, pautando-se na realidade de cada território e suas peculiaridades (nível de vulnerabilidade social, equipamentos da educação, assistência social, praças e locais de cultura e lazer etc).

Ressalta-se, assim, a importância do trabalho em rede na atenção em saúde mental e da aproximação entre os diferentes equipamentos que a realizam. Nesse sentido, os fóruns colegiados distritais contribuem, aumentando o grau de liberdade para o exercício de autonomia, potencializando a criatividade e os laços institucionais entre os diferentes equipamentos, além da apropriação dos trabalhadores por suas ações de maneira sistêmica e coletiva.

Aprofundando o aspecto intersetorial, alguns fóruns conseguem envolver equipamentos de áreas como a educação, assistência social, conselhos tutelares e Vara da Infância e Juventude, para citar exemplos concretos. A interface da saúde mental com os demais campos de conhecimento e de atuação é primordial para se quebrar os especialismos na saúde e abranger a complexidade dos casos. Esses pontos reforçam ainda mais a importância de descrever estas experiências coletivas e suscitar outras investigações que se aprofundem nessa temática.

Através dos relatos dos apoiadores foi possível perceber que os fóruns são experiências de grande seriedade, alguns com mais de quatorze anos de existência, que foram mudando de configuração e de participações ao longo do tempo, mas que perduram e que continuam vivos na construção dos projetos para a área de saúde mental de seus distritos. Isso demonstra que tais espaços encontram sentido para sua continuidade e ressonância nos trabalhadores e gestores, pois as trocas observadas e as articulações permitidas por meio dessas estratégias não foram observadas em qualquer outra experiência, reforçando sua singularidade.

Em meio ao contexto de crise político-institucional do setor saúde de Campinas, percebe-se se que os fóruns não se mantiveram alheios às questões envolvidas. Ao contrário, constituíram-se espaços de discussão dos processos políticos e das interferências das ações em seus processos de trabalho, além de manterem-se comprometidos com a construção de políticas públicas para a área de saúde mental.

Diante das considerações apontadas, os fóruns colegiados de saúde mental sobressaem-se como espaços de relevância para o campo da saúde coletiva, engendrando-se em caminhos que contribuem para fortalecer discussões nesse campo e para o avanço das políticas públicas na área da saúde em geral.

Espera-se que as informações e análises produzidas nessa investigação retratem da maneira mais fidedigna possível o significado enunciado pelos fóruns colegiados da saúde mental dos distritos, sua relevância nos processos de construção do cuidado em saúde mental de Campinas. Para a política de saúde mental, espera-se ter conseguido construir um tipo de conhecimento relevante para incrementar práticas que desejarem seguir o percurso apresentado, fornecendo base significativa para as ações.

Este estudo trouxe para mim, sua autora, a grande satisfação em poder retratar experiências tão particulares, mas que compõem parte de um sistema passível de ser melhor conhecido e compreendido, bem como adaptado para outras realidades, a fim de contribuir para a construção do cuidado integral à saúde mental dos sujeitos.

Para os trabalhadores dessa rede, principalmente, os “da mental”, acredito que este estudo venha a colaborar para tornar mais legítimas suas práticas e reforçar o sentido de suas ações cotidianas, auxiliando no esclarecimento de fatores que muitas vezes não são percebidos. Espero que a ‘implicação’ e compromisso que senti por parte deles nos fóruns, os alimentem ainda mais para sustentar os processos de gestão cotidiana e as construções coletivas, fomentando seu papel político-instituinte e ético, e, ao mesmo tempo, com responsabilidade técnica sobre as ações de saúde das quais são atores.

Ao final, gostaria de registrar alguns questionamentos. Primeiro, em vista de considerar que tendo ocorrido uma ‘sobreimplicação’ de minha parte com esta temática dos fóruns colegiados da saúde mental, é possível que tenha sobressaído na análise mais referência aos pontos positivos do que aos problemas e dificuldades em relação a essas experiências. Possivelmente, no contexto das entrevistas, os apoiadores podem ter evidenciado aspectos mais valorizados por eles desse espaço, que pode ser algo que ocorre comumente às pessoas quando vão relatar atividades nas quais estão muito envolvidas/implicadas. Além disso, realizei apenas uma observação em cada fórum, o que não permitiu um acompanhamento mais detalhado do processo. Pode ter havido, por isso, um certo funcionamento diferenciado do grupo naquele encontro devido à presença de um observador externo. São hipóteses!

Segundo, gostaria de apontar uma certa preocupação com a influência da crise política da PMC e do convênio SMS-SSCF, abordadas no capítulo oito, para a continuidade dos fóruns colegiados. Isto porque, sabe-se que houve apoiadores institucionais de saúde mental que deixaram suas funções, alguns devido ao vínculo SSCF e outros por seu próprio posicionamento, ou para assumir outros cargos. Houve até um dos fóruns, no qual os dois apoiadores de saúde mental deixaram suas funções e tal fato fragiliza as referências para os trabalhadores e evidentemente, para a continuidade do trabalho dos fóruns. E, pelas entrevistas e observações foi possível perceber a relevância do papel dos apoiadores na coordenação dos fóruns.

Pela proximidade com a rede de saúde e com alguns espaços, tenho informações de que as reuniões estão continuando, mas não conseguiria nesse momento precisar como essas estão ocorrendo. Também por esse motivo, aponto que há um dos espaços no qual, ao contrário, essa crise e as discussões provocadas só fez fortalecer o caráter ideológico-institucional com as construções coletivas e na defesa do modelo de atenção pautado na Atenção Primária. Assim, fica uma ‘pulga atrás da orelha’ sobre esta continuidade, algo tão comum na saúde pública brasileira

e que tem impactos tão profundos sobre a assistência e qualificação dos profissionais.

Espero, por fim, que as informações analisadas nesta dissertação sejam relevantes para a quebra de paradigmas de uma atenção em saúde mental, contribuindo para que esse atendimento se pautem na integralidade, de maneira equânime e universal, demonstrando que essa construção é possível. Sem sombra de dúvida, é um processo de construção que exige esforço, investimento e compromisso por parte dos trabalhadores e da gestão.

Particularmente, essa investigação, foi, para mim, algo de um valor incomensurável, pois me possibilitou descrever uma das experiências que mais me fascinava enquanto trabalhadora, conforme relatei na Apresentação. Isso faz com que me sinta bastante satisfeita em colaborar enquanto pesquisadora com essa produção e, por fim, constatar que os achados desse estudo superaram minhas expectativas e que as análises percorreram novos caminhos. Dessa maneira, espero que esses achados inspirem outras pesquisas que possam ampliar essa perspectiva e apoiar novas experiências correlatas, que não apenas aconteçam, mas que sejam acompanhadas por processos de investigação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMARANTE, P. **Saúde mental e a Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- AMORIM, E.M. “(Inter) relações entre Saúde da Família e CAPS: a perspectiva dos trabalhadores sobre o cuidado a portadores de transtorno mental em Campinas – SP”. Dissertação Mestrado - Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Campinas, 2008.
- ANTONACCI, M.H.; PINHO, L.B. “Saúde Mental na Atenção Básica: uma abordagem convergente assistencial. **Revista Gaúcha Enfermagem**. Porto Alegre (RS). v.32, n.1, p.136-42, 2011.
- ARCE, V.A.R.; SOUSA, M.F.; LIMA, M.G. “A Práxis da Saúde Mental na Atenção Básica”. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n.2, p. 541-560, 2011.
- BAREMBLITT, G. **Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática**. 5ª ed. Belo Horizonte-MG: Instituto Felix Guattari, 2002.
- BARROS, R.B. **Grupo: a afirmação de um simulacro**. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2007.
- BASTOS, E.N.E. et al. “O desenvolvimento do papel do apoiador institucional em Fortaleza, Ceará”. In: CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. (Org). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. 2ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- BRAGA CAMPOS, F.C., 2000. O modelo da Reforma Psiquiátrica Brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos. Tese de Doutorado – Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Campinas, 2000.
- BRASIL. I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final. 8ª. Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.
- BRASIL. Lei Federal 10.216, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de**

- Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.** Brasília : Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Política Nacional da Promoção da Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** 4ª Ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção.** Brasília : Ministério da Saúde, 2007a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 154. Núcleos de Apoio a Saúde da Família/NASF. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial.** Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados -10.** Ano VII, nº 10. Informativo eletrônico disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental> (acesso em dezembro 2012). Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- CAÇAPAVA, J.R.; COLVERO, L.A.; MARTINES, W.R.V.; MACHADO, A.L.; ARANHA E SILVA, A.L.; VARGAS, D.; OLIVEIRA, M.A.F.; BARROS,S. “Trabalho na Atenção Básica: Integralidade do cuidado em Saúde Mental”. **Revista Escola de Enfermagem USP.** V.43(Esp 2), p.1256-60, 2009.

- CAMPINAS, Prefeitura Municipal de Campinas. **Programa Paidéia – As Diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde – Gestão 2001-2004**. Disponível na Internet: <http://www.campinas.sp.gov.br>. Campinas, 2004 (acesso em 2011).
- CAMPINAS, Prefeitura Municipal de Campinas. **1º Pacto de Gestão de Saúde Mental na Atenção Básica do Distrito de Saúde Sudoeste**. Campinas, 2010.
- _____. **As Unidades de Saúde**. Disponível na internet: <http://www.campinas.sp.gov.br> . Campinas, 2011 (acesso em 2011).
- CAMPOS, G.W.S. “Reflexões sobre uma experiência de gestão de sistema local de saúde: o caso de Campinas/SP, 1989. In: CAMPOS, G.W.S. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1991.
- _____. “Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas”. In: **Inventando a mudança na saúde**. Cecílio, L.C.O. (org.). São Paulo : Hucitec, 1994
- _____. “Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde”. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 1999. v.4, n.2, p.393-404.
- _____. “A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada”. In: CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.
- _____. “Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde”. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R.T. (Org.). **Agir em Saúde**. 3ª.Ed (1ª.ed 1997). São Paulo: Hucitec, 2007.
- _____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. 3ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2007a.
- CAMPOS, G.W.S; AMARAL, M.A. “A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital”. **Ciência & Saúde Coletiva**. v12,n.4, p.849-859, 2007.

- CAMPOS, G.W.S., DOMITTI A.C. “Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde”. **Cad. Saúde Pública**. v 23, n.2. p. 399-407, 2007.
- CAMPOS, G.W.S, CUNHA, G.T. “Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde”. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v.20, n.4, p.961-970, 2011.
- CARVALHO, S.R.; CUNHA, G.T. “A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde”. In: CAMPOS, G.W.S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006.
- CAMURI, D.; DIMENSTEIN, M. “Processos de Trabalho em Saúde: práticas de cuidado em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família”. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v.19, n.4, p.803-813, 2010.
- CASTORIADIS, C. **A instituição imaginária da sociedade**. Trad. Guy Reinaud. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.
- COELHO, I.B. “Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde”. In: CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. (Org). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. 2ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- CONILL, E. “Desafios para organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família”. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S7-S27. 2008.
- FEUERWERKER, L.; COSTA, H. “Intersetorialidade na Rede Unida”. *Divulgação em Saúde para Debate*. v.22, p. 25-35, 2000.
- FIGUEIREDO, M.D. *Saúde Mental na Atenção Básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS-Campinas (SP)*. Dissertação Mestrado - Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Campinas, 2006.
- FIGUEIREDO, M.D.; SANTOS, D.V.D.S. “ A rede de saúde do município de Campinas (SP): peculiaridades e inovações”. In: ONOCKO CAMPOS, R.T. (et al.). **Pesquisa avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos da narratividade**. São Paulo: Hucitec, 2008.

- FIGUEIREDO, M.D.; ONOCKO CAMPOS, R. “Saúde Mental na Atenção Básica à Saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?” **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(1):129-138, 2009.
- FIGUEIREDO, M.D.; FURLAN, P.G. “O subjetivo e o sociocultural na co-produção de saúde e autonomia”. In: CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. (Org). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. 2ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- GRADELLA JR., O. “Políticas públicas em saúde mental: familiares e usuários como atores principais”. Depto de Psicologia, UNESP/Bauru, s/d.
- GUATTARI, F. “A transversalidade”. In: _____.**Revolução Molecular: Pulsões políticas do desejo**. 3ª Ed. São Paulo: Brasiliense, 1987 (1ª ed. 1981).
- GUILLIER, D. “Pequena história do analisador dinheiro”. [Petite histoire de l’analyseur argent] **Les Cahiers de l’implication, Revue d’analyse institutionnelle**. Paris 8 Université, Vincennes-Saint-Denis, n. 5, hiver 01/02. p. 09-24. [Tradução: Ana Lúcia A. da Silva e Lucia Cardoso Mourão. Revisão Geral: Solange L’Abbate]. 1996.
- HAGUETE, T. M. F. **Metodologia qualitativa na sociologia**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2007.
- HESS, R. “Do efeito Mühlmann ao princípio de falsificação: instituinte, instituído, institucionalização”. *Mnemosine*. v.3, n.2, p. 148-163, 2007. Disponível em: <http://www.mnemosine.com.br/mnemo/index.php/mnemo/article/view/272/411>
- HESS, R.; SAVOYE, A. **L’Analyse Institutionnelle**, (Que sais-je?). 2ª ed. Cap V- O conceito de instituição e a elaboração do paradigma da AI, p. 53-61; Cap. IX- A intervenção socioanalítica, p. 97-111.(1ª ed. 1981) [Tradução de Ana Lúcia A. da Silva e Lucia Cardoso Mourão. Revisão de Solange L’Abbate]. Paris, PUF,1993.
- INOJOSA, R.M. “Sinergias em políticas e serviços públicos”. **Desenvolvimento social com intersetorialidade**. FUNDAP, v. 22, p.102-110. São Paulo, 2001.

- JESUS, A.F. O processo de institucionalização de um serviço de saúde mental em um município de pequeno porte: o caso de Paraisópolis – MG. Tese de Doutorado – Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Campinas, 2012.
- KAËS, R. “Realidade psíquica e sofrimento nas instituições”. In: KAËS, R. et al. (Org.). **A instituição e as instituições**. Tradução: Joaquim Pereira Neto. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991, pp. 1-39.
- L’ABBATE, S. Análise Institucional e a Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**. V. 8, n.1, p. 265-274, 2003.
- _____. “Análise institucional e Educação em Saúde: um diálogo produtivo”. **Boletim do Instituto de Saúde/SES/São Paulo. BIS**, n. 34, Dez, 2004, p. 6-9.
- _____. “O analisador dinheiro em um trabalho de grupo realizado num Hospital Universitário em Campinas, São Paulo: revelando e desvelando as contradições institucionais”. In: RODRIGUES, H.B.C.& ALTOÉ, S. (Orgs) **Saúde e Loucura nº 8**. Análise Institucional. São Paulo: Hucitec, 2004a, p. 79-99.
- _____. “Intervenção e pesquisa qualitativa em Análise Institucional”. In: BARROS, N.F.; CECATTI, J.G.; TURATO, E.R. (Orgs). **Pesquisa qualitativa em Saúde: múltiplos olhares**. F Faculdade de Ciências Médicas/Unicamp, Campinas-SP, 2005: 235-246.
- _____. **Direito à Saúde: discursos e práticas na construção do SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010.
- _____. “Análise Institucional e Intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na Saúde Coletiva”. **Mnemosine**, v.8, n.1, p.194-219, 2012. Disponível em: <http://www.mnemosine.com.br/mnemo/index.php/mnemo/article/view/483/800>
- _____. **Apresentação sobre Apoio Institucional** - X Congresso da Abrasco, novembro de 2012. Porto Alegre/RS. 2012a.
- LOURAU, R. **A Análise Institucional**. 1ª Ed. Petrópolis: Ed. Vozes, 1975.

- LOURAU, R. **Le Lapsus des Intellectuelles**. Toulouse: Privat, 1981.
- _____. René Lourau na UERJ- 1993. Análise Institucional e Práticas de Pesquisa. Rio de Janeiro, Editora da UERJ, 1993.
- _____. “Objeto e Método da Análise Institucional”. In: ALTOÉ, S. (org.) **Op cit**, p. 186-198, (2004)
- _____. “Uma apresentação da Análise Institucional”. In: ALTOÉ, S. (org.) **René Lourau : analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004a.
- _____. “Implicação e sobreimplicação”. In: ALTOÉ, S. (org.) **Op cit**, p. 186-198, (2004b)
- _____. “Implicação: um novo paradigma”. In: ALTOÉ, S. (org.) **Op cit**, p. 246-258, (2004c)
- _____. “Uma técnica de análise de Implicação: B. Malinowviski, Diário de etnólogo”. In: ALTOÉ, S. (org.) **Op cit**, p.259-283, (2004d)
- LUZ, M.T. “Lourau e a sociologia crítica das instituições”. In: RODRIGUES, H.B.C.& ALTOÉ, S. (Orgs) **Saúde e Loucura nº 8**. Análise Institucional. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 21-27.
- LUZIO, C.A.; L’ABBATE, S. A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. v.10, n.20, p.281-98, jul/dez 2006.
- MATTOS, R.A. “Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos”. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. p. 39-64. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2001.
- MATTOS, R.A. “Cuidado Prudente para uma vida decente”. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Cuidado: as Fronteiras da Integralidade**. p.121-134. Rio de Janeiro: ERJ/ IMS/ CEPESC/ ABRASCO, 2008.
- MEDEIROS, M.H.R. **A reforma da atenção ao doente mental em Campinas: um espaço para a terapia ocupacional**. Tese de Doutorado – Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Campinas, 1994.

- MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.
- MENDES, R.; AKERMAN, M. Intersetorialidade: reflexões e práticas. In: FERNANDEZ, J.C.A; MENDES, R. (Org) **Promoção da Saúde e Gestão Local**. São Paulo : Hucitec:Cepedoc, 2007.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
- _____. “A utilização do método qualitativo para a avaliação de programas de saúde”. In: ONOCKO CAMPOS, R T; FURTADO, J P; PASSOS, E; BENEVIDES, R. **Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos da narratividade**. 1ª Ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild Editores, 2008.
- MOURA, A.H. “O estabelecimento e a instituição”. In: _____. **A psicoterapia institucional e o clube dos saberes**. São Paulo, Hucitec, 2003, p.28-40.
- MOURA, A.H. et al. “Análise do trabalho institucional nas equipes dos distritos sanitários e no Hospital Municipal Mario Gatti de Campinas”. In: CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia**. p.167-185. São Paulo: Hucitec, 2003.
- NICÁCIO, M.F.S. **Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental**. Tese de Doutorado – Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Campinas, 2003.
- OLIVEIRA, G. “Apoio Matricial como tecnologia de gestão e articulação em rede”. In: CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. (Org). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. 2ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- OMS. UNICEF. Primary Health Care. Geneva: WHO; 1979.
- OMS - Relatório sobre a saúde no mundo 2001 - Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Geneva: Biblioteca da OMS, 2001.
- ONOCKO CAMPOS, R.T.; FURTADO, J.P. “A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços”. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, ano VIII, n 1, 109-122, 2005.

- ONOCKO, R.T; AMARAL, M. “Cândido Ferreira: experimentando uma mudança institucional”. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R.T. (Org.). **Agir em Saúde**. 3ª.Ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
- ONOCKO CAMPOS, R.T. ; CAMPOS, G.W.S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos, Minayo, Akerman, Drumond Jr., Carvalho. (Org.). **Tratado de saúde Coletiva**. 1ed. v. 1, p. 669-714. São Paulo: Hucitec, 2007.
- ONOCKO CAMPOS, R.T.; CAMPOS, G.W.S.; FERRER, A.L.; CORRÊA, C.R.S.; MADUREIRA, P.R.; GAMA, C.A.P.; DANTAS, D.V.; NASCIMENTO, R. “Avaliação de Estratégias Inovadoras na Organização da Atenção Primária à Saúde”. **Rev Saúde Pública**.v. 46, n.1, p.43-50, 2012.
- PASSOS, E.; BARROS, R.B. “Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo”. **Rev. de Psicologia Clínica – PUC/RJ**. V.13, n.1: p:89-99, 2001.
- PEZZATO, L. M. Encontros, instituições e sujeitos em análise: a Alta Pactuada em Saúde Bucal. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) DMPS/FCM/Unicamp. Campinas, 2009.
- PEZZATO, L.M.; L’ABBATE, S. O uso de diários como ferramenta de intervenção da Análise Institucional: potencializando reflexões no cotidiano da Saúde Bucal Coletiva. **Physis** (UERJ. Impresso), v. 21, p. 1297-1314, 2011.
- QUEIROZ, M.S; DELAMUTA, L.A. “Saúde mental e trabalho interdisciplinar: a experiência do “Cândido Ferreira” em Campinas”. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 16, n.8, p. 3603-3612, 2011
- SACARDO, D.P.; GONÇALVES, C.C.M. “Território: potencialidades na construção de sujeitos”. In: FERNANDEZ, J.C.A; MENDES, R. (Org) Promoção da Saúde e Gestão Local. São Paulo: Hucitec:Cepedoc, 2007.
- SANTOS, D.V.D.; FIGUEIREDO, M.D. “A rede de saúde do município de Campinas (SP): peculiaridades e inovações”. In: Onocko Campos, R.; Furtado, J.P.; Passos, E.; Barros, R.B. (Org.). Avaliação em saúde mental: participação,

intervenção e produção de narratividade.. Avaliação em saúde mental: participação, intervenção e produção de narratividade: Hucitec, 2008.

SILVA, S.F.; MAGALHÃES Jr, H.M. “Redes de atenção à saúde: importância e conceitos”. In: SILVA, S.F.(Org) Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. Campinas, SP: Idisa: CONASEMS, 2008.

STARFIELD B. “Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia”. **Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura**, 2002.

TRAPÉ, T.L. O Agente Comunitário de Saúde e a Saúde Mental: Faces e Interfaces. Dissertação de Mestrado - Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Campinas, SP: [s.n.], 2010.

VASCONCELOS, C.M.; PASCHE, D.F. “O Sistema Único de Saúde”. In: _____. CAMPOS, G.W.S (et al). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p.532

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Projeto de mestrado provisoriamente intitulado **“Fóruns Colegiados: Espaços Transversais na Construção da Atenção em Saúde Mental de Campinas”** é relativo a uma pesquisa desenvolvida pela mestranda **Juliana Hespanhol Dorigan** sob orientação da **Profa. Dra. Solange L’Abbate** do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP.

O objetivo da referida pesquisa é analisar o papel dos espaços de construções coletivas da rede de saúde mental de Campinas na formulação do modelo de atenção e na implementação das políticas públicas para esta área. Para tanto, um dos instrumentos de coleta de informações da pesquisa se constitui em entrevistas com participação dos **Apoiadores Institucionais de Saúde Mental dos de serviços de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas**, diretamente envolvidos em ações de atenção em saúde mental.

Eu, abaixo-assinado, declaro que após ter sido informado(a) sobre os motivos, objetivos e procedimentos da pesquisa, estou ciente que as entrevistas poderão ser gravadas e que tenho garantido o anonimato das minhas declarações e que estas serão utilizadas somente para fins acadêmicos. Estou ciente que tenho o direito de não participar ou me retirar da pesquisa em qualquer fase do seu desenvolvimento, sem que isso traga algum prejuízo ou constrangimento para mim. Estou ciente que não terei nenhuma despesa financeira devido a minha participação, e que poderei pedir novos esclarecimentos, em qualquer tempo na realização da referente pesquisa. Assim, concordo, espontaneamente, em participar desta pesquisa, através da assinatura deste Termo, do qual ficarei com uma cópia.

Local, data: _____, ____/____/_____.

Nome do(a) participante da entrevista: _____

Autorizo que minha entrevista seja gravada: SIM NÃO

Autorizo a utilização do meu nome na pesquisa: SIM NÃO

Autorizo a utilização de minhas declarações na pesquisa: _____
(assinatura)

Pesquisador responsável: _____

Quaisquer esclarecimentos, favor entrar em contato com **Juliana Hespanhol Dorigan**, Telefone: (19) 9768-6393 e e-mail: ju_dorigan@yahoo.com.br ou Profa. Dra. Solange L’Abbate, Departamento de Saúde Coletiva – FCM/UNICAMP-SP Fone: (19) 35218036. Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP

Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126 - Caixa Postal 6111 13083-887 Campinas – SP
Fone (019) 3521-8936 / Fax (019) 3521-7187 e-mail: cep@fcm.unicamp.br

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Entrevistado: _____

Data: _____ Entrevistador: _____

- 1- Quando se constituiu o fórum dos trabalhadores da saúde mental desse distrito? Como foi este processo? Existe registro sobre isso (atas)? Por que se pensou na sua criação e quem pensou/propôs?
- 2- Qual é o objetivo /papel deste espaço de reunião?
- 3- Como é a configuração desses fóruns e como funciona este espaço de reunião? Mudou a configuração ao longo do tempo? Por que mudou?
- 4- Qual a composição deste espaço? Existem determinações sobre a composição e a participação dos profissionais? Como é gerido estas participações?
- 5- Qual é a inserção desses fóruns na configuração/desenho da saúde mental desse distrito (diagrama) ?
- 6- Como são decididas as pautas/ assuntos para estas reuniões? Como é o fluxo das informações?
- 7- Os fóruns decidem/ propõem implementação de ações? Como se dá este processo?
- 8- Quais os desdobramentos dos assuntos debatidos nesse espaço? Como estes são percebidos na prática em saúde mental, em especial, nos atendimentos aos usuários e nos processos de trabalho?
- 9- Como é que se decide a implementação de alguma proposta na saúde mental vinda da Secretaria Municipal de Saúde? (De onde vem a proposta e como é feita a implementação – imposição, ouve-se as pessoas, conversa com a ponta...) . Como você percebe a construção e implementação das políticas públicas para a área e o papel desses espaços de reuniões nesse processo?
- 10- Existe relação entre os fóruns da saúde mental e a construção do modelo de atenção em saúde mental? Como você percebe isso e como você avalia a percepção dos trabalhadores sobre isso? (potência do espaço)
- 11- Qual o papel do apoio distrital neste espaço?