

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Naila Pereira Souza

O Apoio institucional na implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): o caso do estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro
2016

Naila Pereira Souza

O Apoio institucional na implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): o caso do estado do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Pública, subárea de concentração Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Elizabeth Artmann.

Rio de Janeiro
2016

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

S729a Souza, Naila Pereira
O apoio institucional na implementação da Rede de Atenção
Psicossocial (RAPS): o caso do estado do Rio de Janeiro. / Naila
Pereira Souza. -- 2016.
121 f. : il. ; graf. ; mapas

Orientador: Elizabeth Artmann
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2016.

1. Assistência à Saúde. 2. Gestão em Saúde. 3. Saúde Mental.
4. Regionalização. 5. Planejamento em Saúde. 6. Serviços de
Saúde Mental. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.2098153

Naila Pereira Souza

O Apoio institucional na implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): o caso do estado do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Pública, subárea de concentração Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Elizabeth Artmann.

Aprovada em: 13 de abril de 2016

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Elizabeth Artmann - orientadora, ENSP/FIOCRUZ

Prof. Dr. Francisco Javier Uribe Rivera, ENSP/FIOCRUZ

Prof.^a Dr.^a Rita de Cássia Ramos Louzada, IPUB/UFRJ

Rio de Janeiro

2016

*À minha família que mesmo distante, me acalenta
em todos os momentos da vida.*

AGRADECIMENTOS

A Deus toda honra e toda glória por ter cuidado de mim em todos os momentos;

Aos meus amados pais, Ozemar e Mariney, que abriram mão da minha presença física para que eu pudesse concretizar meu sonho e por não me deixarem desistir nunca;

Aos meus irmãos Eudimar, Eudimara e Neemias que me incentivam e me fazem acreditar que sempre é possível dar um passo a frente;

À professora Elizabeth Artmann, ou carinhosamente Beth, por ter caminhado junto comigo. Obrigada pelos momentos de trocas, e ensinamentos que levo para a vida;

Ao professor Javier, por ter colaborado em diversos momentos desta pesquisa e por ser um grande incentivador;

À professora Rita Louzada, por suas preciosas contribuições desde a qualificação. Na verdade obrigada por ser minha inspiração há algum tempo.

Aos queridos professores da ENSP, aqui representados pelas professoras Cristiane Machado, Luciana Dias e Sheyla Lemos por todas as contribuições e trocas de conhecimento, vocês me inspiram;

Aos apoiadores que compartilharam seu cotidiano de trabalho para que esta pesquisa fosse concretizada;

À querida Marli, que me auxiliou na busca por toda a parte documental desta pesquisa e sempre estava disponível para ouvir minhas angústias de pesquisadora;

Aos amigos queridos Solanne, Rose, Orlando, Aline e Júlio que me acalentaram nos momentos mais difíceis desta caminhada;

Aos colegas do mestrado por todos os momentos de aprendizado e companheirismo. Especialmente a Marta, Ivan, Carla, Nara, Camilla e Pedro que se tornaram minha família nesta caminhada.

Aos preciosos colegas de trabalho por terem me ouvido nos momentos mais complicados e compreendido minhas ausências;

À CAPES pela concessão da bolsa que me auxiliou na construção desta pesquisa.

Mera mudança não é crescimento. Crescimento é a síntese de mudança e continuidade, e onde não há continuidade não há crescimento (C. S. Lewis).

RESUMO

A complexidade que se apresenta ao gerenciamento do Sistema Único de Saúde (SUS) aponta para a necessidade de inovar os modos de gestão instituídos. O apoiador institucional se constitui em ator no campo da gestão em saúde, que atua como mediador de coletivos, através de processos de coordenação comunicativa e relacional. Este estudo apresenta a experiência do apoio institucional na implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no estado do Rio de Janeiro. Consistiu num estudo de caso simples, com a realização de onze entrevistas semi-estruturadas e análise documental. A interpretação dos achados se deu a partir da análise de discurso. O aporte teórico para a discussão perpassou pelos conceitos sobre o apoio institucional e o cotidiano desse trabalho do apoio; conceitos de planejamento em saúde e constituição de redes de atenção em saúde, com enfoque no território, na integralidade e em uma política descentralizadora; as políticas de gestão discutidas no arcabouço do SUS, sobretudo no que diz respeito às relações intergovernamentais. A análise buscou delinear o papel dos entes governamentais, principalmente o papel do estado e ainda como a estratégia de gestão do apoio institucional interfere na consolidação das políticas no campo da saúde mental. Os resultados apontam para o potencial do apoio como articulador, para implementação de uma rede de cuidados em saúde mental, junto aos municípios e regiões de saúde. O apoio institucional se apresenta como uma estratégia de gestão, que visa favorecer a cooperação intergovernamental, com enfoque na regionalização, mas os resultados demonstram também a baixa governabilidade deste ator mediador, que se reflete na indefinição do papel do Estado na implementação de políticas públicas no campo da saúde e na precarização dos vínculos e do trabalho dos apoiadores.

Palavras Chave: Apoio institucional; Redes de cuidados continuados de saúde; Gestão em saúde; Saúde mental; Regionalização; Planejamento em saúde.

ABSTRACT

The complexity that is presented to the management of the Brazilian Health System, points to the need to innovate the established management methods. The institutional supporter constitutes in an actor in the field of health management, which acts as a mediator of collective, through communicative and relational coordination processes. This study presents the experience of institutional support for the implementation of Psychosocial Care Network (RAPS) in the state of Rio de Janeiro. It consisted of a single case study, with the realization of eleven semi-structured interviews and document analysis. The interpretation of the findings occurred from discourse analysis. The theoretical framework for the discussion pervaded by concepts of institutional support and the daily work of this support; concepts of health planning and establishment of health care networks, focusing on the territory, entirely and in a decentralization policy; management policies discussed in the SUS framework, especially with regard to intergovernmental relations. The analysis sought to delineate the role of government agencies, especially the role of the state and also as the institutional support management strategy interferes with the consolidation of policies in the field of mental health. The results point to the potential support as an articulator, to implement a network of mental health care, with the municipalities and health regions. Institutional support is presented as a management strategy, which aims to promote intergovernmental cooperation, with a focus on regionalization, but the results also demonstrate the low governability of this mediator actor, which is reflected in the vagueness of the state's role in the implementation of public policies field of health and precariousness of the bonds and the work of supporters.

Key words: Institutional support; Delivery of Health Care; Health Management; Mental Health; Regionalization; Health planning.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadros:

Quadro 1 - Número total dos diferentes serviços de Atenção Psicossocial existentes nos estado do Rio de Janeiro e por regiões de Saúde –Nov/2015 71

Quadro 2 - Indicador de cobertura de CAPS/ 100 mil habitantes 72

Figuras:

Figura 1 - Organograma Superintendência de Atenção Básica/SAS/SES/RJ 39

Figura 2 - Regiões de Saúde - Deliberação CIB - RJ N° 1452 - SAS/SES/RJ 40

Figura 3 - Matriz de análise temática43

Gráficos:

Gráfico1 - Tempo de apoiador na GSM/SES/RJ76

Gráfico 2 - Carga horária semanal oficial dos apoiadores77

Gráfico 3 - Distribuição de apoiadores por região de saúde78

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATSM Área Técnica de Saúde Mental

BIG Baía de Ilha Grande

CAPS Centro de Atenção Psicossocial

CEP Comitê de Ética em Pesquisa

CIB Comissão Intergestora Bipartite

CIR Comissão Intergestora Regional

CGR Colegiado de Gestão Regional

COAP Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde

COSEMS Conselho de Secretários Municipais de Saúde

ESF Estratégia de Saúde da Família

GCE Grupo Condutor Estadual

GCR Grupo Condutor Regional

GSM Gerência de Saúde Mental

MP Ministério Público

MS Ministério da Saúde

NOAS Norma Operacional de Assistência à Saúde

PNH Política Nacional de Humanização

PNASH Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares

RAPS Rede de Atenção Psicossocial

SAB Superintendência de Atenção Básica

SAS Secretaria de Atenção à Saúde

SES Secretaria Estadual de Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

SUAS Sistema Único de Assistência Social

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1. CONVERSAS INTRODUTÓRIAS	13
2. OBJETIVOS	19
2.1 Geral.....	19
2.2 Específicos	19
3. CAPÍTULO I - APONTAMENTOS TEÓRICOS.....	20
3.1 Federalismo e relações intergovernamentais - desafios à gestão do SUS	20
3.2 Redes de Atenção à Saúde e Regionalização - o lugar da Gestão Estadual	25
3.3 Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) - O cuidado no campo da saúde mental.....	28
3.4 Apoiador Institucional - construção e fortalecimento da gestão comunicativa no SUS.	31
4. CAPÍTULO II -DESENHO DO ESTUDO.....	36
4.1 Tipo de estudo	36
4.2 Lócus da pesquisa e população alvo.....	36
4.3 Marco teórico-metodológico para análise dos dados.....	38
4.4 Aspectos Éticos	41
5. CAPÍTULO III - RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
5.1 A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no estado do Rio de Janeiro: entre o desenho normativo e o real.	42
5.2 Apoio Institucional: estratégia de gestão para implementação da RAPS no estado do Rio de Janeiro.....	72
5.2.1 Perfil dos apoiadores.....	72
5.2.2 Missão do apoiador	75
5.2.3 Capacitação e formação	78
5.2.4 Atividades e ferramentas da função apoio	82
5.2.5 Relações intergovernamentais	87
5.2.6 Desafios do apoio institucional.....	90
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	96
7. REFERÊNCIAS	99

1. CONVERSAS INTRODUTÓRIAS

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), culminou junto ao processo de redemocratização do Brasil. A reforma sanitária proporcionou uma reorientação do modelo de atenção à saúde, com moldes pautados em princípios de acesso universal, direcionado para um cuidado baseado na integralidade e atravessado pela equidade nas ações e serviços ofertados. Podemos identificar vários avanços em nosso sistema de saúde, mas ainda temos desafios para a gestão do SUS em todos os campos da atenção.

A mudança de paradigma com a implementação do SUS foi relevante, pois se substituiu um modelo de assistência à saúde baseado na contribuição, que se organizava de maneira centralizada, para um modelo em que previa o direito legal de acesso gratuito e universal a ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção, estruturado de modo hierarquizado e descentralizado.

Um dos principais desafios do SUS é ofertar ações e serviços de saúde através de rede regionalizada e de complexidade crescente que atenda a população em todos os níveis de atenção e que os diversos pontos dessa rede se comuniquem para proporcionar uma continuidade do cuidado.

Algumas características do antigo modelo ainda perduram atualmente, principalmente no que diz respeito à articulação público-privada na prestação dos serviços, a dificuldade de acesso de uma parte da população e a necessidade de melhorar a qualidade das ações e serviços ofertados (ARRETCHE, 2003; GIOVANELLA, 2012).

No campo da saúde mental novos conceitos e dispositivos de cuidado vêm sendo amplamente discutidos. A construção dessa política no Brasil é resultado da mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da saúde com o objetivo de modificar o paradigma do cuidado que antes era centrado nos grandes manicômios, onde se mantinham milhares de pessoas com transtornos mentais em uma proposta de retirá-los do convívio social e tratar em confinamento.

Segundo Yasui (2010), de meados do século XIX até a década de 1980, os serviços especializados de hospitalização psiquiátrica de longa permanência predominaram no país. A Reforma Psiquiátrica se intensificou nos anos noventa, com novas instituições que modificaram a prática cotidiana, criando novos paradigmas assistenciais.

A proposta atual é ofertar esse cuidado no território, próximo ao cotidiano de vida dos usuários, buscando recursos de base comunitária, para inserir esses usuários em

circuitos potentes de vida e participação na comunidade. Neste sentido, é notável uma mudança nas formulações que norteiam as ações na política, na gestão e na prática do cuidado desse campo.

Portanto, constitui-se como um imperativo para aqueles que assumem diferentes papéis neste campo, delinear linhas de cuidado focadas na constituição de redes que se atravessem e se comuniquem e possibilitem produção de cuidado integral e continuado aos usuários.

Nessa perspectiva da estruturação do SUS e do campo de atenção da saúde mental, prioriza-se a organização através das redes de atenção à saúde, que se constituem a partir da necessidade de enfrentamentos de vulnerabilidades, agravos ou doenças que acometam as pessoas ou as populações. Esta é uma política transversal a todas as esferas do SUS, que tem por principal objetivo o enfrentamento da fragmentação (inter) setorial, além da oferta de um cuidado de qualidade e equânime (BRASIL, 2010a; KUSCHNIR; CHORNY, 2010; SILVA, 2011).

Diante dessa conjuntura, a portaria nº 3088/2011 instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. A RAPS visa fortalecer e consolidar os princípios propostos para o cuidado no âmbito da saúde mental (BRASIL, 2011a).

Vale ressaltar que essa lógica de cuidar no território não se institui apenas a partir desta portaria, mas é um movimento que vem se estruturando desde a década de 80 com a proposta de reorientação do formato do cuidado em saúde mental. Segundo Maia (2013), para além de reorganizar a assistência e reestruturar os serviços, a reforma psiquiátrica tem o desafio de gerar mudanças culturais e subjetivas na sociedade, na perspectiva de instituir novas práticas assistenciais no campo da saúde mental.

Podemos apontar que a RAPS se apresenta para fortalecer de forma técnica e principalmente política essa lógica de cuidado, que foca a desconstrução do manicômio e o fortalecimento dos dispositivos territoriais que podemos representar pelos Centros de Atenção Psicossociais, os dispositivos da atenção básica, os centros de convivência e cultura.

No contexto atual, após a intervenção do movimento da Reforma Psiquiátrica, que proporcionou uma reorientação na lógica do cuidado em saúde mental, ainda permanece uma frágil rede substitutiva. Isto faz com que muitos municípios ainda ofertem cuidado

ao usuário apenas via internação hospitalar, pois temos uma baixa e desarticulada oferta de serviços territoriais. Por isso, se reforça a necessidade de fortalecer a implementação da RAPS (ALMEIDA; ACIOLE, 2014), que se institui a partir das diretrizes do Ministério da Saúde para organizar a atenção à saúde através de redes, visando

“...superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado no contexto atual. As Redes de Atenção à Saúde são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010a).

O modo de organizar as Redes de Atenção à Saúde define a singularidade de seus processos descentralizadores frente a outros setores sociais. Os serviços de saúde estruturam-se numa rede de pontos de atenção, composta por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas que devem ser distribuídos, especialmente de forma ótima (MENDES, 2011).

As redes prioritárias estabelecidas pela gestão do SUS, dentre elas a RAPS, estão sendo discutidas e construídas através de Grupos Condutores Estaduais (GCE), formados por representantes das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), pelo Apoio Integrado do Ministério da Saúde (MS) e pelo controle social. O objetivo é a construção de espaços coletivos plurais, heterogêneos e múltiplos, para participação cidadã na constituição de um modelo de atenção que proporcione o acesso universal e a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010a).

No estado do Rio de Janeiro (RJ), a Secretaria de Saúde (SES), bem como os 92 municípios que o integram, aderiram à implantação da RAPS, através da Deliberação da Comissão Intergestora Bipartite - CIB nº 1.464, de 08 de março de 2012. Estes municípios estão divididos em nove regiões político-administrativas.

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

Os principais objetivos da regionalização são garantir o acesso, resolubilidade e qualidade às ações e serviços de saúde; reduzir desigualdades sociais e territoriais; promover a equidade e a integralidade da atenção; racionalizar os gastos e otimizar os recursos, além de fomentar o processo de descentralização. É imprescindível pontuar que este processo é complexo e pressupõe respeitar as singularidades de cada localidade e

pautar as necessidades da população como questão central, sendo necessária a regulação da União e dos estados (MENDES; PESTANA, 2004; RIBEIRO; BARROS, 2010).

Na constituição das políticas públicas no campo da saúde mental, os estados vêm desempenhando papéis importantes em função do perfil e do tamanho dos municípios do país. Assim como do estado do Rio de Janeiro ser em sua maioria de pequeno a médio porte populacional e a complexidade na formulação de um modelo de atenção em saúde mental que atenda às necessidades de cada localidade.

A participação dos estados torna-se essencial na formulação e adaptação regional da política, na construção de uma rede substitutiva de serviços, na coordenação das ações no território, no combate às desigualdades e na melhoria das condições locais com fortalecimento da capacidade institucional nos municípios (SIMON; BAPTISTA, 2011).

É nesse contexto de engendramento entre as forças e as tecnologias produtoras e produzidas pelos movimentos de Saúde Coletiva do SUS e de democratização institucional que se insere a sugestão do apoio institucional como estratégia de gestão para colaborar como um ator articulador na implementação da política pública de saúde (FERNANDES, 2012).

Entende-se o apoio institucional como mediador na instituição da política, pois fomenta análises sobre a dinâmica de relações, de poderes, de práticas, de significações, de afetos que permeiam o estabelecimento ou instituição acompanhados, colocando-as a serviço de todas as pessoas aí situadas, conferindo-lhes, assim, meios para pensarem sobre sua função e funcionamento, construção de redes e de práticas inéditas, discursivas e não discursivas (VASCONCELOS; MORSCHEL, 2009).

Este estudo foi idealizado após a imersão da pesquisadora no cotidiano do trabalho da Gerência de Saúde Mental (GSM/SES/RJ) no período de março de 2013 a janeiro de 2014. Esta experiência foi complementada por uma vivência pelo período de um mês na Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde (ATSM/MS), em Brasília, entre janeiro e fevereiro de 2014.

A partir da inserção nestes cenários de prática, no segundo ano da Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ), foi possível a participação em diversos espaços e momentos da estruturação da RAPS no estado do Rio de Janeiro.

Nesses espaços acompanhei gestores das três esferas governamentais. Realizei visitas técnicas aos municípios junto com os apoiadores institucionais. Participei de audiências com o Ministério Público. Realizei censo da população internada de longa

permanência em um hospital psiquiátrico na região do Médio Paraíba. Acompanhei espaços de educação permanente ofertados aos municípios, oficinas de pactuação da RAPS, reuniões junto ao Ministério de Ciência e Tecnologia para agregar nova medicação à cesta básica do SUS. Gerenciei junto a uma apoiadora institucional da ATSM/MS o processo de incentivo e habilitação de leitos de saúde mental em hospital geral de todas as regiões do país. Foi possível averiguar nessas vivências diversos avanços e entraves da constituição da RAPS no estado do Rio de Janeiro.

Este percurso no cotidiano do trabalho da GSM/SES, apontou um mediador relevante, nesse processo de negociação para implementação da política pública do SUS para o campo da saúde mental: o apoiador institucional. Verificou-se a necessidade de uma reflexão sobre o processo de trabalho dos apoiadores institucionais e uma análise de conceitos norteadores deste cotidiano do trabalho de estruturação da RAPS.

O apoiador insere-se em movimentos coletivos, buscando novos modos de operar e produzir nas organizações. É, portanto, o articulador entre o cuidado e a gestão da política (BRASIL, 2012a).

Destaca-se ainda como disparador para este estudo a díade que se apresenta entre o papel burocrático do apoiador, no qual este pode apresentar aos apoiados métodos prontos e objetivos a serem alcançados, ou permitir a produção do trabalho a partir do encontro entre os sujeitos no cotidiano da gestão do SUS, e do que pode ser produzido por estas afecções e conversações.

Concorda-se com Lima e Rivera (2009), quando afirmam que a coordenação das ações de saúde é essencialmente uma ação comunicativa. Não se consegue coordenar e executar uma política apenas por meios burocráticos e verticalizados. A comunicação entre os diversos atores é preponderante.

No campo da saúde, o modelo de gestão mais consistente e próximo de se conseguir bons resultados é o comunicativo que se pauta na negociação e no consenso entre os sujeitos participantes da construção do cuidado em saúde (RIVERA; ARTMANN, 2006; RIVERA, 2003).

Nesta direção, dialoga-se ainda com Franco (2006), o qual afirma que no cotidiano do trabalho verifica-se a ineficácia das estruturas do organograma, que se denomina burocrática, e a visibilidade de que a vida produtiva se organiza pelas relações, ou seja, conexões realizadas pelas pessoas que fazem parte desse circuito.

Diante desse panorama, algumas questões norteadoras foram se constituindo para esta investigação: Qual a missão e quais as atividades efetivamente realizadas pelos

apoiadores institucionais na implementação da RAPS no estado do Rio de Janeiro? Quais avanços e dificuldades se verifica na implementação e consolidação da RAPS no RJ? O apoio institucional tem contribuído para que se constituam efetivas redes de cuidado na atenção psicossocial? De que forma o apoio institucional contribui para o fortalecimento das relações intergovernamentais no processo de regionalização das ações e serviços de saúde na implementação da RAPS? Estas foram as questões orientadoras para este processo de investigação.

A relevância do estudo justifica-se pela importância do tema na agenda do SUS, principalmente no aspecto da regionalização e da organização do cuidado a partir das redes de atenção à saúde (BRASIL, 2010a). Outro ponto importante é a necessidade de estudos que analisem a estratégia de gestão do apoio institucional como indutora das relações intergovernamentais e da política de implementação das redes no estado do Rio de Janeiro.

Procurou-se traçar como orientador teórico deste estudo um breve percurso pelas políticas de Saúde Mental, conceitos da constituição de redes de atenção em saúde, com enfoque no território, na integralidade e em uma política descentralizadora, especificamente a composição da Rede de Atenção Psicossocial.

Analisa-se a partir da literatura conceitos sobre o apoio institucional e procura-se fazer uma reflexão a partir de alguns autores sobre o cotidiano desse trabalho do apoio e das políticas de gestão que são discutidas no arcabouço do SUS, sobretudo no que diz respeito às relações intergovernamentais, na tentativa de delinear o papel dos entes governamentais, principalmente o papel do estado e ainda como a estratégia de gestão ancorada no apoio institucional interfere na consolidação do sistema de saúde brasileiro no campo da saúde mental.

O arcabouço teórico que ampara a pesquisa é apresentado no primeiro capítulo, subdividido em quatro tópicos: Federalismo e Relações intergovernamentais - desafios à gestão do SUS; Redes de atenção à saúde e regionalização - o lugar da gestão estadual; Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) - O cuidado no campo da saúde mental; Apoiador Institucional - construção e fortalecimento da gestão comunicativa no SUS.

O capítulo seguinte trata sobre o desenho do estudo, com a apresentação do tipo, lócus e atores da pesquisa e o referencial metodológico com as estratégias de investigação utilizadas e o contexto da pesquisa. O terceiro capítulo traz os resultados e a respectiva discussão. As considerações finais apresentam alguns desafios suscitados com o estudo.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar a atuação dos apoiadores institucionais da Área Técnica de Saúde Mental (ATSM/MS) e da Gerência de Saúde Mental (GSM/SES/RJ) na implementação da RAPS no estado do Rio de Janeiro.

2.2 Específicos

- Identificar a missão e mapear as principais atividades dos apoiadores institucionais na estruturação da RAPS no estado do Rio de Janeiro;

- Descrever os principais recursos utilizados pelos apoiadores institucionais para acompanhar a RAPS junto às regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro;

- Discutir facilidades e/ou dificuldades da função do apoiador institucional em relação à cooperação intergovernamental;

- Analisar os impasses e potencialidades encontradas na implementação da RAPS no estado do Rio de Janeiro para a constituição efetiva de redes de cuidado, na perspectiva dos apoiadores institucionais.

3. CAPÍTULO I - APONTAMENTOS TEÓRICOS

3.1 Federalismo e relações intergovernamentais - desafios à gestão do SUS

A análise de sistemas de governo descentralizados, como é o caso brasileiro e nosso formato se mostra bastante singular em relação a outros países, tem mostrado que o desempenho dos governos locais é em grande parte resultado do desenho institucional dos sistemas nacionais. Alguns estudos mostram que, os países que conseguiram reduzir de maneira expressiva as desigualdades regionais no acesso aos serviços de saúde têm como característica a concentração da autoridade no governo federal e simultaneamente desenvolveram abrangentes sistemas de transferências inter-regionais (ARRETCHE, 2003).

O federalismo pode ser definido segundo Almeida (2001) como: "um conjunto de instituições políticas que dão forma à combinação de dois princípios: autogoverno e governo compartilhado" (p.14), ou seja, de maneira simplificada é a distribuição territorial do poder e da autoridade entre as diversas instâncias do governo, o que assegura independência nas esferas de ações do governo nacional e subnacionais, estados e municípios, como é no caso brasileiro. Os sistemas federativos apresentam por sua organização descentralizada, configurações típicas de relações intergovernamentais, que podem ser competitivas ou cooperativas. O conflito e a negociação são constantes nesses sistemas, principalmente para que se efetivem implementação de políticas públicas.

Para Lima (2012, p.136) "... O federalismo preconiza a existência simultânea da União (poder central) e da não centralização (ou do governo descentralizado), promove a unificação e preserva múltiplas identidades, admitindo com isso um amplo espectro para o exercício do poder pelos governos nacional e subnacionais".

Um ponto de destaque importante nessa conceituação sobre o federalismo, são as políticas públicas, principalmente as de cunho social e as relações intergovernamentais para implementá-las. Nossa Constituição remodelou a estrutura do Estado, desenhando uma federação descentralizada. É importante destacar que se propõe neste novo desenho uma redefinição das competências e atribuições das três esferas, no que concerne à proteção social, ou seja, também temos políticas sociais descentralizadas. Diversos autores consideram que esse arranjo federativo atual é responsável em parte pela pouca eficácia das ações públicas na área social, pois as responsabilidades não ficam claras e

delimitadas ou em alguns casos o ente governamental não possui capacidade financeira ou estrutural para cumprir com sua função.

Nosso arranjo federativo apresenta algumas características de um federalismo cooperativo, porém com muitas dificuldades de ser efetivado. Pois, os governos nas esferas subnacionais apresentam diferentes capacidades para implementar as políticas públicas, em função das desigualdades financeiras, técnicas e de gestão (SOUZA, 2005).

Lima et al. (2010), acrescenta que analisar o papel do Estado nos países federativos traz desafios peculiares, pois o poder estatal se apresenta em mais de uma esfera de governo, e ressalta a importância de considerar esse arranjo político e suas consequências para a política de saúde, a qual é central neste estudo.

O que se destaca como merecedor de atenção nessa perspectiva, de elevada autonomia para os municípios, é o favorecimento para que os gestores locais implementem decisões de acordo com suas preferências; e não pautada em uma política nacional e de Estado (ARRETICHE, 2003).

Segundo Arretche (2000), o Brasil possui muitos municípios de pequeno porte e que dependem da capacitação institucional do governo estadual e federal para a prestação de serviços sociais, a descentralização das políticas sociais depende da ação política deliberada dos níveis mais abrangentes de governo.

É notável que ainda temos brechas em nosso arranjo federativo, pois os estados e municípios são bastante diversos e muitas vezes as responsabilidades da prestação de ações e serviços ficam indefinidas ou confusas, pois as atribuições ficam muitas vezes repetidas para todos os entes. O investimento de recursos financeiros das políticas sociais, aqui em especial discutimos a de saúde, ainda é predominantemente de recursos federais, de transferência direta. Este investimento da união não é suficiente, também é necessário uma contrapartida dos estados e municípios, apesar do investimento dessas esferas governamentais ter crescido nos últimos anos, ainda não é satisfatória e suficiente.

Esse novo cenário proporcionou inúmeras mudanças nas relações intergovernamentais e também no poder dos governos e das sociedades locais. O que traz uma constante tensão entre os diferentes níveis de governo, mas contribui para maior participação da sociedade nos processos decisórios que antes ficavam concentrados apenas no nível central (SOUZA, 2002).

Nessa perspectiva de descentralização da gestão, apesar dos poucos estudos sobre os resultados alcançados, podemos apontar alguns resultados positivos. Entre eles a democratização do processo decisório, uma maior eficiência na gestão das políticas

públicas, a entrada do controle social, ampliação do acesso aos serviços de saúde em parte pela expansão da cobertura assistencial, mas também pela minimização das barreiras ao aproximar a oferta do cuidado dos territórios das pessoas. É possível verificar ainda impacto positivo sobre os indicadores e maior efetividade do modelo de atenção, além da melhora na qualidade da informação entre os que tomam as decisões, os provedores e beneficiários da política implementada. Em contrapartida se observa que na sua maioria os municípios não adquiriram um grau de autonomia elevado, pois dependem das transferências federais e estaduais, sendo que alguns municípios não apresentam condições mínimas de exercer seu próprio governo (ARRETCHE, 2003; SOUZA, 2002; VIEIRA-DA-SILVA et al., 2005).

O texto elaborado na constituição deixou muitas brechas sobre a competência de cada esfera de governo, fazendo a opção pela execução de políticas públicas de maneira compartilhada, ou seja, através da cooperação entre municípios, estados e união (FRANZESE; ABRUCIO, 2013).

Arretche (2009) argumenta que os constituintes optaram por atribuir à União autoridade para legislar sobre as regras segundo as quais estados e municípios arrecadariam seus próprios tributos, assim como regulamentar a forma como os governos subnacionais executariam parte importante das políticas descentralizadas, entre elas a política de saúde.

O SUS foi organizado com a descentralização sendo uma de suas principais orientações, na busca de adequá-lo à diversidade regional de um país continental como o nosso, com realidades bem diversas no que diz respeito aos aspectos econômicos, sociais e sanitários. Portanto, as decisões não deveriam se concentrar no governo federal, mas sim em cada estado ou município, através das secretarias de saúde e ao Ministério da Saúde como representante da esfera federal cabe a coordenação na sua esfera (PAIM, 2009)

A descentralização não retira, mas redefine responsabilidades entre os entes governamentais, reforçando a importância dos executivos municipais e estaduais na garantia da política de saúde, pois todos compõem o Estado, que passa a ser, com a nova constituição, garantidor da política pública de saúde aos seus cidadãos (LIMA, 2012).

Nessa organização de país federalista, torna-se preponderante a ação coordenada e complementar entre os entes federativos. É, portanto, indispensável pensar uma estratégia prioritária para garantir o direito à saúde, e nessa direção traçar o marco orientador no que tange a descentralização das ações e serviços.

No caso brasileiro, o governo federal se encarrega de grande parte do financiamento, formulação da política nacional de saúde e coordenação das ações intergovernamentais. Essa função também compete aos estados em seus territórios. O Ministério da Saúde acaba tomando as decisões mais importantes da política de saúde e os governos locais são altamente dependentes das transferências para o fundo municipal de saúde, para execução das políticas públicas (ARRETCHE, 2003).

"Ao induzir a universalização de políticas sociais através da descentralização, o governo federal brasileiro não promove apenas a execução de um programa nacional por meio dos municípios, mas lhes transfere a operacionalização da política pública" (FRANZESE; ABRUCIO, 2013, p.373).

É preciso destacar que em países muito heterogêneos como é o caso do Brasil, a descentralização se mostra contraditória, pois acaba desencadeando tensões por conta das desigualdades que se apresentam não apenas entre as regiões, mas também no interior de cada região (SOUZA, 2002).

Neste contexto as relações intergovernamentais se tornam uma questão crucial, pois é necessário compreender como cada esfera governamental vai se articular para solucionar problemas comuns. A base deste conceito é a negociação e não a competição ou submissão. Em seu estudo, Souza (2002) traz as relações intergovernamentais como veículos de negociação política que podem possibilitar que grupos com menor poder político se coloque em confronto com outro mais poderoso ou influente, ou seja, existe a possibilidade de voz para todos no jogo político.

Para possibilitar um acesso universal, o SUS não pode se reduzir "a acordos intergovernamentais que regulamentam repasses de recursos em troca da implementação de programas em abrangência nacional" (FRANZESE; ABRUCIO, 2013, p.376). Como sistema, sua estrutura possibilita a organização da prestação de serviços de forma hierarquizada e regionalizada, além de instituir de maneira inédita no país fóruns de negociação intergovernamental com a participação de gestores municipais, estaduais e federais e da sociedade civil.

Os autores complementam ainda que esses espaços de negociação intergovernamental não faziam parte do desenho federativo da constituição de 1988, mas são resultado do progresso de um modelo criado no âmbito da política de saúde e compõem um legado institucional dessa política para o funcionamento da federação brasileira. Porém, não se pode achar que existe um perfeito equilíbrio de forças entre os entes federativos no que diz respeito às relações intergovernamentais. Cada ente

federativo utilizará os recursos de que dispõe para alcançar os melhores resultados para si. Nesse sentido, a esfera federal usa seu poder de financiamento, enquanto os governos subnacionais utilizam sua capacidade de implementação (FRANZESE; ABRUCIO, 2013).

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

Há predominância de orientações centralizadoras, e frente ao desafio que se impõe à gestão de propor e fomentar arranjos descentralizados, resolutivos, solidários e permeáveis à participação coletiva. Entende-se que o principal núcleo dos desafios colocados à gestão nesse contexto é relativo à capacidade de planejar práticas cotidianas suficientemente densas para produzir tensões e rupturas com a cultura instituída e com as tecnologias de gestão já existentes (FERLA; CECIM; PELEGRINI, 2003).

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

Muitos desafios se apresentam ainda para que se possa consolidar um SUS descentralizado e regionalizado, de maneira a suprir as demandas de saúde de cada cidadão em qualquer lugar do país. É preciso investir nas relações intergovernamentais, nas práticas solidárias e definir de maneira clara a função de cada ente governamental, mesmo sendo um sistema único é necessário considerar a diversidade socioeconômica, política e cultural de cada localidade. Os espaços de negociação instituídos precisam ser cada vez mais fortalecidos e ocupados não apenas pelos gestores, prestadores de serviços, mas pela população que utiliza o SUS.

A composição de redes regionalizadas é uma aposta crescente para assegurar a organicidade do sistema de saúde, superar sua fragmentação e ainda a ausência de articulação entre as unidades federativas, níveis de atenção e unidades de provisão de serviços. Isso para assegurar o acesso às ações e serviços necessários ao atendimento integral da população (RIBEIRO; BARROS, 2010).

3.2 Redes de Atenção à Saúde e Regionalização - o lugar da Gestão Estadual

A discussão da rede para organizar a oferta do cuidado em saúde não é recente. A organização do SUS através de redes regionalizadas de serviços sempre esteve presente na agenda. Essa aposta se torna mais forte pela proposta de descentralização da gestão e redemocratização do país nas últimas décadas.

Este formato de organização do cuidado pode assumir diferentes significados, tendo em comum a busca por estruturas e instrumentos que permitem a integração e que se traduzem e impactam na prática clínica individual e na relação entre as organizações, seja no sentido vertical ou horizontal e na intersetorialidade (FLEURY; OUVÉRY, 2007; KUSCHNIR; CHORNY, 2010; LIMA; RIVERA, 2010).

É importante destacar que independente do modelo, dos mecanismos e instrumentos utilizados para organização da rede de serviços de saúde, esses devem estar sempre ancorados em uma política de Estado. A constituição de redes e a regionalização podem se traduzir em instrumentos de garantia do direito, ampliando o acesso e diminuindo as desigualdades. Porém, fica claro que disputas de poder e uma diversidade de interesses estarão envolvidos já que esse processo apresenta dimensões tecnopolíticas (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Na visão de uma gestão intergovernamental, as redes são modelos estratégicos para gerir as políticas públicas de saúde e se apresentam como um padrão de governança que envolve diversos atores de níveis locais ou globais (sejam esses representantes de órgãos estatais, da sociedade civil ou mesmo do mercado). É necessário enfatizar que nenhum dos atores detém controle total dos recursos ou do processo. A gestão através das redes exige a constituição de vínculos e comportamentos solidários, através de ações conjuntas dos vários pontos da rede constituída (FLEURY; OUVÉRY, 2007; ROVERE, 1998).

A gestão de redes no processo de regionalização da saúde reafirma os princípios de constituição do SUS e contribui para o fortalecimento das bases de gestão interdependentes, o que colabora para melhorar o desempenho do sistema e garantir a integralidade do cuidado. O princípio da regionalização traz impactos diretos sobre as redes assistenciais e também sobre o acesso dos usuários aos serviços que são ofertados (ALMEIDA; ACIOLE, 2014; FLEURY; OUVÉRY, 2007).

A composição de redes de atenção à saúde devem considerar as regiões de saúde, que se caracterizam na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) como sendo a:

Base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, ofertas de serviços, relações entre municípios (BRASIL, 2002).

O Pacto pela Saúde, lançado em 2006, foi um compromisso público dos gestores do SUS, para reestruturar as formas de relacionamento estabelecidas entre as esferas de governo, visando uma gestão compartilhada e solidária, fortalecer o SUS como política de Estado e defender seus princípios fundamentais, com ênfase nas necessidades de saúde da população. A territorialização se colocou como alicerce para organização do sistema, trouxe a descentralização e a regionalização mais uma vez como estratégias de consolidação do SUS (LIMA; QUEIRÓS, 2012).

O decreto 7508/11, que regulamenta a lei nº 8080/90, apresenta ganhos importantes para o processo de consolidação da regionalização em relação ao Pacto pela Saúde, pois neste a adesão era individual. Agora, com o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), a proposta de adesão é por região. Assim, há um reforço à responsabilização coletiva dos gestores (BRASIL, 2011b).

A regionalização possibilita a criação de instrumentos e estratégias voltados para a integração de serviços, instituições e práticas solidárias que fortalecem as relações intergovernamentais entre as três esferas de governo.

Esse processo no estado do Rio de Janeiro iniciou-se com adesão ao Pacto pela Saúde em 2006, porém só foi impulsionado no ano seguinte com a implantação do Programa Saúde na Área na SES/RJ. Em 2009, a partir da deliberação nº 1452, as regiões de saúde foram redefinidas e criados os Colegiados de Gestão Regionais (CGR), que após o decreto os colegiados passaram a ser denominados CIR- Comissões Intergestores Regionais. A constituição de regiões de saúde no Estado reafirma o compromisso firmado pelos gestores para fortalecer a gestão compartilhada e solidária do SUS (FAZZI, 2013).

Para Lima e Queirós (2012), as relações intergovernamentais tiveram diversos refinamentos, no que diz respeito à implementação do SUS, mas as estratégias por si só ainda não são suficientes para cumprir todos os avanços necessários para que se alcance a plena organização do sistema. Na perspectiva descentralizada e regionalizada, é preciso

avançar na conformação das estratégias, dos instrumentos de planejamento, regulação e financiamento, além de favorecer mecanismos de participação social nesse processo.

Os processos de descentralização, impulsionados pela reorganização político administrativa do país e a aposta na regionalização como o caminho para a universalização do Sistema Único de Saúde, fomenta, de maneira mais enfática, a organização dos serviços através de Redes prioritárias de Atenção à Saúde, que assegurem a oferta de cuidados e minimizem as desigualdades e favoreçam a integração e cooperação entre os municípios.

O Ministério da Saúde, através da portaria 4279/2010, estabeleceu diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). As fases iniciais estabelecidas para estruturação das redes prioritárias de atenção à saúde foram: diagnóstico e adesão, desenho da rede regional, contratualização dos pontos de atenção, qualificação dos componentes/pontos de atenção e certificação da rede. Considerando que nem todas as redes identificaram a necessidade de percorrer todas as fases (BRASIL, 2010a).

A interdependência entre as redes gera conflitos que precisam ser continuamente gerenciados. Portanto, é preciso pensar em uma política de apoio que considere os objetivos dos vários atores e promova o desenvolvimento de arranjos organizacionais e interações entre os membros integrantes do processo, entre eles os entes governamentais da união, estados e municípios (FLEURY; OUVÉNEY, 2007; LIMA; RIVERA, 2010).

As redes são compostas de pessoas que se interconectam, por isso aposta da oferta do cuidado em saúde, através das redes. Nessas conexões temos as instituições, neste caso as de saúde. Para que a rede seja viva e produtiva é necessário o vínculo entre os sujeitos que compõem esta rede. Só assim os eventos que acontecem em qualquer ponto da rede podem reverberar nela como um todo; não no sentido burocrático da referência e contra-referência, mas na tentativa de compreensão da necessidade de cada serviço e lugar que compõem esse emaranhado (ROVERE, 1999).

O lugar que os estados ocupam no processo de regionalização da saúde e na constituição de redes de atenção à saúde, ainda é frágil, pois mediante suas limitações financeiras e questões fiscais, perdem sua capacidade de atuação. É necessário pensar uma revisão do papel dos estados na função de coordenador do sistema. Este papel coordenador não significa a retirada de sua responsabilidade na garantia do direito à saúde, já que temos um compartilhamento em nosso modelo federativo.

Lima et al. (2010), apontam que a esfera estadual é fundamental na conformação do arranjo federativo e na condução de políticas públicas nas diferentes federações ao redor do mundo. Os estados precisam compreender o seu relevante papel como articulador, apoiador técnico, a responsabilidade pelo acompanhamento, controle e avaliação dos municípios sob sua jurisprudência.

A organização dos municípios em regiões de saúde demanda um projeto estadual de regionalização que agregue critérios consistentes para a territorialização, mecanismos sólidos de gestão compartilhada e de fortalecimento institucional, além de dotação de recursos suficientes a ser utilizados de forma eficiente e equitativa.

A esfera estadual precisa ter capacidade técnica e política para implantar um modelo de regionalização orientado para a redução das desigualdades e iniquidades entre as regiões, para promover a interdependência municipal e a responsabilidade solidária entre os gestores, a atenção integral, resolutiva e humanizada, a integração dos serviços, a consciência e o pertencimento regional como espaço para o planejamento da assistência. E através desse formato organizativo do sistema de saúde, causar impacto sobre os aspectos de universalidade, equidade, integralidade, eficiência e resolutividade, que se reflita no estado de saúde e na qualidade de vida da população (LIMA et al., 2010).

3.3 Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) - O cuidado no campo da saúde mental

A Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica, também influenciadas pelo processo de redemocratização vividos no país, redefiniram um novo modo de pensar os processos de saúde ao propor transformações estruturais e ideológicas na lógica vigente (AMARANTE, 2007; DELGADO; GOMES; COUTINHO, 2001).

As políticas públicas em saúde mental vigentes no país dispõem sobre os direitos do indivíduo e redirecionam o modelo assistencial para o cuidado no território. Nesse contexto, os dispositivos CAPS (Centros de Reabilitação Psicossocial) assumem particular relevância no cenário de novas práticas, configurando-se como dispositivos estratégicos para a reversão do modelo hospitalar em direção a uma oferta de cuidado no território, mas para além desses dispositivos prioriza-se o cuidado em rede. E essa rede vem para fomentar a possibilidade de entrada do usuário por qualquer ponto da rede e a possibilidade do cuidado compartilhado entre os serviços da rede.

O Ministério da Saúde (MS) preconiza uma rede calcada em várias instâncias, como as de cuidados básicos (Atenção Básica- Estratégia de Saúde da Família – ESF),

leitos de hospitais gerais e iniciativas de suporte e reabilitação psicossocial – Serviços Residenciais Terapêuticos e trabalho protegido. Porém, essa rede escapa para além do que o campo da saúde pode ofertar e vai se entremeando com outras redes ofertadas pelas políticas sociais ou redes informais que compõem o território de cada sujeito (BRASIL, 2001, 2002a, 2002c, 2004, 2011a; ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006).

Acrescenta-se a importância de construir redes singulares para cada localidade; o que não é ser contrário a uma política nacional para direcionar avanços na oferta da rede de cuidado em saúde mental, porém esta não deve implicar a adoção de padrões e modelos uniformes em todo o território nacional. Torna-se necessária a construção de políticas direcionadas para as especificidades locorregionais. Acredita-se que isso só será possível no cotidiano do trabalho entre os envolvidos, na cooperação entre estados e municípios (LIMA et al., 2012).

O relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no ano de 2001, traz os termos de atribuições dos Estados na política de saúde mental, antevendo a participação destes na elaboração de leis e planos, no financiamento e apoio ao processo de municipalização dos serviços, no acompanhamento e supervisão dos serviços, na atuação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e na articulação com as instâncias de controle social (BRASIL, 2002b; SIMON; BAPTISTA, 2011).

A criação de uma política específica de saúde mental deve ser compreendida no contexto do SUS. O desenho da política nacional de saúde mental também privilegiou a municipalização dos serviços substitutivos à lógica manicomial, seguindo a descentralização da saúde em geral, ou seja, torna-se necessário a elaboração de estratégias baseadas nas políticas instituídas direcionadas para especificidades de cada localidade (SIMOM; BAPTISTA, 2011).

Os estados devem contribuir para constituição e fortalecimento de regionalização solidária e cooperativa, e tem papel essencial na constituição de uma rede integrada de assistência aos usuários com transtorno mental e uso abusivo de álcool e outras drogas (ALMEIDA; ACIOLE, 2014).

A estruturação da RAPS visa consolidar uma rede de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas em sofrimento e/ou com demandas decorrentes dos transtornos mentais e/ou do consumo de álcool, crack e outras drogas. É preponderante considerar as especificidades loco-regionais, com ênfase nos serviços com base comunitária, caracterizados pela plasticidade de se adequar às necessidades dos usuários e familiares e atuar cada vez mais na

perspectiva territorial, conhecendo suas dimensões, gerando e transformando lugares e relações.

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

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

Concorda-se com Almeida e Aciole (2014), quando afirmam que implementar uma rede de saúde mental vai além da criação e credenciamento de serviços, a trama micropolítica para a constituição dessa rede depende das pessoas envolvidas, gestores, profissionais e usuários.

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

Corroborar-se com Yasui (2010) que precisamos não apenas negar o manicômio, mas produzir e inventar espaços de encontro para a problematização do cotidiano, para a formulação de novas ações; espaços para produção de rupturas; espaços para a afirmação da vida.

Nesse universo de tensões e construção de trabalho, vem-se consolidando como uma figura articuladora no SUS o apoiador institucional, na tentativa de promover encontro entre os coletivos e possibilitar produção de cuidado. Esta figura institucional e política se estabelece em algumas áreas e programas, como na atenção básica e na saúde mental, como estratégia fundamental para fortalecer as relações intergovernamentais e possibilitar que o SUS alcance seu objetivo principal de proporcionar acesso universal e um cuidado integral, de qualidade e equânime. Nossa aposta é que através de uma gestão comunicativa este ator promova a implementação de efetivas redes de cuidado em saúde mental (ARTMANN; RIVERA, 2013; BERTUSSI, 2010; CAMPOS, 2003, 2005; FERNANDES, 2012; OLIVEIRA, 2011).

3.4 Apoiador Institucional - construção e fortalecimento da gestão comunicativa no SUS.

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

Nossa linha de debate sobre estes atores da gestão, que se propõe a contribuir para a consolidação do SUS nesse contexto de reconstrução da democracia e de um novo paradigma do cuidado em saúde, se embasa em conceitos do paradigma comunicativo. Este modelo está relacionado à gestão de redes, planejamento a partir da negociação de metas, de pactos pela saúde, principalmente através do estabelecimento de parcerias, que consideramos essenciais no processo de implementação da RAPS e desviam de um processo de gestão apenas burocrático (RIVERA; ARTMANN, 2006, 2012).

Artmann (2000) discute o conceito de ator a partir de Carlos Matus, onde coloca alguns critérios para que o sujeito ocupe o lugar de ator responsável por um determinado plano de ação. É necessário ter um alicerce organizativo, um projeto definido e ter certo controle das variáveis importantes da situação.

Nas organizações de saúde é fundamental considerar o ator intrainstitucional, representado muitas vezes, não apenas como categorias profissionais organizadas, mas também pela atuação individual de alguns profissionais. O poder, em saúde, é realmente um poder compartilhado (RIVERA; ARTMANN, 2012, p. 95).

No campo da saúde, os autores destacam que o modelo de gerenciamento mais consistente e próximo para se conseguir bons resultados é o comunicativo, baseado na negociação e na busca do consenso. Esta análise pauta-se na argumentação do que se evidencia nas principais características das organizações do setor saúde: baixo nível de padronização das ações; alto nível de dependência entre os setores ou serviços prestados; intensa relação de trocas entre os profissionais para geração dos serviços; forte autonomia profissional. Os processos de decisão nestas instituições são fragmentados e disseminados entre muitos, portanto, é fortemente necessário desenvolver estratégias de integração.

Desta forma, a atuação e o comprometimento clínico com os sujeitos demandam um trabalho em equipe coeso e um agir comunicativo, que estabeleçam compromissos que possam ser executados da maneira mais eficaz. Precisa-se nas organizações de saúde

e na implementação de políticas nesse campo, fugir cada vez mais das atuações protocolares e burocráticas e caminhar para a negociação dos processos de trabalho. Em nenhum momento acredita-se que não devam existir direções prévias; elas são importantes para disparar o processo, mas este só se consolida a partir da negociação, da escuta do outro e da criação de estratégias. A partir de cada realidade singular que vamos conseguir executar a política pública no campo da saúde. Nessa direção, percebe-se o apoiador como esse ator mediador, capaz de disparar um processo que contribua para estabelecer uma rede de conversações para que se alcance a efetividade do sistema de saúde.

Bertussi (2010, p.106) assinala que o termo apoio é empregado para designar ações em diferentes áreas, “como a logística, administrativa, operacional, cultural, pedagógica, cultural, educacional, institucional, emocional, psicológica, social, gerencial, político, etc.”

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

Segundo Pinheiro (2013), o apoio é centrado nos princípios de cogestão, corresponsabilização, cooperação e compartilhamento das ações de governança nas esferas de governo, seja nacional, estadual, municipal ou mesmo na divisão por regiões.

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

Nesse sentido, o apoiador institucional tem a função de ativar espaços coletivos, através de arranjos ou dispositivos que propiciem a interação entre sujeitos; reconhecer as relações de poder, afeto e a circulação de saberes tendo em vista à viabilização dos projetos pactuados por atores institucionais e sociais; além de mediar a construção de objetivos comuns e a pactuação de compromissos e contratos.

Segundo Andrade (2013), o apoiador faz o exercício da mediação política e a definição de diretrizes, a partir dos espaços coletivos de participação. Baseado em uma prática de cooperação, contribui para fortalecer a horizontalidade nas relações

intergovernamentais e auxilia no processo de implementação das Redes de Atenção à Saúde.

O apoio institucional assume uma função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Opera o apoio, disparando processos e propiciando suporte ao movimento de mudança deflagrado por coletivos, buscando fortalecê-los no próprio exercício da produção de novos sujeitos em processos de mudança. Considera que o objeto de trabalho do apoiador é o processo de trabalho cotidiano de coletivos, que se organizam para produzir o cuidado no campo da saúde (BRASIL, 2008; CALDAS, 2013).

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

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

Santos Filho (2008) aponta como conceito fundamental para construção de uma gestão eficaz no campo da saúde a apropriação dos referenciais do planejamento articulados a uma concepção de gestão participativa, que contribui não somente para articular a dinâmica dos serviços em torno de sua missão e metas, mas sobretudo, para fomentar o exercício da construção coletiva de objetivos, processos e viabilidade para os projetos desejados.

Alguns municípios e estados criaram a função de apoiador institucional ou de apoio à gestão. Estes mantêm alguma relação hierárquica sobre os serviços de saúde, seus gerentes e suas equipes e ao mesmo tempo responde a uma chefia que lhe é superior, como um coordenador de distrito, de região, do nível central ou mesmo diretamente ao próprio secretário de saúde. Nesta configuração, o apoiador tem o duplo papel de gestor,

acumulando por um lado a atribuição formal de gerência e, de outro, a relação apoiador-apoiado. Neste formato se enquadram os apoiadores desse estudo (OLIVEIRA, 2011).

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

Nessas experiências, o apoiador se constitui na relação com seus apoiados como um mediador formal. Essa modalidade de apoio tem o intuito de apoiar e cooperar no processo de implementação das políticas governamentais de saúde. Vale ressaltar que, nesta conformação há forte tendência à rigidez dos papéis de apoiador e de apoiado, correndo-se o risco de se tornar um processo unilateral.

A capacidade de indução de políticas por essa via ganha enorme amplitude, mas passa a depender exclusivamente dos atores que operam estes papéis e da força crítica dos sistemas de cogestão, em geral frágeis e parcialmente implementados. O grau de democracia inscrita neste modelo de gestão, mantendo toda a organização sempre em alerta, se coloca entre uma organização democrática e um aparato institucional autoritário (BRASIL, 2012a; OLIVEIRA, 2011).

O trabalho do apoiador envolve uma tríplice tarefa - ativar coletivos, conectar redes e reconhecer conflitos – que se desdobram em inúmeras outras. Agenciar conexões, ativar redes de saber, de cuidado, de cogestão e tantas outras, no mesmo ato de convocar sujeitos e seus conflitos, ativando coletivos que se mantenham conectados e solidários. O apoiador não é o timoneiro que comanda e determina a mudança; são os agenciamentos - para os quais o apoiador é apenas um dos que contribui - que se acoplam a outros e vão fazendo deslizar a organização e os sujeitos, fazendo-os diferenciarem-se de si mesmos (OLIVEIRA, 2011).

A formação desses atores que se colocam como apoiadores ainda é um desafio a ser solucionado. O “formar em ato” não é tarefa simples. Formar um apoiador é um ato próprio da função apoio; não no sentido de que só alguém com um “título” de apoiador institucional pode fazê-lo. O ato de formar não é propriamente algo que um indivíduo apoiador faz; é a relação de apoio no cotidiano do trabalho que forma o apoiador.

Para fomentar esta discussão, retomamos o que Merhy et al.(2003) traz acerca do trabalho em saúde e suas tensões. Tensão entre o trabalho vivo em ato – que ocorre no exato momento da atividade produtiva e criativa, inscrito nas relações entre trabalhador e usuário no momento de seu encontro – e trabalho morto, expresso por meio dos

instrumentos, normas e saberes, produzidos anteriormente e disponíveis para serem utilizados. Esse modo de fazer, previamente estruturado, “pode capturar” o trabalho vivo em ato de tal modo, que o trabalhador não exerça sua ação de maneira autônoma e criativa. Essa possível captura diminui as possibilidades de responder à singularidade de cada encontro.

A tensão opera o tempo todo no cotidiano dos serviços, nos mais diversos encontros. No entanto, vale explicitar que, como afirma Merhy et al. (2003, p. 24), “todos os atores governam e ao disputar seus projetos transformam todo o cenário”, construído na gestão.

Diante desses apontamentos, pode-se observar que há uma produção subjetiva que opera fortemente com base no trabalho, núcleo central da realização do cuidado e suas derivações para o mundo da vida como atividade humana. Por isto, traz em si a potência da criatividade, inventividade ou pode se deixar capturar pelo aparato instrumental, que cerca toda atividade de cuidado em saúde. Esta concepção se aplica fortemente para os trabalhadores que estão na posição de gestores, uma vez que se acredita que somente através do que se produz nas relações é que se pode produzir trabalho em saúde (FRANCO, 2009).

O papel do apoio aqui discutido não permite separação entre clínica e gestão. Acredita-se que o apoio se constitui na micropolítica do encontro entre apoiador e as equipes de saúde ou entre aqueles que ocupam posição de gestores, mobilizando distintas ofertas relacionadas à organização do processo de trabalho e à produção do cuidado, de acordo com as necessidades de cada equipe, reconhecendo a mútua interconectividade entre a produção e gestão do cuidado (BERTUSSI, 2010).

Assim, aponta-se para a direção das considerações de Baduy (2010) cujo apoio vai sendo produzido a partir de encontros, na dinâmica das relações de poderes, na resistência, habitando espaços, movimentando, aquecendo, produzindo pequenas lutas diárias, afetações que permitiram um “se” colocar em análise no cotidiano, e de colocar em análise os modos de pensar a organização e seus instituídos.

4. CAPÍTULO II - DESENHO DO ESTUDO

4.1 Tipo de estudo

A pesquisa caracteriza-se como um estudo de caso simples, pois se trata do caso da implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no estado do Rio de Janeiro. Os estudos de caso empregam estratégias de investigação qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções em relação ao fenômeno. É favorável para produzir conhecimento sobre características significativas de eventos vivenciados, através de entrevistas, observações, uso de banco de dados e documentos significativos sobre a temática pesquisada (MINAYO, 2014; YIN, 2010).

4.2 Lócus da pesquisa e população alvo

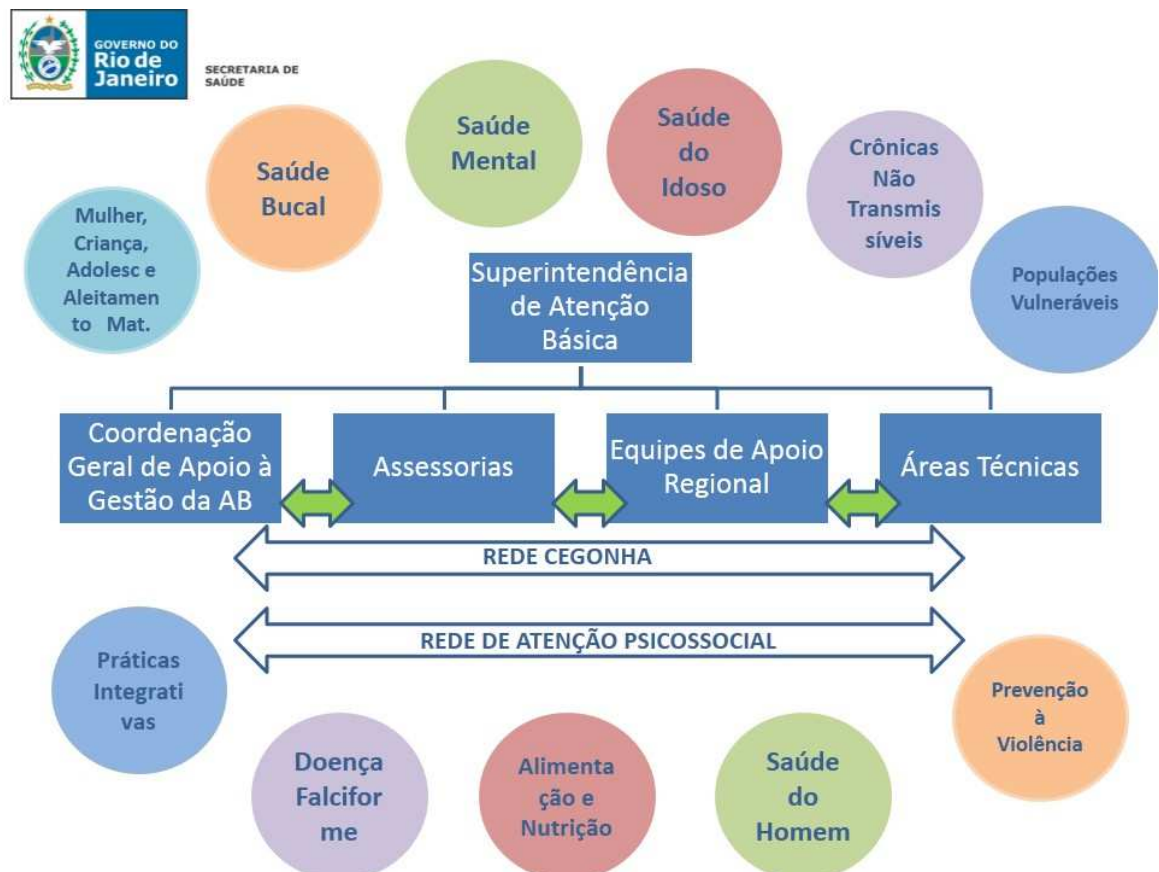
A pesquisa foi realizada na Gerência de Saúde Mental - GSM/SES/RJ, que desenvolve ações na perspectiva de apoiar os 92 municípios do estado na estruturação das ações de cuidado aos usuários da rede de atenção à saúde mental, álcool e outras drogas. O universo de entrevistados foi composto por dez apoiadores da GSM/SES/RJ e uma apoiadora da Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde - ATSM/MS que exercem a função de apoio à implementação das redes de atenção à saúde, neste estudo, especificamente, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A GSM/SES/RJ compõe no organograma a Superintendência de Atenção Básica (SAB- fig. 1), que está inserida na Subsecretaria de Atenção à Saúde (SAS/SES/RJ). A SAS/SES/RJ tem como principal missão dentro da SES/RJ formular e implantar a política de atenção à saúde do estado do Rio de Janeiro, através de supervisão, co-financiamento e acompanhamento dos municípios.

Um dos papéis basilares das Secretarias Estaduais de Saúde é coordenar o processo de implantação do SUS no seu respectivo estado. Para tanto, o gestor estadual do SUS precisa agir de forma articulada com as duas outras esferas de governo (União e municípios) e com as instâncias de controle social, representadas pelo Conselho Estadual de Saúde e pela Conferência Estadual de Saúde.

A SES deveria assumir o papel de gestora estadual do SUS. Esta gestão ocorre no sentido amplo, não se restringindo ao gerenciamento apenas da sua rede própria de prestação de serviços (hospitais e outras unidades) ou dos prestadores de serviços,

privados e públicos que estejam sob sua gestão ou ainda de alguns programas assistenciais. No entanto, a amplitude e o grau de autonomia desta gestão estão relacionadas ao tipo de gestão estatal habilitada, mantendo, portanto, a singularidade de cada estado (BRASIL, 2003).



(Figura 1. Organograma Superintendência de Atenção Básica/SAS/ SES/RJ)

A GSM/SES/RJ está organizada em três núcleos temáticos: Infância e Adolescência, Álcool e outras drogas e Desinstitucionalização. Constitui-se pelos seguintes cargos:

- Gerente: figura que responde política e administrativamente pela área;
- Apoiadores institucionais: corpo técnico distribuídos no apoio às nove Regiões de Saúde – Fig. 2 (Metropolitana I e II, Norte, Noroeste, Serrana, Baixada Litorânea, Centro-Sul, BIG - Baía da Ilha Grande e Médio Paraíba), que compreendem os 92 municípios do estado no apoio à implementação da RAPS e nos núcleos temáticos.

- Técnico-administrativos: dois profissionais que dão suporte aos apoiadores e à gerente.

As Regiões de Saúde foram instituídas como o espaço geográfico contínuo, constituído por aglomerado de municípios, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2012 a).



(Figura 2- Regiões de Saúde - Deliberação CIB-RJ N° 1.452- SAS/ SES/RJ)

4.3 Marco teórico-metodológico para análise dos dados

Os achados deste estudo foram encontrados a partir de análise documental (MINAYO, 2014), utilizando material relativo aos anos de 2011 a 2015, que trouxeram informações relevantes sobre a atuação dos apoiadores institucionais na implementação da RAPS. O recorte temporal leva em consideração a instituição da portaria n° 3088

(BRASIL, 2011), que constituiu a RAPS. Os documentos analisados foram: atas do Grupo Condutor, planos de estruturação da RAPS, notas técnicas, documentos oficiais da GSM/SES/RJ e da ATSM/MS, deliberações da CIB, leis, portarias, portal da SES e do MS.

Os dados primários foram levantados através de entrevistas orientadas por um roteiro semi-estruturado, com algumas perguntas direcionadas. A escolha por essa tipologia de entrevista foi pensada pela possibilidade de extrapolar as questões prontas (Apêndices A/B). Os dados foram coletados através de gravação de áudio e, posteriormente, transcritos, analisados e interpretados (MARCONI; LAKATOS, 2009).

Para Minayo (2014), a entrevista privilegia a obtenção de informações através da fala individual, a qual torna visível sistema de valores, normas e símbolos de determinados grupos. A entrevista semi-estruturada permite uma conversação continuada entre informante e pesquisador (DUARTE, 2002).

As entrevistas foram realizadas entre agosto e novembro de 2015. Durante um período que muitas atividades na GSM/SES/RJ ficaram suspensas devido à greve dos servidores, eles reivindicavam melhores condições de trabalho, reajuste salarial e mais investimento na política pública de saúde. Apenas atividades essenciais permaneceram sendo executadas, isto postergou o prazo para o término das entrevistas.

As entrevistas com os apoiadores da ATSM/MS, foram programadas para novembro de 2015. A substituição do coordenador nacional de saúde mental, ex-diretor de um dos maiores hospitais psiquiátricos do país, cujo percurso não mostrava sustentação à atual política de saúde mental instituída pelo MS desencadeou diversas manifestações pelo país, tais como ocupação do prédio do Ministério da Saúde pelos militantes e uma reorientação do cotidiano de trabalho dos apoiadores da área técnica, mantendo o foco dos trabalhos em Brasília, reduzindo as visitas aos estados apoiados. Diante desta conjuntura, não foi possível entrevistar uma das apoiadoras do Ministério para o estado do Rio de Janeiro.

A análise dos dados foi feita através de ferramentas e compreensões oriundas da Análise do Discurso, uma vez que esta possibilita extrapolar a análise para além do que foi dito ou lido. Segundo Ariluci e Aquino (2011), a Análise de Discurso tem a finalidade de esquadrihar o sentido das situações históricas, nas quais é possível apreender suas estratégias e sentidos produzidos.

Essa metodologia “concebe a linguagem como mediação necessária entre o homem e a realidade natural e social [cujo] discurso torna possível a permanência, a continuidade, o deslocamento e a transformação do homem e da realidade” (ORLANDI, 2009, p. 15).

É um conceito jovem no que diz respeito à interseção entre as ciências sociais e a linguística, seu representante mais conceituado nas ciências sociais é da *Escola Francesa de Análise do Discurso*, o filósofo Michel Pêcheux (MINAYO, 2014).

O objetivo básico da Análise do Discurso é refletir sobre as condições de produção e apreender os significados. Neste estudo, auxiliou-nos na análise da atuação dos apoiadores institucionais, e mostrou-se essencial na tentativa de "...compreender o modo de funcionamento, os princípios de organização e as formas de produção de seus sentidos" (MINAYO, 2014, P. 319).

Ao tomarmos como objeto de análise a linguagem cotidiana, esta vertente de análise qualitativa recusa a noção da linguagem simplesmente como forma de refletir e descrever o mundo, e do analista como mero coletor de dados neutros, mas traz as relações intersubjetivas para esse campo (IÑGUINEZ, 2004; MINAYO, 2014).

O aporte teórico para análise dos dados se apoiou também, em alguns elementos presentes na teoria das macroorganizações ou sistema organizacional, proposta por Matus (1996;1997). Propomo-nos a analisar a missão, a estrutura organizacional, capacidades e responsabilidade, na perspectiva de verificar o cumprimento das funções de direcionalidade, governabilidade e responsabilidade dos apoiadores institucionais na implementação da RAPS.

A *Direcionalidade*, diz respeito às missões ou funções a serem cumpridas em relação a uma política social, por exemplo. A *Governabilidade* se expressa no controle das capacidades de decisão, suas regras definem os grau de centralização ou descentralização do sistema, no caso desse estudo do SUS, e ainda a distribuição do poder. A *Responsabilidade* estabelece a prestação de contas dos compromissos exigidos na missão e funções exercidas (MATUS, 1997).

A análise dos dados ocorreu a partir de uma matriz temática (Fig. 3), que surgiu dos discursos, entrevistas e documentos oficiais analisados. Os resultados e discussão partem dessas temáticas principais, porém são entremeadas por outras que foram se delineando com o processo de imersão nos dados.

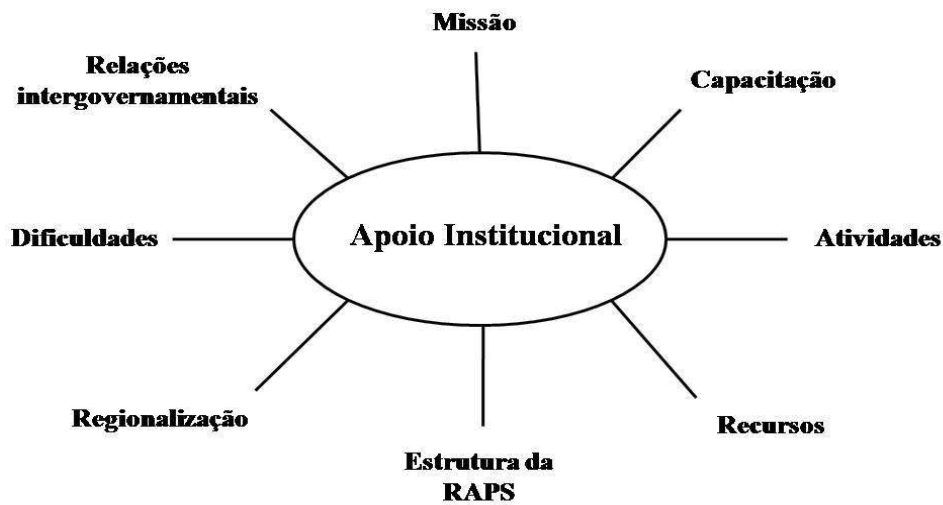


Figura 3 - Matriz de análise

4.4 Aspectos Éticos

Este estudo seguiu as normas estabelecidas pela Resolução CNS 466/12, cujo projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/ FIOCRUZ), conforme o parecer 1.092.715 de 05 de maio de 2015 e pelo Centro de Estudos da Secretária Estadual de Saúde do Rio de Janeiro.

Todos os participantes deste estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A e B), sendo informados sobre os objetivos e benefícios da pesquisa e foram esclarecidos dos possíveis riscos de publicidade das atividades do seu cotidiano de trabalho.

Os participantes tiveram como garantia da pesquisadora a possibilidade de deixar a pesquisa a qualquer momento, que julgassem pertinente; a manutenção do sigilo, através da codificação dos mesmos pela ordem da entrevista com códigos que vão de E1 a E11. O lócus da pesquisa será identificado, pois foi devidamente autorizado, conforme termo de anuência (Apêndice F).

5. CAPÍTULO III - RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no estado do Rio de Janeiro: entre o desenho normativo e o real.

Ao iniciar este estudo, delineou-se que o objeto principal investigado seria o apoio institucional, como ator estratégico na gestão do SUS, no contexto da implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o objeto para o qual os apoiadores se direcionam no seu cotidiano de trabalho.

Os primeiros achados da pesquisa foram apresentando questões sobre uma rede protocolar, aquela proposta nas portarias e pactuadas nos planos de ação e uma rede que aqui denominei "rede real". Esta é constituída por trabalhadores que nem sempre têm condições favoráveis ou a formação adequada para ofertar o cuidado preconizado nas normativas e linha de cuidados propostos. Há dispositivos que, mesmo estruturalmente implantados de acordo com as portarias, apresentam dificuldades singulares de ofertar o cuidado na lógica de rede, proposta pela política atual de cuidado em saúde mental.

O Ministério da Saúde apresentou um documento em 2015, no qual constam dados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em todo o Brasil. O documento afirma que a lógica atual da política de saúde mental é fazer uma "transição de modelo assistencial, que vai radicando nos territórios o cuidado em liberdade em substituição ao modelo manicomial" (p.05). A RAPS vem assumindo o cuidado das pessoas com problemas relacionados ao álcool e outras drogas, fomentando o tema dos direitos sociais e civis, e dos direitos humanos a todos (as) os (as) usuários (as) da RAPS (BRASIL, 2015).

A ação de cuidar em saúde mental deve acontecer através da lógica de rede, na perspectiva da integralidade, visando todos os níveis de atenção à saúde, e na busca de articulações com outras políticas sociais, setores da cultura, educação, trabalho e assistência social (CLEMENTE; LAVRADOR; ROMANHOLI, 2013).

Essa rede precisa ser porosa e ter clareza que o cuidado só será integral se buscar soluções para além dos dispositivos do campo da saúde. Os serviços de atenção à saúde mental serão considerados tanto mais de base territorial, quanto mais forem capazes de desenvolver relações com os vários recursos existentes no âmbito de sua comunidade. O atuar no território não se reduz ao espaço geográfico (AMARANTE, 2007).

Estas constatações não poderiam ficar fora desta análise, pois nos trazem as nuances desta rede que os apoiadores institucionais se propõem a auxiliar na implementação, junto

aos noventa e dois municípios do estado do Rio de Janeiro. Este capítulo traz uma mescla de achados tanto da parte documental, quanto das entrevistas com os apoiadores institucionais.

O Rio de Janeiro tem uma história peculiar, constituída de uma herança secular de oferta de cuidado na lógica dos grandes manicômios, com a retirada dos usuários de seus territórios habituais, para permanecerem internados por muitos anos no hospital psiquiátrico.

No século XIX, o primeiro ato do então imperador Pedro II foi a criação do primeiro hospício da América Latina. O estado comportou a capital federal por muitos anos e herdou muitos hospitais. No município do Rio, ainda existem três grandes Institutos Municipais (Nise da Silveira, Philippe Pinel e Juliano Moreira) com significativa quantidade de internações psiquiátricas, além do Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro, e outros hospitais psiquiátricos conveniados ao SUS distribuídos pelo estado. Por isto, o estado constitui-se o maior parque manicomial do país (MAIA, 2012).

Em 2013, a GSM/SES apresentou um relatório ao Ministério Público (MP), informando o estado do Rio de Janeiro, com concentração de 3,64 leitos psiquiátricos por dez mil habitantes, sendo a maior concentração de leitos do Brasil, seguido por São Paulo e Alagoas. A média nacional é de 1,69 por dez mil habitantes (BRASIL, 2012).

Reorientar o modelo de atenção em saúde mental nesse contexto não é uma tarefa simples, e requer muitas negociações e pactuações entre os gestores dos três entes federativos. Há necessidade de incluir nessas discussões, os trabalhadores e usuários que movimentam essa rede.

Este estudo apresenta e discute o espaço constituído, que acompanha a implementação da RAPS no estado do Rio de Janeiro: O Grupo Condutor Estadual da RAPS(GCE). O recorte temporal de análise do grupo condutor foi de março de 2012 até outubro de 2015, utilizando como principal material de análise as atas de reuniões do grupo. A escolha do GCE para análise é devido este apresentar diversas questões relacionadas à RAPS que, serão apresentadas a seguir.

O GCE da RAPS foi instituído e homologado pela deliberação da CIB-RJ N° 1.647, de 08 de março de 2012, formado inicialmente por cinco representantes da SES/RJ, cinco representantes do COSEMS/RJ e um representante do Ministério da Saúde. O coordenador designado do grupo foi o Subsecretário de Atenção à Saúde da Secretaria estadual de Saúde do Rio de Janeiro.

As atribuições do GCE da RAPS preconizadas pelo Ministério da Saúde são: mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase de implementação da rede; apoiar a organização dos processos de trabalho voltados à implantação/implementação da rede; identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase; monitorar e avaliar o processo de implantação/implementação da rede (BRASIL, 2011a).

A análise das atas mostrou que o grupo condutor contou na maior parte das agendas com:

- Apoiador integrado do Ministério da Saúde (MS) para implantação de Redes de Atenção à Saúde;
- Apoiador da coordenação de Saúde Mental do MS;
- Representante da Secretária de Atenção à Saúde do MS (SAS/MS);
- Apoiador para o Rio de Janeiro da Política Nacional de Humanização (PNH);
- Representantes da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/ RJ);
- Apoiadores da Superintendência da Atenção Básica (SES/RJ);
- Apoiadores e gerente da Gerência de Saúde Mental da SES/RJ;
- Diretores do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS);
- Representante da Superintendência de Saúde Mental do município do Rio de Janeiro;
- Conselheiros do Conselho Estadual de Saúde (CES).

Posteriormente, o GCE teve a inserção de representantes dos grupos condutores regionais, que foram sendo implementados para acompanhar a RAPS nas regiões de saúde. Alguns outros apoiadores de outras redes de atenção a saúde, passaram pelo grupo condutor quando se tinha alguma discussão específica com outros setores ou outras redes como a cegonha, urgência e emergência.

Do resultado da análise das atas destacamos que as principais pautas foram:

- Pactuação dos planos de ação da RAPS em todas as regiões do estado;
- Implantação dos dispositivos da RAPS;
- Adesão dos municípios do estado ao Plano “Crack é Possível Vencer”;
- Desinstitucionalização no Hospital Colônia de Rio Bonito;
- Planejamento das ações da GSM/RJ.

Os primeiros planos de ação da RAPS do estado foram construídos a partir de oficinas organizadas nas regiões, entre setembro e outubro de 2012, coordenadas pela equipe da gerência de Saúde Mental (GSM/SES/RJ), junto com a assessoria técnica da Secretaria de Atenção a Saúde (SAS/SES/RJ). Os incentivos financeiros para implantação

de novos dispositivos foram liberados pelo MS, a partir da apresentação dos planos de ação de cada região.

Participaram dessas oficinas os coordenadores municipais de atenção básica, coordenadores municipais de saúde mental, coordenadores municipais de urgência e emergência, câmara técnica da Comissão Intergestora Regional (CIR), apoio institucional da Superintendência de Atenção Básica - SAS/SES, apoiadores da Gerência de Saúde Mental - SAB/SAS/SES, assessoria de humanização - SES/RJ, Superintendência de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos da SAS/SES, Comissão de Saúde Mental do Conselho Estadual de Saúde.

Os planos foram apresentados na Comissão Intergestora Regional (CIR) e aprovados na Comissão Intergestora Bipartite (CIB) pela deliberação nº 2.043 de 08 de Novembro de 2012. Esses planos trazem os dispositivos previstos e seus respectivos projetos, sua inserção na rede, com a pactuação dos fluxos nas nove regiões de saúde do estado.

No segundo semestre de 2013 foram pactuados novos planos com vigência para os anos de 2014 a 2016. O grupo condutor apontou que a execução dos planos anteriores estava muito baixa e que seria importante uma avaliação anual para verificá-la. O principal objetivo da elaboração dos novos planos foi resgatar o que não foi executado e pactuar novas atividades e metas regionais para ampliação e qualificação da Rede de Atenção Psicossocial em todo o Estado do Rio de Janeiro.

Os planos foram regionais e estruturados a partir de componentes divididos pela Atenção básica, Atenção Psicossocial especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Estratégia de desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial.

Em cada componente estavam incluídas diversas ações: ampliação e qualificação da rede de atenção básica; implantação ou habilitação de equipes de Consultório na Rua; ampliação dos Núcleos de Apoio a Estratégia de Saúde da Família; implantação e Habilitação de Centros de Atenção Psicossocial tipo I, II, e III; implantação e habilitação de CAPS, para população usuária de Álcool e outras drogas tipo II e III; implantação e habilitação de Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil; qualificação dos CAPS; desenho e qualificação da rede de urgência e emergência da RAPS; implantação de Unidades de Acolhimento adulto e infantil; implantação de leitos de saúde mental em hospital geral; qualificação dos profissionais, que atuam na rede hospitalar de referência;

ampliação das ações de desinstitucionalização; implantação e habilitação de SRT; ampliação de ações e serviços de reabilitação psicossocial.

As ações do plano continham várias atividades para serem concretizadas, cada qual com indicador ou meta a ser alcançada, prazo de execução e o meio de verificação. A análise da construção e acompanhamento dos planos de ação da RAPS pelas regiões, com o suporte dos apoiadores da SES, apontou algumas questões importantes que destacamos: intensa negociação entre estado, municípios e união; o desenho burocrático da rede não garante o cuidado efetivo; dificuldades dos municípios em executar as pactuações; repetidas mudanças no cenário político impactam na estruturação da rede; precariedade dos vínculos dos trabalhadores da RAPS.

As negociações entre os gestores das três esferas governamentais, durante a pactuação da RAPS, foram essenciais para que a rede se desenhasse de acordo com as necessidades singulares de cada localidade. A principal questão que surgiu foi o quantitativo populacional de alguns municípios, que não atendia o preconizado pelas portarias. Através de negociação, os municípios puderam ter dispositivos implantados de acordo com as necessidades clínica e epidemiológica dos respectivos territórios.

"A portaria 148/12 indica a implantação de, no mínimo, 4 leitos de saúde mental por unidade e o município deve ter um CAPS de referência para a equipe que atua nos leitos. Em relação aos leitos de Quatis e Porto Real, que solicitaram 2 leitos para cada município, a gerente da GSM/SES justificou que o CAPS é consorciado entre os dois municípios. A apoiadora do MS sugeriu que fossem habilitados 4 leitos no município de Porto Real, que também ficariam como referência para Quatis, uma vez que o CAPS fica no Município de Porto Real" - Relato das atas do GCE.

"A gente também conversa com as apoiadoras do Ministério e com os municípios. É fundamental que esses três entes se falem, se articulem, desenvolvam decisões e ações, com diálogo, decidindo juntos sobre a implementação da rede" (E3).

"No município de Paraty (38 mil habitantes), o uso abusivo de drogas é a segunda causa de morte. Inclusive entre a população indígena tem muitas situações de alcoolismo. No município de Rio das Flores (quase 10 mil habitantes), o uso abusivo

de álcool também se apresenta como um problema de saúde pública. A articuladora da SES, para implantação das redes, indaga aos apoiadores do MS se diante das justificativas epidemiológicas seria possível implantar um CAPS ad em Paraty e um CAPS I em Rio das Flores, apesar destes municípios não estarem dentro dos critérios populacionais estabelecidos em portaria. Os apoiadores do MS colocam que diante de boas justificativas, o MS tem considerado possível a habilitação de serviços em municípios abaixo do critério populacional" - Relato das atas do GCE.

O estado de Santa Catarina publicou um manual que reitera: a implementação dos planos da RAPS depende de intensa negociação entre o estado e os municípios catarinenses, juntamente com o Ministério da Saúde favorecendo a transformação das práticas, para legitimar o cuidado integral e singular em saúde mental (FLORIANÓPOLIS, 2015).

A RAPS no estado do Rio de Janeiro se desenha de maneira antagônica em muitos aspectos. A presença de serviços é relativamente boa (Quadro 1). As regiões apresentam em seus territórios a maior parte dos dispositivos especializados preconizados na RAPS (CAPS, SRT), cujo indicador de cobertura CAPS por 100 mil habitantes é significativo (Quadro2).

Entretanto, foi possível perceber que essa cobertura ainda é insuficiente, em relação à quantidade e a distribuição dos serviços. Municípios mais distantes da capital têm maiores dificuldades de negociar a implementação de serviços, pois comparecem menos ao Grupo Condutor, que inicialmente só acontecia na capital com frequência mensal. Por sua vez, a ida dos apoiadores do estado aos municípios fica comprometida pela dificuldade de transporte da Secretaria de Saúde.

Na capital e na região metropolitana, principalmente na baixada fluminense, a questão é a insuficiência de serviços para o quantitativo populacional. Outra questão que interfere é a falta de organização nos fluxos da rede, pois muitos usuários acabam recebendo cuidado na capital, devido à proximidade, e não no município de origem.

"Eu acho que a rede do Rio de Janeiro é uma rede muito antiga. É bem diferente dos outros estados, por que ela é muito capilarizada. No estado todo tem muitos serviços. O índice de CAPS por 100 mil/hab é um dos mais altos do país. Então, eu acho que, numericamente, com certeza, o Rio de Janeiro tem muitos serviços" (E11).

"A Metro I tem uma rede ampla, com equipes mais capacitadas. É uma região que, historicamente, se antecipou dentro da política de reforma psiquiátrica, da implantação de serviços para dar conta da demanda de saúde mental, mas mesmo assim, o Rio de Janeiro tem muitos problemas, ainda tem uma rede insuficiente " (E5).

"É isso, eu vejo que faltam serviços ainda. Posso citar exemplo dos pequenos municípios. Na região que apoio, eu estou defendendo a implantação de serviços, porque a portaria não permite que você tenha CAPS em municípios com menos de quinze mil habitantes. Mas eu tenho colocado isso em discussão no grupo condutor, a partir da necessidade do município em atender melhor essa população usuária da saúde mental" (E4).

"Existe produção de cuidado, mas essa rede ainda é insuficiente para o território que ela deve abranger em alguns municípios" (E10).

As entrevistas dos apoiadores mostraram um discurso sobre a fragilidade da RAPS: a presença física dos dispositivos não garante efetivamente o cuidado. A rede é sustentada por trabalhadores, usuários e familiares que, na micropolítica, sustentam o cuidado.

Em muitos cenários, a articulação entre a própria rede se mostra incipiente. A responsabilização do cuidado com a atenção básica não acontece em muitas regiões e segundo os apoiadores, parte desse panorama é consequência de uma cultura manicomial presente no estado, que precisa ser ultrapassada.

Para Costa et al. (2012), o desenvolvimento e a implantação do modelo brasileiro de atenção à saúde mental é marcado por tensões cotidianas, entre a atenção primária e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Vivenciam-se no cotidiano das práticas alguns desafios para vincular a Saúde Mental à atenção primária, com vistas a construir uma rede de atenção integral. Algumas

vezes, o percurso do usuário na saúde mental se limita exclusivamente à procura dos serviços de saúde mental especializados, desconsiderando as múltiplas portas de entrada no sistema.

"A gente tem tido muita dificuldade, principalmente com relação às questões do cuidado aos usuários de álcool e outras drogas. Nem todas as regiões tem CAPS - ad, mas ter o dispositivo não garante a oferta do cuidado, porque as vezes você tem o serviço, mas não funciona como deveria, não produz esse cuidado. Têm regiões que nem possuem a rede completa, com todos os dispositivos, e ainda assim ofertam um cuidado mais efetivo" (E6).

"Se a atenção básica não atende os casos de saúde mental, os CAPS ficam lotados; não ficam efetivos. É difícil você garantir o cuidado complexo, que os CAPS precisam ofertar com uma demanda tão grande; se você não muda essa lógica do cuidado isolado" (E11).

"Tem município que ainda não tem nenhum serviço. Venho defendendo junto ao MS que eles precisam ter esses serviços, apesar deles terem atenção básica. Essa relação é muito desarticulada" (E5).

O acompanhamento da implantação dos dispositivos pactuados na RAPS, pelos apoiadores no estado do Rio de Janeiro, tem mostrado que os municípios não têm conseguido cumprir os compromissos de implementação da rede. Muitos municípios têm demonstrado falta de capacidade técnica para implementar uma política tão complexa, o que exige do apoio constantes negociações.

Os apoiadores destacam que, um dos fatores que mais influenciam nesse não cumprimento das pactuação tem a ver com as mudanças constantes no cenário político. As trocas de secretários de saúde municipais e coordenadores de saúde mental são frequentes. Estas mudanças trazem um cenário da necessidade de novas repactuações.

Nesse panorama, os apoiadores institucionais assumem papel central na negociação: não devem atuar como fiscalizadores, mas como parceiros para auxiliar nas dificuldades que vão se colocando para os municípios. No processo de descentralização,

assumiram em grande parte a responsabilidade pela prestação de serviços, porém esta deve ser compartilhada com as outras esferas de governo.

Para Souza (2009), no nível da macrogestão, o desafio é estabelecer políticas e programas de saúde consistentes. A seleção de problemas e respostas é influenciada por fatores de ordem política geral. Este aspecto é reforçado quando destaca que é função do gestor estadual o fortalecimento da capacidade institucional dos municípios e regiões de saúde, por meio de apoio técnico, político e financeiro (PEREIRA, 2009).

Este modelo pauta a construção de uma habilidade, a capacidade de negociação dos entes governamentais envolvidos, exigindo coordenação intergovernamental e constituição de mecanismos de controle mútuos entre governos (LIMA et al., 2010).

"Temos tido muita dificuldade no cumprimento das pactuações da RAPS. Os municípios sempre tem um prazo, e nenhum desses prazos foram cumpridos no último ano. Isso tem sido um grande problema: estimular os municípios que cumpram as pactuações mesmo que já tenham perdido os prazos" (E1).

"A RAPS está toda planilhada, com os prazos de implementação dos serviços. Muitos não estão de acordo com as datas iniciais, mas tem uma promessa, um novo acordo, precisamos negociar que algumas datas sejam adiadas, avaliar a dificuldade de implantação de cada município" (E2).

"A gente tenciona que o município efetivamente implante os dispositivos da RAPS. É muito variável, pois tem municípios que trabalham completamente fora da lógica da política da saúde mental, e outros que já tem alguma rede constituída que é mais potente no cuidado. E isso tem a ver com as frequentes trocas de prefeito, secretários de saúde, coordenação de saúde mental, que desestrutura todo um trabalho que fazemos de apoio durante um tempo, e quando esses atores mudam parece que começa do zero" (E 8).

"Eu marco reuniões com os secretários, conversamos com eles, dizendo o que foi pactuado. Recomeçando várias vezes no ano, porque sai secretário, vamos novamente dizer o que foi pactuado. Como tem muitas mudanças, principalmente na baixada, a gente está sempre tendo que recomeçar" (E7).

Os apoiadores destacam ainda que, a fragilidade da RAPS no estado do Rio de Janeiro também é reflexo da precariedade dos vínculos dos trabalhadores, que compõem a rede. Por isso, a rotatividade dos profissionais é constante, o que dificulta a continuidade do cuidado e a sustentação da lógica em rede.

A força de trabalho em saúde representa um nó crítico para a gestão do SUS. Não há uma política de pessoal articulada com as políticas de saúde. São insuficientes a quantidade e a qualificação de profissionais na rede pública. Em uma mesma organização, coexistem diferentes jornadas, salários e vínculos de trabalho. Ademais, as condições de trabalho são, em geral, precárias. O resultado é a desmotivação e o descompromisso de muitos trabalhadores para com o SUS (SOUZA, 2009, P. 916).

Em estudo sobre o cotidiano dos trabalhadores de saúde mental do estado Ceará, Sampaio et al., (2011) constatou que, apesar do investimento ideológico, político e técnico dos trabalhadores, da priorização desses equipamentos na agenda política, existem diversos problemas no cotidiano do trabalho. A própria implantação dessa rede de serviços não constituiu prioridade nos orçamentos públicos, com reflexos na estrutura das instituições e nas condições de trabalho da equipe.

Os trabalhadores têm mencionado que as condições de trabalho são insatisfatórias, do ponto de vista das instalações físicas, da escassez de materiais e equipamentos, da carência de profissionais, ocasionando a formação de equipes pequenas e a sobrecarga de trabalho, dos baixos salários e dos vínculos empregatícios precários, com insuficiência de formação permanente em serviço (SAMPAIO et al., 2011).

Para Benevides e Passos (2006), é necessário que os profissionais de saúde tenham boas condições de trabalho para que, como sujeitos implicados tanto na atenção quanto na gestão do cuidado, pratiquem uma atenção de qualidade. Apontamos nesse estudo que a rede de atenção à saúde se constitui para além de dispositivos e, portanto, se sustenta pelos vínculos e encontros dos trabalhadores e usuários.

"Existe um desrespeito com os profissionais da rede, muito assédio. Você vai aos municípios, às vezes são poucos estatutários; a maioria são contratados, sem nenhuma estabilidade. Entra um novo coordenador e troca toda a equipe. Então, você investiu muitas vezes na equipe, que já participou de muitas oficinas, dos fóruns na secretaria, que são formas de capacitação e, de repente, entra um novo secretário e muda todo esse pessoal" (E7).

"Tenho percebido na região que apoio, certo desmonte dos CAPS. Eles têm funcionado com uma equipe reduzida, que muitas vezes não atende nem o mínimo que diz a portaria" (E1).

"Muitos municípios estão em situação muito complicada, muito difícil em termos de recursos humanos, precarização dos serviços, dos vínculos, diminuição de salários e conseqüentemente sobrecarga de trabalho" (E9).

Segundo os apoiadores, outro aspecto que impacta na expansão da rede de saúde mental, com enfoque territorial, no cuidado fora do contexto hospitalar, é a cultura manicomial presente no estado do Rio de Janeiro. É necessária uma mudança nessa cultura, a qual se torna preponderante para que os gestores invistam, no modelo territorial de atenção no campo da saúde mental.

Segundo Amarante (2007, p. 15), "é importante assinalar que poucos campos de conhecimento e atuação na saúde são tão vigorosamente complexos, plurais, intersetoriais e com tanta transversalidade de saberes".

Historicamente, a trajetória da Reforma Psiquiátrica brasileira ocorreu muito em função da desconstrução dos manicômios como lugar terapêutico para a loucura e paulatina reversão deste lugar, a partir da produção de uma rede substitutiva à internação psiquiátrica (CLEMENTE; LAVRADOR; ROMANHOLI, 2013).

Concordamos com Artmann (2001) e Artmann e Rivera (2006) quando, apoiados na concepção habermasiana, afirmam que a cultura armazena conhecimentos e tradições historicamente construídas pelas gerações anteriores e condiciona nossas perspectivas e ações, a partir de suas configurações simbólicas e pressuposições baseadas na tradição histórica dos grupos. Os autores sustentam, porém, um modelo de evolução cultural comunicativo, que possibilita a emergência de novos discursos.

"E essa mudança, que é uma mudança cultural, é um desafio. E tem mais uma questão: apesar da mudança, da diminuição dos hospitais, eu acredito que tem uma lógica da não substituição do hospital psiquiátrico, e sim de ter concomitante"(E11).

"O que incomoda na região norte é que a gente tem dois hospícios, em Campos, e eles têm uma lógica muito manicomial. Acho que onde tem hospício, isso se perpetua, porque você sempre tem para onde mandar os usuários, que a rede de serviços territoriais não consegue atender. A Noroeste é difícil porque tem poucos serviços e a Norte tem todos os serviços, mas tem uma lógica manicomial" (E4).

Nas entrevistas com os apoiadores, emergiu ainda um discurso importante sobre a intersetorialidade para sustentação da RAPS, ponto crucial das ações da GSM/RJ. Foram estabelecidas várias parcerias com o Ministério Público (MP), Secretaria de Educação e Assistência Social. A GSM teve diversas pautas com o Ministério Público, visando articular apoio para as ações de desinstitucionalização, de implantação dos dispositivos e monitoramento dos serviços da rede.

O norteador para implantação da RAPS deve ser uma oferta de cuidado pautada na Clínica Ampliada, estratégias de Acolhimento gerando Projetos Terapêuticos Singulares compartilhados com a rede intersetorial e construindo políticas transversais, aos vários setores (CLEMENTE; LAVRADOR; ROMANHOLI, 2013).

A discussão sobre a intersetorialidade no campo da Saúde provém da articulação desse conceito enquanto direito e política pública assumida pelo Estado. Apresenta-se no debate sobre a promoção da saúde e na diretriz da integralidade assumida pela Reforma Sanitária Brasileira e incorporado nos dispositivos legais do SUS (ANDRADE, 2004).

"Frequentemente participamos de audiências com o Ministério Público, no que diz respeito à questão de desinstitucionalização ou da própria rede de saúde mental, que ainda não está implantada em alguns municípios ou não funciona adequadamente, então o Ministério Público tem sido um parceiro" (E1).

"A gerente falou sobre o trabalho que está sendo feito com o Ministério Público e que, em função disso, houve significativa redução de pedidos de internação compulsória por parte do MP" - Relato das atas do GCE.

" A apoiadora do eixo da Infância, informa sobre o seminário de capacitação, que proporcionará a troca de experiências a partir de alguns casos clínicos e assim proporcionar apoio aos professores da rede estadual de educação. Visa também fortalecer articulação intersetorial para a rede de saúde mental" - Relato ata reunião de equipe.

" Eu tenho tentado apoiar essas discussões municipais. Então, eu tenho proposto os fóruns municipais para discutir com a rede, está trazendo a atenção básica e a rede intersetorial, o CREAS, o CRAS, as escolas, a associação de moradores, principalmente nos municípios da região noroeste, pois são municípios pequenos " (E4).

Os apoiadores da GSM construíram, em 2013, um documento para o Centro de Apoio Operacional de saúde do MP (CAO - Saúde), onde foram identificados os recursos alocados, ou seja, uma demonstração de todo o estado sobre liberação de incentivos e custeio para dispositivos da rede que ainda não foram implantados.

Nesse contexto, a equipe de apoiadores buscou construir junto ao Ministério Público parcerias que viabilizassem a concretização da política de Saúde mental. Ressalta-se que foi necessário estar atento para o risco de judicialização dos municípios, sem oferecer o suporte necessário que cabe ao estado no que diz respeito ao apoio técnico e financeiro em relação a implementação da rede de saúde mental.

Para Wang et al. (2014), a judicialização tende a desconsiderar o impacto orçamentário de uma decisão judicial, que obriga o sistema de saúde a fornecer um determinado tratamento. Os municípios possuem, em geral, orçamentos menores e infraestrutura menos desenvolvida que estados e União.

Segundos os autores, no que diz respeito à saúde pública, a responsabilidade dos entes governamentais deve ser efetivamente solidária (todos podem responder por qualquer demanda judicial em matéria de saúde), como é característica preponderante da nossa organização federativa. A judicialização tende a causar um grande impacto na política de saúde dos municípios que, em regra, possuem menor capacidade para lidar

com os custos e a imprevisibilidade advinda dos gastos em saúde ordenados judicialmente.

As relações com o Poder Judiciário e o Ministério Público (MP) têm destaque na agenda dos gestores da saúde. A rigor, enquanto o SUS não for realmente universal, integral e equitativo, juízes e promotores poderão cobrar sempre mais ações. Os gestores precisam estabelecer relações de colaboração com as instituições judiciais, para que as necessidades de saúde da população sejam plenamente atendidas (SOUZA, 2009).

O recurso público precisa ser bem aplicado, mas os municípios têm muita dificuldade para implantar os dispositivos, uma vez que as portarias e os serviços são muito complexos. É importante conhecer, em profundidade, a realidade da rede de saúde mental em cada região e município, para assim discutir de forma qualificada a suspensão dos incentivos, ou seja, não basta retirar o recurso sem entender porque ele não foi utilizado. O papel primário do apoiador institucional é estimular a implantação dos dispositivos incentivados, mas sempre buscando um diálogo de cooperação com os gestores municipais.

O processo de desinstitucionalização do Hospital Colônia de Rio Bonito (HCRB), foi outro ponto relevante nas pautas do CGE. O HCRB foi alvo de um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) por parte do Ministério Público (MP), Estadual e Federal, entre julho de 2010 e julho de 2011. Este termo, é um instrumento de defesa dos direitos coletivos, não necessariamente tem natureza jurídica, é um compromisso que estipula obrigações a serem cumpridas visando a reparação de danos causados no âmbito coletivo (STEINSTRASSER, 2012).

Os dados sobre este processo foram extraídos de uma ata de audiência pública realizada pela justiça federal, 1ª vara federal de Itaboraí e das entrevistas com os apoiadores. O acesso ao documento foi demorado e este foi um dos últimos achados a serem incluídos neste estudo, não foi possível traçar uma panorama abrangente desta ação, mas avaliamos que foi significativa para implementação da RAPS no estado e optamos por incluí-la mesmo com dados incompletos.

A elaboração do Termo de Ajustamento de conduta pelo Ministério Público, definiu responsabilidades as três instâncias gestoras do SUS, União, Estado e Município de Rio Bonito. A intervenção resultou na formação de uma Comissão Tripartite para o desenvolvimento de ações técnicas e administrativas, objetivando a desinstitucionalização dos pacientes internados e o fechamento do hospital.

Através das ações do TAC, 150 pacientes receberam alta (por óbito, para tratamento em outras unidades clínicas, para outros hospitais psiquiátricos, retorno familiar ou ida para Serviços Residenciais Terapêuticos). Porém permaneciam internados 263 pacientes, pertencentes a 21 municípios do estado do Rio e outros três estados. Segundo censo psicossocial, realizado pela comissão tripartite, 90% desses pacientes que estavam internados não tinham justificativa clínica para esta manutenção.

Diante desse panorama e em função do Hospital Colônia de Rio Bonito ter sido indicado para descredenciamento do SUS (portaria 501, 13 de setembro de 2007), após avaliação negativa pelo Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares-versão psiquiatria, devido às péssimas condições de hotelaria, cuidado e tratamento oferecido pela instituição. Foi realizado no dia nove de fevereiro de dois mil e doze, uma audiência pública, para instauração de uma Ação Civil Pública pelo Ministério Público Federal e pelo Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro. Os réus colocados foram a União, estado do Rio de Janeiro, município de Rio Bonito e Hospital Colônia de Rio Bonito LTDA.

O principal objetivo da ação foi a substituição da assistência prestado pelo HCRB, pelo cuidado na Rede de Atenção Psicossocial. Previu ainda, a aplicação de mecanismos legais para convocação e implicação dos municípios, que tinham munícipes internados no HCRB, para que retirassem os mesmo. Para a ação o fortalecimento da RAPS foi essencial, através da implantação de CAPS e Serviços Residenciais Terapêuticos.

A comissão triparte, a qual os apoiadores da GSM/RJ e da ATSM/MS faziam parte, acompanharam todo o processo de saída dos pacientes ainda internados, pelos municípios internantes, apoiando a implementação da RAPS nesses municípios.

Para os apoiadores esse processo judicial de desinstitucionalização do HCRB, foi em parte responsável pela mudança no desenho da rede de cuidado em saúde mental na região da Baixada Litorânea e Metro II, pois grande parte dos municípios com pacientes internados compunham essas regiões. Segundo relatório estadual da RAPS, produzido pela GSM/ RJ em 2012, o município, de Rio Bonito deu um salto de qualidade em termos de assistência em saúde mental, graças à Ação Civil Pública de fechamento do HCRB, com investimentos tripartite, e à vontade política dos gestores municipais, constituindo-se como liderança regional para as questões de saúde geral.

A desinstitucionalização mostra-se como um imperativo da intervenção terapêutica relacionada ao cuidado desses sujeitos que sofrem transtornos mentais. (Re) construindo, assim, uma existência em mudança, mais rica de recursos (extra-hospitalares), de

experiências distintas e possibilidades diversas; objetivando enriquecer a existência global, complexa e concreta dos sujeitos em questão, sendo eles ativos nas relações que lhes são postas; além de reestabelecer a cidadania dos mesmos, desconstruindo os estigmas do modelo asilar.

(...) a desinstitucionalização de pessoas há longo tempo internadas em hospitais psiquiátricos constitui uma exigência ética, institucional, técnica, e social para viabilizar a garantia da reconstrução da cidadania, a restituição do direito à moradia, e do acesso à atenção psicossocial em serviços de base comunitária/territorial que promovam um cuidado eficaz e promotor de inclusão social (BARROS; BICHAFF, 2008, P. 124).

" Eu realizo o apoio aos municípios que tem paciente internados no Hospital Colônia. O trabalho está sendo acompanhar os municípios na implementação dos serviços para ofertar cuidado em saúde mental aos seus munícipes, muitos não conseguem retornar as famílias, por conta da perda de vínculos com internações de longa data. A gente recebe os técnicos dos municípios, a equipe gestora do processo de desinstitucionalização do hospital, faço visita técnica para avaliar os serviços e indicar o credenciamento junto ao ministério" (E2).

" Na Gerência coordenamos tecnicamente a intervenção no hospital colônia de Rio Bonito, faço muitas visitas aos municípios que tem pacientes internados, realizamos fóruns com os coordenadores municipais de saúde mental, participamos de reuniões na CIR. É uma ação tripartite que necessita de intensas negociações, mas tem produzido alguns efeitos positivos nas constituição da RAPS, não apenas pela implantação de serviços, mas pela instituição de uma outra lógica de cuidado fora do hospital psiquiátrico" (E 10).

A adesão de alguns municípios do estado ao programa "Crack, É Possível Vencer" foi outro ponto recorrente na pauta do GCE. O programa extrapolou a governabilidade das instituições gestoras da saúde, mesmo sendo de cunho intersetorial. A implementação do programa influenciou diretamente na implementação da RAPS no estado.

Diversas questões sobre o programa foram discutidas no grupo: o acompanhamento de treze municípios com índice populacional para aderir ao programa; a comparação entre os planos de ação do programa, que em alguns municípios se mostraram diferentes da pactuação da RAPS feita pelos municípios; as tensões que surgiram por conta de alguns

pontos contraditórios do programa, em relação a política de saúde mental; a dificuldade de inserção e governabilidade das coordenações municipais e estadual na composição dos comitês gestores do plano crack.

O Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas Crack foi instituído por decreto em maio de 2010, porém o programa que executaria o plano só foi lançado oficialmente em dezembro de 2011. A previsão de investimento do governo foi de 4 bilhões até 2014, para articulação com estados, municípios e sociedade civil, na perspectiva de aumentar a oferta de tratamento de saúde aos usuários de drogas, enfrentar o tráfico e as organizações criminosas e ampliar as ações de prevenção ao uso de drogas (BRASIL, 2010b).

Os principais objetivos do plano são: estruturar, integrar, articular e ampliar as ações voltadas à prevenção do uso; tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas; estruturar, ampliar e fortalecer as redes de atenção à saúde e de assistência social para usuários de crack e outras drogas; capacitar, de forma continuada, os atores governamentais e não governamentais envolvidos nas ações voltadas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários de crack e outras drogas e ao enfrentamento do tráfico de drogas ilícitas; promover e ampliar a participação comunitária nas políticas e ações de prevenção do uso, tratamento, reinserção social e ocupacional de usuários de crack e outras drogas (BRASIL, 2010b).

O programa está dividido em três eixos: Cuidado, na direção de ampliação da capacidade de atendimento e atenção ao usuário e familiares; Prevenção, visando o fortalecimento da rede de proteção contra o uso de drogas; e Autoridade, que busca o enfrentamento ao tráfico de drogas e policiamento ostensivo.

Foi alvo do plano, a realização de uma pesquisa coordenada pela FIOCRUZ sobre os usuários de crack nas capitais e regiões metropolitanas. A pesquisa mostrou a vulnerabilidade social a que estão submetidos os usuários, em termos de trabalho, higiene e moradia (BRASIL, 2010b).

As ações do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas devem ser realizadas de forma descentralizada e integrada, por meio da conjugação de esforços da União, Estados e dos Municípios, observadas a intersetorialidade, a interdisciplinaridade, a integralidade, a participação da sociedade civil e o controle social (BRASIL, 2010b).

O comitê gestor do plano foi composto por representantes de vários órgãos gestores, dentre eles: Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República; Casa Civil da Presidência da República; Secretaria Geral da Presidência da República; Secretaria de

Relações Institucionais da Presidência da República; Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República; Secretaria de Comunicação Social da Presidência da República; Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República; Ministério da Justiça; Ministério da Saúde; Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Ministério da Defesa; Ministério da Educação; Ministério da Cultura; Ministério do Esporte e Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BRASIL, 2010b).

No eixo do cuidado que envolvia diretamente as instituições gestoras do SUS, o plano previa ampliação e qualificação da atenção à saúde, através dos dispositivos previstos na RAPS. O Plano focava na implantação de leitos de saúde mental em hospitais gerais; ampliação do número de consultórios na rua, dispositivos da atenção básica que atendem os usuários de forma itinerante em seus territórios; Implantação de CAPS ad do tipo III, que ofertam atendimento vinte quatro horas por dia, inclusive hospitalidade noturna; criação de Unidades de Acolhimento adulto e infantil (UA e UAi), que oferecem cuidado em regime residencial, por até seis meses, para manutenção da estabilidade clínica e apoio na reinserção social dos usuários em parceria com os CAPS ad e apoio as Comunidades Terapêuticas.

Os apoiadores durante as reuniões do Grupo Condutor, colocaram em pauta diversas vezes a dificuldade de acompanhar os dispositivos previstos no Programa do Plano Crack e concomitante nos planos de ação da RAPS.

A proposta inicial do programa era fortalecer as ações de cuidado aos usuários de álcool e outras drogas pautados na intersetorialidade, mas os apoiadores geralmente não tinham conhecimento sobre quem coordenava e participava dos comitês gestores municipais e o comitê gestor estadual, ficou sob coordenação da SEPREDEQ - Secretaria de Prevenção à Dependência Química, que apresenta uma lógica contrária da oferta de cuidado que se propõe aos usuários da RAPS, na perspectiva territorial. Participam ainda do comitê as secretárias de segurança, educação, saúde e assistência social.

Os dispositivos que foram pactuados no programa em muitos municípios eram diferentes dos que tinham sido pactuados nos planos de ação da RAPS. A pactuação foi feita diretamente com o Ministério da Saúde e o montante destinado financiamento a execução do plano crack, fazia parte do teto previsto para a implantação da RAPS.

O Sistema de informação de acompanhamento do Programa "Crack, é possível vencer" (SIMPR), ficou sob a coordenação da Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde, que apresentou várias dificuldades para realizar o monitoramento.

As propostas antagônicas das duas políticas ressaltam os desafios que ainda se apresentam no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas.

A presença de comunidades terapêuticas no programa "Crack, é possível vencer", traz um retrocesso na política de cuidar no território, pois a proposta das comunidades é ofertar cuidado retirando os usuários do convívio social, desarticuladas da rede de saúde mental, isso é desafiador para os apoiadores da Gerência de Saúde Mental, junto aos municípios na hora de implantar os dispositivos e sustentar a política.

" Foi realizada apresentação da RAPS e dos planos de ação regionais em uma das reuniões do comitê gestor do plano crack, e constatou-se divergência entre estes e o Plano Crack, o que tem gerado problemas institucionais. A apoiadora do eixo para álcool e outras drogas, lembrou que, em muitos municípios, o coordenador de saúde mental não participou da elaboração do Plano Crack" - Relato ata do CGE.

"A RAPS poderia estar melhor, mas acho que ainda falta muito pra gente conseguir efetivar o cuidado nessa rede. Sem contar que temos políticas concorrentes dentro da própria secretaria, tem a questão da SEPREDEQ, que vêm com mandato de cuidado de dependentes químicos e que tem serviços de cuidado como as comunidades terapêuticas, que não fazem parte da RAPS " (E6).

" A apoiadora do MS, mostrou preocupação com o monitoramento qualitativo do Plano Crack, e como ele pode efetivamente provocar algumas mudanças nas condutas vigentes, o único instrumento do MS para garantir a qualidade das ações do plano é a retirada do recurso, o que não é a situação ideal" - Relato ata do GCE.

A análise do material de pesquisa coletado e a passagem da pesquisadora pela Gerência de Saúde Mental e pelo Grupo Condutor da RAPS no estado do Rio de Janeiro mostraram que o mesmo passou por um processo de reflexão do seu papel.

Em diversos momentos foi difícil alinhar os pensamentos do grupo e dar encaminhamentos resolutivos para as questões suscitadas durante as reuniões. O próprio grupo percebeu que alguns momentos este espaço técnico e político se transformava em um dispositivo burocrático e institucional de acompanhamento da rede.

O processo de funcionamento do grupo foi colocado em pauta algumas vezes e refletiu-se sobre o processo de trabalho, na perspectiva de aproximar as discussões da real necessidade da implementação de uma rede que possa refletir um cuidado eficaz e de qualidade na assistência aos usuários da rede de Saúde Mental.

A falta de representação da maioria dos municípios no GCE foi motivo de debate para o grupo, pois ainda que os apoiadores trouxessem as necessidades de suas regiões, várias vezes sentiu-se falta de um representante de cada região. Este fato foi minimizado com o início da implementação dos grupos condutores regionais (GCR) da RAPS no ano de 2014, conforme os GCR foram se estruturando, enviavam representantes as reuniões do grupo condutor estadual.

Os achados das atas do grupo condutor e das entrevistas com os apoiadores, nos mostram uma rede de saúde mental que vai se constituindo, mesmo em meio as questões políticas que se apresentam, com mudanças constantes de secretários e coordenadores de saúde mental, a precariedade do cenário e dos vínculos dos trabalhadores da rede e também a necessidade de ultrapassar a cultura manicomial instituída no estado do Rio de Janeiro pelo histórico de grandes manicômios.

A contribuição do Grupo Condutor para implementação da RAPS é significativa. Este é um espaço potente de negociação intergovernamental, porém algumas questões precisam ser trabalhadas para que de fato assuma, segundo Matus (1997), a *direcionalidade* e *governabilidade* da implantação e acompanhamento da política de saúde mental no estado do Rio de Janeiro.

O espaço do grupo e as discussões, entre os vários atores governamentais, desencadeou a necessidade da realização de um planejamento que detectasse os principais nós críticos da implementação da rede e as principais ações que deveriam nortear o trabalho dos apoiadores institucionais nos municípios e regiões.

No segundo semestre de 2013, a equipe da GSM realizou um planejamento das suas ações, que depois foi apresentado no Grupo Condutor. Segundo os apoiadores entrevistados e registros documentais, o planejamento foi um dos momentos mais potentes para que pudessem avaliar de maneira sistematizada como estruturar o cotidiano do trabalho da implementação da RAPS, estabelecendo prioridades possíveis de serem executadas na implementação da rede. Aconteceram cinco encontros com a participação da maior parte da equipe.

O planejamento foi dividido, metodologicamente, pelas regiões de saúde e foram elencados sete eixos prioritários pelos apoiadores: Álcool e Drogas, Infância e

Adolescência, Desinstitucionalização, Atenção Básica, Urgência e Emergência, Atenção Hospitalar e Outros. A análise situacional apontou um panorama geral do que estava urgente em cada região e algumas questões que permeavam todas as regiões.

Os principais nós críticos identificados foram a frágil parceria dos dispositivos especializados da RAPS com a Atenção Básica em todas as regiões; a falta de troca com outras redes de atenção à saúde, principalmente a Rede Urgência e Emergência (RUE) e Rede Cegonha; dificuldade de articulação intersetorial, com destaque para a rede do Sistema Único de Assistência Social (SUAS); baixa qualificação dos serviços; necessidade de capacitação das equipes dos dispositivos da rede no estado.

De acordo com os eixos supracitados, foram levantados problemas em todas as regiões, priorizando-se um ou dois problemas, ações, atividades, prazos e responsáveis para conduzir as intervenções planejadas. A região Metropolitana I foi uma exceção: teve diversas problemáticas elencadas, devido ter sido eleita, em sua totalidade, como região problema. A seguir apresentamos os problemas priorizados por região de saúde:

Baía da Ilha Grande: uma região turística, cujo eixo álcool e drogas é destaque, devido à existência de muitos alambiques e à cultura da utilização de cachaças e outras drogas. A ausência de efetividade dos leitos de saúde mental no hospital geral foi o principal problema apresentado.

Baixada Litorânea: também é uma região turística, com significativa demanda para questões de álcool e drogas. Em alguns municípios não existe CAPS i e ad Apresenta média cobertura de serviços da RAPS. Há poucas equipes de desinstitucionalização, com estrutura precária, ausência de leitos de SM no hospital geral em vários municípios.

Centro-Sul: a região tem uma boa cobertura da rede de SM e as ações priorizadas foram em relação à contraditória presença de três hospitais psiquiátricos: Hospital de Paracambi, Clínica Cananéia, Clínica Três Rios.

Metro I: destacada pela equipe como a Região Problema. Apresenta alta taxa de internação compulsória, intensas questões referentes a álcool e drogas, alta medicalização da infância, falta de leitos de SM em hospitais gerais, muitos hospitais psiquiátricos, dificuldades na implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos, grande número de pacientes de longa permanência internados em hospitais psiquiátricos de outras regiões, baixa cobertura de Consultório na Rua, baixa cobertura de NASF, 'feudos políticos' na saúde, além de poucos apoiadores na GSM/SES-RJ para a proporção da dificuldade da região.

Metro II: São Gonçalo foi elencado como o município problema da região, pois tem alguns equipamentos de saúde mental, mas nenhum funciona de forma eficaz. Quarenta por cento dos moradores do Hospital Colônia de Rio Bonito são munícipes de São Gonçalo. Alguns deles com alta, mas o município não fornece medicamentos e outros insumos. Além de manter pacientes internados em todas as regiões do estado.

Norte: o problema está focado em Campos, com forte lógica manicomial, inclusive nos serviços territoriais. Essa lógica se desdobra na questão do cuidado aos usuários de Álcool e outras drogas. Desta forma, os usuários são encaminhados para comunidades terapêuticas e clínicas, de outros estados. É necessário fortalecer os CAPS, capacitando os profissionais.

Noroeste: desta região destacou-se a existência de um hospital psiquiátrico no município de Bom Jesus de Itabapoana, no qual foi indicado para descredenciamento no SUS, em 2005. Possui 240 leitos, com cerca de 100 ociosos. Este serviço ainda mantém porta de entrada aberta para novos pacientes, cuja maioria são de usuários de álcool e outras drogas. Bom Jesus de Itabapoana é de gestão estadual.

Serrana: nesta região existem dois hospitais psiquiátricos, em Friburgo e em Petrópolis. O de Petrópolis mostra sinais de falência, porém o município não apresenta um projeto concreto de desinstitucionalização dos pacientes e tem dificuldade em implantar SRT.

Médio Paraíba: nesta região há um hospital psiquiátrico desarticulado com a rede e com grande quantitativo de pacientes de longa permanência, internados há mais de um ano.

O planejamento desenhado pelos apoiadores da GSM norteou as prioridades das ações da gerência, mas foi necessário refazê-las em diversos momentos, considerando as situações reais do trabalho cotidiano. Considera-se que o planejamento foi um instrumento indispensável para executar ações que refletissem na melhoria da Rede de Atenção Psicossocial.

Nessa perspectiva, Souza (2009) argumenta que para incorporar as ações programadas à rotina organizacional, é necessário atividades de planejamento e avaliação, utilizando-as como instrumentos de acompanhamento das ações de saúde.

Consideramos planejamento como processo fortemente vinculado ao contexto histórico-social, no qual se colocam as problemáticas e os atores que interagem no enfrentamento dos problemas, e não como um conjunto de tecnologias e ferramentas neutras (RIVERA; ARTMANN, 2012).

O planejamento em nossa leitura não se separa da gestão, busca articular conhecimento e ação. "É preciso pensar a gestão do micro, do cotidiano, mas é preciso também atuar no nível macro, na formulação de políticas que contribuam para garantir a vida, a saúde, ofertar serviços dignos e garantir o acesso, a humanização da atenção" (RIVERA; ARTMANN, 2012, P. 13).

O acompanhamento da execução das ações do planejamento não foi possível em ampla dimensão neste estudo, pois não encontramos documentação sistemática das mesmas. Portanto, isto se torna uma questão para refletirmos nas práticas de gestão de políticas públicas.

Podemos perceber que a falta de registro contínuo das práticas cotidianas da gestão e da implementação de políticas pode prejudicar a continuidade do trabalho. Pois, muitas vezes as ações precisam ser reiniciadas quando novos gestores assumem, ou mesmo se perdem na gestão atual. Isso fomenta a construção de gestões de baixa responsabilidade dos atores (MATUS, 1997).

Foi possível notar que a implementação da RAPS e sua pactuação é, prioritariamente, através das regiões de saúde, que é a direção para a organização do sistema de saúde brasileiro. Podemos perceber através deste estudo que, a divisão por regiões, muitas vezes, é apenas burocrática e estrutural, e não na perspectiva organizativa e solidária entre os municípios, mas essa é uma aposta e um dos desafios que se colocam para o Estado.

A Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro tem um projeto de apoiadores regionais que visa: "ampliar a capacidade de articulação dos gestores municipais nos espaços de governança e contribuir para a organização das redes regionalizadas de atenção à saúde" (FONTOURA, 2013, p. 49).

Os apoiadores regionais participam das reuniões mensais da CIR de cada região e da CIB buscando proporcionar maior integração entre os gestores, a Secretaria de Estado da Saúde (SES/RJ) e o Ministério da Saúde, garantindo o fortalecimento das relações intergovernamentais. A atuação dos apoiadores também compreende o apoio direto às secretarias municipais de saúde, a realização de reuniões temáticas, a elaboração do diagnóstico de cada região. O apoio é a inserção de novos atores nos espaços de governança regional, reforça e qualifica a gestão tripartite do SUS, dando o apoio e fortalecendo a gestão municipal (FONTOURA, 2013).

A territorialização não pode ser assumida de forma estática, já que os processos de negociação e as relações entre gestores são dinâmicas, exigindo-se ajustes durante todo o

processo de implementação. A regionalização deve orientar a descentralização das ações e dos serviços, que potencialize os processos de planejamento e pactuação entre os gestores, de modo que o direito da população à saúde seja garantido.

Além dos dilemas institucionais mencionados, destacam-se desafios relativos ao próprio fortalecimento, à implantação da regionalização na política de saúde e à capacidade de os estados conduzirem esses processos em âmbito de competência. O processo de regionalização precisa admitir diferentes delimitações territoriais e a criação de mecanismos de gestão compartilhada da rede de serviços de saúde, com a participação ativa da instância estadual na condução e mediação política dos processos de negociação intergovernamental, que se façam necessários nas diversas regiões de saúde (LIMA et al., 2010).

Alguns requisitos se colocam para o aprimoramento da gestão estadual do SUS em prol da regionalização: minorar a fragmentação e dar maior sustentabilidade ao sistema; recuperar a prática do planejamento estratégico e de longo prazo, que considere a base territorial e a realidade loco regional; superar a fragmentação interna, bem como carências institucionais das secretarias estaduais de saúde; promover uma efetiva articulação intergestores; assumir politicamente a condução do processo de regionalização; e cumprir funções específicas para seu avanço (LIMA et al., 2010).

Esses processos servem de suporte para a garantia do acesso e continuidade do sistema de saúde, por meio da organização de redes integrais de assistência à saúde, da instituição de práticas de planejamento e regulação em âmbito regional, da adoção de novas tecnologias e ferramentas de gestão, do desenvolvimento de uma política de recursos humanos integrada e da participação social na definição da política regional de saúde.

A regionalização da saúde no interior do SUS, instituída por meio da Norma Operacional Assistência à Saúde (NOAS), nasce como estratégia indispensável e complementar à descentralização, buscando promover a articulação intermunicipal como elemento central nesse processo. No entanto, embora tenha sido editada em 2001, a NOAS encontra dificuldades de efetivar-se e determinar os resultados esperados em termos de sua capacidade de integração intermunicipal (OUPERNEY, 2005).

Para Mendes e Pestana (2004), é num espaço regional de pertencimento econômico, social, cultural e sanitário, que se constroem redes de relações intermunicipais e se recupera uma escala necessária ao desenvolvimento econômico e social.

Os apoiadores da GMS/SES trabalham na perspectiva de fortalecer a regionalização, mas relatam muitas dificuldades para sustentar essa lógica, principalmente porque os gestores só visualizam a regionalização pelos dispositivos implantados em parceria com outros municípios, os dispositivos consorciados, muitas vezes não vêm pela lógica da pactuação dos fluxos. Isto muitas vezes captura o trabalho e acaba burocratizando o processo. Por isso, muitas vezes, o apoio acaba focando mais nos municípios do que na perspectiva regional.

"A questão da regionalização, embora a gente entenda que ela tem o seu valor e seja importante, existe uma dificuldade pra que a gente consiga fazer com que regionalmente as coisas funcionem. A gente está tentando entender melhor e pactuar melhor esses dispositivos regionais, com muitas dificuldades políticas, porque muitas vezes os gestores também não conversam nesse sentido" (E 1).

"Essa questão dos grupos condutores, grupos de trabalho regionais para implantação da RAPS foi sensacional. Eu entendo que antes já tinha organizações, mas o estado sempre tentou puxar essas discussões da região de saúde, mas eu vi um grande avanço da metade do ano passado pra cá, principalmente com a discussão dos planos de ação. Já são seis regiões que tem o grupo condutor regional e estão pensando a RAPS regionalmente. Os apoios do MS e do estado estão tentando fazer isso juntos, mas é um desafio ainda. Não acho que a lógica da regionalização esteja institucionalizada de fato, mas é o norte da gestão. A gente entende que a região consegue dar conta e pensar coisas diferentes do município ou do estado inteiro. Mas temos algum avanço nesse aspecto aqui no estado do Rio" (E 11).

" Os consórcios de CAPS na região que eu apoio não funcionam, porque nenhum município se responsabiliza por organizar a rede. Por isso, a gente está nessa defesa de que mesmo os municípios que não tem população tenham um CAPS" (E4).

"Acredito que a regionalização para os apoiadores é mais uma estratégia do que uma solução. É uma estratégia para que a gente possa trabalhar, por que se não ninguém daria conta de um território tão grande como nosso estado. Então, realmente precisa

ser regionalizado, porque inclusive as discussões são diferentes, as características de cada município, para cada região também é diferenciado, uma cultura diferente, uma necessidade diferente, o tamanho populacional que define dentro dessa lógica aquilo que precisa ser implantado, portanto é necessário a regionalização como estratégia" (E5).

O processo de implementação da RAPS não se encerra na instalação de serviços. O apoio institucional se mostra como uma importante ferramenta para fazer a rede se consolidar, através da problematização e recomposição do trabalho, frente aos desafios que surgem nos espaços constituídos para acompanhamento da rede (GOZZI et al., 2014).

Para Barros et al. (2014, P. 100), trabalhar em rede, compor projetos comuns implica construir possibilidades para além dos limites de territórios de saberes e práticas estagnadas. "Essa é uma exigência ético - política para a produção de práticas de saúde que sejam condizentes com uma vida que se expressa na ampliação do poder de cada um de nós de afetar e ser afetado, afirmando autonomia, interferindo na realidade, modificando-a".

A implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no estado do Rio de Janeiro apresenta suas particularidades. Através dos achados desse primeiro tópico sobre os resultados do estudo, verifica-se algumas nuances dessa rede que os apoiadores auxiliam na implementação. A seguir, apresentaremos os apoiadores e como se constitui o cotidiano do trabalho desses articuladores da gestão para a implementação de redes.

Quadro 1 - Estrutura dos serviços especializados da RAPS - Divisão por região de saúde

REGIÃO DE SAÚDE	População residente 2015	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	CAPSad III	SRT	Leitos em HG	eCR	UAa / UAi
Baía da Ilha Grande	269.533	2	1	0	1	1	0	0	12	1	0
Baixada Litorânea	768.941	5	3	0	0	1	0	3	4	0	0
Centro Sul	327.784	8	2	0	1	2	1	23	30	0	1UAi
Médio Paraíba	879.181	6	6	0	4	4	0	8	33	2	0
Metropolitana I	10.118.003	0	22	4	15	10	5	83	85	11	2UAa
Metropolitana II	2.021.681	2	7	0	3	2	0	18	22	3	0
Norte	892.046	5	2	1	2	2	0	1	12	2	1UAi
Noroeste	336.571	7	1	0	1	1	0	8	24	0	0
Serrana	936.284	11	4	0	2	1	1	22	35	1	0
Total do Estado	16.550.024	46	48	5	29	24	7	166	257	20	4

Número total dos diferentes serviços de atenção psicossocial existentes no Estado do Rio de Janeiro e por Região de Saúde – nov/2015.

Fonte: Gerência de Saúde Mental/SES - RJ

**Quadro 2 - Indicadores do rol de diretrizes, metas e indicadores 2013 - 2015
(Indicador de CAPS / 100 mil habitantes - por municípios 2014).**

Município	Cobertura de CAPS
Baía da Ilha Grande	
Angra dos Reis	1,08
Mangaratiba	1,28
Paraty	1,27
Baixada Litorânea	
Araruama	0,83
Armação dos Búzios	1,64
Arraial do Cabo	-
Cabo Frio	0,98
Casimiro de Abreu	-
Iguaba Grande	1,97
Rio das Ostras	0,39
São Pedro da Aldeia	0,52
Saquarema	0,62
Centro-Sul	
Areal	-
Comendador Levy Gasparian	7,36
Engenheiro Paulo de Frontin	3,69
Mendes	2,76
Miguel Pereira	2,01
Paracambi	6,11
Paraíba do Sul	2,48
Paty do Alferes	3,16
Sapucaia	2,45
Três Rios	2,53
Vassouras	1,42
Médio Paraíba	
Barra do Piraí	0,52
Barra Mansa	1,11
Itatiaia	1,67
Pinheiral	2,11
Piraí	1,81
Porto Real	1,59
Quatis	1,59
Resende	2,41
Rio Claro	-
Rio das Flores	-
Valença	2,72
Volta Redonda	1,91

Fonte: SES/RJ e MS - Indicador de cobertura de CAPS / 100 mil habitantes.

Indicadores do rol de diretrizes, metas e indicadores 2013 - 2015**(Indicador de CAPS / 100 mil habitantes - por municípios 2014).**

Município	Cobertura de CAPS
Metropolitana I	
Belford Roxo	0,63
Duque de Caxias	0,34
Japeri	1,01
Itaguaí	2,56
Magé	0,86
Mesquita	0,59
Nilópolis	1,26
Nova Iguaçu	0,31
Queimados	1,40
Rio de Janeiro	0,34
São João de Meriti	0,65
Seropédica	2,44
Metropolitana II	
Itaboraí	0,88
Maricá	0,70
Niterói	0,81
Rio Bonito	1,75
São Gonçalo	0,29
Silva Jardim	2,34
Tanguá	1,56
Noroeste	
Aperibé	-
Bom Jesus do Itabapoana	1,39
Cambuci	-
Cardoso Moreira	1,85
Italva	1,85
Itaocara	2,19
Itaperuna	3,05
Laje do Muriaé	-
Miracema	1,87
Natividade	2,00
Porciúncula	2,50
Santo Antônio de Pádua	1,22
São José de Ubá	-
Varre-Sai	2,00

Fonte: SES/RJ e MS - Indicador de cobertura de CAPS / 100 mil habitantes.

Indicadores do rol de diretrizes, metas e indicadores 2013 - 2015**(Indicador de CAPS / 100 mil habitantes - por municípios 2014).**

Município	Cobertura de CAPS
Norte	
Campos dos Goytacazes	0,62
Carapebus	-
Conceição de Macabu	2,27
Macaé	1,31
Quissamã	2,25
São Fidélis	1,33
São Francisco de Itabapoana	1,21
São João da Barra	1,46
Serrana	
Bom Jardim	1,91
Cachoeiras de Macacu	0,89
Cantagalo	2,53
Carmo	5,53
Cordeiro	2,38
Duas Barras	-
Guapimirim	0,90
Macuco	9,29
Nova Friburgo	0,54
Petrópolis	1,17
Santa Maria Madalena	2,43
São José do Vale do Rio Preto	-
São Sebastião do Alto	5,54
Sumidouro	3,31
Teresópolis	1,17
Trajano de Moraes	2,43

Fonte: SES/RJ e MS - Indicador de cobertura de CAPS / 100 mil habitantes.

Parâmetros de Cobertura do indicador CAPS/100 mil habitantes:

- Cobertura muito boa (acima de 0,70)
- Cobertura boa (entre 0,50 e 0,69)
- Cobertura regular/baixa (entre 0,35 a 0,49)
- Cobertura baixa (de 0,20 a 0,34)
- Cobertura insuficiente/crítica (abaixo de 0,20)

Fonte: Ministério da Saúde, 2015

5.2 Apoio Institucional: estratégia de gestão para implementação da RAPS no estado do Rio de Janeiro.

Neste capítulo será apresentada a análise dos dados, referente às entrevistas com os apoiadores institucionais da Gerência de Saúde Mental (GSM - SES/RJ) e da Área Técnica de Saúde Mental(ATSM/MS). Os resultados foram distribuídos em seis categorias: perfil dos apoiadores; missão do apoiador; capacitação; atividades e ferramentas da função apoio; relações intergovernamentais e dificuldades do apoio.

5.2.1 Perfil dos apoiadores

Este estudo foi construído através de pesquisa documental e entrevistas com perguntas norteadoras sobre o cotidiano do apoio institucional (Apêndice A e B). A população do estudo contou com onze apoiadores institucionais do MS, que auxiliam na implementação da RAPS no estado do Rio de Janeiro.

Durante o período de coleta de dados da pesquisa, a GSM - SES/RJ contava com treze apoiadores e ATSM/MS, dois apoiadores para o estado do Rio. Devido ao cenário político descrito anteriormente, só foi possível entrevistar dez apoiadores da GSM e uma apoiadora do MS.

Concordamos com Pinheiro, Lopes e Hebert (2014), na apresentação dos resultados da pesquisa "Áreas Programáticas estratégicas e direito à saúde: construção da integralidade no contexto do apoio institucional" onde apontam ser um desafio abordar sentidos e entendimentos acerca das práticas do apoiador institucional, a partir de uma diversidade de compreensões, bastante diferenciadas e pouco consensuadas pelos atores implicados na efetivação dos princípios e diretrizes do SUS.

Para os autores supracitados, ao vivenciar e pesquisar o apoio no SUS, foi possível acompanhar os processos de invenção de modos de ação, modos de lidar com as questões concretas do SUS. Concluíram ainda que esse seguimento de gestão do SUS ainda não tem muita visibilidade, mas foi possível apreender que estes atores produzem em seu cotidiano: "Processos de formação - intervenção, processos comunicacionais, produção de subjetividade, produção de grupalidade, reflexões metodológicas, invenção de modos de gestão e atenção, produção de valores, afirmação do 'público' e compartilhamento dos modos de cuidado" (PINHEIRO; LOPES; HEBERT, 2014, P. 12).

O perfil dos apoiadores mostra que a maioria dos apoiadores é do sexo feminino, faixa etária média de 50 anos, com formação em psicologia; há um psiquiatra, uma terapeuta ocupacional e uma assistente social. O apoio está presente em todas as regiões do estado, mesmo que um apoiador apóie mais de uma região. Em relação aos vínculos trabalhistas, temos uma mescla de profissionais estatutários, admitidos por concurso público de diversas instituições; profissionais contratados por cargo comissionado; terceirizado ou para prestar consultoria.

A apresentação do perfil suscita questões: o quanto pode fragilizar o trabalho a variedade de vínculos aos quais os profissionais estão submetidos? Durante a pesquisa, os apoiadores estatutários estavam em estado de greve e suspenderam a maior parte das atividades, mantendo apenas as essenciais. Os trabalhadores que não tinham esse vínculo continuavam exercendo suas atividades, o que no meu olhar, desarticulava o movimento e as reivindicações da categoria.

Concordamos com Machado, Vieira e Oliveira (2015) quando afirmam que, pensar a gestão do trabalho como política estratégica, denota pressupor a garantia de condições básicas para a valorização do profissional de saúde e do seu trabalho, tais como carreira, salários, formas e vínculos de trabalho com proteção social; negociação constante das relações de trabalho em saúde, capacitação e educação permanente dos trabalhadores; humanização da qualidade do trabalho, adequadas condições de trabalho e éticas profissional.

O tempo que os profissionais estão atuando na GSM/ SES e na ATSM/MS está representado no gráfico 1. A média do tempo de atuação é de sete anos, mas temos dois apoiadores que desviam muito dessa média, pois estão trabalhando no acompanhamento da política de saúde mental no estado há mais de quinze anos.

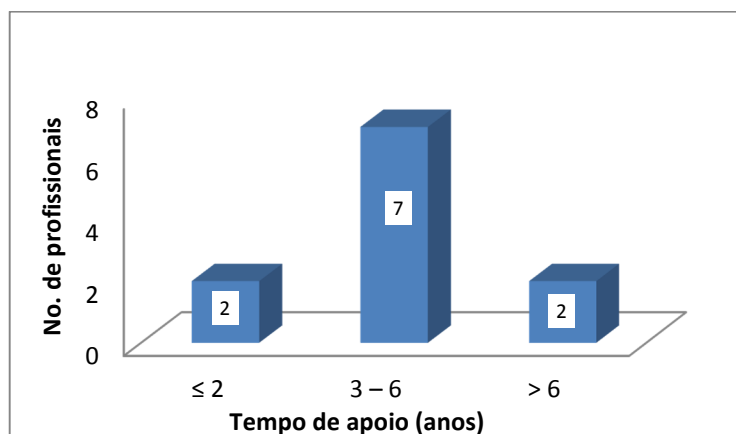


Gráfico 1 - Tempo como apoiador na GSM/SES/RJ

O gráfico 2, apresenta a carga horária semanal de trabalho dos apoiadores. A maioria exerce oficialmente a função de apoiador durante 32 horas por semana. Em alguns casos é negociada a redução da carga horária, pois alguns apoiadores têm dois empregos, por conta da baixa remuneração na função. Na GSM, os apoiadores com vínculo estatutário não recebem nenhuma gratificação por exercer a função de apoio. Retomaremos essa discussão no tópico sobre as dificuldades enfrentadas pelo apoio.

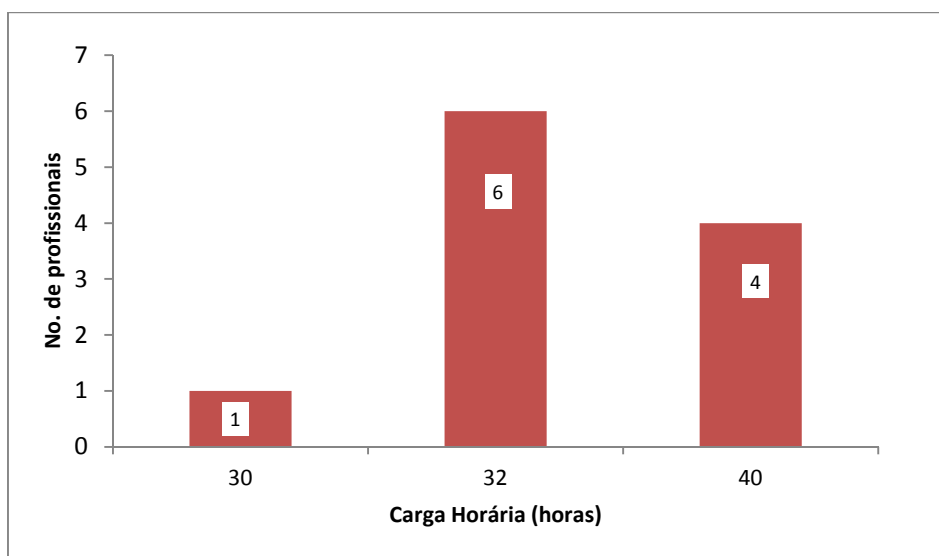


Gráfico 2 - Carga horária semanal oficial dos apoiadores

O gráfico 3, apresenta a distribuição dos apoiadores pelas nove regiões de saúde do estado. Observamos que muitas regiões tem apenas um apoiador. Isto implica uma sobrecarga de trabalho e dificuldade de executar um apoio qualificado. Os apoiadores relatam que algumas regiões são muito populosas, outras têm uma longa extensão territorial e as regiões mais distantes da capital são mais difíceis para visitar por conta da localização geográfica que demanda muitas horas para percorrer o trajeto entre a capital e estes municípios, destacam a dificuldade para conseguir transporte na SES. Esse panorama, muitas vezes, frustra o trabalho do apoio e o torna burocrático, pois são muitas demandas provenientes das regiões.

Acreditamos que o principal nó crítico, não é a distância geográfica, pois se compararmos com outros estados brasileiros a extensão territorial do Rio de Janeiro não é tão significativa. Verificamos que a falta de logística na oferta de transporte pela SES e a baixa remuneração, necessidade de outros vínculos para os apoiadores, os impedem de

estarem mais presentes nas regiões. Outro ponto que podemos destacar, é que o apoio não funciona regionalmente de maneira sistemática, podemos perceber que o apoio se dar mais aos municípios individualmente.

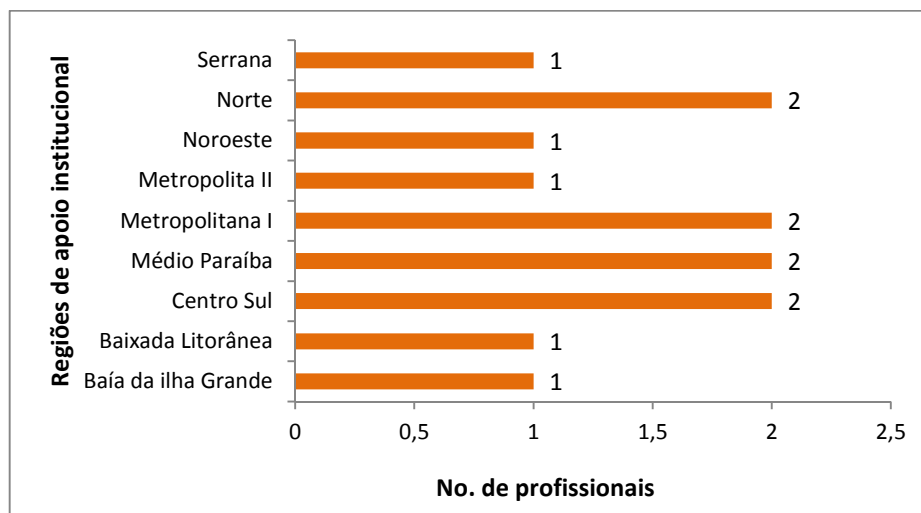


Gráfico 3 - Distribuição de apoiadores por região de Saúde

5.2.2 Missão do apoiador

O apoio como estratégia de gestão para auxiliar na implementação de políticas públicas no âmbito do SUS não é uma prática tão recente, mas nova ainda se comparada a outras iniciativas. Portanto há muitas questões a serem debatidas sobre este ator institucional e sua missão.

O apoio institucional emerge no âmbito do Ministério da Saúde, em uma perspectiva orientada para a cooperação e a integração entre políticas governamentais de saúde. A finalidade é intermediar e promover a cooperação técnica aos sistemas estaduais de saúde, a partir do envolvimento participativo e integrado. Esta estratégia é apreendida como indutora de um reordenamento e qualificação na gestão do próprio Ministério da Saúde, pela necessidade de se estabelecer fluxos transversais de demandas e respostas integradas (BRASIL, 2004).

Portanto, no âmbito da união, a estratégia do Apoio Integrado à Gestão Descentralizada do SUS pode ser definida como uma estratégia interinstitucional, constituída em função de apoiar, orientar e cooperar no processo de implementação das políticas governamentais de saúde.

A estratégia de Apoio Integrado busca privilegiar a dimensão formativa para estabelecer relações construtivas entre as três esferas de governo, funcionando como um dispositivo de apoio à gestão e fortalecimento da capacidade de governo sobre o SUS, nos âmbitos estadual e municipal (BRASIL, 2004).

Desde a criação da Política Nacional de Humanização (PNH), em 2003, o Apoio Institucional ganhou mais espaço no cenário da política de Saúde no país. A PNH tem como base a democracia institucional, defendendo a autonomia e o protagonismo dos sujeitos envolvidos nos processos de produção de saúde, de conhecimento, e compartilhamento de saberes. A função apoio, portanto, é um dispositivo capaz de ampliar as possibilidades de reflexão sobre as práticas dos processos de trabalho em saúde, de ampliar os modos de compreensão e entendimento dos coletivos (FERNANDES, 2012).

O apoiador fica com a missão de cooperar com a construção de uma análise e avaliação coletiva do processo de implementação da política, fornecendo, ainda, orientações indispensáveis para a execução. Nesta conjuntura, o efeito Paidéia se insere na medida em que o apoiador fortalece os membros do grupo para que eles se apropriem, ao modo deles e ampliem a compreensão do contexto, dialogando com o suposto saber do apoiador. A partir disso, há o acompanhamento e avaliação dos compromissos acordados (CAMPOS, 2003; 2005; PINHEIRO; JESUS, 2014).

"A missão é ajudar os municípios a implementar a RAPS. Acho que também tem uma questão de qualificação, pelo menos é isso que eu me vejo fazendo, essa discussão com os municípios, dos componentes da rede, da lógica do trabalho no território. Acho que a missão é essa, estar junto aos municípios pra que eles possam implantar essa lógica, eu não sei nem se são os serviços" (E 4).

"A minha missão é está junto aos municípios. As equipes de saúde mental que eu apoio, para fornecer subsídios técnicos, mantê-los informados e apoiá-los para que possam estar desempenhando um bom trabalho, a par do que é necessário para implantação dos dispositivos previstos pela RAPS. Também estando junto aos gestores, pra facilitar esse trabalho, ajudando politicamente, tecnicamente para que realmente a RAPS seja implantada e que haja uma qualificação desses profissionais dos municípios" (E 1).

"A nossa missão, a missão dos apoiadores, seria assim realmente estar apoiando as regiões e os municípios na implantação no desenvolvimento da política de saúde mental. Na implantação e articulação da RAPS, para mim, a principal missão é essa. Estar realmente, apoiando, acompanhando, discutindo, refletindo, fazendo várias intervenções nesse sentido de contribuir pra implantação e bom funcionamento e desenvolvimento das atividades de saúde mental nas regiões e nos municípios." (E 3).

Para Matus (1997), a missão diz respeito às funções que devem ser cumpridas em resposta a uma demanda ou necessidade social. Envolve as competências, a responsabilidade e a prestação de contas, no caso deste estudo do processo de implementação da RAPS.

O apoio se faz possível na problematização e experimentação dos modos de enfrentar os complexos problemas existentes no SUS, onde ainda predominam relações verticalizadas que dificultam composições democráticas e de inclusão nas instituições. Constitui-se como um instrumento gerencial, que tem sentido de intervenção - oferta, ou seja, é estar junto com os diferentes sujeitos discutindo e analisando os processos de trabalho e intervindo nas formas como os serviços estão sendo organizados (ALMEIDA; ACIOLE, 2014; SALGADO; PENA; CALDEIRA, 2014).

Nos seus discursos, alguns apoiadores tiveram dificuldade em definir sua missão e acabaram restringindo sua missão às atividades concretas, que realizam na função de apoiador. Alguns relataram que definir uma missão é muito complexo, pois envolve diversas questões, pois também vêm a missão relacionada à militância, defesa do SUS, da lógica de cuidado no território no campo da saúde mental, da defesa de uma gestão descentralizada e solidária.

" Minha missão é discutir a implantação da política pública de saúde mental nos municípios. Orientando as pactuações para que sejam feitas as construções que vão atender a população na rede de saúde mental como: CAPS, Leitos de Saúde mental no HG, U.A (Unidade de Acolhimento), CAPS AD, enfim, toda rede da RAPS que a gente precisa ajudar nessa articulação juntos aos municípios, para que eles completem cada vez mais essa rede que é tão precarizada." (E 5).

"Muito difícil definir a minha missão! Na verdade é apoiar as regiões com relação ao tema de álcool e outras drogas. Eu fico mais especificamente nesse tema e fazendo um trabalho que não dá pra ir às regiões o tempo todo, mas tentando de alguma forma estar presente em alguns fóruns, ou, às vezes, conversando com o apoiador aqui na gerência sobre as questões que acontecem, ou até mesmo diretamente com os municípios por telefone e algumas vezes fazendo visitas nos dispositivos. Então, assim, a missão é de acompanhamento e tentar trazer algumas propostas. Acho que esse é o trabalho" (E 6).

"No momento, minha missão é principalmente na área de desinstitucionalização, na montagem, na ajuda a implementação das residências terapêuticas" (E2).

O apoio não é um fim em si mesmo. Sua razão de existir está na sua capacidade de articular atores sociais e políticos, promover a constituição de redes permanentes e efetivar o direito a saúde. Sua missão é contraditória, pois, às vezes, atua como representante do Estado, como apoio institucional, mas defende os interesses da sociedade civil e desempenha papel decisivo de mediação. "E, com esta mediação, procura atuar na densificação das políticas públicas de saúde, de um lado, e na ampliação do direito a saúde, de outro" (PINHEIRO et al., 2014, p. 41).

A prática do apoio passa pela arte de compor com o outro, exercício trabalhoso, difícil por vezes, que exige constante renovação. Essa práxis se afirma na construção de redes, que se efetivam articulando territórios, integrando ações intersetoriais, sujeitos, categorias profissionais, saberes e disciplinas, o que solicita uma construção coletiva e compartilhada (BARROS et al., 2014).

5.2.3 Capacitação e formação

O Apoio, portanto, se produz no [entre] das relações com o intuito de ampliar a potência de pensar, de agir, de conhecer das pessoas envolvidas na ação. O apoio, portanto, é uma função desempenhada por um agente, munido de um arcabouço metodológico, com a finalidade de compor um papel institucional (FERNANDES, 2012).

A estratégia do apoio Institucional não pode garantir que os processos sejam relativamente bem-sucedidos, se o apoio não se fizer presente no próprio movimento constitutivo da clínica e da gestão, e não apenas nos questionamentos de como estes

termos se apresentam nas práticas e nos territórios (SALGADO; PENA; CALDEIRA, 2014).

A capacitação dos trabalhadores da GMS/ SES para atuarem na função apoiador mostrou-se um achado interessante deste estudo. Quando indagados sobre participação em algum processo de capacitação para esta função, a grande maioria relatou que formalmente não tiveram nenhuma.

Para os apoiadores, a capacitação para esta função se dá no cotidiano do trabalho do apoio. Trouxeram que parte da bagagem técnica e política que eles trazem, para esse lugar de gestor vem de trabalhos anteriores, em algum ponto da Rede de Atenção Psicossocial. Pois, para eles não é possível fazer gestão no campo da saúde, deslocado da experiência clínica do cuidado. Por conseguinte, apontam questões que permeiam a gestão como sendo indissociáveis do ato de cuidar, seja do ponto de vista da gestão dos processos em que esse está contido, seja daquele pertinente à gestão do cotidiano que é produzida por qualquer trabalhador de saúde.

"Pode-se dizer que faço uma capacitação em serviço por que foi na prática, uma formação em trabalho " (E10).

"Para ser apoiadora, precisamos de fato conhecer a política do SUS. As reuniões de equipe, os fóruns institucionais são uma forma de capacitação. Nós geralmente apoiamos em dupla e a troca de experiência com o colega é enriquecedor no processo formativo" (E7).

" A capacitação essencial para estar aqui, é a experiência que temos nos serviços públicos de saúde mental" (E8).

" As pessoas aqui na gerência, em sua maioria tem outros vínculos e geralmente um outro vínculo ligado à clínica, diferente daqui que é gestão e apoio técnico. Estamos sempre nos informando sobre gestão e também sobre a clínica, porque o apoio técnico desta gerência passa pela questão clínica" (E1).

O apoiador insere-se em movimentos coletivos, buscando novos modos de operar e produzir nas organizações. É, portanto, o articulador entre o cuidado e a gestão. É necessário refletir a gestão como uma ação política com interlocução e avaliação, como

instrumento que requer uma metodologia que contemple a pluralidade e interdisciplinaridade, focando as inter-relações entre subjetividade, gestão dos processos de trabalho e clínica (BRASIL, 2012a; HECK, 2008).

Os apoiadores ressaltam que apesar da formação ser no cotidiano do trabalho, destacam a importância da necessidade de espaços institucionais de Educação Permanente, que estabeleça espaços coletivos de trocas de experiência e possibilite avaliações contínuas do papel do gestor e atenda as necessidades dos municípios, e assim possa tornar este ato de apoiar mais potente.

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

Foi possível verificar que as demandas para formação em serviço não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais, nem das orientações dos níveis centrais, mas principalmente a partir dos problemas da organização do trabalho, ponderando a necessidade de prestar atenção relevante e de qualidade, com integralidade e humanização. Considerando ainda a necessidade de conduzir ações, serviços e sistemas com produção em rede e solidariedade intersetorial (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

No estudo sobre o apoio regional na Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, Almeida e Acirole (2014) relatam a experiência de educação permanente, em que as trocas de experiências diversas, realizadas em cada município, eram o motor da construção compartilhada de conhecimento.

Os espaços de educação permanente instituídos ofertados pela gerência são fóruns de discussão, a partir dos eixos de cuidado em saúde mental: infância e adolescência, população usuária de álcool e outras drogas e o eixo de desinstitucionalização. Os fóruns são realizados mensalmente e acontecem geralmente na capital.

A GSM/SES oferece outro espaço formativo: o fórum de coordenadores municipais de saúde mental, que ocorre com frequência bimensal. Estes encontros foram disparadores de processos de reflexão sobre a lógica do cuidado na RAPS. Avalia-se a necessidade de fortalecer esses espaços, visando possibilitar a participação de um

quantitativo maior de profissionais. A realização dos fóruns somente na capital, pode impossibilitar a vinda de alguns trabalhadores em função da distância, da falta de transporte nos municípios, ainda que os participantes sejam potenciais multiplicadores do conhecimento.

Outro espaço ofertado aos municípios e aos apoiadores para formação foram os seminários ampliados da Superintendência de Atenção Básica, que contavam com a participação de grande parte dos municípios. Nesse espaço foram apresentadas discussões sobre acolhimento na atenção básica, matriciamento, onde a gerência de saúde mental participou de debates, contribuindo com o histórico que o campo da saúde mental já possui na lógica do matriciamento e do cuidado no território. Avaliou-se tal iniciativa como potentes contribuições, no aspecto da educação permanente e no fortalecimento político da Gerência de Saúde Mental.

Para Gomes et al. (2013), os fóruns são espaços de atividades multiprofissionais, interdisciplinares, intersetoriais, que reúnem os trabalhadores das distintas redes de saúde mental dos municípios, em geral, em torno de programas específicos, tais como: álcool e outras drogas, crianças e adolescentes, desinstitucionalização. Esse tipo de proposta, pensa o serviço e a formação de maneira articulada, sobressaindo a relação intrínseca entre a prática presente no serviço e a formação dos profissionais.

A formação do apoiador está centrada na construção permanente de estratégias de fomentação de coletivos capazes de produzir respostas técnicas, éticas e políticas, tendo como principal direção a concretização da atenção à saúde efetiva, tendo como base a gestão participativa e solidária. Essa direção se expressa na ampliação do grau de integração das políticas de saúde; no fortalecimento da democracia institucional; no fortalecimento de mecanismos de contratualização entre os entes federados; na construção e consolidação de metodologias de apoio, na construção de redes e processo de monitoramento e avaliação; na ampliação do diálogo entre os gestores e trabalhadores e destes com os usuários; no fomento a espaços vivos de educação permanente (CARVALHO, 2013).

O apoio se mostra pertinente, pois há um esforço, na direção de caminhar junto na construção de um projeto. Nessa proposta se aprende a pensar e fazer junto com os outros, "os sujeitos podem ganhar novo surgimento, numa rede de relações que altera o rumo do isolamento e de um processo fragmentado, individualizado, marcado pela competição e pela quebra de alianças" (BARROS et al., 2014, p. 107).

Concordamos que a formação do apoiador perpassa pelo resgate de si mesmo e pela mobilização subjetiva dos sujeitos, não é tarefa fácil. O processo de formação, não pode ser confundido com um título que concede e atribui, ao participante, uma determinada função. É preciso estar atento aos efeitos dos processos de formação de apoiadores, os quais disparam a formação de coletivos que mobilizam importantes elementos para a constituição de redes de produção de cuidado (SALGADO; PENA; CALDEIRA, 2014).

5.2.4 Atividades e ferramentas da função apoio

Os achados deste estudo apresentam a realidade singular dos municípios e regiões, através do acompanhamento da implementação da RAPS pelos apoiadores institucionais. Desvendar o cotidiano de trabalho do apoio nos faz compreender seu tênue lugar na constituição dessa rede.

Na rotina de trabalho dos apoiadores perpassam diversas atividades: avaliam projetos para habilitar serviços; acompanham o funcionamento e estruturação dos dispositivos da rede; realizam visitas técnicas aos municípios; participam de reuniões intersetoriais; mediam conflitos e dificuldades que surgem no processo de implementação da rede de saúde mental. Essas tarefas dominam a prática cotidiana, e muitas vezes, burocratizam o trabalho do apoiador.

O apoio ocorre no encontro com os sujeitos operadores da rede, quando vão aos lugares onde o cuidado é ofertado. O apoio só acontece quando se constroem parcerias e não meras ações fiscalizadoras ou imposição de saberes pré-estabelecidos. Ao auxiliar na implementação da rede, o apoio pode ser burocrático e verticalizado, ou assumir uma direção baseada no aspecto relacional e comunicativo de escuta das necessidades e singularidades, dos municípios e regiões apoiadas.

Para Silva, César e Lopes (2014, P. 126), "formar-se apoiador, nos territórios visitados, em parte implica produzir subjetividades, experiências mais alargadas e menos verticalizadas dos processos de trabalho em saúde".

Em uma pesquisa nacional sobre práticas de apoio, César et al. (2014, P. 142), afirmam que: "o apoio caracteriza-se pela complexidade de uma atividade que se efetiva em ato, no exercício ensaiado nos encontros, situados em cenários e contextos muito singulares".

Durante o processo de análise dos dados fomos reformulando o conceito de recursos, utilizados pelos apoiadores na realização de suas atividades cotidianas,

pensamos em substituir este termo por ferramentas. O recurso traz uma ideia de concretude, já as ferramentas englobam também na nossa concepção, a bagagem subjetiva e o conhecimento técnico que o apoiador traz consigo.

Concordamos com Merhy (1999,2002), ao afirmar que quanto maior a composição das caixas de ferramentas (que, aqui, é entendida como o conjunto de saberes que se dispõe para a ação de produção dos atos de saúde), utilizadas para a conformação do cuidado pelos trabalhadores de saúde, maior será a possibilidade de se compreender o problema de saúde enfrentado, tanto para os usuários da rede, quanto para a própria composição dos processos de trabalho.

" Tem atividades que são mais burocráticas, que é a análise dos processos de implantação dos serviços, que para isso tem que usar vários instrumentos técnicos, sistemas de informação, enfim fazer os resgate dos recursos que já foram passados aos municípios. A outra parte é apoiar os municípios, as regiões e o estado no sentido da implementação da política em si, pois além de implantar os serviços, é preciso qualificá-los na lógica do cuidado no território." (E11).

" São várias atividades, eu participo de reuniões dos grupos condutores nas duas regiões que apoio, é um espaço onde participam os coordenadores de saúde mental dos municípios, onde a gente discute as questões da rede das regiões. Eles sempre querem tirar dúvidas sobre alguma portaria, questões ligadas às decisões do Ministério da Saúde " (E3).

"A gente faz visita técnica para avaliar se os imóveis são condizentes com a implantação dos serviços. Eu fiquei de um tempo pra cá responsável pelos imóveis com relação às residências terapêuticas" (E2).

"Realizo visitas aos municípios para reuniões com os secretários, as coordenações de saúde mental e os trabalhadores. Participo dos fóruns de saúde mental, grupos de trabalho e grupos condutores nas regiões. Essas atividades são para discutir a implantação da política de saúde mental para cada município. Tem também, o trabalho burocrático que faz parte da gestão, que são as respostas de ofícios para as

promotorias, Ministério Público, referente às internações, questões de desinstitucionalização, fechamento dos hospitais psiquiátricos, tudo isso é acompanhado pelos apoiadores " (E5).

"Muitas vezes precisamos acompanhar alguma situação com algum usuário, especificamente, nos casos de internação compulsória. Às vezes a equipe pede algum tipo de apoio, orientação e acompanhamos aquele caso, tentando pensar um projeto terapêutico juntos" (E6).

Os apoiadores relatam que o trabalho cotidiano só se estabelece, através de um intenso processo comunicativo. É a linguagem a principal ferramenta para mediar as negociações para constituição da rede de saúde mental, são vários atores que constituem essa rede, gestores dos vários níveis federativos e a sociedade civil.

Para Lima (2008), a opção por uma abordagem “comunicativa” dos processos de coordenação de implantação de políticas públicas, se deve ao pressuposto de que não são apenas instrumentos e estruturas que sustentam uma rede regionalizada de serviços de saúde.

As relações interpessoais e as conversações que se estabelecem entre os atores, estejam eles localizados na gestão ou no processo de assistência, são processos fundamentais para a garantia da integração dos serviços de saúde e da integralidade da atenção (LIMA, 2008, P.3).

No paradigma comunicativo, conhecer e intervir sobre o mundo não concebe mais uma ação solitária de um ator ou sujeito que quer conhecer e agir sobre objetos, mas uma relação intersubjetiva, lingüisticamente mediada" (ARTMANN, 2001).

"Percebo que tem mais efeito quando não vamos com tudo pronto, muito elaborado. É necessário muita conversa, precisamos escutar os trabalhadores da rede, eles trazem as dificuldades dos serviços, criamos espaços de fala" (E7).

"A gente investe muito do nosso tempo de trabalho no diálogo com os municípios, mostrando como funciona os caminhos institucionais, como solicitar os serviços, o que tem de legislação, o que tem de direitos para os municípios" (E11).

"A gente utiliza bastante o discurso, as experiências que a gente compartilha de um município que está tendo uma experiência exitosa com outros."(E4).

"Na região que apoio, temos criados vários espaços de fala, onde a gente discute temas que eles mesmos escolhem. A gente já discutiu atenção à crise, protagonismo dos usuários. Sempre surgem temas que contribuem para atualização e capacitação da rede. É essencial que possamos fazer isso juntos" (E3).

A criação de espaços de fala sobre o trabalho, reivindicações, angústias e demandas coletivas dos trabalhadores não é simples, nem suficiente. Fazer roda, reunião, fóruns, não garante transformação nos modos de cuidar ou gerir os serviços de saúde. Mas o apoio institucional precisa reafirmar a pertinência da construção de espaços coletivos, por sua potência de produção de forças de diferenciação (CÉSAR et al., 2014; ESCOSSIA, 2009).

O trabalho do apoiador não pode ser prescritivo. Constitui prioridade da atividade de apoiar, compreender as relações entre os trabalhadores, como se dá a gestão dos processos de trabalho, como as pessoas se inserem e se relacionam e quais as condições para o exercício de suas funções (CÉSAR et al., 2014).

Os apoiadores destacam que, muitas vezes, assumem junto aos municípios a função de supervisores clínicos institucionais. Essa é uma atividade que fica ambígua para o apoio, pois os municípios deveriam ter esse ator, que auxilia as equipes de saúde mental na organização do cuidado em rede.

Para o apoio não é possível ofertar cuidado qualificado apenas com a implantação dos dispositivos, é também função do apoio qualificar esses serviços e seus trabalhadores. Mas acreditam que deveriam auxiliar os supervisores e não diretamente todos os serviços, pois isso traz uma sobrecarga de trabalho.

Segundo Leal (2008), existe três instrumentos da supervisão dos quais se podem extrair lições: o planejamento de metas e prioridades da instituição; a análise permanente

do processo de trabalho da equipe e do cotidiano; e a construção coletiva dos casos clínicos.

Para dar conta de sua missão, é necessário repensar as práticas dos trabalhadores da saúde mental, bem como os modos de educação permanente. Com esse intuito, a portaria Nº 1174/GM/MS de 2005, de acordo com Bertussi (2010), oficializa a supervisão institucional pelo Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, que inclui:

ações de supervisão clínico-institucional regular, definida como o trabalho de um profissional de saúde mental externo ao quadro de profissionais dos CAPS, com comprovada habilitação teórica e prática para trabalhar junto à equipe do serviço. Seu trabalho envolveria pelo menos 3 a 4 horas por semana e seria desenvolvido no sentido de assessorar, discutir e acompanhar o trabalho realizado pela equipe, o projeto terapêutico do serviço, os projetos terapêuticos individuais dos usuários, as questões institucionais e de gestão do CAPS. Tudo isso entre outras questões relevantes para a qualidade da atenção realizada (BERTUSSI, 2010, p.110).

"Acredito que tem uma situação que prejudica a organização da rede. Muitos municípios não tem supervisão clínico institucional nos serviços para discutir melhor as questões do cuidado no dia a dia. A RAPS poderia estar melhor, mas acho que ainda falta bastante pra gente conseguir construir uma rede que ofereça um cuidado efetivo. A efetividade da rede vai para além da implantação de serviços" (E6)

"Uma questão que temos feito muito são as discussões de caso dos serviços, porque nas visitas que fazemos, nem todos os serviços do estado tem supervisão clínico institucional. Não que pretendemos assumir esse lugar, mas percebemos que é fundamental poder ofertar essa supervisão aos serviços que não tem" (E8)

Em um estudo sobre o trabalho do apoio do COSEMS de São Paulo, Furtado (2012) traz a figura do apoiador, que reconhece o protagonismo dos gestores municipais, busca o fortalecimento dos atores da rede, permitindo que os gestores municipais se coloquem em cena. Porém, auxilia no encaminhamento de conflitos que surjam durante a implementação da rede. Verificamos que o apoio institucional da GSM/SES e da ATSM/MS se esforça para realizar o apoio na direção de produzir autonomia e protagonismo aos gestores municipais.

Em outros momentos, é possível perceber que esse apoio atua mais como referência técnica. A partir de uma reflexão-sobre as práticas que ocorrem nas redes das nove regiões do Estado, os apoiadores admitem que em alguns momentos suas práticas tornam-se prescritivas e burocráticas.

Segundo César et al. (2014, P. 149), quando o apoio é vinculado a um cargo de apoiador e/ou articulador, formula-se um operar desidentificado com um lugar, e o apoio opera, "atendendo a uma necessidade técnica para a implementação de dispositivos e/ou redes temáticas na saúde, de modo prescritivo e normativo". O estabelecimento do apoio como cargo não garante que a função apoio aconteça.

O apoio institucional visa reformular os modelos tradicionais de gestão verticalizada e hierarquizada e deve propor uma "função apoio que se faz, assim como acolhimento à diferença, importante componente ético para a construção de uma rede que se proponha potencializar a vida em suas relações humanas"(BARROS et al., 2014, P, 100).

A mediação das relações intergovernamentais se colocam em diversos momentos da implementação da RAPS e consolidação da política de saúde mental e, portanto, permeia cotidianamente o trabalho do apoio.

5.2.5 Relações intergovernamentais

A coordenação é um elemento chave para se garantir o equilíbrio federativo. Para o fortalecimento é necessário a emergência de estruturas dedicadas à construção da relação centro/periferia, o reforço de burocracias eficientes nos diferentes níveis de governo, a existência de gestores intergovernamentais e o desenvolvimento de instrumentos de diplomacia que favoreçam o entendimento e o encaminhamento de conflitos.

A análise do processo de implementação da RAPS nos mostra que a negociação entre as diferentes esferas governamentais é constante para que a política se efetive. Essa cooperação intergovernamental que se estabelece não é protocolar e com um fluxo previsto, mas é cotidianamente construída a partir dos impasses e nós críticos que surgem com o delinear da rede.

No que concerne às instâncias do setor saúde, Ministério, Secretarias de Saúde estaduais e municipais, é preciso estabelecer relações cooperativas. Pela própria

configuração do SUS, o alcance das metas de saúde depende da conjunção de esforços das três esferas de governo. Se o gestor adota uma abordagem baseada na boa técnica sanitária, a cooperação tem mais chances de alcançar o sucesso. Há sempre a necessidade de articulação com os mais variados órgãos da administração pública e a sociedade civil (SOUZA, 2009).

Para Carvalho (2013, p. 63), " uma das formas de coordenação resulta da realização de acordos intergovernamentais para a aplicação de programas e financiamentos conjuntos, que se traduz no federalismo cooperativo". O federalismo cooperativo traz um cenário de redução de políticas que sejam conduzidas por um único ente federado, colocando-se o desafio de reconhecer uma relação de interdependência e a necessidade de coordenação das atividades governamentais. Esta interdependência e coordenação constroem-se na interação entre os entes federativos, não se fundamentando em uma estrutura hierárquica (BRASIL, 2012a).

A elaboração e implementação de políticas e estratégias que incidem sobre a missão das instituições gestoras em cada esfera de governo, estabelece a conformação da relações intergovernamentais (CARVALHO, 2013).

Na direção de fortalecer e compor de modo mais horizontal as relações intergovernamentais, no sentido de cooperação e corresponsabilização, equipes articuladas de apoio do MS às redes temáticas (Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção Psicossocial) e ao planejamento das regiões de saúde têm procurado se situar na interface com estados e municípios, apoiando - os. Nesse processo, observa-se uma polissemia de sentidos e de modos de operar apoio (VASCONCELOS; MARTINS; MACHADO, 2014).

As ações de apoio institucional integrado do Ministério da Saúde deverão priorizar os projetos de cooperação nas regiões de saúde, de modo a promover a ação solidária e cooperativa entre os gestores, objetivando garantir acesso resolutivo e com qualidade de acordo com o Decreto nº 7.508. O apoio institucional proposto pelo Ministério da Saúde implica um modo de relacionar com outros entes (municípios, estados, regiões), para além das normas, além da indução financeira, aprendendo com os efeitos, aprimorando a prática gestora a partir da análise de resultados em grupos plurais e implicados positivamente com mudanças para melhoria do SUS (BRASIL, 2011c, P. 17).

"É um desafio muito grande! O que eu percebo é que existe uma distância muito grande entre os municípios, digo em termos governamentais, do que é feito nos municípios e do que é pensado na União e do que o estado coloca como direção da política. Eu vejo

que em cada lugar repercute de um jeito. Têm municípios, muito por conta da vontade política, onde a rede se estabelece, mas em outros as coisas não acontecem. Às vezes, até entre o próprio estado e a união existe um atropelamento, isso é complicado" (E6).

"Fortalecer as relações intergovernamentais não significa que não tenham contradições. Na Área Técnica de Saúde Mental, no Ministério, isso ficou forte entre 2012 e 2013, pois passamos a ter pelo menos um apoiador para cada estado. Os relatos que a gente ouvia antes, era de muita distância do MS, com as regiões, municípios e estados também. Acho que o apoio vem construindo essa articulação. Muitas vezes é uma relação conflituosa, mas acredito que isso faz parte da construção da política de saúde mental " (E11).

"Isso é o nosso trabalho, sempre intermediando município e união, essa é a função do apoio técnico aqui do Estado. Acredito que isso tem se fortalecido, os municípios conseguem se posicionar nos grupos condutores, junto ao Ministério e ao Estado. Essa conversa dar uma clareza ao ente federativo da realidade dos municípios, isso é de suma importância para que se concretize a RAPS" (E1).

Para os apoiadores, favorecer a articulação intergovernamental é um grande desafio do cotidiano do trabalho. Segundo eles não é possível que a rede se constitua, sem que haja diálogo e cooperação entre os três entes governamentais. Porém, o diálogo e a cooperação nem sempre acontecem.

Muitas vezes os municípios pulam as etapas de negociação com o estado, fazem requisição de dispositivos direto à União, sem que haja pactuação e aprovação na CIB. Esses fluxos precisam ser flexíveis em determinadas ocasiões, mas para os apoiadores não pode ser comum a falta de diálogo entre os três entes governamentais, pois interfere nas relações intergovernamentais e principalmente na implementação de uma rede efetiva de cuidado em saúde mental.

O Estado precisa ter conhecimento das implementações de dispositivos em seu território. Depois da liberação dos recursos para constituição dos serviços, a rede de saúde mental fica sobre a responsabilidade de supervisão e monitoramento do estado, que permanece sem governabilidade para acompanhar os serviços da rede que nem têm conhecimento.

O processo de implementação das políticas de saúde que compõem o SUS se instituiu em um desenho federativo e intergovernamental, estabelece novas competências e responsabilidades governamentais, que implicam constantes negociações e pactuações intergestores, em meio a inovações conceituais, logísticas, tecnológicas e instrumentais, que influenciam cotidianamente no exercício da gestão (CARVALHO, 2013).

"A situação atual é complicada, às vezes o estado é atropelado pelo Ministério da Saúde, em pactuações que deveriam ser tripartites. Nesse momento, temos tido dificuldades de traçar estratégias junto com o MS em algumas regiões, pois eles se antecipam, marcam visita e nem ficamos sabendo. Tentamos sempre dialogar para que os acordos sejam entre município, estado e união. Temos visto isso acontecer com alguns parceiros que temos na União, mas não institucionalmente, a nossa relação com a União não está tão afinada" (E8).

5.2.6 Desafios do apoio institucional

A última variável de análise deste estudo são os principais desafios que surgem no cotidiano dos apoiadores, nos detemos em analisar os desafios neste tópico, pois trazem para além do aspecto da micropolítica do trabalho em saúde, questões da macro política e peculiaridades da gestão do estado do Rio de Janeiro e sua relação com a união.

A partir dos desafios apresentados, os apoiadores puderam refletir sobre o processo do trabalho e reiterar que é na cooperação dos coletivos que se constrói a possibilidade de consolidação da rede de cuidados em saúde mental.

O apoiador institucional tem o desafio de: "trabalhar num contexto de direitos em tese garantidos, mas em muitas situações ignorados; e a experimentação de uma ação que se pretende cuidadora e em rede, mas tem, em certa medida, inviabilizado seus próprios princípios" (PINHEIRO; LOPES; HEBERT, 2014, P. 14).

As dificuldades do cotidiano de trabalho do apoio podem estar relacionadas a questões técnicas e estruturais da Secretária de Saúde. Os apoiadores relatam falta de transporte para ir até os municípios, o governo do estado demora a pagar as diárias quando

os apoiadores viajam às regiões. Para eles, não é possível realizar o apoio à distância, é preciso estar no território.

[...] é no cotidiano do trabalho das equipes que vão aparecer as dificuldades, que vão ser reveladas complexas tramas entre aquilo que passa a ser reconhecido como responsabilidade do grupo e o que cada um reconhece como sua responsabilidade ou está disposto a contratar com o coletivo (PAULON, PASCHE E RIGHI, 2014, P. 813).

"A dificuldade é exatamente chegar nos municípios, detectar os problemas, os nós críticos da implementação da RAPS, sem essa presença no território, fica complicado saber quem e o que estamos apoiando" (E2).

"Acho que minha principal dificuldade é estar junto com os municípios. Eu não acredito nesse trabalho distante dos municípios, eu me vejo como apoiadora precisando estar mais próxima desses municípios, para poder discutir, qualificar a rede. Não que seja imprescindível minha presença, mas estar presente fomenta uma discussão da rede nos espaços dos próprios serviços, na região que eu trabalho não tem supervisão clínica, e a principal dificuldade que encontro, é que nunca tenho carro e quando tenho carro é um pernoite que tenho que fazer, porque da minha região o carro não volta no mesmo dia, mas quem arca com as despesas sou eu. Eu recebo essas diárias depois, mas esse ano eu não recebi nenhuma diária das viagens que eu fiz" (E4).

"O transporte é a primeira dificuldade que surge, nem conseguimos chegar nos municípios. A secretaria estadual não consegue organizar uma logística para oferecer o transporte e os municípios também não conseguem. É uma dificuldade que vai além da nossa governabilidade" (E10).

Os desafios também se apresentam no nível da macro gestão. Em relação à implementação da RAPS no estado do Rio de Janeiro, uma das questões mais relevantes é a falta de contrapartida do governo estadual em relação ao financiamento.

A emenda constitucional 29 recupera uma função importante do estado na saúde: o financiamento. No que tange à esfera estadual, o marco constitucional afirma sua responsabilidade na garantia do direito à saúde e sua participação no financiamento do sistema. Remetendo aos estados o papel de coordenador do sistema, à direção estadual do

SUS compete promover a descentralização para os municípios dos serviços e das ações de saúde, acompanhar, controlar e avaliar as redes de atenção a saúde no SUS (LIMA et al., 2010).

A delegação do papel de coordenador ao estado não significou a retirada de sua responsabilidade na garantia do direito à saúde, mas a compreensão de sua relevância para a articulação, o apoio, o controle e a avaliação dos municípios sob sua jurisprudência. Isso implica dividir financeiramente os custos das políticas públicas no campo da saúde.

A função de financiamento é a mais frágil de todas, comprometendo qualquer projeto de mudança mais contundente no desenho do modelo assistencial. A saúde mental encontra dificuldades importantes para garantir incentivos e recursos novos no contexto do SUS. A análise do papel dos estados permite inferir que a superação dos desafios relacionados ao processo de condução estadual da política de saúde mental depende da articulação entre governo federal, estados e municípios na elaboração de políticas que atendam à especificidade de cada região, macro ou micro, e da promoção de um planejamento ascendente e participativo (SIMON; BAPTISTA, 2011, P. 2239).

"Os municípios tem suas dificuldades, mas também tem a parte que cabe ao Estado e poderíamos estar agenciando melhor o apoio aos municípios se tivesse os recursos financeiros que estão previstos e que na verdade acaba não tendo, a contra partida do Estado. Nós temos uma boa interlocução dentro da secretaria, os setores de forma geral dialogam conosco, circulamos bem em torno do micropolítico, mas acaba esbarrando em outros entraves do orçamento do Estado. Isso limita muito o alcance a que gente pode ter" (E 10).

O apoio recebe interferência direta, no que diz respeito às condições as quais os trabalhadores são submetidos. A lógica do trabalho no campo da saúde não foge à lógica do capital, onde se cobra um ritmo elevado na produção. "Por influências decisivas do Estado e do capital, as relações laborais seguem as regras do mercado em geral, ou seja, a compra e venda da força de trabalho estabelecida pelo contrato" (MACHADO; VIEIRA; OLIVEIRA, 2015, p. 296).

Os apoiadores são trabalhadores da Secretaria Estadual de Saúde, não recebem nenhuma gratificação adicional pela função gestora que exercem, alguns são terceirizados, ou atuam como consultores para a instituição, mas são remunerados por

outra. Os trabalhadores estatutários afirmam que recebem uma baixa remuneração e por isso não conseguem se dedicar exclusivamente a esta atividade e precisam ter outro vínculo trabalhista.

Para alguns apoiadores, existe uma sobrecarga de trabalho, pois são poucos apoiadores para dar conta das demandas que surgem da implementação da RAPS no Estado, principalmente das questões políticas que precisam ser intermediadas entre os municípios, estado e união.

É incontestável o fato de que os trabalhadores da saúde constituem um elemento fundamental para o bom desempenho dos sistemas de saúde. Por isso, a gestão do trabalho no setor Saúde tem ocupado posição estratégica na tomada de decisões institucionais. As organizações voltadas para o interesse público enfrentam situações complexas, que exigem, cada vez mais, a adoção de estratégias para a melhoria nas relações e na gestão do trabalho. Essas organizações são permeadas de conflitos, que interferem de forma decisiva na qualidade da prestação dos serviços oferecidos, especificamente nas instituições de saúde (MACHADO; VIEIRA; OLIVEIRA, 2015, P. 315).

"Existe um volume imenso de trabalho para o pouco tempo que a gente dispõe. Entramos em uma questão de ordem política, que tem a ver com a baixa remuneração que recebemos do governo do estado, e sempre foi assim, desde que eu entrei no estado em mil novecentos e noventa e nove. De lá para cá, nada mudou em termos de política salarial" (E9).

"No momento eu sou a única apoiadora do eixo de Álcool e outras drogas, e é bastante trabalho. Precisava pelo menos ter mais um apoiador neste eixo, para poder dividir as tarefas de estar mais nas regiões, pois isso faz diferença. É importante visitar os equipamentos, conversar com as equipes. Isso eu não tenho conseguido" (E6).

Os desafios que surgem frente à função de apoiar a implementação da RAPS, como a política pública de saúde mental são inúmeros. Mas os apoiadores reconhecem que a partir dos desafios e nós críticos, se produz material de trabalho para o apoio, junto aos coletivos apoiados na perspectiva de consolidar a rede e implementar uma lógica de cuidar em liberdade, contrária à histórica lógica manicomial, vigente por longos anos no país.

O desafio que se impõe, no contexto político atual da saúde mental é impedir que nossos dispositivos e sujeitos que integram a rede cuidados reproduzam a lógica da

exclusão e de rupturas com o trabalho, e em implantar uma assistência pautada na participação social e exercício da cidadania. "Espera-se que a RAPS propicie à pessoa com sofrimento mental um cuidado integral e humanizado, a partir de equipamentos substitutivos, de forma a enfrentar o estigma manicomial que ainda paira em nossa sociedade e na prática dos profissionais" (GOZZI et al., 2014, P. 177).

" Eu vejo que falta mudança na lógica de produção do cuidado. Apesar de fechar o hospital psiquiátrico, a lógica do cuidado não tem tanta mudança. As pessoas saem dos hospitais, são cuidadas em liberdade, mas muitas não conseguem acessar seus direitos. Na verdade percebo que alguns municípios continuam centrando o cuidado dos casos que consideram mais graves no hospital psiquiátrico" (E11).

Os desafios para o apoiador se impõem no cotidiano através da escolha das ferramentas de trabalho . O apoio precisa apostar na negociação, priorizando o diálogo e a mobilização dos coletivos, para que juntos protagonizem a implementação da rede de cuidados de saúde mental. Reforçamos a premissa que o apoio não é prescritivo.

A função apoio seguiu o caminho da oferta em contraposição à prescrição. A oferta tem como características o fato de que é para ser colocada em análise, ser singular, fazer sentido e ter flexibilidade na busca de contratos sociais. Faz-se necessário que o apoiador vislumbre os sujeitos além de seus loci institucionais ou de seus papéis de trabalhadores e/ou gestores. Implica pensar em gente, com seus imaginários de mundo, e contemplar as singularidades de modo a propiciar cidadania. Os sentidos do fazer vão ao encontro do investimento do que mobiliza, com olhar crítico para as fortalezas e fragilidades. O movimento instituinte é desestruturar as estruturas (ALMEIDA; ACIOLE, 2014, P. 979).

" Não adianta chegarmos dentro do município dizendo que está tudo errado, precisamos cativar e captar aquelas pessoas para a direção da política de saúde mental. Em alguns momentos a gente é bem sucedido, essencialmente quando vamos na perspectiva de apoiar, entender a realidade local e não de fazer cobranças ou desqualificar o trabalho das pessoas daquela rede. Podemos qualificar essa rede nas conversas e nas visitas, isso é fundamental no trabalho do

apoio, não vai resolver os problemas da rede chegar lá cheio de portarias e leis. È preciso acreditar que a negociação e o diálogo vão qualificar a rede. Eu aposto nas parcerias com os municípios" (E 8).

Apoiar é caminhar junto com os diferentes sujeitos que constituem as redes saúde discutindo e analisando os processos de trabalho e intervindo nas formas como os serviços estão ofertando o cuidado, potencializando aqueles que trabalham e utilizam os serviços como os protagonistas e corresponsáveis pela produção de saúde, "combatendo qualquer relação de tutela e deslegitimação do saber do outro" (SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009, p. 606).

Para Costa, Delgado e Silveira (2015), a implementação de uma rede de cuidados em saúde mental, seja no âmbito municipal ou regional, requer um conjunto de ações e de apoio intensivo para construção cotidiana e articulação permanente entre os sujeitos que produzem o cuidado, sejam gestores, trabalhadores e usuários.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O apoio institucional vem se solidificando como potente estratégia no auxílio a implementação de políticas públicas de saúde, por sua capacidade articuladora e de ativação dos coletivos envolvidos.

A constituição da RAPS como política no campo da saúde mental, se institui para fortalecer a lógica do cuidado iniciado com o movimento da Reforma Psiquiátrica, que visa a desconstrução dos manicômios e redirecionamento para o cuidado em dispositivos no território. Para além de reorientar o lugar do cuidado, a principal mudança é o foco do cuidado nas necessidades do sujeito, para além da centralidade na doença.

Este estudo nos mostra que a implementação da RAPS não se encerra nos dispositivos implantados, é necessário um contínuo acompanhamento da rede e o apoio institucional se apresenta como " importante ferramenta para fazer a rede acontecer, através da problematização e recomposição do trabalho frente aos desafios que certamente estão por vir, nos espaços constituídos e que porventura venham a se constituir" (GOZZI et al., 2014, P. 185).

Esta pesquisa mostrou que os apoiadores institucionais, como gestores e ativadores de políticas para o campo da Saúde Mental, precisam construir parcerias efetivas junto aos municípios e regiões de saúde, que resulte não apenas no aumento dos indicadores quantitativos de cobertura de serviços, ou na diminuição de internações psiquiátricas ou dos leitos psiquiátricos. O principal investimento precisa ser na qualidade do cuidado ofertado ou seja na mudança de lógica do cuidado e na qualificação daqueles que ofertam esse cuidado.

O processo de construção desta pesquisa nos mostrou em diversos momentos, a situação precária dos trabalhadores. Os formatos de contratação são frágeis, seja no nível municipal, estadual ou federal, muitos não tem mínima estabilidade, nem plano de carreira, o que fragiliza a lógica de continuidade no acompanhamento da rede. O suporte das instituições para que estes pudessem avaliar seu cotidiano de trabalho continuamente é mínimo, sendo que muitas vezes a carga de trabalho se torna adoecedora e o trabalho recai sobre aspectos burocráticos da implantação de políticas de maneira protocolar.

Acreditamos e reafirmamos com este estudo que é preciso formar trabalhadores e gestores capazes de romper com os atuais paradigmas da gestão, das políticas. É necessário percorrer caminhos menos burocráticos e mais cheios de afeto, de encontros e processos comunicativos, que sejam realmente potentes e capazes de produzir mudanças.

Durante esta pesquisa, observamos a necessidade de fomentar a formação no cotidiano do trabalho em saúde, pois através da análise das ações de maneira contínua, podemos reparar mais os erros e produzir mais acertos.

Transformar a formação e a gestão do trabalho em saúde não podem ser consideradas questões apenas técnicas e burocráticas, pois envolvem mudança nas relações, nos processos, nos atos de saúde e principalmente, nas pessoas. São questões tecnopolíticas e implicam a articulação de ações para dentro e para fora das instituições de saúde, na perspectiva de ampliação da qualidade da gestão, do aperfeiçoamento da atenção integral, do domínio do conceito ampliado de saúde e do fortalecimento do controle social no sistema. Os processos formativos no campo da saúde necessitam ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

O papel dos estados tem sido uma temática recorrente nas discussões nos diversos espaços de construção das políticas públicas do SUS. É necessário resgatar junto aos estados seu papel na gestão tripartite do SUS, ir além da questão do co financiamento das políticas, que está indicado nas portarias e normas. É preciso construir junto com os municípios e a União sua responsabilização pela oferta do cuidado no campo da saúde.

O Estado, por vezes, atua como mero fiscalizador, deixando toda a responsabilidade da implantação das políticas para os municípios. É indispensável fortalecer as parcerias, sem a negociação como norteadora dos processos, os apoiadores vão continuar atuando apenas como fiscalizadores e referências técnicas para orientar o que precisa ser implantado.

Posso concluir afirmando que é necessário caminhar em muitos aspectos na implementação da política pública de saúde, aqui especificamente falamos da rede de saúde mental, é essencial uma rede que se responsabilize pelo que o usuário traz como necessidade. A Rede de Atenção Psicossocial não surge a partir de uma portaria, mas esta fomenta a busca por uma lógica de cuidado que não se encerra no campo da saúde, que visa articular o cuidado no território.

Finalizando nossa análise, reiteramos que, operar na lógica de rede, vai além da reunião de diversos serviços, é preciso compartilhar o cuidado a cada nova situação que surge nesse emaranhado da rede. É preciso responsabilização de todos nessa rede de

cuidados em saúde mental e a busca por novos parceiros para compor essa rede precisa ser constante.

O ato de apoiar nos mostrou neste estudo que existe uma dualidade neste papel. É necessário estar atento aos atos cotidianos do trabalho e não se deixar capturar, pois verificamos que o apoio tem um terreno fértil para sustentar seu trabalho em processos prescritivos e burocráticos, regidos por normas e portarias. Porém, podemos constatar que existe um movimento coletivo dos apoiadores na Gerência de Saúde Mental e na Área Técnica de Saúde em mental em construir um apoio pautado nas parcerias e negociações, respeitando as singularidades de cada município, região, gestor e trabalhador do campo da saúde mental.

A atividade do apoio nessa esteira se coloca como experiência inventiva, pois está constantemente se transformando naquilo que ganha contorno a partir do trabalho feito com os outros. O apoiador está sempre pendente na concorrência entre direções não necessariamente harmônicas, que lhe exigem tomar determinadas direções e assumir certos riscos no processo de intervenção. No entanto, não faz isso sozinho, porque sua atividade está em extrema relação com o movimento dos processos de trabalho, de onde também surge como um apoiador. (César et al., 2014, P. 164-165)

Encerro essa experiência de dois anos como mestranda com esses apontamentos sobre a implementação da política pública no campo da saúde mental no estado do Rio de Janeiro e o lugar que ocupa o apoiador institucional nesse cenário. Apostamos que é possível ofertar um cuidado que tenha como maior premissa a afirmação da vida, não importa o lugar que se ocupa dentro desse Sistema. O desejo neste momento é não concluir e continuar descrevendo tantos outros achados que me marcaram e me moveram nesse lugar de pesquisadora.

Acredito que nem sempre conseguimos concluir os processos de forma tão rápida e estruturados em uma linha de tempo cronológica. Cada experiência vivida durante o processo de pesquisa ainda reverbera em mim e sei que será assim por um tempo até que eu possa dar novos significados a elas ao experimentar novas práticas nesse cotidiano de implementação de políticas e trabalho no campo da saúde mental.

7. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. H. T. Federalismo, democracia e governo no Brasil: ideias, hipóteses e evidências. **Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais**, São Paulo, n.51, p.13-34, 2001.

ALMEIDA, A. B. de; ACIOLE, G. G. Gestão em rede e apoio institucional: caminhos na tessitura de redes em saúde mental no cenário regional do Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface**, Botucatu, v. 18, p. 1971-81, 2014.

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

ANDRADE, L. O. M. **A saúde e o dilema da intersetorialidade**. 2004. Tese (Doutorado). Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, São Paulo: Hucitec, 2004.

ANDRADE, L. O. M. Prefácio. In: PINHEIRO et al. **Apoiadores Regionais: uma experiência brasileira**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: COSEMS/RJ: OPAS, 2013. P. 9-10.

ARILUCI, G. E; AQUINO, M. A. Informação, imagem e memória: uma análise de discurso em jornais da imprensa negra da biblioteca da Universidade Federal do Ceará-Campus Cariri. **Liinc em Revista**, Rio de Janeiro, v.7, n.1.,p.329-345, março, 2011.

ARRETCHE, M. T. S. **Estado Federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização**. Rio de Janeiro: Revan, 2000.

ARRETCHE, M. T. S. Financiamento federal e gestão de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciênc. saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.8, n.2, p. 331-345, 2003.

ARRETCHE, M. Continuidades e discontinuidades da Federação Brasileira: de como 1988 facilitou 1995. **Dados**, Rio de Janeiro, vol.52, n.2, p. 377- 423, 2009.

ARTMANN, E. O planejamento estratégico-situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multisetorial. **Cadernos da oficina social**, Rio de Janeiro n. 3, p. 98-119, 2000.

ARTMANN, E; RIVERA, F. J. U. Humanização no atendimento em Saúde e Gestão Comunicativa. In: DESLANDES, S. F (org). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2006.

ARTMANN, E. Interdisciplinaridade no enfoque intersubjetivo habermasiano: reflexões sobre planejamento e AIDS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1 , p. 183-195, 2001.

ARTMANN, E; RIVERA, F. J. U. Gestão comunicativa e democrática para integralidade e humanização do cuidado em saúde: desafios. In: PINHEIRO, R. *et al* (organizadores). **Construção Social da Demanda por cuidado: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação**. CEPESC/IMS- UERJ/ABRASCO, Rio de Janeiro, 2013.

BADUY, R. S. **Gestão municipal e produção do cuidado**: encontros e singularidades em permanente movimento. Rio de Janeiro, 2010. 191f. Tese (Doutorado em Clínica Médica) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

BARROS, S; BICHAFF, R. **Desafios para a desinstitucionalização**: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo. São Paulo: FUNDAP, 2008.

BARROS, M. E. B. Verbos do apoio institucional em pesquisa: transversalizar, transdisciplinarizar e fortalecer redes de trabalho-vida na saúde. In: PINHEIRO, R et al (orgs). **Práticas de apoio e a integralidade no SUS**: por uma estratégia de rede multicêntrica de pesquisa. Rio de Janeiro: CEPESC / ABRASCO, 2014.

BENEVIDES, R; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.17, p.389 - 406, mar - ago, 2006.

BERTUSSI, D. C. **O Apoio Matricial Rizomático e a Produção de Coletivos na Gestão Municipal em Saúde**. Rio de Janeiro, 2010. 234 f. Tese (Doutorado em Clínica Médica) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

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

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

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

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

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Apoio integrado à gestão descentralizada do SUS**: estratégia para a qualificação da gestão descentralizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

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

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

_____. Presidência da República - Casa Civil. **Decreto nº 7.179**, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Publicado no DOU de 21/05/2010. Brasília, DF, 2010 b.

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

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Caderno de referência para o processo de formação de profissionais do Apoio Institucional Integrado do Ministério da Saúde: QUALISUS-REDE**. Brasília, 2011c.

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

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

_____. **Resolução n. 466**, de 12 de dezembro de 2012. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, 13 dez, 2012c.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados – 10**, Ano 07, nº 10. Brasília, 2012d.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 12**, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília, 2015.

CALDAS, M de S. A função Apoio: um ensaio sobre a luta pelo equilíbrio democrático na cogestão em saúde In: PINHEIRO et al. **Apoiadores Regionais: uma experiência brasileira**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: COSEMS/RJ: OPAS, 2013. P. 9-10.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2003. 185p

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

CARVALHO, A. L. B. O apoio integrado como dispositivo de cooperação federal com estados e municípios: a experiência vivida e a vivência atual. In: PINHEIRO et al. **Apoiadores Regionais: uma experiência brasileira**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: COSEMS/RJ: OPAS, 2013. P. 9-10.

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

CÉSAR, J. M. O apoio como atividade de trabalho: dimensões e desafios para o exercício da função apoio. In: PINHEIRO, R et al (orgs). **Práticas de apoio e a integralidade no SUS**: por uma estratégia de rede multicêntrica de pesquisa. Rio de Janeiro: CEPESC / ABRASCO, 2014.

CLEMENTE, A.; LAVRADOR, M. C. C.; ROMANHOLI, A.C. Desafios da rede de atenção psicossocial: problematização de uma experiência acerca da implantação de novos dispositivos de álcool e outras drogas na rede de saúde mental da cidade de Vitória-ES. **Polise Psique** , v. 3 , n . 1, p. 80 - 99, 2013.

COSTA, A et al. Desafios da atenção psicossocial na rede de cuidados do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 7 p. 46-53, 2012.

COSTA, A de O; DELGADO, R; SILVEIRA, L. O apoio institucional na implementação da política de saúde mental: experiência da Bahia. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno Humanizausus - Saúde Mental**. V. 5, p. 548, Brasília, 2015.

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

DUARTE, R. Pesquisa Qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de Pesquisa**, Rio de Janeiro, n. 115, p. 139-154, março, 2002.

ESCOSSIA, L. O coletivo como plano de criação na Saúde Pública. **Interface**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 689 -94, 2009.

FAZZI, M. Z. S. Consolidação da gestão solidária: histórico da regionalização em saúde no Estado do Rio de Janeiro. In: PINHEIRO et al. **Apoiadores Regionais**: uma experiência brasileira. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: COSEMS/RJ: OPAS, 2013. P. 17-26.

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

FERNANDES, F. D. **(In)ventando Multiplicidades**: A Função Apoio enquanto Dispositivo de Produção de Saúde no SUS. São Paulo, 2012. 70 f. Monografia (Programa de Aprimoramento Multiprofissional e Especialização em Saúde Coletiva). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

FLEURY,S;OUVERNEY, A. M. **Gestão de Redes**- a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

FLORIANÓPOLIS. **SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS:** Diretrizes para o cuidado no Estado de Santa Catarina, Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, FLORIANÓPOLIS, 2015.

FONTOURA, P. R. S da. Apoiaadores regionais: a experiência do Estado do Rio de Janeiro. In: PINHEIRO et al. **Apoiaadores Regionais:** uma experiência brasileira. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: COSEMS/RJ: OPAS, 2013. P. 17-26.

FRANZESE, C; ABRUCIO, F. L. Efeitos recíprocos entre federalismo e políticas públicas no Brasil: os casos dos sistemas de saúde, de assistência social e de educação. In: HOCHMAN, G; FARIA, C. A. P. **Federalismo e Políticas Públicas no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013, p.361-386.

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

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

GIOVANELLA, L. (ED.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** 2a ed. rev. e ampliada ed. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz : Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, 2012.

GOMES, M. P. C. et al. Formação e qualificação: um estudo sobre a dinâmica educativa nas equipes de saúde mental do Rio de Janeiro, Brasil. **Interface** (Botucatu), v.17, n.47, p.835-45, out./dez. 2013.

GOZZI, A. P. N.F et al. Entre ao real e o possível: tecendo a RAPS que desejamos a partir da Saúde Mental que temos. In: PINHEIRO, R. et al (orgs). **Experienci(ações) e práticas de apoio no SUS:** integralidade, áreas programáticas e democracia institucionais. Rio de Janeiro: CEPESC / ABRASCO, 2014. p. 175 - 188.

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

HECK, R.M et al. Gestão e Saúde Mental: Percepções a partir de um Centro de Atenção Psicossocial. **Texto Contexto Enfermagem,** Florianópolis, p. 647-55, 2008.

IÑGUINEZ, L. A. A análise do discurso nas ciências sociais: variedades, tradições e práticas. In: IÑGUINEZ, L. (org). **Manual de análise do discurso em ciências sociais.** Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

KASTRUP V; BARROS, R. B. Movimentos-funções do dispositivo na prática da cartografia. In: PASSOS, E; KASTRUP, V; ESCÓSSIA, L. (orgs) **Pistas do método da cartografia: pesquisa intervenção e produção de subjetividade.** Porto Alegre: Sulina, 2009.

KUSCHNIR, R; CHORNY, A. H. Redes de Atenção à Saúde: contextualizando o debate. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15 , n. 5, p. 2307-2316, 2010.

LIMA, J de C. **Agir comunicativo e coordenação em sistemas de serviços de saúde: um estudo no serviço de atendimento móvel de urgência da região metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro.** 175 f. Tese (doutorado em saúde pública). Escola Nacional de Saúde Pública / Fiocruz. Rio de Janeiro, 2008.

LIMA, J.C; RIVERA, F. J. U. Agir comunicativo, Redes de Conversação e Coordenação em Serviços de Saúde: uma perspectiva teórico-metodológica. **Interface**, Botucatu, v.13,n.31, p.329-42,out/dez, 2009.

LIMA, J.C; RIVERA, F. J. U. Redes de conversação e coordenação de ações de saúde: estudo em um serviço móvel regional de atenção às urgências. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n . 2, p. 323-36, fev, 2010.

LIMA, L. D de et al. O pacto federativo brasileiro e o papel do gestor estadual no SUS. In: UGÁ, M. A et al. **A gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

LIMA, L. D. Federalismo, descentralização e regionalização na política de saúde do Brasil. In: ASENSI, F. D; PINHEIRO, R (Orgs.). **Direito Sanitário.** Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2012. p.131-161.

LIMA, L.D; QUEIRÓS, L. F. N. O Processo de descentralização e regionalização do SUS no contexto do Pacto pela Saúde. In: MACHADO, C. V; BAPTISTA, T. W. de F; LIMA, L. D. **Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.p. 229 -251.

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

LEAL, E. M. **A formação do supervisor de CAPS: três lições extraídas do processo de implantação da rede de atenção psicossocial do município do Rio de Janeiro.** Revista da Escola de Saúde Mental, Rio de Janeiro, 2008.

MACHADO, M. H; VIEIRA, A. L. S; OLIVEIRA, E. Gestão, Trabalho e Educação em Saúde: perspectivas teórico - metodológicas. In: BAPTISTA, T. W de F; AZEVEDO, C da S; MACHADO, C. V. **Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde: abordagens e métodos de pesquisa.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. p. 293 - 321.

MAIA, A. M. Q. **A experiência de planejamento em saúde mental na cidade do Rio de Janeiro: Um planejamento sem métodos?** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro,2012.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa.** 7ª ed. São Paulo: Atla, 2009.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo.** 2. ed. Brasília, DF: IPEA, 1996.

- MATUS, C. **Adeus Sr. presidente** - Governantes e governados. FUNDAP: São Paulo, 1997.
- MENDES, E. V.; PESTANA, M. **Pacto de Gestão: da municipalização autárquica regionalização cooperativa**. Belo Horizonte, dez/ 2004.
- MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília, 2011.
- MENDONÇA, P. E. X. de. **(LUTA) EM DEFESA DA VIDA: tensão e conflito, reconhecimento e desrespeito nas práticas de gestão do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro, 2008. 143 f. Dissertação: (Mestrado em Medicina), Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 305-314, 1999.
- _____. **Saúde: cartografia do trabalho vivo de saúde em ato**. Hucitec, 2002.
- MERHY, E. E; MAGALHÃES JÚNIOR H. M; RIMOLI J.; FRANCO T. B; BUENO, W. S (orgs). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.
- MINAYO, M. C. S **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- OLIVEIRA, G. N. **Devir Apoiador: Uma Cartografia da Função Apoio**. Campinas, 2011. 175 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.
- ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a Saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad.Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n. 5, p. 1053-1062, maio, 2006.
- ORLANDI, E. P. **Análise do discurso: princípios e procedimentos**. São Paulo: Pontes, 2009.
- OUVERNEY, A. M. Regionalização do SUS: uma análise da estratégia de integração intermunicipal. **Administração em Diálogo**, São Paulo, n.7, p. 91-106, 2005.
- PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- PEREIRA, A. M. M. **Dilemas federativos e a regionalização na saúde: o papel do gestor estadual do SUS em Minas Gerais**. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

- PINHEIRO, R. Apoiadores Regionais no SUS: a importância dos COSEMS na efetivação em rede do direito humano a saúde. In: PINHEIRO et al. **Apoiadores Regionais: uma experiência brasileira**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: COSEMS/RJ: OPAS, 2013. P. 11-12.
- PINHEIRO, R.; LOPES, T. C.; HEBERT, F. Introdução. In: PINHEIRO, R. et al. (orgs). **Práticas de apoio e a integralidade no SUS: por uma estratégia de rede multicêntrica de pesquisa**. Rio de Janeiro: CEPESC / ABRASCO, 2014. p. 9 -23.
- PINHEIRO, R. et al. Experienciação, Integralidade e Direito à Saúde: articulando conceitos, práticas de pesquisa e percepções para (re)pensar o agir do apoiador institucional. In: PINHEIRO, R et al. (orgs). **Práticas de apoio e a integralidade no SUS: por uma estratégia de rede multicêntrica de pesquisa**. Rio de Janeiro: CEPESC / ABRASCO, 2014. p. 27 -43.
- PINHEIRO, M. E. C; JESUS, L. M. M. de. Apoio institucional como diretriz de gestão da 7ª Diretoria Regional de Saúde, Bahia, Brasil. **Interface - Comunic, Saúde, Educa, Botucatu**, v. 18, p. 1135 - 1136, Jun, 2014.
- RIBEIRO, P; BARROS, E. Regionalização e Coordenação Intergovernamental. In: UGÁ, M. A. et al. **A gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.
- RIVERA, F.J.U. **Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- RIVERA, F. J. U; ARTMANN, E. A liderança como intersubjetividade linguística. **Interface- Comunic, Saúde, Educa, Botucatu**, v. 10, n.20, p. 411-26, jul/dez, 2006.
- RIVERA, F.J.U; ARTMANN, E. **Planejamento e Gestão em Saúde: conceitos, história e posturas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
- ROVERE, M. R. **Redes - Hacia la constitución de redes en salud: los grupos humanos, las instituciones, la comunidad**. Argentina: Juan Lazarte, 1998.
- ROVERE, M.R. **Redes en Salud: un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad**. Argentina: Rosario, 1999.
- SALGADO, A. C. S; PENA, R. S; CALDEIRA, L. W. D. Apoio institucional e militância no Sistema Único de Saúde (SUS): refletindo os desafios da mobilização dos sujeitos na produção de saúde, **Interface - Comunic, Saúde, Educa, Botucatu**; v. 18, p. 909 -18, 2014.
- SAMPAIO, J. J. C et al. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4685-4694, 2011.
- SANTOS, N. R. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro; n. 12, p. 429-35, 2007.

SANTOS FILHO, S. B. Articulando planejamento e contratos de gestão na organização de serviços substitutivos de saúde mental: experiência do SUS em Belo Horizonte. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 172-181, jan./dez, 2008.

SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B.; GOMES, R. S. A Política de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**. Rio de Janeiro, v. 13, supl. I, p. 603-614, 2009.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção á saúde: desafios do Sistema único de Saúde (Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n. 6, p. 2753- 2762, 2011.

SILVA, F. H; CÉSAR, J. M; LOPES, T. C. Apoio institucional e processos de pesquisa: a pertinência de pensar o problema da formação. In: PINHEIRO, R et al. (orgs). **Práticas de apoio e a integralidade no SUS: por uma estratégia de rede multicêntrica de pesquisa**. Rio de Janeiro: CEPESC / ABRASCO, 2014.

SIMON, A. G.; BAPTISTA, T. W. F. O papel dos estados na política de saúde mental no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2227 - 2241, novembro, 2011.

SOUZA, C. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.42, n.2, p. 593-634, 2002.

SOUZA, C. Federalismo, Desenho Constitucional e Instituições Federativas no Brasil pós- 1988. **Revista de Sociologia Política**, Curitiba, n.24, p. 105-121, 2005.

SOUZA, L. E. P. F. O SUS necessário e o SUS possível: estratégias de gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta .**Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v . 14, n. 3, p. 911- 918, 2009.

STEINSTRASSER, M. C. **O termo de ajustamento de conduta: aspectos gerais, natureza jurídica e necessidade de efetivação de sua publicidade**. 2012. 66 f. Monografia (graduação em direito). Faculdade de Direito, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

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

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

VASCONCELOS, M. F. F; MARTINS, P.; MACHADO, D. O. Apoio institucional como fio condutor do Plano de Qualificação das Maternidades: oferta da Política Nacional de Humanização em defesa da vida de mulheres e crianças brasileiras. **Interface - Comunic, Saúde, Educa**, Botucatu, v. 18, p. 997 - 1011, 2014.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. et al. Metodologia para análise da implantação de processos relacionados a descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. cap. 3, p. 65-102.

WANG, D. W. L; VASCONCELOS, N. P de; OLIVEIRA, V. E de; TERRAZAS, F. V. Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa. **Rev. Adm. Pública** - Rio de Janeiro, v. 48, n. 5, p. 1191-1206, set/out, 2014.

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

YIN, R.K. **Estudo de Caso**: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2010

APÊNDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA APOIADORES GSM/SES/RJ

Nome Completo: _____

Idade: _____

Sexo: _____

Naturalidade (cidade/Estado): _____

Profissão: _____

Instituição onde se graduou: _____

Tempo de atuação na GSM/SES/RJ: _____

Região que apóia: _____

Tipo de vínculo com a GSM/SES/RJ: _____

Carga horária semanal: _____

- Qual a sua missão como apoiador institucional?
- Você realizou alguma capacitação/ formação para ser apoiador? Especifique.
- Quais atividades você realiza na região de saúde onde é apoiador?
- Quais dispositivos você utiliza no seu cotidiano de trabalho como apoiador?
- Como se estrutura a RAPS da região que você apóia? Você avalia como uma rede efetiva de produção de cuidado em saúde mental?
- O apoio institucional contribui para o processo de regionalização da RAPS no estado do Rio de Janeiro? Descreva de que maneira.
- O apoio institucional contribui para fortalecer as relações intergovernamentais (união - estados - municípios)? De que forma?
- Quais suas principais dificuldades na função de apoiador institucional?
- Observações adicionais: _____

APÊNDICE B

ROTEIRO DE ENTREVISTA APOIADORES ATSM/MS

Nome Completo: _____

Idade: _____

Sexo: _____

Naturalidade (cidade/Estado): _____

Profissão: _____

Instituição onde se graduou: _____

Tempo de atuação na ATSM/MS: _____

Tipo de vínculo com a ATSM/MS: _____

Carga horária semanal: _____

Frequência de visitas: _____

- Qual a sua missão como apoiador institucional?
- Você realizou alguma capacitação/ formação para ser apoiador? Especifique.
- Quais atividades você realiza na função apoiador do Rio de Janeiro?
- Quais dispositivos você utiliza no seu cotidiano de trabalho como apoiador?
- Como se estrutura a RAPS no estado? Você avalia como uma rede efetiva de produção de cuidado em saúde mental?
- O apoio institucional contribui para o processo de regionalização da RAPS no estado do Rio de Janeiro? Descreva de que maneira.
- O apoio institucional contribui para fortalecer as relações intergovernamentais (união - estados - municípios)?
- Quais suas principais dificuldades na função de apoiador institucional?
- Observações adicionais: _____

ROTEIRO PARA ANÁLISE DOCUMENTAL

1. Identificação do documento:

- Tipo de documento
- Local e data
- Referências

2. Resumo:

3. Contexto apresentado(nacional, estadual, regional, municipal):

4. Referências feitas ao apoio institucional (capacidade de negociação):

5. Referências feitas à implementação da RAPS:

6. Referências feitas a outras redes de atenção a saúde:

7. Referências feitas às relações intergovernamentais:

8. Outros tópicos a serem observados:

- Temáticas recorrentes;
- Encaminhamentos e resoluções;
- Prestação de contas;
- Retorno de assuntos pendentes;

APÊNDICE D



Comitê de Ética em Pesquisa
- ENSP



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Entrevista com apoiador GSM/SES-RJ)

Você está sendo convidado(a) para participar como voluntário da pesquisa intitulada: "**O apoio institucional na implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)** - o caso do estado do Rio de Janeiro", desenvolvida pela pesquisadora Naila Pereira Souza, discente do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, na subárea de Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da professora Dr^a Elizabeth Artmann.

Você foi escolhido(a) para participar desta pesquisa, pela sua atuação como apoiador da GSM/SES/RJ em uma das nove regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro. Sua participação nesta pesquisa não é obrigatória, você pode desistir de participar a qualquer momento e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, com a Fiocruz ou com a instituição que você trabalha. Porém, sua participação é muito importante para a execução desta pesquisa.

PROPÓSITO DO ESTUDO

O objetivo principal deste estudo é analisar a atuação dos apoiadores institucionais na implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no estado do Rio de Janeiro. A pesquisa consistirá em observação participante pelo período de quatro meses, no Grupo Condutor da RAPS/RJ. Análise de documentos, como atas do grupo condutor, normas e portarias e entrevistas com os apoiadores.

Sua participação consistirá em responder algumas perguntas de uma entrevista à pesquisadora, com duração estimada de uma hora. O registro da entrevista será por gravação de áudio. As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, o material será guardado por pelo menos cinco anos conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP e só será acessado pela pesquisadora e sua orientadora.

RISCOS

Os riscos que você ficará exposto durante sua participação na pesquisa são mínimos, relacionados ao desconforto em responder alguma questão proposta no roteiro. Portanto, você terá total liberdade de não responder quaisquer das questões que lhe causar constrangimento.

BENEFÍCIOS

O benefício relacionado com a sua participação será contribuir para a produção de conhecimento sobre os modos de gestão do Sistema único de Saúde, principalmente em relação à constituição de redes de atenção à saúde. Este conhecimento poderá contribuir para melhorar a qualidade da gestão e do cuidado no campo da saúde pública. Este projeto de pesquisa não oferecerá benefícios diretos a você. Não há despesas pessoais para os participantes em qualquer fase do estudo. Também não haverá nenhuma remuneração por sua participação.

CONFIDENCIALIDADE

A pesquisadora proponente da pesquisa se compromete a utilizar os dados e o material coletado somente para esta dissertação de mestrado e para divulgação acadêmica, no formato de artigo científico, tomando todas as medidas necessárias para viabilizar a manutenção do sigilo quanto à identificação dos participantes das entrevistas. A confidencialidade das informações e o sigilo sobre sua participação serão assegurados, empregando-se nome fictício, ou códigos quando necessário, descrever falas e/ou opiniões declaradas.

No entanto, devido ao número restrito de integrantes da pesquisa, existe o risco de que, através do conteúdo descrito das falas declaradas, algum leitor possa identificar o autor da fala. Os participantes da pesquisa têm direito de se manterem informados a respeito dos resultados parciais da mesma. Para isto, a qualquer momento do estudo, os participantes terão acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa, para esclarecimento de dúvidas.

ESCLARECIMENTOS

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos,

da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade. O endereço do Comitê de Ética em Pesquisa ENSP/FIOCRUZ é Rua Leopoldo Bulhões, 1480, térreo, Manguinhos – Rio de Janeiro. CEP: 21041-210 Telefone: 25982863 – horário de atendimento: 14 às 17 horas, E-mail: cep@ensp.fiocruz.br site: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>.

Este termo possui duas vias idênticas. Cada uma das folhas será rubricada e a última assinada. Você receberá uma destas vias, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento, com o Comitê de Ética e com o pesquisador responsável pela pesquisa, cujo nome, endereços e telefones estão descritos a seguir:

Naila Pereira Souza
(Mestranda em Saúde Pública pela ENSP-FIOCRUZ/RJ)

Email: naila_mourao@yahoo.com.br
Rua Leopoldo Bulhões, 1480, sala 632, Manguinhos,
Rio de Janeiro, RJ. CEP. 21041-210.
Celular: (21) 98066-5691

Declaro que estou ciente dos objetivos da pesquisa e concordo com sua realização dentro dos termos propostos acima, os quais estão claros para mim.

Participante da pesquisa

Rio de Janeiro, ____/____/ 2015.

APÊNDICE E

Rubrica entrevistado:
Rubrica entrevistador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Entrevista com apoiador ATSM/MS)

Você está sendo convidado(a) para participar como voluntário da pesquisa intitulada: "**O apoio institucional na implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) - o caso do estado do Rio de Janeiro**", desenvolvida pela pesquisadora Naila Pereira Souza, discente do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, na subárea de Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da professora Dr^a Elizabeth Artmann.

Você foi escolhido(a) para participar desta pesquisa, pela sua atuação como apoiador da ATSM/MS para o estado do Rio de Janeiro. Sua participação nesta pesquisa não é obrigatória, você pode desistir de participar a qualquer momento e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, com a Fiocruz ou com a instituição que você trabalha. Porém, sua participação é muito importante para a execução desta pesquisa.

PROPÓSITO DO ESTUDO

O objetivo principal deste estudo é analisar a atuação dos apoiadores institucionais na implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no estado do Rio de Janeiro. A pesquisa consistirá em observação participante pelo período de quatro meses, no Grupo Condutor da RAPS/RJ. Análise de documentos, como atas do grupo condutor, normas e portarias e entrevistas com os apoiadores.

Sua participação consistirá em responder algumas perguntas de uma entrevista à pesquisadora, com duração estimada de uma hora. O registro da entrevista será por gravação de áudio. As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, o material será guardado por pelo menos cinco anos conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP e só será acessado pela pesquisadora e sua orientadora.

RISCOS

Os riscos que você ficará exposto durante sua participação na pesquisa são mínimos, relacionados ao desconforto em responder alguma questão proposta no roteiro. Portanto você terá total liberdade de não responder quaisquer das questões que lhe causar constrangimento.

BENEFÍCIOS

O benefício relacionado com a sua participação será contribuir para a produção de conhecimento sobre os modos de gestão do Sistema único de Saúde, principalmente em relação a constituição de redes de atenção à saúde, conhecimento que poderá contribuir para melhorar a qualidade da gestão e do cuidado no campo da saúde pública. Este projeto de pesquisa não oferecerá benefícios diretos a você. Não há despesas pessoais para os participantes em qualquer fase do estudo. Também não haverá nenhuma remuneração por sua participação.

CONFIDENCIALIDADE

A pesquisadora proponente da pesquisa se compromete a utilizar os dados e o material coletado somente para esta dissertação de mestrado e para divulgação acadêmica, no formato de artigo científico, tomando todas as medidas necessárias para viabilizar a manutenção do sigilo quanto à identificação dos participantes das entrevistas. A confidencialidade das informações e o sigilo sobre sua participação serão assegurados, empregando-se nome fictício, ou códigos quando necessário, descrever falas e/ou opiniões declaradas.

No entanto, devido ao número restrito de integrantes da pesquisa, existe o risco de que, através do conteúdo descrito das falas declaradas, algum leitor possa identificar o autor da fala. Os participantes da pesquisa tem direito de se manterem informados a respeito dos resultados parciais da mesma. Para isto, a qualquer momento do estudo, os participantes terão acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa, para esclarecimento de dúvidas.

ESCLARECIMENTOS

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade. O

endereço do Comitê de Ética em Pesquisa ENSP/FIOCRUZ é Rua Leopoldo Bulhões, 1480, térreo, Manguinhos – Rio de Janeiro. CEP: 21041-210 Telefone: 25982863 – horário de atendimento: 14 às 17 horas, E-mail: cep@ensp.fiocruz.br site: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>.

Este termo possui duas vias idênticas. Cada uma das folhas será rubricada e a última assinada. Você receberá uma destas vias, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento, com o Comitê de Ética e com o pesquisador responsável pela pesquisa, cujo nome, endereços e telefones estão descritos a seguir:

Naila Pereira Souza
(Mestranda em Saúde Pública pela ENSP-FIOCRUZ/RJ)

Email: naila_mourao@yahoo.com.br
Rua Leopoldo Bulhões, 1480, sala 632, Manguinhos,
Rio de Janeiro, RJ. CEP. 21041-210.
Celular: (21) 98066-5691

Declaro que estou ciente dos objetivos da pesquisa e concordo com sua realização dentro dos termos propostos acima, os quais estão claros para mim .

Participante da pesquisa

Rio de Janeiro, ____/____/ 2015.

APÊNDICE F

Rubrica entrevistado:

Rubrica entrevistador:



TERMO DE ANUÊNCIA

Pelo presente termo, eu, _____, responsável pela Gerência de Saúde mental/ SES/RJ, autorizo o contato com os apoiadores e o acesso da pesquisadora aos documentos administrativos e normativos, necessários à realização da pesquisa, **O apoio institucional na implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)** - o caso do estado do Rio de Janeiro, desenvolvida por **Naila Pereira Souza** aluna de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação do Professor Dra. Elizabeth Artmann.

Fui informado de que:

- O objetivo principal deste estudo é analisar a atuação dos apoiadores institucionais da Área Técnica de Saúde Mental (ATSM/MS) e da Gerência de Saúde Mental (GSM/SES/RJ) na implantação da RAPS no estado do Rio de Janeiro.
- Esta gerência foi selecionada pois seus apoiadores atuam no planejamento e acompanhamento da implementação da RAPS no estado do Rio de Janeiro.
- A participação acarretará no acesso da pesquisadora a documentos oficiais, atas de reunião, marcos normativos e entrevista aos apoiadores institucionais.
- A confidencialidade das informações e o sigilo sobre sua participação serão assegurados, empregando-se nome fictício quando necessário descrever falas e/ou opiniões declaradas. No entanto, devido ao número restrito de integrantes da pesquisa, existe o risco de que, através do conteúdo descrito das falas declaradas, algum leitor possa identificar o autor da fala.
- Os dados poderão ser utilizados em relatórios, artigos científicos, dissertação de mestrado.

Comitê de Ética/ENSP

Rua Leopoldo Bulhões, 1480, Térreo, Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ / CEP. 21041-210 - Telefax - (21) 2598-2863
e-mail: cep@ensp.fiocruz.br
Site: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2015.

Declaro que li e autorizo o acesso da pesquisadora aos documentos administrativos e normativos e contato com os apoiadores, necessário à realização da pesquisa.

Assinatura Gerente Saúde Mental - SES/RJ

Pesquisadora

APÊNDICE G



Termo de Autorização

Solicito autorização aos componentes do Grupo Condutor Estadual da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), para acessar as atas de reunião do mesmo.

As atas serão analisadas para compor a parte documental da pesquisa intitulada: "**O apoio institucional na implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) - o caso do estado do Rio de Janeiro**", desenvolvida pela pesquisadora Naila Pereira Souza, discente do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, na subárea de Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da professora Dr^a Elizabeth Artmann.

O objetivo principal deste estudo é analisar a atuação dos apoiadores institucionais na implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no estado do Rio de Janeiro. A pesquisa visa contribuir para consolidação do apoio institucional como estratégia de gestão na implementação de políticas no campo da saúde.

A pesquisa foi liberada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ e pelo Centro de Estudos da SES/RJ.

Atenciosamente

Naila Pereira Souza
Mestranda ENSP/FIOCRUZ

Autorização componente Grupo RAPS